



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

“Estudio de seguimiento a tres meses de usuarios con trastorno depresivo mayor y conducta suicida con un modelo breve en intervención en crisis comparado con la atención habitual en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC)”.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

Alfredo Antonio Reyes García

TUTORES:

Dr. Alejandro Molina López

Dra. Catalina González Forteza

Ciudad Universitaria, CD. MX., Julio del 2018



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.

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia que con cariño y esfuerzo me han apoyado en el camino.

A mis compañeros del equipo de atención psiquiátrica continua quienes hicieron del servicio un ambiente agradable y de mucho aprendizaje.

A mi tutor Dr. Alejandro Molina López, gracias por el apoyo y la confianza quien despertó el interés de realizar este proyecto y por todas las aventuras vividas durante el proyecto.

A Les por la ayuda y acompañarme hasta el último minuto.

A mi tutora Dra. Catalina González **Forteza “Cati”** quien con mucho entusiasmo me acompañaste en el camino y ayudaste en el proceso.

Sobre todo, a todos los pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría quienes fueron parte de mi crecimiento profesional. Por ellos y para ellos.

INDICE

APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL COMPORTAMIENTO SUICIDA.	3
Definición de suicidio	4
Parasuicidio	5
Ideación suicida	5
CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO	5
Teoría sociológica del suicidio.	6
Teoría psicoanalítica del suicidio.	6
ESTADÍSTICA SOBRE EL SUICIDIO EN MÉXICO	7
Impacto del suicidio en la salud pública	8
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA	8
Factores de riesgo	8
Factores protectores	9
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	10
Estrategias a nivel colectivo	10
Estrategias a nivel individual	10
DEFINICIÓN DE CRISIS	11
Tipos de crisis: vitales y circunstanciales	11
Respuestas ante las crisis	13
Crisis y conducta suicida.	15
Orígenes de la intervención en crisis	16
INTERVENCIÓN EN CRISIS: PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA.	17
JUSTIFICACIÓN	22
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	24
Objetivo General	24
Objetivos Específicos:	24
MÉTODO	25
Universo de estudio y cálculo del tamaño de muestra:	25
MATERIAL	26
a) Recursos Humanos	26

b) Recursos Materiales	26
c) Tiempos de Investigación	26
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.	27
A) 27	
Criterios de Exclusión	27
Criterios de Eliminación	28
INSTRUMENTOS CLINIMÉTRICOS	29
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.	29
Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).	29
Escala de Impulsividad de Plutchik (EI).	30
Inventario de Depresión de Beck (BDI).	30
Escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentíes H/Zamudio M).	30
Clinical Global Impression (CGI).	30
Sad Persons	31
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
VARIABLES:	31
Variable: Conducta suicida (Variable cualitativa, independiente)	31
Sociodemográficas:	31
Variables Clínicas:	32
Variable Indirecta: Modo de intervención.	33
Utilización de servicios de salud:	33
PROCEDIMIENTO:	35
Diagrama de flujo:	35
CRONOGRAMA	35
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	57
BIBLIOGRAFÍA	62

“El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal”

Ringel, 1998.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL COMPORTAMIENTO SUICIDA.

El suicidio es un fenómeno universal que, aunque ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas, ha sido enormemente variable la actitud mantenida hacia él en las distintas sociedades dependiendo de las condiciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada momento. Así, por ejemplo, en Oriente el suicidio se consideró durante siglos un acto elogiado, como lo fue el episodio de suicidio masivo de filósofos seguidores de Confucio tras ser quemados sus libros sagrados en la China gobernada por el emperador Chi-KoangTi (1). Asimismo, en la India, la viuda hindú se arrojaba a la pira funeraria de su marido, hasta que en 1829 esta ceremonia denominada “Suttee” fue declarada ilegal. En la Grecia clásica, Plutarco se interesó por el fenómeno del suicidio recogiendo el número de los ocurridos entre los siglos IV y III a.C. Este historiador observó cómo en los adolescentes griegos el suicidio y las tentativas de suicidio no eran infrecuentes. Lo esencial de la concepción occidental sobre el suicidio se debe a Séneca, quien afirmaba “No hay necesidad que nos obligue a vivir. El vivir de por sí no es deseable, sino el buen vivir”. También tenemos en Europa ejemplos de actitudes elogiosas hacia el suicidio como el caso de los celtas que glorificaban a los que se daban muerte voluntariamente. En España contamos, entre los íberos, con ejemplos de suicidios de toda una población como fueron los casos de Numancia o Sagunto, así como formas de suicidio ritual entre los antiguos habitantes de las Islas Canarias que se precipitaban desde un monte sagrado para alcanzar la felicidad eterna (2). Si bien la concepción estoica de muerte voluntaria pone el acento sobre el carácter deliberado y reflexivo de un acto que se inscribe en la problemática de la libertad humana, la idea cristiana, por el contrario, insiste sobre la noción de crimen, de homicidio, marcando netamente su intención de asociar en cada conciencia el gesto sacrílego de las enseñanzas sobre el mal, la salvación y el castigo (3). Aunque el Cristianismo en sus primeros siglos aceptaba el suicidio en ciertas circunstancias, esta actitud se modificó hacia una posición intransigente que culmina con San Agustín al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural y por lo tanto el que atenta contra su vida, pudiera considerarse un homicida (4). En el Concilio de Arles año 452 incluso se llegó a afirmar que el suicidio estaba inspirado por el demonio. En un interesante estudio acerca de los suicidios que recoge la Biblia, mantiene que los narradores bíblicos en ningún momento dan a entender que el suicidio sea un acto erróneo o punible. En la Biblia se describe el suicidio de once personajes, todos ellos varones de mediana edad, excepto una mujer. En todos los casos la muerte se produjo durante crisis personales, y no se relatan enfermedades predisponentes, salvo en el caso de Saúl cuya melancolía y celos podrían ser considerados como mórbidos. Los suicidios fueron violentos, excepto en un caso de envenenamiento. En el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino argumentó que el suicidio era un pecado mortal contra Dios y enunció dos objeciones clásicas al suicidio: primero, no se puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo verdaderamente; y en segundo lugar, el hombre en cuanto criatura de Dios no es libre de decidir sobre su vida y sobre su muerte. En el cristianismo, el castigo del suicidio es el complemento necesario de su prohibición, existiendo la privación de sepultura en tierra santa, llegando a ser los cadáveres exhumados, en ocasiones, para ser colgados y expuestos en el patíbulo (5).

Se denomina concepción patológica del suicidio a una teoría elaborada a principios del siglo XIX por la escuela psiquiátrica francesa, la cual considera el suicidio como un síntoma de enfermedad mental. En esta línea, Pinel consideró el suicidio como una forma de conducta mórbida, como síntoma de la melancolía en un sentido amplio. Su discípulo Esquirol afirmaba que el suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales el hombre sólo atenta contra su vida cuando está afectado de delirio y los suicidas son personas perturbadas en su aparato psíquico (6), llegando a elaborar, desde esta perspectiva

clínica y patológica, una teoría global del suicidio. Como exponente de esta escuela psiquiátrica recogemos la siguiente clasificación de los suicidios elaborada a partir de las investigaciones de Jousset (1858) y Moreau de Tours (7).

1. Suicidio maniático: se produce como consecuencia de alucinaciones o de concepciones delirantes.
2. Suicidio melancólico: se relaciona con un estado general de extrema depresión.
3. Suicidio obsesivo: se debe a una idea fija de muerte que se ha apoderado subversivamente del espíritu del enfermo.
4. Suicidio impulsivo o automático: resulta de una impulsión brusca e inmediatamente irresistible. En esta época se llegaron a investigar las anomalías morfológicas y funcionales en los suicidas, buscando en sus autopsias las lesiones que podían condicionar el suicidio. Años después, Delmas en 1932 expuso su teoría acerca de los suicidios que él consideraba patológicos y ligados a trastornos constitucionales orgánicos.

Definición de suicidio

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado a la historia del hombre y la definición del vocablo prevalece con la raíz etimológica griega, considerando que su práctica en la Grecia Clásica era usual. Desde esa época dio inicio en nuestra cultura el conocimiento y la práctica de éste, y a partir de ese momento hubo seguimiento motivado por la normalidad y la anormalidad de dicho fenómeno por filósofos, sociólogos y en los últimos tiempos por investigadores dedicados a la salud mental. Sin embargo, existen variantes del suicidio, como el intento suicidio (llamado en ocasiones como parasuicidio), es decir el que intenta quitarse la vida sin conseguirlo, y también la ideación suicida, en la cual está implícita la idea recurrente de manera constante. Hay definiciones diferentes, según la comprensión de cada autor, por lo cual haremos un repaso de los diversos conceptos. En el Diccionario de Psicología en 1996, Alberto Merani se refiere al suicidio tomando en cuenta glosario de raíces griegas y latinas, aparece de la siguiente forma (8):

Suicidio del latín *Sui*: Sí mismo + *caedere*: matar. Es como se constituye la acción y el efecto de suicidarse, donde el acto es una acción deliberada para quitarse la vida. Los griegos llamaban a esta muerte *autokeira*: de autos (sí mismo) y *keiros* (mano), muerte elegida por uno mismo. En Francia en el siglo XVII se utilizó la palabra latina *suicidie*. El Diccionario de la lengua española, la Real Academia Española, considera el término suicidio como: “La acción y efecto de suicidarse”. Y suicida “La persona que se suicida”. La Enciclopedia Británica define al suicidio como un acto voluntario de destrucción. Gazzano refiere el término suicidio usando un criterio científico y una actitud psiquiátrica social pag 193: “El suicidio es una situación, de la cual el suicida es un emergente, es decir condensador de las fuerzas agresivas del campo” (9). En la década de 1960 el concepto de “Suicidología” fue promocionado y ampliado por Shneidmann quien en 1971 fundó la Asociación Americana de Suicidología, la primera organización profesional dedicada al estudio del tema. Fue fundador de la primera revista sobre él: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, quien definió a la suicidología como el estudio científico del fenómeno suicida. Algunos autores mencionan el *continuum suicida* que va desde la ideación suicida, planeación suicida, gesto suicida (también conocido como tentativa) y el intento suicida consumado (61).

La Organización Mundial de la Salud (1969) propuso la expresión acto suicida para referirse a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil. Un sentido aún más amplió tiene el concepto fenómeno suicida, ya que comprende, además de actos como el suicidio o las tentativas de suicidio, las ideas del mismo tipo (10). En un intento de superar los conceptos de tentativa o intento de suicidio, Kreitman (1977) propuso el término parasuicidio para denominar toda conducta autolesiva no mortal, análoga al suicidio, pero sin considerar esencial en la definición la intencionalidad u orientación hacia la muerte (11). Ringel (1953) ha definido un síndrome presuicida que se caracterizaría por: estrechamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica con

aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas, agresividad inhibida no descargada contra los demás, y deseos de muerte con fantasías de autodestrucción. Señalar, finalmente, otros conceptos como el de suicidio ampliado que se trataría de un acto en el que el suicida arrastra consigo a otros miembros de su propia familia o grupo social próximo; y una forma menor de suicidio colectivo denominado *suicide á deux*, que consiste en un acuerdo mutuo entre dos personas para consumir su suicidio, actuando generalmente una de ellas como inductora de la otra (12).

Parasuicidio

El término “Parasuicidio” varios autores lo establecieron para facilitar la comprensión de este acto. Entre ellos se encuentra Kreitman, quien propone el abandono del término intento suicida e introduce parasuicidio como acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada se autolesiona (11). En este concepto se elimina el criterio de morir. La finalidad del parasuicida es conseguir cambios en la conciencia o en los cambios sociales. Schenider indicó quizá por primera vez, las diferencias entre el suicidio y la tentativa suicida (13). Algunos años más tarde, Kreitman en 1969 propuso la sustitución de la expresión tentativa suicida por la palabra parasuicidio, introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando a su vez la intencionalidad de morir. El parasuicidio se define la acción donde una persona atenta contra sí mismo pero el resultado no es mortal, en el que la motivación es irrelevante para su fin, pudiendo ser actos repetidos parasuicidas pero con conciencia de la acción que se va a llevar a cabo, según Diekstra, quien no especifica ni la forma ni el por qué se realiza, a diferencia de los autores anteriores. El intento de suicidio es, según la OMS, el acto suicida cuyo resultado no es la muerte y se entenderá como “parasuicidio”, tal como lo define Schenider, quien indica que la tentativa de suicidio es un suicidio frustrado sea cual fuere la razón de su fracaso. La expresión tentativa de suicidio ha sido criticada por considerarla insatisfactoria y se han propuesto diversas expresiones para reemplazarla. Diekstra en 1989 ha propuesto denominar al intento de suicidio como autolesión intencionada y conceptualizarse como conducta de afrontamiento. Se considera más apropiada esta expresión porque en muchas tentativas de suicidio, más que la búsqueda de la muerte, las motivaciones son conseguir una interrupción de una experiencia consciente, asociada con una determinada llamada de atención para movilizar o modificar el entorno, lo cual también cabría dentro del término propuesto anteriormente (14).

Ideación suicida

La ideación suicida, que es diferente al parasuicidio, puede comprender desde la idea fugaz de la dificultad de vivir hasta la idea suicida transitoria, prolongada, permanente impulsiva o planeada, según comenta Beck (15). Pero el hecho de pensar en el suicidio no predispone necesariamente a realizar un acto suicida. Considera simplemente la ideación cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea matarse. Para Kolb, muchas veces la ideación de suicidio se considera como un trastorno psicológico, pero está no siempre es válido, ya que la mayoría de las personas tienen pensamientos de muerte y autodestructivos, los cuales son inherentes a la vida misma. (16).

CLASIFICACIÓN DEL SUICIDIO

Clasificar el suicidio implica tomar en cuenta diversos contextos desde morales hasta científicos, y en consecuencia las posturas son muy diversas. Shopenhauer (1818) consideró que el suicidio en vez de ser una reafirmación de la muerte es una afirmación de la vida al huir de lo negativo y no de lo positivo, y es, entonces un deseo de vivir irrealizable del hombre. Él defiende el derecho de cada ser su propia persona y vida, con lo cual afirma la libertad de decidir cada uno sobre su existencia. Nos da la importancia y responsabilidad que nos corresponde como individuos, pero a su vez, los esquemas sociales difícilmente nos permiten ser individuos, las leyes son masivas y éstas nos someten a la colectividad (17). Durkheim (1993)

desde la sociología, distinguió tres tipos elementales de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico. El primero es consecuencia de la falta de integración social, el segundo se encuentra relacionado con estructuras rígidas en las que el individuo mantiene un código de deberes muy severos dentro del grupo en relación a la exigencia moral y el tercero se da cuando el quebrantamiento de los valores sociales lleva a una desorientación individual, perdurando una falta de significado en la vida. Considera que la forma más eficaz de prevención del suicidio es la promoción del sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad. Durkheim hace hincapié en la anomia (ausencia o desintegración de las normas del individuo), concepto importante en el estudio del suicidio (18). En el escrito “Duelo y melancolía”, Freud (1917) conceptualizó al suicidio como un acto en el que la melancolía genera impulsos suicidas dirigiendo contra sí mismo la hostilidad que mantiene hacia el objeto; la base del suicidio está en la pulsión de muerte, según él (19). Adler (1919) también consideró que los impulsos de infligir dolor a las personas allegadas era el desencadenante del motivo suicida (20).

Albert Camus (1983) en el mito de Sísifo (pág. 39) expresa las siguientes palabras en el ámbito filosófico:

No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter irrisorio de la costumbre de seguir viviendo, la ausencia de toda razón profunda de vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento (21).

Teoría sociológica del suicidio.

Aunque los elementos iniciales de la teoría sociológica del suicidio aparecen en la obra de Morselil en 1879, alcanzan la madurez en el estudio sobre el suicidio realizado por Durkheim en 1897, que se convierte desde el momento de su publicación en un modelo para la investigación sociológica futura. Durkheim examinó en su obra los efectos de la sociedad sobre la conducta del individuo, concluyendo que el suicidio era resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre éste. Este autor propone dos variables a tomar en consideración: el grado de integración social del individuo, y el grado de reglamentación social de los deseos individuales. En sus investigaciones indicó que no había un suicidio, sino suicidios y comparó las tasas de suicidio según las estadísticas oficiales de diversos países para establecer sus causas. Asimismo, relaciona la frecuencia del suicidio con diversas variables: edad, sexo, situación familiar, creencias religiosas, guerras, etc. Durkheim distingue tres tipos elementales de suicidio: El suicidio egoísta, producido por un debilitamiento en la relación entre el individuo y la sociedad; el suicidio altruista, cuando la organización social reduce la libertad personal, de tal modo que el sujeto se quita la vida pretendiendo de esta manera aliviar de su carga a la sociedad; y finalmente, el suicidio anómico que sucede como consecuencia del quebrantamiento de las leyes impuestas por la sociedad. Sin embargo, no es la de Durkheim la única teoría sociológica acerca del suicidio, ya que de la crítica y del rechazo al excesivo sociologismo durkheimiano surgió la teoría de M. Halbwachs quien mantiene la existencia de una relación complementaria entre los motivos individuales del suicida y las situaciones sociales de aislamiento (18).

Teoría psicoanalítica del suicidio.

Aunque S. Freud no se ocupó en su obra de un modo explícito del suicidio, fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas a este fenómeno, postulando que los motivos del suicidio eran intrapsíquicos. Es a partir de sus escritos “Duelo y melancolía” y “Más allá del principio del placer” cuando Freud interpreta la relación entre el suicidio, la depresión y la agresión introyectada. Consideró el suicidio como un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinamia intervienen sobre todo la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizar. En resumen, el suicidio era para él, un

homicidio en el grado 180 (22). Freud consideró el suicidio un concepto básico del ser humano pudiendo ser todos vulnerables a esta conducta, cuya raíz reside en el instinto de muerte, que al buscar un reposo eterno puede expresarse con el suicidio. Litman en 1965 indica que, aunque para el psicoanálisis el suicidio representa sólo la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado, en su psicodinamia intervienen otros factores como los sentimientos o vivencias de desesperanza, abandono e inutilidad. En la obra “El hombre contra sí mismo” de Menninger en 1983 considerada por muchos como la mejor teorización psicoanalítica clásica sobre el suicidio, se desarrolla ampliamente el concepto psicodinámico de la agresión y el suicidio, clasificando los tres componentes agresivos del suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir (23).

ESTADÍSTICA SOBRE EL SUICIDIO EN MÉXICO

Las dificultades señaladas para la elaboración de estadísticas sobre suicidio son aún mayores en lo relativo a los intentos de suicidio, ya que los casos que no requieren atención hospitalaria son generalmente ocultados por las familias e incluso por los médicos y profesionales de la salud, siendo de todo punto difícil contabilizarlas. Este tipo de conducta suicida ha sufrido un incremento sustantivo entre la población adolescente en los últimos años. Según cálculos recientes a nivel global correspondientes al año 2004, el suicidio o a las lesiones autoinfligidas son la decimosexta causa principal de muerte en el mundo (OMS, 2008), y se prevé que en el año 2030 ocupen el duodécimo lugar. Actualmente, el suicidio ocupa el vigésimo lugar con respecto a las principales causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) (OMS, 2008), y se prevé que en el año 2030 ocupe el decimocuarto lugar. Tanto en los hombres como en las mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años, el suicidio se clasifica como una de las diez causas principales de carga de enfermedad; y para ambos sexos combinados, se ubica en el octavo lugar (OMS, 2008). México presenta una de las tasas mundiales más bajas (5.4/100 000 habitantes) (23). Mundialmente, el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad. Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos, con mayor frecuencia que las mujeres. Sin embargo, en algunos países de América del Norte como EUA y Canadá el suicidio es más frecuente en las mujeres entre 15 y 19 que entre los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos. (25) En México se realizó la (Encuesta Nacional sobre las Adicciones) ENA 2008 en donde se indagó acerca de las conductas suicidas. Los resultados indicaron una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79% (con variaciones de 4.2 a 6.2%). La prevalencia de la planeación suicida fue de 1.22% y 0.79% de la muestra reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses. La prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008, tenemos que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses; 918 363 mexicanos planearon suicidarse; un total de 593 600 personas intentaron suicidarse; y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Se identificó que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se observan más afectadas; mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas. En México, de 1970 a 2007 el suicidio ha tenido un incremento importante. Su

prevalencia aumentó en un 275%. Actualmente el suicidio se incrementa en el grupo de 15-29 años de edad (26).

Impacto del suicidio en la salud pública

Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares. Los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio son necesarios para la planificación de políticas nacionales y locales, así como para la evaluación de los esfuerzos llevados a cabo para reducir las tasas de suicidio consumado (27). A fin de desarrollar una estrategia nacional de prevención del suicidio es esencial entonces reconocer que la conducta suicida no es un fenómeno aislado y que en ella influye una multiplicidad de condiciones de orden biológico, psicológico, social, cognitivo, de género y desarrollo, entre otras. Si se logran identificar estos factores, las acciones de prevención de la conducta suicida tendrán objetivos claros y serán más eficientes (28). Muchos adolescentes con conducta suicida no reciben tratamiento, además de que un alto porcentaje de adolescentes presentaron la conducta suicida después de haber tenido contacto con estos servicios. Existe la necesidad de tratamientos oportunos para los adolescentes que han desarrollado conducta suicida e intervenciones que prevengan y monitoreen a quienes están recibiendo tratamiento actualmente (29).

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES EN LA CONDUCTA SUICIDA

Los factores de riesgo, es decir, las características o condiciones que influyen en la persona aumentando la probabilidad de presentar conducta suicida, así como los factores de protección o aquellos que disminuyen la vulnerabilidad de los individuos contribuyendo a minimizar la probabilidad de presentar conducta suicida serán descritos a continuación (30).

Factores de riesgo

1.- Sexo: Son varias las investigaciones que han encontrado que son las mujeres quienes manifiestan mayor ideación suicida, así como de intento de suicidio. En escenarios clínicos, donde se ha estudiado a poblaciones con intentos de suicidio, se ha observado que la mayoría de los casos son mujeres, con porcentajes de 65% a 90%, pero son los hombres quienes consiguen en mayor número consumir el suicidio en una proporción de 8:1. Esto se conoce como la paradoja de género (31).

2.- Edad: En estudios sobre poblaciones clínicas con pacientes internados por intento de suicidio se ha encontrado que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años (31), otro estudio reporta las frecuencias más altas entre los 15 y 26 años. Con respecto a las lesiones autoinfligidas (con o sin la intención de morir), el grupo etáreo con mayor cantidad de casos se ha encontrado entre los 20 y 29 años (31,32).

3.- Nivel socioeconómico: Un estudio en mujeres pertenecientes a comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, reveló que la prevalencia de intento suicida en la población estudiada fue de 3.6% (32).

4.-Estado civil: Las personas divorciadas/separadas, presentan mayor ideación suicida, elevándose 3.3 veces la probabilidad de presentarla. Las mujeres pertenecientes a comunidades urbanas de nivel socioeconómico bajo, presentan 1.8 veces más riesgo de tener pensamientos suicidas y 1.4 veces de intentos de quitarse la vida, si son solteras (33).

5.- Escolaridad: Se ha detectado que quienes presentaron ideación suicida tienen menor escolaridad que los sujetos sin ella (26,34).

6.- Ocupación: Los pacientes desempleados/jubilados tienen mayor riesgo de tener ideación suicida (más del doble de la prevalencia a nivel nacional) (26,34).

7.-Psicológicos y psicopatología: Entre los trastornos más comúnmente relacionados a la ideación suicida están la depresión, la distimia y la alta desesperanza, así como el uso crónico del alcohol (34). También se ha reportado en mujeres que piensan en suicidarse la presencia de fobias y que los trastornos depresivos aumentan 11.62 veces el riesgo de presentar ideación y 6.9 veces el intento de suicidarse (35). Al igual que entre los adolescentes, en los adultos aumenta el riesgo de presentar comportamiento suicida si existe algún trastorno psiquiátrico y/o comorbilidad psiquiátrica (36). Los trastornos individuales con asociación más fuerte con el comportamiento suicida fueron: con la ideación suicida, el trastorno por dependencia a varias sustancias; con el plan, la distimia y el trastorno de la conducta; y con el intento, el trastorno del comportamiento (37). En adultos con intento de suicidio, la impulsividad se relacionó significativamente con la depresión y la desesperanza (38).

8.- Familiares y ambientales: Se ha encontrado como predictor de la ideación suicida en los varones, el tener respuestas agresivas de enfrentamiento ante los conflictos familiares y, en las mujeres, el estrés social con el grupo de pares. En pacientes con intento de suicidio se encontró como causa común la inestabilidad en la relación con la pareja marital e intrafamiliar, así como con la pareja no fija (39).

9.- Circunstancias y eventos de vida adversos: En el caso de las mujeres, los eventos precipitantes de ideación suicida son: pérdidas como divorcio, separación, muerte del cónyuge y que un hijo se vaya de casa; en el caso de los hombres: problemas en el trabajo, desempleo, peleas y reunirse con personas que consumen mucho alcohol (40).

Factores protectores

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

Cohesión familiar: Se ha encontrado que una buena relación familiar es un importante factor de protección, en especial el afecto materno. En estudiantes de secundaria se detectaron como factores de protección el que los chicos perciban a sus padres o sustitutos parentales como fuente de afecto y reconocimiento, que contarán con lazos de comunicación para la orientación de sus inquietudes fincados en la aceptación, que mostraran interés auténtico por sus relaciones con los amigos/as, y que establecieran límites para regular sus salidas y promover la seguridad de su hijo/a (39). En el caso de los adolescentes de población homosexual, se encontró que el hecho de que los padres conocieran su orientación sexual es un factor de protección de la conducta suicida. (29)

Autoestima: La autoestima también ha sido detectada como un importante factor de protección de la depresión y/o la ideación suicida para ambos sexos (41).

Otros Factores Protectores: se han reportado otros factores de protección como: flexibilidad cognitiva, fuertes redes de apoyo social, ausencia de eventos estresantes inesperados en el ciclo vital, ausencia de soledad, existencia de un proyecto de vida, tratamiento oportuno de las patologías psiquiátricas, tratamiento adecuado de los trastornos de personalidad, así como buena calidad de vida y religiosidad (30).

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Las propuestas para erradicar el suicidio en México giran en su mayoría alrededor de la oportuna capacitación y entrenamiento de los profesionales que directa o indirectamente tienen contacto con personas con riesgo suicida para que los puedan encaminar en forma inmediata y correcta a las instancias adecuadas de tratamiento y/o protección. Es por ello que se requieren propuestas para disminuir no solamente la tasa de suicidio consumado sino también los comportamientos no letales suicidas. Algunos autores han desarrollado propuestas para disminuir el suicidio a nivel individual y comunitario como las que se describen a continuación (29).

Estrategias a nivel colectivo

Restricciones en métodos suicidas: Se ha demostrado en estudios epidemiológicos que el aumentar las restricciones a nivel comunitario para limitar el acceso a los métodos suicidas está asociado con la disminución de las tasas de suicidio en general. Actividades como la restricción de armas de fuego, la limitación de los barbitúricos, el colocar protección en puentes y la instalación de convertidores catalíticos en los automóviles que reducen las emisiones de monóxido de carbono, demostraron una asociación significativa con una disminución del 55% de la tasa de mortalidad por suicidio a lo largo de 30 años en Dinamarca (42).

Implementar una academia de depresión y riesgo suicida para estudiantes de medicina: El implementar la enseñanza de la depresión y el suicidio en los estudiantes de medicina desde los primeros años de formación profesional puede ser especialmente útil para la detección oportuna de riesgo suicida, si se inculca su importancia y se sensibiliza al estudiante tempranamente (43).

Desarrollar políticas para reducir el uso nocivo del alcohol como un componente de la prevención del suicidio. El abuso de alcohol es considerado un factor de riesgo de intento de suicidio y suicidio consumado. Restringir la disponibilidad de alcohol para reducir el uso nocivo del alcohol es particularmente crítico en las poblaciones con una alta prevalencia de consumo de alcohol (43).

Estrategias a nivel individual

Contrato de No suicidio: Se trata de una herramienta controvertida propuesta por primera vez por Drye y cols. en 1973 (44), la cual se concibió como un pacto entre un profesional de la salud mental (médico, psicólogo, enfermera o psicoterapeuta) y un cliente o paciente, en el que se acuerda mantener un estado libre de daño autoinfligido durante un tiempo determinado que puede durar de unos días a varias semanas. Algunos autores lo recomiendan ampliamente como una herramienta valiosa en la práctica clínica; sin embargo, otros autores señalan que no existe evidencia clara que los contratos de no-suicidio realmente disminuyan el riesgo suicida, no sustituyen a la evaluación clínica y carecen de legalidad. Más allá de la eficacia o no de esta herramienta, muchos autores recomiendan que las estrategias que pueden disminuir el riesgo suicida a nivel individual consisten en realizar intervenciones efectivas que implican mejorar las capacidades de afrontamiento, mejorar las condiciones de vida, reforzar el miedo a la muerte, mejorar la relación médico-paciente y mejorar las condiciones de trabajo del paciente.

Entrenamiento centinela: el que se enseña a grupos específicos de personas a identificar en otras personas cuando hay un riesgo elevado de suicidio y así referirse al tratamiento correspondiente. Los “centinelas” son personas de primer contacto que pueden ser designadas (trabajadores de la medicina, enfermería, psicología o trabajo social) o emergentes: miembros de la comunidad sin entrenamiento formal en intervención pero que pueden tener contacto con personas suicidas (sacerdotes, maestros, policía y orientadores), lo que abre la puerta a que una persona en riesgo suicida reciba ayuda en forma oportuna. El objetivo del entrenamiento es desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades adecuadas.

Las propuestas para erradicar el suicidio en México giran en su mayoría alrededor de la oportuna capacitación y entrenamiento de los profesionales que directa o indirectamente tienen contacto con personas con riesgo suicida, para que los puedan encaminar en forma inmediata y correcta a las instancias adecuadas de tratamiento y/o protección. (45)

DEFINICIÓN DE CRISIS

En primera instancia, se enunciarán algunas definiciones de crisis para poder adentrarnos a lo que refiere la crisis como tal, los diferentes tipos de crisis como son las circunstanciales y las vitales, así como las diversas formas de respuesta ante ellas; se revisarán las diferentes formas de intervención que existen, a saber, la de primera instancia y segunda instancia. De acuerdo con Cerezo (2005), una crisis refiere a un estado personal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por una incapacidad para manejar, tanto emocional como cognitivamente, situaciones particulares; las personas que enfrentan un problema que rebasa sus recursos de adaptación, así como sus mecanismos de defensa se dice que se encuentra en una crisis, la cual no puede ser resuelta por la persona lo que genera un desequilibrio. Como resultado de lo anterior la persona experimenta una mayor tensión y ansiedad que lo inhabilitará aún más para poder encontrar la resolución (46).

Otra definición de crisis es la que enuncia Benveniste (2000) donde menciona que una crisis ocurre cuando un evento traumático desborda excesivamente la capacidad de una persona para manejarse en su modo usual. También refiere que es imposible predecir una crisis psicológica ya que un evento que pudiera desencadenar una crisis en una persona puede no originar una crisis en otra, sin embargo, existen ciertos eventos que probabilizan una crisis como pueden ser: ataques físicos, violaciones, accidentes, grandes pérdidas de un ser querido, desastres naturales (47). Slaikeu (1996), define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar estas situaciones particulares utilizando métodos usualmente empleados para situaciones problemas. Una crisis, puede ocurrir en cualquier lugar y ante cualquier persona, no obstante, hay que recalcar que no todas las personas reaccionan de la misma manera; existen personas que se encuentran bien dotadas para manejar las tensiones de la vida, para otras personas que no poseen esta cualidad la ayuda de personas externas puede aportar los elementos necesarios para poder enfrentar la crisis de manera adecuada (48).

Tipos de crisis: vitales y circunstanciales

Existen dos tipos de crisis, las crisis vitales y las crisis circunstanciales. Las crisis vitales se caracterizan por ocurrir en ciertas etapas de desarrollo como pueden ser la niñez, la adolescencia, la adultez temprana, adultez media y la vejez. Hay que tomar en cuenta que el desarrollo del ser humano es una característica inherente a las personas; este desarrollo va llevándose a cabo en etapas y cada una de estas se caracteriza por ciertas

tareas y preocupaciones. De acuerdo con Rapaport (1980, en Slaikeu, 1996) un individuo debe solventar completamente estas preocupaciones y resolver adecuadamente las tareas para poder afrontar de buena manera las preocupaciones y tareas de la siguiente etapa de desarrollo. Cada transición de etapa será diferente, particularmente la transición a la edad adulta. A lo largo de la vida el desarrollo estará vinculado a tres principales aspectos como son: la familia, el trabajo y el juego. Dado lo anterior, las causas de una crisis vital deberán analizarse con base en la etapa de desarrollo en la que se encuentre la persona y la historia de las etapas anteriores, puesto que una crisis puede presentarse debido a la incapacidad de manejar las nuevas tareas a desempeñar. Cabe señalar que no toda transición y no toda dificultad en el desarrollo vital implica una crisis, ésta se da cuando la persona tiene una incapacidad de afrontar las nuevas tareas de la etapa de desarrollo, también puede presentarse por la negativa o falta de aceptación del individuo para aceptar la nueva etapa de desarrollo (48).

De acuerdo a las etapas de desarrollo se pueden presentar diferentes eventos que desencadenen en una crisis (Slaikeu, 1996):

-Niñez: Una crisis durante la niñez puede afectar el área de socialización con las demás personas (amigos, padres, maestros, familiares) pudiéndose también verse afectada el área educativa. Los padres y maestros son los encargados de identificar cuando un niño está sufriendo para cumplir con las tareas y preocupaciones características de esta etapa.

-Adolescencia: En esta etapa aspectos como la identidad, los valores, la intimidad, la profesión, serán ámbitos en los que un desequilibrio o complicación pudieran generar una crisis para la persona. Especialmente la autoconfianza se dificulta.

- Adulthood temprana: Las preocupaciones de esta etapa estarán vinculadas a la intimidad, a la paternidad y la iniciación en una carrera u ocupación. Esto puede implicar el traslado o transformación a una nueva identidad. Esta etapa refiere a un momento de asentamiento y consolidación de la profesión.

- Adulthood media: Se presenta el momento de reflexión en esta etapa, acerca de lo realizado en la profesión y relaciones familiares. Se enfocan en los posibles ámbitos de intereses que pueden surgir. Las crisis que pudieran presentarse en esta etapa son la separación matrimonial, la insatisfacción profesional y el emprendimiento de nuevos retos.

- Vejez: En esta última etapa de desarrollo, se presentan crisis como sentimientos de inutilidad debido a que las personas normalmente no tienen trabajo debido a las jubilaciones; también se presentan sentimientos de olvido por parte de la familia de la persona mayor.

Las crisis circunstanciales son aquellas que se presentan sin previo aviso, son eventos que ocurren de manera imprevista y pueden afectar al individuo en cualquier momento. Estas crisis se diferencian de las vitales porque estos eventos no tienen relación alguna con la edad de la persona que sufre la crisis.

Slaikeu (1996) señala que existen cinco características principales de las crisis circunstanciales, a saber:

1. Aparición repentina: La crisis circunstancial es propensa de ocurrir en cualquier persona y en cualquier momento.

2. Imprevisión: En contraparte con las crisis vitales que se pueden predecir dada la edad del individuo, muchas personas piensan que no están expuestos a sufrir o a presenciar un evento que desencadene una crisis, razón por la cual no se encuentran preparados para ella.
3. Calidad de urgencia: Las crisis atentan contra el bienestar físico y psicológico de las personas, el terapeuta debe ser capaz de evaluar los aspectos más urgentes a tratar en la intervención.
4. Impacto potencial sobre comunidades enteras: Como se mencionaba en la definición de Benveniste (2000), algunas circunstancias que pueden generar una crisis son algunos desastres naturales como terremotos o huracanes, este tipo de desastres afectan a un gran número de personas al mismo tiempo; un incendio o un percance aéreo puede ser otro ejemplo de lo anterior. Ante esto debe tomarse en cuenta la posibilidad de atender a un gran número de personas en un período muy corto de tiempo.
5. Peligro y oportunidad: A pesar que algunos eventos pueden significar que las personas en crisis estén en peligro como puede ser una violación, una restructuración de pensamiento y emociones luego de la crisis puede ayudar a enfrentar la crisis después de que ésta se presente.

Es importante señalar que dentro de las crisis circunstanciales pueden dividirse en diferentes rubros, como pueden ser las crisis circunstanciales referentes a la salud, muerte repentina, crimen, desastres naturales o provocados por el hombre, guerra y hechos relacionados, así como referentes a la familia y economía (49).

Respuestas ante las crisis

De acuerdo con Rubin y Bloch (2001) las respuestas ante la crisis son reacciones normales ante situaciones o sucesos anormales. No existe entrenamiento alguno que pueda preparar a una persona para enfrentar de manera adecuada una crisis; igualmente es imposible predecir si el comportamiento de una persona ante una crisis será funcional o no. Pese a lo mencionado anteriormente, la mayoría de las personas que pasan por una crisis se apoyan en sus habilidades individuales y el apoyo de otros para sortear de manera adecuada esta crisis, son menos las personas que no pueden superarla y requieren de un tratamiento para superar una crisis. Los primeros registros de respuestas ante las crisis se remontan a las épocas de guerras, donde los socorristas de los soldados heridos reportaban una serie de síntomas que, en un principio, fueron atribuidos a la medicina, los síntomas registrados eran: taquicardia, sudor excesivo, vértigo, temblor extremo, mareo, sensaciones de hormigueo en extremidades superiores. A partir de la Segunda Guerra Mundial es cuando se intenta dar una explicación psicológica a los síntomas de los soldados, es entonces cuando se maneja el término de neurosis de guerra (49).

Hasta ese entonces el concepto de crisis se había empleado en las experiencias de guerra, no obstante comenzó a ser empleado también a personas fuera de ese contexto cuando los sobrevivientes a accidentes reportaban síntomas similares a los de la guerra. Revisando estos datos se llega a la conclusión que los individuos que presentan alguna crisis pueden presentar algunos síntomas en común, independientemente de su contexto social:

- Incredulidad
- Perturbaciones en el sueño
- Enojo e irritabilidad

- Pensamientos intrusivos (flashbacks)
- Tristeza
- Olvido o pérdida de concentración
- Incremento en el uso de la droga y/o alcohol
- Aislamiento social
- Taquicardia

Aunado a la lista anterior, las personas que han pasado por una crisis presentan una percepción distorsionada del tiempo, recuerdos muy detallados acerca del evento y la sensación de que su identidad ha sido modificada irremediamente. Las respuestas ante las crisis, como se ha mencionado, son variadas, sin embargo, hay factores a considerar en una persona que influirán en su respuesta ante una crisis (49):

1. Edad y fase de desarrollo: La experiencia y la habilidad de una persona será muy importante en una crisis. Un niño no tiene la capacidad para entender muchas de las cuestiones que implican una crisis, igualmente no posee el repertorio verbal para poder expresar lo acontecido. En el otro extremo, las personas mayores en ocasiones se ven impedidos tanto física como mentalmente para poder buscar ayuda ante una crisis.
2. Salud: Una persona con una enfermedad o un trastorno mental encontrará un impedimento para poder tener acceso a la ayuda, especialmente cuando nos referimos a algunos desastres naturales.
3. Discapacidad: Alguna discapacidad física como un impedimento visual, auditivo, motriz o en el discurso puede impedir a las personas de obtener la ayuda necesaria.
4. Estrés preexistente: Preocupaciones previamente presentes a la crisis pueden acumularse con el evento. En este rubro se toman en cuenta los sistemas de apoyo que pudieran verse afectados por este estrés acumulado.
5. Eventos traumáticos vitales previos: Los eventos que fueron sorteados de buena manera pudieron haber generado nuevas habilidades a emplear en una nueva crisis. No obstante, si estos eventos no fueron correctamente afrontados las personas suelen ser más vulnerables en una nueva crisis.
6. La fortaleza de sistemas de apoyo: Relacionado con el punto cuatro, la ausencia o pérdida de sistemas de apoyo social puede ser muy riesgoso para las personas en crisis.
7. Habilidades de afrontamiento: Habilidades de afrontamiento adecuadas serán de gran importancia para solventar una crisis, no obstante habilidades de afrontamiento inadecuadas o conductas desadaptativas pueden poner en riesgo a una persona.
8. La expectativa del ego y de los demás: Lo que una persona espera de sí mismo será fundamental, pues una auto-expectativa alta o de los demás pueden golpear anímicamente a una persona, pues se siente con responsabilidad de estar “a la altura de las circunstancias”.

9. Estado de los familiares: Si durante la crisis la familia se encuentra separada, una persona puede sufrir de estrés severo en su intento por localizar a sus familiares.
10. Entorno étnico y cultural: El idioma puede convertirse en una barrera importante para conseguir apoyo durante una crisis.
11. Interacción entre la ocupación del individuo y el evento: Implica un gran riesgo cuando la ocupación de las personas vio vinculada con la crisis.
12. Percepción e interpretación del evento: El modo que una persona perciba el evento afectará el nivel de estrés que experimentará, así como su efectividad en el afrontamiento.

Lo anterior ha de tomarse en cuenta para valorar las respuestas que las personas tienen durante una crisis, no obstante, como se mencionó al principio, no serán determinantes de como una persona puede reaccionar en una crisis. Algunas de las respuestas ante las crisis pueden ser el suicidio o el homicidio, se menciona que estas son las respuestas más extremas a las que puede llegar una persona en crisis, la intervención deberá de dirigirse a evaluar qué tan probable es esta circunstancia. Existe un alto índice de suicidio tanto a nivel mundial como a nivel nacional, siendo que a nivel mundial es la décima causa de muerte, y en México en se señala cierto aumento gradual a partir del año de 1980; Martínez (2007), señala que en el 58% de los casos se desconoce la causa del suicidio, teniendo un alto porcentaje la depresión. El hecho que se desconozca un alto porcentaje de motivos de suicidio y que la depresión cuente con un alto porcentaje, puede generar la hipótesis que son el último recurso ante una crisis (49).

Crisis y conducta suicida.

Han existido muchas definiciones de lo que es una crisis, la mayoría de ellas resaltan que son, en gran parte, circunstanciales e impredecibles, características que resultan ser fundamentales para que un individuo sea incapaz para solventar de la manera más adecuada una crisis. Slaikeu (1996) define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza principalmente por la incapacidad del individuo para abordar estas situaciones particulares utilizando métodos usualmente empleados para situaciones problemas. Una crisis puede ocurrir en cualquier momento y ante cualquier persona; el evento que cause o desencadene la crisis determinará el tipo de crisis a la cual se estará enfrentando el individuo. Si el evento causal de la crisis refiere a las etapas de desarrollo que presenta el individuo como la adolescencia o la vejez, entonces se estará presentando una crisis vital; por otra parte, si el evento que desencadena la crisis implica un accidente, un desastre natural, la muerte de un ser querido, etc, el individuo se enfrentará a una crisis circunstancial (48).

De acuerdo con Rubin y Bloch (2001), las respuestas más frecuentes de las personas cuando se enfrentan a una crisis son la incredulidad, el enojo, la tristeza, la pérdida de concentración y de sueño, incremento del consumo del alcohol y/ drogas, taquicardias, entre otras. Las respuestas que pueden tener las personas ante las crisis serán determinadas por una multiplicidad de factores como pueden ser: las habilidades individuales, sistemas de apoyo social (familia y amigos), etapa de desarrollo en el momento de la crisis, etc. (49).

Para aquellas personas que no poseen las habilidades individuales necesarias para solventar una crisis o aquellas personas que ven afectados sus sistemas de apoyo social se requiere de apoyo externo para poder auxiliar de manera adecuada a esas personas de modo que puedan superar esas crisis. Existen dos distintos tipos de intervención en crisis, a saber: la intervención en crisis de primera instancia, también conocida como los primeros auxilios psicológicos, y la intervención en crisis de segunda instancia o terapia multimodal para crisis. Lo que determinará qué intervención en crisis es la más adecuada es la proximidad del evento que desencadenó la crisis; si este evento es muy próximo convendrá utilizar la intervención en crisis de primera instancia, pues la finalidad de ésta es reducir el riesgo potencial de mortalidad, lograr que la persona sea capaz de enfrentar dicha crisis, que pueda controlar sus sentimientos y pueda encaminarse a la resolución de la misma (49). De acuerdo con Wagner (2011) la prevención es el único medio por el cual se pueden disminuir los índices en aumento del suicidio (50). Wasserman y Wasserman (2009) señalan tres diferentes niveles de prevención en torno a la problemática del suicidio, a saber: la prevención primaria, enfocada principalmente en la reducción de los factores de riesgo personales, la prevención secundaria, dirigida a la atención de desórdenes emocionales y comportamentales antes que se presente un intento de suicidio; por último la prevención terciaria la cual tiene como objetivo la rehabilitación de las personas que han intentado suicidarse, con la finalidad de prevenir un nuevo intento de suicidio, ya que la letalidad del intento suicida aumenta con los intentos previos (51).

Dado que el intento de suicidio previo es uno de los factores de riesgo más importante para cometer el suicidio y a que la letalidad del mismo aumenta con cada intento de suicidio, el objetivo de la presente tesis es mediante la revisión bibliográfica elaborar un programa para la prevención terciaria del suicidio mediante la intervención en crisis.

Orígenes de la intervención en crisis

La intervención en crisis surge por la necesidad que existía de realizar intervenciones terapéuticas de urgencia, puesto que, dadas las características de la situación, era riesgoso para las personas dejar pasar un período de tiempo prolongado sin la atención psicológica. De acuerdo con Weiner (1992), son cuatro los aspectos importantes que influyeron en el movimiento de la intervención en crisis (52):

- a) Tratamiento de la neurosis traumática durante la Segunda Guerra Mundial: El gran número de soldados que padecieron de neurosis debidas al estrés al cual estaban expuestos durante la guerra hizo necesaria la creación de métodos de tratamiento a gran escala. Luego que se presentaba el colapso o la crisis de los soldados, éstos eran sometidos a un tratamiento de corto plazo antes que surgieran conductas desadaptativas con la finalidad que pudieran reintegrarse a sus actividades ordinarias sin ver afectada su autoestima, así como sus patrones conductuales.
- b) Etapa de duelo y creación de las primeras clínicas para casos de crisis: En este aspecto, el trabajo realizado por Lindemann (en Weiner, 1992) es importante ya que su estudio realizado con los familiares de personas que murieron en un incendio demostró que la ayuda a personas que recientemente acaban de sufrir la pérdida de un ser querido contribuye en la prevención de estados emocionales adversos como lo es la depresión. A partir de este estudio diversos autores comenzaron a investigar y a trabajar con personas en duelo, igualmente este estudio contribuyó en la creación de clínicas para la intervención en crisis.

c) Prevención del suicidio: Una de las respuestas más radicales ante una crisis es el suicidio, es por ello que uno de los objetivos principales de la intervención en crisis es la prevención del suicidio. En diversas partes del mundo como en la Gran Bretaña en 1953 y en los Ángeles en 1958 se tomaron medidas preventivas para el suicidio como la creación de grupos de ayuda para personas en crisis. En este rubro se incluye la atención telefónica como medida importante para la prevención del suicidio.

d) Movimiento de clínicas gratuitas: La creación de estas clínicas a finales de la década de 1960 y los inicios de la década de 1970 estaba encaminada para la atención de personas que sufrían de una crisis y no tenían la posibilidad de acudir a otro lugar. A estas clínicas acudían personas que eran estigmatizadas por la sociedad como inmigrantes, “negros” y homosexuales. En la actualidad, la intervención en crisis conserva muchas de las características mencionadas anteriormente, está enfocada a la prevención de conductas desadaptativas y que pongan en riesgo la vida de las personas. Ha crecido la importancia de centros de apoyo las 24 horas de manera presencial o vía telefónica; por último se han realizado cursos y talleres para poder capacitar a las personas en que hacer en caso de una crisis.

INTERVENCIÓN EN CRISIS: PRIMERA Y SEGUNDA INSTANCIA.

Existen dos tipos de intervención en crisis, la intervención en crisis de primera instancia o primeros auxilios psicológicos y la intervención en crisis de segunda instancia o terapia multimodal para crisis. Lo que determinará qué intervención en crisis es la proximidad del evento que desencadenó la crisis, si el factor estresante es reciente se recomienda utilizarla intervención en crisis de primera instancia pues la finalidad de ésta es reducir el riesgo potencial de mortalidad, lograr que la persona sea capaz de enfrentar dicha crisis, que pueda controlar sus sentimientos y pueda encaminarse a la resolución de la misma. Esta primera ayuda que reciba la persona en crisis se conoce como primeros auxilios psicológicos y no necesariamente serán aplicados por una persona especializada como el psicólogo u orientador, en muchas ocasiones estas crisis pueden presentarse en compañía de los padres, hijos, amigos o personas desconocidas quienes pueden ser instruidas por personal médico o psicológico para asistir a la persona que lo requiere; en otras ocasiones serán paramédicos, médicos o policías. (48)

De acuerdo con Slaikeu (1996) la intervención en crisis de primera instancia consta de 5 pasos a seguir:

1. Realización del contacto psicológico: Se califica como la empatía que pueda establecer la persona que asista la crisis, implica escuchar de manera empática, cómo se siente la persona con el evento, qué fue lo que paso, de este modo se puede saber el modo que la persona visualiza esta situación. Se debe prestar especial atención a cómo sucedieron las cosas, la reacción que tuvo esta persona mediante el relato verbal y no verbal. El transmitirle a la persona en crisis que entiende la situación y entiende cómo se siente generará este ambiente de empatía, aunque el contacto físico también puede generar un sentimiento de empatía, este puede ser mediante un abrazo o una palmada en la espalda.

2. Examen de las dimensiones del problema: Se refiere a la evaluación de las situaciones del problema, para ello se preguntará a la persona en crisis sobre el pasado inmediato, es decir lo que antecede al evento de crisis y el evento de crisis, el presente y el futuro inmediato.

Se realiza el análisis de las situaciones con base en preguntas e indagaciones en las que se investigarán los aspectos más generales del pasado y presente de la crisis. Durante esta evaluación se pone especial énfasis en las fortalezas y debilidades que se presenten en este evento. Se debe preguntar si existió alguna herida y el riesgo de mortalidad de la misma, así como si ha habido intentos de suicidio. Por último, se debe hacer un análisis a futuro de las consecuencias que pueden existir debido a la crisis. Esta evaluación de las dimensiones indicará qué situaciones son las que se deben atender de manera inmediata y que otras circunstancias pueden dejarse para después.

3. Análisis de posibles soluciones: Este aspecto de los primeros auxilios psicológicos implica la identificación de posibles soluciones ante las crisis. En principio se hace una exploración para saber qué se ha intentado para resolver la situación, además se le pide a la persona para generar otras alternativas de solución. Otro aspecto relevante de este análisis es evaluar los pros y los contras de cada solución de modo que puedan jerarquizarse las soluciones que puedan resultar más benéficas para la situación en crisis. Cabe señalar que se debe instar al paciente para que pueda generar soluciones alternativas a pesar que se encuentre solo.

4. Ejecución de la acción concreta: Recordando lo realizado en los pasos anteriores, este cuarto paso implica ayudar a la persona a ejecutar la mejor acción para resolver la crisis. Aquí cabe señalar que el que jugará un rol activo en la ejecución de la acción será el paciente, no obstante, si la situación es extrema el psicólogo o la persona que esté orientando a la persona será que tome este rol activo dentro de la crisis. En este aspecto el orientador jugará un papel de facilitador o directivo será determinada por las circunstancias.

5. Seguimiento: Este último paso implica extraer la información y establecer un procedimiento que permita darle seguimiento al progreso de las circunstancias. Las actividades del facilitador serán determinar los medios de comunicación que tendrán posteriormente, así como establecer quién llamará a quien, así como los tiempos en los que se establecerá la comunicación. El objetivo de este seguimiento es poder evaluar si se cumplieron las metas de los primeros auxilios.

Ahora bien, como se ha mencionado, existe la intervención en crisis denominada de segunda instancia o terapia multimodal para crisis, en esta se valorarán en un principio el funcionamiento del paciente en varias áreas, Slaikeu (1996) ha definido cinco subsistemas los cuales habrán de ser sujetos a validación. Los cinco subsistemas son denominados CASIC, las siglas referentes a los subsistemas Conductual, Afectiva, Somática, Interpersonal y Cognoscitiva.

El sistema conductual se refiere a la actividad que se realiza normalmente, trabajar, jugar, el ejercicio, patrones de alimentación como pudiera ser una dieta, hábitos de sueño, uso de drogas, alcohol y tabaco. La valoración de este subsistema brindará información acerca de los excesos y limitaciones dentro de la conducta, nos dará consecuencias y antecedentes de los comportamientos importantes; otro de los aspectos relevantes de la valoración será identificar las áreas de fortaleza y debilidad de la persona. La valoración de las variables afectivas incluirá los sentimientos que el individuo tenga acerca de los comportamientos antes mencionados, de un incidente traumático o de la vida normal. Al igual que el sistema conductual se deben

valorar los antecedentes y consecuencias de los sentimientos que pudieran presentarse. Debe tomarse en cuenta que una emoción o sentimiento pudiera ser aprendido o condicionado es por eso tan importante la valoración de estos y sus antecedentes.

El tercer subsistema a considerar es el funcionamiento somático que refieren a las emociones corporales, dentro de estas se encuentra la sensibilidad al tacto, al sonido, la percepción, el gusto y la visión. Todo lo referente al dolor físico y a las cuestiones corporales serán incluidos en este subsistema. Se valorarán las posibles repercusiones físicas que pudieran haberse generado por la crisis. La valoración del subsistema de modalidad interpersonal refiere a la calidad y cantidad de las relaciones sociales que tiene la persona con sus amigos, familia, trabajo y vecinos, poniendo especial énfasis en el rol que desempeña esta persona, como puede ser un rol pasivo, de liderazgo, dependiente etc.

Por último, el subsistema de la modalidad cognoscitiva incluirá la visión que tenga la persona acerca de su vida, los momentos importantes en su pasado, aspiraciones para el futuro. En ocasiones se valorarán también los sueños diurnos y nocturnos. Las representaciones mentales o imágenes que tenga la persona en crisis son los aspectos a valorar en este subsistema, poniendo especial atención en una posible catastrofización y sobregeneralización. Es necesario puntualizar que los sueños y representaciones mentales serán un indicador importante de cómo visualiza o percibe la persona el evento que desencadenó la crisis.

Dentro de este subsistema cognoscitivo se incluyen las creencias religiosas y los valores, ya que forman parte de la estructura cognitiva de las personas. Por último, se señala que el modo en que las personas reaccionen emocionalmente ante una situación dependerá de cómo perciban e interpreten la situación. La valoración de los subsistemas descritos anteriormente puede llevarse a cabo mediante una guía de entrevista la cual deberá incluir:

- Incidentes precipitantes: Debe tomarse en cuenta el hecho que desencadenó la crisis y las situaciones previas. Puede ser que la crisis haya sido causada por la muerte de un ser querido, o bien una acumulación de circunstancias como llamaríamos normalmente “la gota que derramó el vaso”; también es importante conocer con quién ocurrió el evento.
- Presentación del problema: En este punto se requiere que la persona en crisis comente a modo de resumen, cuáles son los problemas que acompañan a la persona en el momento de crisis.
- Entorno de la crisis: Se deberá de tomar en cuenta las implicaciones que puede tener la crisis para familiares, y personas cercanas a las personas.
- Funcionamiento CASIC previo y durante a la crisis: La valoración del funcionamiento CASIC cobra importancia para saber cuáles son los desequilibrios que causó la crisis, conociendo los antecedentes y la situación actual se puede hacer este balance.

Por último, el tratamiento de esta terapia estará encaminado a cuatro principales metas, a saber: supervivencia física en las secuelas de las crisis, expresión de sentimientos relacionados con las crisis, dominio cognoscitivo de la experiencia completa y los ajustes conductuales y/o interpersonales que se requieran para la vida futura. Es importante cumplir con los objetivos de la intervención en crisis que se emplee, el seguimiento del caso a través de la crisis y después de superada la crisis para poder evaluar el verdadero cumplimiento de los mismos. En resumen, en este capítulo se realizó la revisión teórica referente

a la crisis y a la intervención en crisis, en primera instancia se enunciaron los orígenes de la intervención en crisis, posteriormente se dieron algunas definiciones de lo que son las crisis y los distintos tipos de crisis como las circunstanciales y las vitales; seguido por las diversas respuestas que pueden tener las personas ante una crisis y aquellos factores que harán más probable respuestas efectivas o no para solventar una crisis; por último, se enunciaron los diferentes tipos de intervención en crisis, es decir, la intervención en crisis de primera y segunda instancia; se resaltó la importancia de la intervención en crisis debido a que la ausencia de tratamiento o un tratamiento ineficaz puede significar en el suicidio o intento de suicidio de la persona en crisis (53).

SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA CONTINUA. INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

Atención psiquiátrica continua es un servicio que brinda intervención psiquiátrica oportuna en los casos que ameriten atención inmediata. El servicio consiste en lo siguiente:

1. Atención en los primeros 15 min de solicitud del servicio para informar el tiempo de espera y recibir consulta según el color del triage obtenido:
 - Color marrón atención inmediata.
 - Color rojo atención inmediata.
 - Color amarillo 15 a 30 minutos.
 - Color verde 30 a 60 minutos.
 - Color blanco 60 a 120 minutos
3. Proporcionar información suficiente, clara oportuna y veraz con trato digno y humano. Información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Establecer diagnóstico probable o de certeza.
5. Realizar los estudios que el personal médico juzgue necesarios.
6. Otorgar el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico.
7. Garantizar una unidad con personal capacitado, equipada y segura para la atención médica psiquiátrica.
8. Registrar y documentar las acciones realizadas con el paciente en el expediente clínico.
9. Respetar la confidencialidad del paciente, siempre y cuando no esté en peligro su integridad ni la de terceros.
10. Referencia a Consulta Externa o a otra unidad médica según el caso por el personal médico responsable.

11. Hospitalización previa autorización de la subdirección de Hospital

MODELO CONVENCIONAL EN LA ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE APC

En la atención de la conducta suicida en el servicio de atención psiquiátrica continua consiste en una consulta psiquiátrica donde se lleva a cabo los siguientes pasos:

1. Elaboración de una historia clínica completa
 - a. Ficha de identificación
 - b. Motivo de consulta
 - c. Antecedentes familiares psiquiátricos y de enfermedad médica, Antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecoobstetricos, diagnósticos y tratamientos convencionales.
 - d. Toxicomanias
 - e. Salud mental previa.
 - i. Antecedentes de atención psicológica o psiquiátrica previa
 - ii. Antecedente de abuso físico, psicológico o sexual
 - iii. Intentos suicidas previos
 - iv. Internamientos psiquiátricos
 - v. Diagnósticos y tratamientos previos psiquiátricos
 - vi. Autolesiones
 - f. Padecimiento actual
 - g. Examen mental
 - h. Exploración física
 - i. Diagnóstico Psiquiátrico
 - j. Valoración del riesgo suicida (Alto riesgo suicida y bajo riesgo suicida)
 - k. Tratamiento
 - i. Hospitalización
 - ii. Referencia a otra unidad
 - iii. Tratamiento ambulatorio (Farmacológico y/o psicoterapéutico)

Si se detecta un cuadro que pone en riesgo al paciente y la necesidad de control y estabilización inmediata, se debe intentar establecer la naturaleza del problema y la posibilidad de asistirlo en el servicio decidiendo tratamiento intrahospitalario o ambulatorio.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio es considerado como una de las principales causas de muerte en muchos países. Por su condición irreversible del suicidio, por la magnitud del daño físico y emocional que supone para el individuo que lo comete y en ocasiones no lo consigue, para su familia y entorno productivo en general, así como por el definitivo incremento que en su tasa de incidencia que se registra día a día, el suicidio debe ser considerado de forma real y potencial como un problema de salud pública, que compromete las capacidades de desarrollo de toda la comunidad donde se presente dicho fenómeno. Es necesario tratar de entender el complejo significado del suicidio para empezar a construir alternativas de estudio que logren una mejor comprensión, abordaje y también prevención del mismo. Las causas que llevan al sujeto al suicidio son diversas las causas se han analizado desde disciplinas diferentes y todas ellas llegan a explicaciones viables; sin embargo, día a día el índice de mortalidad por esta causa es mayor y hacen falta más estrategias para prevenirlo. Con la utilización de un modelo de intervención en crisis como lo es el propuesto por Slaikeu en 1996 caracterizado por 5 puntos principales: 1. Realización del contacto psicológico con el usuario, 2. Examen de las dimensiones del problema, 3. Análisis de posibles soluciones, 4. Ejecución de la acción concreta y 5. Seguimiento para la atención de los usuarios con conducta suicida que se presenten en el servicio de atención psiquiátrica continua y mediante la evaluación longitudinal del proceso suicida es posible conocer cuáles son las diferencias en las variables clínicas y de utilización del servicios de salud mental al momento de solicitar una consulta de urgencias atendido con el modelo de intervención en crisis y a los tres meses de seguimiento. Lo anterior permitirá conocer si la atención utilizando el modelo de intervención en crisis de pacientes con conducta suicida pudiera influirlo solo la prevalencia, sino también la incidencia de la conducta suicida en un periodo de seguimiento de 3 meses comparado con los pacientes con conducta suicida que no recibieron atención en intervención en crisis. Este estudio permitirá determinar la existencia de asociación entre la conducta suicida y el grado de utilización de servicios en un periodo de seguimiento de 3 meses dependiendo el modo de intervención en personas con potencial riesgo suicida. Dependiendo de los resultados obtenidos de esta investigación las autoridades del Instituto Nacional de Psiquiatría, podrán evaluar diferentes cambios en el modelo de atención del servicio, así como detalles adicionales en la valoración de las conductas suicidas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias clínicas y de utilización de servicios de salud entre pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) con conducta suicida atendidos con un modelo breve de intervención en crisis comparado con los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) y conducta suicida que reciben una atención habitual en el servicio de atención psiquiátrica continua (APC), al momento de la valoración inicial y a los tres meses de seguimiento?

HIPÓTESIS

Los pacientes con trastorno depresivo mayor y conducta suicida que serán atendidos con un modelo breve en intervención en crisis, valorados en el servicio de atención psiquiátrica continua (apc) presentarán reducciones en las características clínicas de depresión y/o conducta suicida, así como en la utilización de los servicios de salud mental como el número de asistencia al servicio de Atención Psiquiátrica Continua a los 3 meses de seguimiento en comparación con los pacientes con trastorno depresivo mayor y conducta suicida que reciben una consulta habitual en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua

OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar las características clínicas y de utilización de servicios de salud de los pacientes con TDM y conducta suicida atendidos con un modelo de intervención en crisis y pacientes con TDM y conducta suicida atendidos con la atención habitual que acuden al servicio de atención psiquiátrica continua (APC), al momento de la valoración y a los 3 meses de seguimiento.

Objetivos Específicos:

- 1.- Describir las características clínicas y de utilización de servicios de salud de los usuarios de los pacientes con TDM y conducta suicida atendidos con un modelo en intervención en crisis y pacientes con TDM con conducta suicida atendidos con la atención habitual que acuden al servicio de atención psiquiátrica continua (APC), al momento de la valoración.
- 2.- Describir las características clínicas y de utilización de servicios de salud de los usuarios de los pacientes con TDM y conducta suicida atendidos con un modelo en intervención en crisis y pacientes con TDM con conducta suicida atendidos con la atención habitual que acuden al servicio de atención psiquiátrica continua (APC), a los tres meses de seguimiento.
- 3.- Estimar la incidencia de conducta suicida a los 3 meses de seguimiento en usuarios con conducta suicida del servicio de atención psiquiátrica continua en los usuarios con TDM y conducta suicida con y sin intervención en crisis.

4.- Determinar si existen diferencias significativas de las características sociodemográficas entre los usuarios con TDM y conducta suicida con y sin intervención en crisis al momento de la valoración y a los 3 meses de seguimiento

MÉTODOS

Se realizará un estudio de cohorte (estudio prospectivo, longitudinal, comparativo y homodémico según Feinstein como un diseño Pretest y Post test respecto a un grupo control. (54)

Universo de estudio y cálculo del tamaño de muestra:

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

Total de Usuarios atendidos en APC durante Julio 2016: 651

Total de Usuarios con Conducta Suicida Julio 2016: 178 Proporción: $178/651 = 27.34\%$

Total de Usuarios atendidos en APC durante Agosto 2016: 599

Total de Usuarios con Conducta Suicida Agosto 2016: 156 Proporción: $156/599 = 26.04\%$

Total de Usuarios atendidos en APC durante Septiembre 2016: 648

Total de Usuarios con Conducta Suicida Septiembre 2016: 206 Proporción: $206/648 = 31.79\%$

Promedio Trimestral de Usuarios Atendidos en APC: 633

Promedio Trimestral de Usuarios con Conducta suicida en APC: 540

Promedio de la Frecuencia de Pacientes con Conducta suicida en APC: 28.39%

(Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría. Censos Mensuales del Servicio de APC, Julio, Agosto y Septiembre 2016)

Tomando en cuenta que el estudio de seguimiento es a tres meses, considerando un nivel de heterogeneidad del 10% (Muestra será Homodémica) y que el promedio de afluencia de pacientes con conducta suicida (540), calculando a un margen de error de 5% para un nivel de confianza del 95% **se recomienda de un tamaño de muestra de n=112 usuarios con trastorno depresivo mayor y conducta suicida**, de los cuales n=56 que se serán atendidos con un modelo de intervención en crisis y n=56 usuarios con trastorno depresivo mayor con conducta suicida atendidos como una consulta habitual que se realiza en el servicio de atención psiquiátrica continua, para una muestra total de 130 sujetos en este estudio. (55)

Se utilizará el Programa de Paquete de Análisis de Datos Estadístico SPSS Versión 22.

MATERIAL

a) Recursos Humanos

Los investigadores principales serán el médico adscrito del servicio de atención psiquiátrica continua supervisando y capacitando al residente de tercer año de la Especialidad en Psiquiatría para llevar a cabo un modelo de intervención en crisis. El residente de tercer año realizará entrevistas en donde aplicará herramientas clinimétricas y recopilará las variables especificadas en el apartado de método.

b) Recursos Materiales

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

c) Tiempos de Investigación

El presente proyecto se someterá a la dictaminación del Comité de Tesis y del Comité de Ética en Investigación del INPRF; al obtener dictamen aprobatorio de ambos comités se iniciará la fase de campo; se estima un periodo para captura de datos de 6 meses y un periodo de 6 meses para obtención de resultados y análisis estadísticos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

Criterios de Inclusión

a) Usuarios del servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que presenten el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor de acuerdo al DSM IV TR ya que para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor se utilizará MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional escala validada para orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 entre ellos Trastorno depresivo mayor ya sea episodio único

o recurrente, leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos, con o sin tratamiento farmacológico, con conductas suicidas, sin comorbilidad médica o neurológica que hayan aceptado voluntariamente una consulta del servicio de Atención Psiquiátrica Continúa (APC) .

b) ambos sexos.

c) 18 a 60 años de edad.

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

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

Criterios de Exclusión

a) Usuarios externos del servicio de Atención Psiquiátrica Continua y los que no acepten participar en el estudio o que se nieguen a participar en el seguimiento.

b) Usuarios con Comorbilidad en Eje I: Excepto Distimia y los siguientes trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada, Fobia social, Fobia Específica. Se excluirán Trastorno de estrés postraumático y Trastorno obsesivo compulsivo.

c) Usuarios con comorbilidad en Eje III: Comorbilidades médicas. Por ejemplo: Hipotiroidismo, Epilepsia, Enfermedad de Parkinson se revisarán en los antecedentes personales patológicos y/o revisar el expediente clínico de los usuarios afiliados a nuestra institución.

d) Pacientes menores de 18 años y Mayores de 60 años.

e) Trastorno depresivo mayor grave con síntomas psicóticos.

f) Episodio Depresivo Mayor como parte de trastorno afectivo Bipolar.

g) Pacientes que se presenten a la valoración inicial en intoxicación o abstinencia por sustancias de abuso.

h) Pacientes con Diagnóstico principal de dependencia a sustancias.

i) Pacientes con agitación psicomotriz grave con alto grado de agresividad.

Criterios de Eliminación

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

Entrevista Clínica:

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

CLINIMETRÍA UTILIZADA

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

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

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (56).

La concordancia entre las versiones traducidas de MINI y los diagnósticos de expertos fue buena con una Kappa >0.80. La confiabilidad inter evaluador y test retest fue excelente con unos valores de Kappa de 0.80 y 0.90, respectivamente (57).

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).

La escala de ideación suicida de Beck se compone de 19 elementos con puntuación de 0 a 2 cada uno, que puede ser utilizada para evaluar las intenciones suicidas de un paciente. También se puede utilizar para monitorizar la respuesta de un paciente en intervenciones posteriores.

Tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 38, donde a mayor puntaje mayor es la ideación suicida. La evaluación de los reactivos 6 y 15 evalúan el grado de planeación y premeditación respectivamente. En relación a la confiabilidad inter observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0.91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82); en cuanto a su validez, el análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de escala: expectativas de resultados, conductas de aislamiento y actividades de planificación (15).

Escala de Impulsividad de Plutchik (EI).

Este instrumento evalúa el control de impulsos. Su consistencia interna es aceptable tanto en el idioma original (0.73, así como en castellano 0.66). Su objetivo es diferenciar entre individuos normales y los que están en riesgo suicida. Está compuesta por 15 reactivos a los que se responde "Sí" o "No". En esta investigación se utilizó la adaptación española de este instrumento, la cual muestra un punto de corte de seis puntos, con una sensibilidad y una especificidad del 88% para discriminar entre individuos con antecedentes de tentativa de suicidio y sin antecedentes. En este estudio este instrumento mostró un alfa de Cronbach igual a 0,66. (58)

Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Es un instrumento que se entrega al paciente para su llenado que consta de 21 apartados que se califican de 0 a 3, evaluando el nivel de severidad de la depresión. El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. La validez de contenido del BDI-II ha mejorado siguiendo criterios del DSM-IV sobre los síntomas. La consistencia interna fue satisfactoria y alta ($\alpha > 0 = 0,84$), y retest superó $r > 0 = 0,75$ en muestras no clínicas. Asociaciones con la construcción relacionados con las escalas (depresión, disfunciones cognitivas construcciones) fueron altas, mientras que los de evaluación de la personalidad asintomáticas (NEO-FFI) fueron menores. El BDI-II diferencian bien entre los diferentes grados de depresión y mostró ser sensible a los cambios (59).

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

La cual consta de 10 reactivos y tiene el objetivo de determinar la presencia o ausencia de las principales variables de riesgo asociadas al intento de suicidio y suicidio Consumado. Está compuesta de 10 ítems, los cuales se marcan como presentes o ausente. Con puntos de corte 0-3 puntos; riesgo suicida leve, de 4-7 puntos; riesgo suicida moderado. Este instrumento mostro un Alfa de Cronbach de 0.585 La validez concurrente de la escala Sentíes-Zamudio y el MINI módulo de Suicidio presento una correlación de pearson de 0.482. (60)

Clinical Global Impression (CGI).

La CGI consta de dos subescalas que evalúan respectivamente: La gravedad del cuadro clínico: (CGI-SI). Esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos). La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas: Como en el caso anterior es un único ítem que se valora el cambio experimentado utilizando una escala Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento. Es un instrumento orientado para evaluar la severidad (CGI-S) y el mejoramiento (CGI-I) en la cognición en esquizofrenia, pero ha sido utilizado en otras patologías como la depresión. Tanto la admisión como el alta tiene una correlación de ($r=0.40$), y las medidas indirectas de mejoría obtenidas por sus diferencias están altamente correlacionadas con los puntajes del CGI-I ($r=0.71$). (36) Las clasificaciones CGI-Cogs general mostraron un alto nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach = .69 a .96), los niveles adecuados de fiabilidad entre evaluadores (ICC = .71 a .80), y una gran estabilidad test-retest (CCI = .92 a .95). Correlaciones de cuidador y calificadores globales (pero no "de calificación sólo paciente") CGI-Cogs calificaciones con el rendimiento neurocognitivo estaban en el rango moderado ($r = -.27$ a $-.48$), mientras que la mayoría de las correlaciones con los resultados funcionales fueron moderados

a alta ($r = - 0,41$ a $- 0,72$). De hecho, las calificaciones de CGI-Cogs fueron significativamente más correlacionadas con el funcionamiento social eran objetivos de resultados de las pruebas neurocognitivas ($p = 0,02$) y mostró una tendencia en la misma dirección para predecir Funcionamiento Instrumental ($p = .06$). Se encontraron correlaciones moderadas entre CGI-Cogs clasificaciones mundiales y la PANSS positivo ($= .36$ a $.49$ r) y síntomas negativos (SANS $r = .41$ a $.61$), pero no con la BPRS depresión ($r =$ de $.11$ a 0.13). (61)

SAD Persons

Es un Acrónimo fácil de aprender basado en los 10 principales factores de riesgo de suicidio, compuesto por las iniciales en inglés: **S**ex, **A**ge, **D**epression, **P**reviousattempt, **E**thanol Abuse, **R**ational Thinking Loss, **S**ocial Supports Lacking, **O**rganized Plan, **N**o Spouse, y **S**ickness, que puntuados con 0 si están ausentes y 1 si están presentes, se pueden utilizar los puntos de corte 0-2: enviar a casa con seguimiento, 3-4: seguimiento cercano, considerar hospitalización, 5-6 hospitalizar dependiendo de la capacidad de vigilar al paciente, 7-10 Hospitalización. Se realizó en la universidad de Columbia, USA, validándola comparando un grupo de estudiantes de medicina que recibieron el Acrónimo y un grupo de estudiantes que recibieron el contenido en texto, a la semana se proyectaron videograbaciones de pacientes con diferente riesgo suicida previamente valorados por Psiquiatras, encontrando diferencias significativas entre la correlación del riesgo suicida de los estudiantes que aprendieron el Acrónimo versus los del grupo control (<0.01). (38) Su última versión fue validada en 1988, encontrando una sensibilidad de 93% y una especificidad de 74% (39). Algunos autores la consideran la escala con mayor validez para evaluar riesgo suicida (62).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

VARIABLES:

Variable: Conducta suicida (Variable cualitativa, independiente)

Sociodemográficas:

Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Unidad
Sexo	Cualitativa nominal	Sexo del paciente	Masculino, Femenino
Edad	Cuantitativa discontinua	Número de años cumplidos	Años de vida
Estado Civil	Variable Cuantitativa nominal	Compromisos conyugales	Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, separado.

Ocupación	Variable cualitativa nominal	A que se dedica el paciente	Ejemplo: Estudiante, obrero, comerciante, médico.
Evento de vida adverso	Variable cualitativa nominal	Presencia o ausencia de estresores	Sociales, económicos, de salud, familiares.

Variables Clínicas:

Variable	Tipo de variable	Definición operativa	Unidad
Número de episodios depresivos en la vida	Variable cualitativa Ordinal.	Cantidad de episodios depresivos en la vida según el DSM IV TR	Sin unidad
Tiempo de progresión del EDM	Variable cuantitativa continúa.	Semanas de progresión del EDM	Semanas
Conducta suicida anterior	Variable dicotómica	Presencia o ausencia de conducta suicida previa	Si o no
Edad del primero intento suicida	Variable cuantitativa discreta	Años cumplidos al realizar el primer intento suicida	Años
Número de intentos suicidas en la vida	Variable cualitativa ordinal	Cantidad de intentos suicidas en la vida	Sin unidad.
Uso o abuso de sustancias	Variable cualitativa nominal	Consumo de sustancias psicoactivas	Ejemplo: Uso o abuso de alcohol
Tratamiento actual	Cualitativa nominal	Medicación indicada por profesional	Antidepresivo, aniolítico, antipsicótico, anticomicial.
Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB).	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica
Inventario de depresión de Beck	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica

Escala de Impulsividad de Plutchik (EI).	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica
SAD PERSONS	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica
Escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentíes H/Zamudio M).	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica
Clinical Global Impression (CGI)	Ordinal dimensional	Puntaje a escalar	Puntuación numérica

Variable Indirecta: Modo de intervención.

Variable	Tipo de variable	Definición operativa	Unidad
Tipo de Atención en el servicio de APC	Variable cualitativa nominal	Tipo de atención durante el servicio de APC	Ejemplo: Valoración con intervención en crisis, Consulta habitual del servicio de APC.

Utilización de servicios de salud:

Éstas variables sólo se miden en el periodo de seguimiento, es decir a los tres meses de la primera valoración, y expresan el grado de utilización de servicios durante estos tres meses.

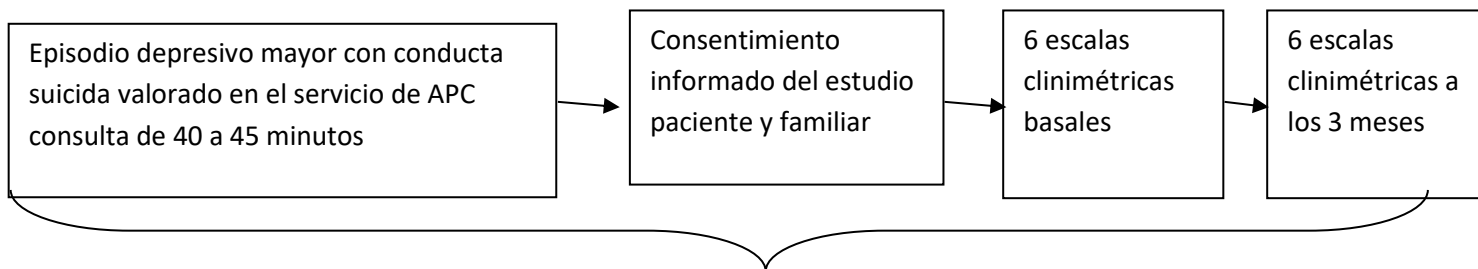
Variable	Tipo de variable	Definición operativa	Unidad
Número de consultas de APC	Variable cuantitativa discreta	Cantidad de consultas en APC en el periodo de seguimiento	Sin unidad

Número de citas programadas a la CE	Variable Cualitativa nominal	Si el paciente acude a citas programadas a CE en el seguimiento	Sin unidad
Acude a las citas de CE	Variable cuantitativa discreta	Cantidad de citas programadas y asistidas	Sin unidad
Se ha hospitalizados en el INPRFM	Variable cualitativa nominal	Si o no ha sido hospitalizado en INPRF	Sin unidad
Número de Hospitalizaciones en el INPRFM	Variable cuantitativa discreta	Cantidad de hospitalizaciones en el INPRFM	Sin unidad.
Número de referencias a otras instituciones	Variable cualitativa nominal	Si o no ha sido referido a otra unidad. En el periodo de seguimiento.	Sin unidad

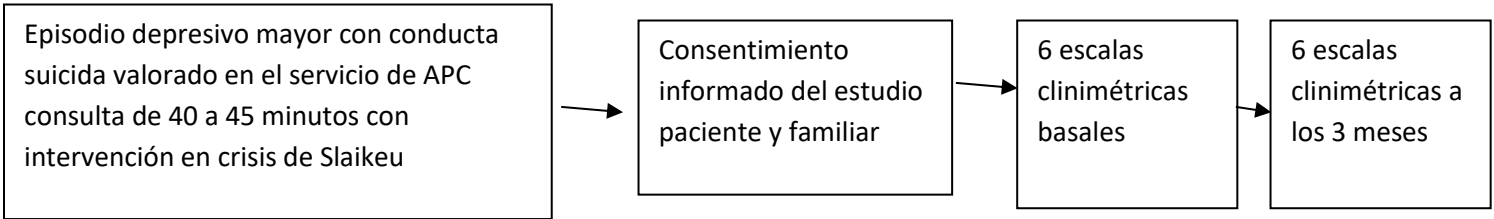
- a) Fase descriptiva: se utilizaron gráficas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión.
- b) Fase comparativa:
 - a) Variables Nominales: Prueba No paramétrica, Chi Cuadrada (X²)
 - b) Variables Ordinales: Prueba T de Student.
 - c) Variables Cualitativas Discretas: ANOVA.
 - d) Variables Cualitativas Continuas: Coeficiente de Correlación de Spearman.

PROCEDIMIENTO:

Diagrama de flujo:



OCTUBRE, NOVIEMBRE,
DICIEMBRE 2017



MARZO, ABRIL, MAYO 2018

CRONOGRAMA

Protocolo	Junio 2017
Ética (Proyectos aprobados sin modificaciones)	A partir de que el protocolo sea aceptado Octubre del 2017
Recolección de datos	Octubre de 2017 a Mayo 2018
Análisis estadístico	Junio de 2018
Entrega de resultados	Junio de 2018
Correcciones finales	Julio del 2018
Entrega de tesis terminada	Julio del 2018

- A) Se obtendrán los usuarios, que hayan acudido al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz con TDM con conductas suicidas durante un periodo de 3 meses; en caso de acceder al estudio.
- B) Se recopilará el consentimiento informado para el paciente y otro para el familiar o testigo, en el que se asentará el nombre y la forma de contacto del paciente o de un familiar de su confianza, con el objetivo de contactarlo para la fase de seguimiento a los tres meses.
- C) Se realizarán 6 entrevistas clinimétricas, 3 autoaplicables (Escala de Ideación Suicida de Beck, Escala de Impulsividad de Plutchik, Inventario de Depresión de Beck) y 3 aplicadas por el entrevistador (CGI, MINI y Escala de Sentíes- Zamudio).
- D) El primer grupo se le brindará una consulta habitual en el servicio de APC consistente en la ficha de identificación, salud mental previa, antecedentes médicos de importancia, padecimiento actual, diagnóstico psiquiátrico, evaluación de riesgo y tratamiento con una duración aproximadamente de 40 a 45 minutos durante los tres primeros meses de marzo a Mayo del 2018.
- E) La intervención en crisis consistirá en la realización de una valoración en el servicio de atención psiquiátrica continua de 40 a 45 minutos, una vez realizada la atención habitual (la ficha de identificación, salud mental previa, antecedentes médicos de importancia, padecimiento actual,

diagnóstico psiquiátrico, evaluación de riesgo y tratamiento), será supervisado por el médico adscrito al residente de tercer año. La intervención en crisis consistirá de acuerdo con Slaikeu (1996) la intervención en crisis de primera instancia consta de 5 pasos a seguir (47):

1. Realización del contacto psicológico: Se califica como la empatía que pueda establecer la persona que asista la crisis, implica escuchar de manera empática, cómo se siente la persona con el evento, qué fue lo que paso, de este modo se puede saber el modo que la persona visualiza esta situación. Se debe prestar especial atención a cómo sucedieron las cosas, la reacción que tuvo esta persona mediante el relato verbal y no verbal. El transmitirle a la persona en crisis que entiende la situación y entiende cómo se siente generará este ambiente de empatía, aunque el contacto físico también puede generar un sentimiento de empatía, este puede ser mediante un abrazo o una palmada en la espalda.

2. Examen de las dimensiones del problema: Se refiere a la evaluación de las situaciones del problema, para ello se preguntará a la persona en crisis sobre el pasado inmediato, es decir lo que antecede al evento de crisis y el evento de crisis, el presente y el futuro inmediato.

Se realiza el análisis de las situaciones con base en preguntas e indagaciones en las que se investigarán los aspectos más generales del pasado y presente de la crisis. Durante esta evaluación se pone especial énfasis en las fortalezas y debilidades que se presenten en este evento. Se debe preguntar si existió alguna herida y el riesgo de mortalidad de la misma, así como si ha habido intentos de suicidio. Por último, se debe hacer un análisis a futuro de las consecuencias que pueden existir debido a la crisis. Esta evaluación de las dimensiones indicará qué situaciones son las que se deben atender de manera inmediata y que otras circunstancias pueden dejarse para después.

3. Análisis de posibles soluciones: Este aspecto de los primeros auxilios psicológicos implica la identificación de posibles soluciones ante las crisis. En principio se hace una exploración para saber qué se ha intentado para resolver la situación, además se le pide a la persona para generar otras alternativas de solución. Otro aspecto relevante de este análisis es evaluar los pros y los contras de cada solución de modo que puedan jerarquizarse las soluciones que puedan resultar más benéficas para la situación en crisis. Cabe señalar que se debe instar al paciente para que pueda generar soluciones alternativas a pesar que se encuentre solo.

4. Ejecución de la acción concreta: Recordando lo realizado en los pasos anteriores, este cuarto paso implica ayudar a la persona a ejecutar la mejor acción para resolver la crisis. Aquí cabe señalar que el que jugará un rol activo en la ejecución de la acción será el paciente, no obstante, si la situación es extrema el psicólogo o la persona que esté orientando a la persona será que tome este rol activo dentro de la crisis. En este aspecto el orientador jugará un papel de facilitador o directivo será determinada por las circunstancias.

5. Seguimiento: Este último paso implica extraer la información y establecer un procedimiento que permita darle seguimiento al progreso de las circunstancias. Las actividades del facilitador serán determinar los medios de comunicación que tendrán posteriormente, así como establecer quién llamará a quien, así como los tiempos en los que se establecerá la comunicación. El objetivo de este seguimiento es poder evaluar si se cumplieron las metas de los primeros auxilios.

5. Seguimiento.

E) El otro grupo serán atendidos como una consulta habitual brindada en el servicio de atención psiquiátrica continua.

F) Se capturarán en una hoja realizada ex profeso solo para este propósito las variables clínicas, sociodemográficas y de utilización del servicio en la entrevista basal y a los 3 meses de seguimiento.

G) A los tres meses de la entrevista basal, se realizará el seguimiento mediante la aplicación de las mismas 6 entrevistas clinimétricas, registrando los eventos nuevos, poniendo especial interés en visitas al servicio de atención psiquiátrica continua, nuevas conductas suicidas, nuevas hospitalizaciones y referencias a otras unidades.

H) En caso de que el paciente presente alguna crisis emocional (que puede oscilar desde llanto, ansiedad o crisis de angustia, agitación psicomotriz) o en caso de que durante la entrevista se detecte alguna conducta suicida (pensamientos, fantasías o ideación suicida) se dará contención verbal inicial por parte del investigador principal y posteriormente se canalizará al servicio de Atención Psiquiátrica Continua donde recibirá una valoración sin costo..

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es importante considerar la ética en los problemas de salud mental, área donde existen dilemas éticos difíciles de afrontar, dada la posibilidad del estigma, la discriminación, la violación de los derechos de los pacientes incapacitados de sus facultades mentales o, bien, el atropello de su dignidad. Problemas como la depresión, la esquizofrenia, la anorexia, la bulimia, el abuso de sustancias (tabaco, Etanol y drogas) y la conducta suicida se asocia con las condiciones de violencia y de pobreza que se viven día a día en América latina. En la actualidad los principios bioéticos han permitido establecer de igual manera, derechos para los pacientes, para los sujetos de investigación y, finalmente, para todos los sujetos que establecen una relación como profesionistas, como médicos, abogados, psicólogos, insertos no solo en el horror de la guerra o en los errores médicos, sino también en la cotidianidad. En esta investigación se han considerado los siguientes puntos para salvaguardar los principios éticos:

1.- Establecer desde el primer contacto con el paciente el hecho de que esta es una investigación y que no tiene relación alguna con su atención en el Instituto Nacional de Psiquiatría.

2.- Se le explicara de forma verbal y escrita (por medio del asentimiento informado para el paciente y consentimiento informado para el familiar o persona que el designe) que los datos obtenidos en las escalas clinimétricas serán salvaguardados y solo tendrá acceso a ellos el investigador principal (Dr. Alfredo Antonio Reyes García).

3.- Se firmarán un asentimiento informado en la entrevista basal y un consentimiento informado en la entrevista a los 3 meses.

4.- No serán llamados expedientes las carpetas de información de cada paciente, se llamaran carpetas y contendrán una hoja ex profeso de información del paciente, no se preguntaran detalles clínicos que no sean de importancia para la valoración del riesgo suicida. Por ejemplo: N° de expediente.

- 5.- La investigación contendrá en cada hoja el nombre de la investigación, no contendrá logotipo o nombre de la institución para fines de confidencialidad.
- 6.- El sujeto que no desee continuar con el estudio, ya sea no acudiendo a su cita de seguimiento a los 3 meses o que no pueda ser localizable para dicha entrevista, se destruirá la carpeta correspondiente. Evitando así alguna violación de la confidencialidad.
- 7.- En caso de que al realizar las escalas clinimétricas el paciente presente una crisis emocional, ya sea que presente llanto incoercible, crisis de angustia o se detecte que presenta conductas suicidas, se dará contención inicial por parte del investigador y posteriormente se le canalizará al servicio de Atención Psiquiátrica continua para que allí se siga el protocolo de atención clínica correspondiente, la cual no tendrá costo alguno ya que se le explicará a los pacientes que por formar parte del protocolo de investigación se condona el pago.

RESULTADOS

1.- Resultados Descriptivos de la Muestra Basal.

Se evaluaron un total de $n=112$ usuarios de los cuales $n=13$ no aceptaron participar en el estudio, el motivo principal fue $n=7$ el estado emocional en el que se encontraban para contestar las escalas clinimétricas y $n=6$ el tiempo que éste los llevaba. Por lo que se logró captar una muestra total de $n=99$ sujetos durante la primera fase del estudio, esto es, noventa y nueve usuarios acudieron al servicio de APC con la presencia de un tipo de riesgo suicida (Ideación, gesto o intento suicida), y aceptaron participar en el estudio, y firmaron el asentimiento informado junto con sus familiares. De los cuales $n=64$ usuarios pertenecieron al grupo control y 35 usuarios pertenecieron al grupo de intervención en crisis. Durante la fase seguimiento y para la fecha de entrega final de la tesis se obtuvo **$n=34$ usuarios del grupo control** que completaron el estudio de la fase de seguimiento y **28 usuarios del grupo de intervención en crisis** para la fecha de la entrega de la tesis se encontraban pendientes por la fecha de revaloración **13 usuarios del grupo control y 6 usuarios en intervención en crisis**. Durante la fase de seguimiento se perdieron un total de $n=18$ usuarios de la muestra. Los motivos de la pérdida de sujetos durante la fase de seguimiento **$n=11$ no contestaron y 7 no pudieron asistir al seguimiento del estudio por motivos laborales**.

La media de la edad de la muestra fue 30.39 años (SD=11.55 años), con una mínima de 18 años y una máxima de 64 años. Una parte considerable de la muestra mostró dos tendencias en la edad alrededor de los 18 y 27 años. La tabla 1 muestra la distribución de la edad de la muestra.

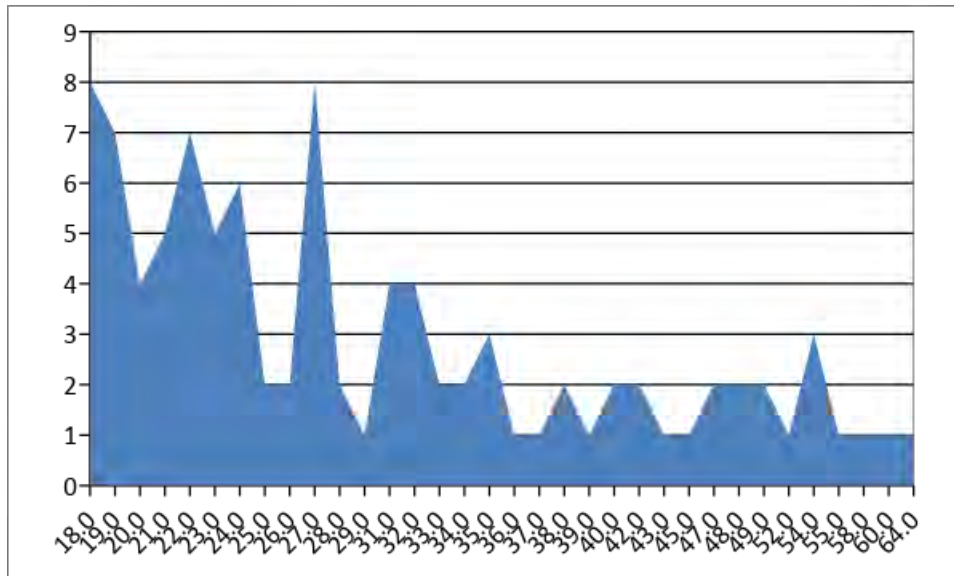


Fig. 1 Distribución de diferentes tipos de edad de la muestra. La gráfica está desplazada hacia la izquierda (Mayor proporción de usuarios jóvenes). Se encontraron dos picos de edad: 18 y 27 años.

Se encontró que más de las terceras partes de los sujetos fueron del género femenino (n=79) mientras que n=21 sujetos fueron del género masculino. La Fig. 2 muestra las proporciones de género de la muestra.

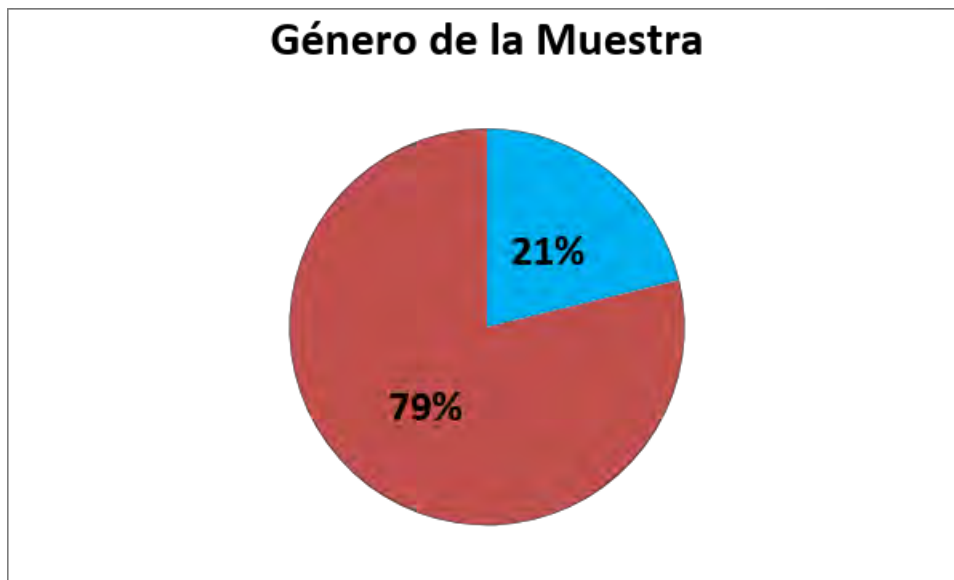


Fig. 2. Distribución de Géneros de la muestra. Se muestra más de tres cuartas partes del género femenino.

Respecto de la Ocupación, Estado Civil y Religión de la muestra, se encontró una mayor frecuencia de ocupación empleado, religión católica y estado civil soltero de la muestra.

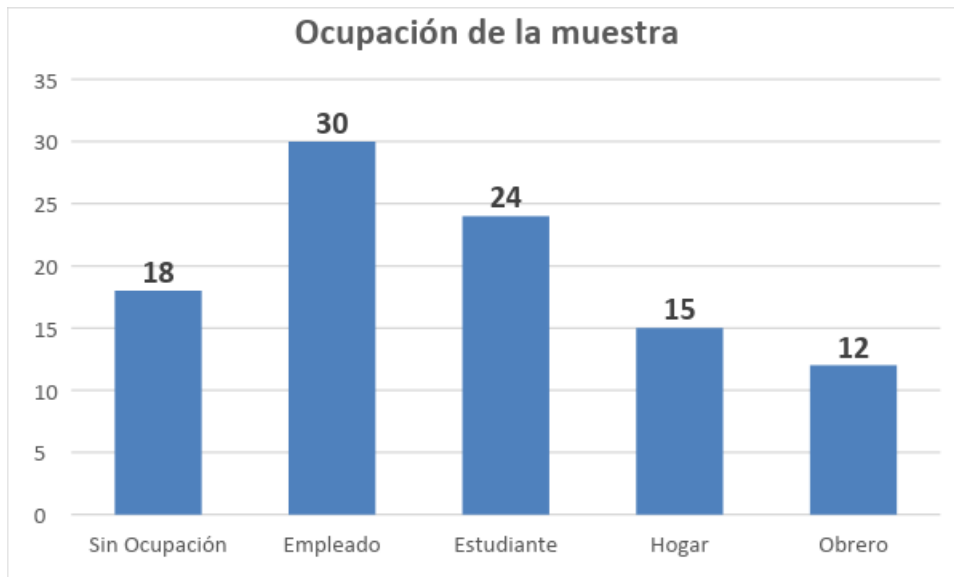


Fig. 3. Frecuencias de ocupación de la muestra. Se observa una mayor frecuencia de empleados y en segundo lugar, de estudiantes.

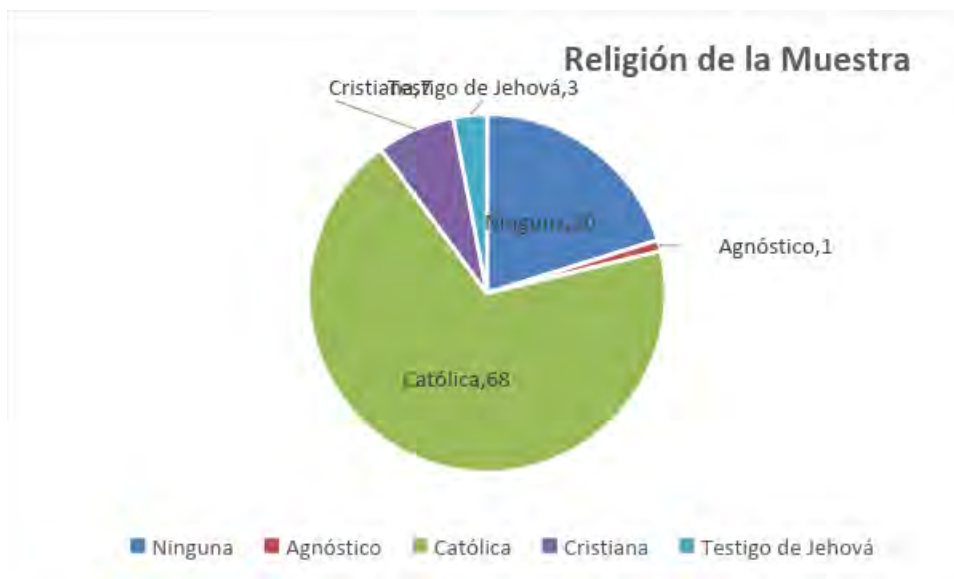


Fig. 4. Religión de la Muestra. Se observa casi el 70% de religión católica, con mucha menor proporción de otras religiones y ninguna religión.

Respecto del Estado Civil, n=58 sujetos reportaron tener estado civil soltero, n=24 sujetos fueron casados, Unión Libre n=13, Viudo y Divorciado respectivamente n=2.

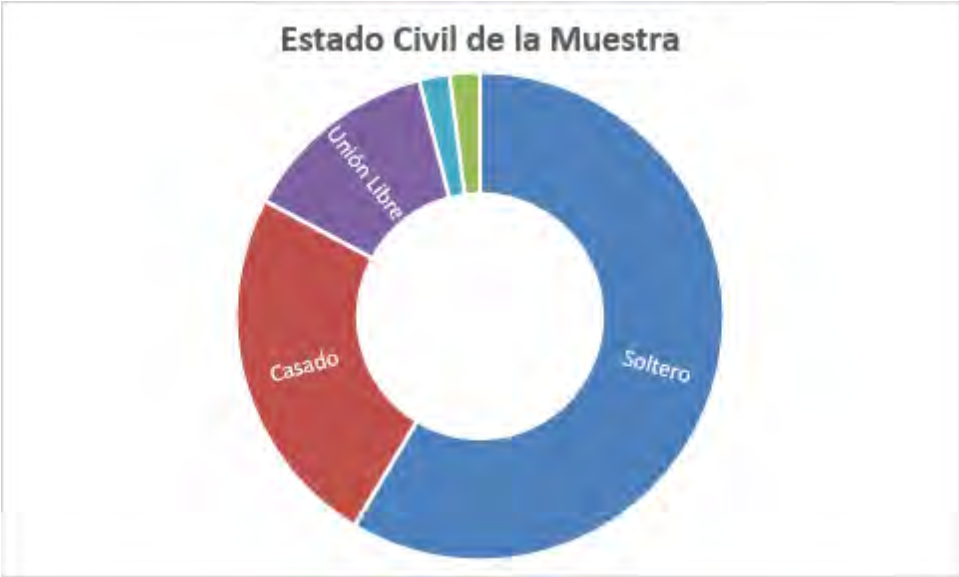


Fig. 5. Distribución de Estado Civil en la Muestra. El texto indica la frecuencia de sujetos de cada estado civil, mostrando una tendencia al estado civil soltero.

Casi la mitad de los sujetos de la muestra reportaron presentar además del riesgo suicida, conductas autolesivas no suicidas (Autolesiones).

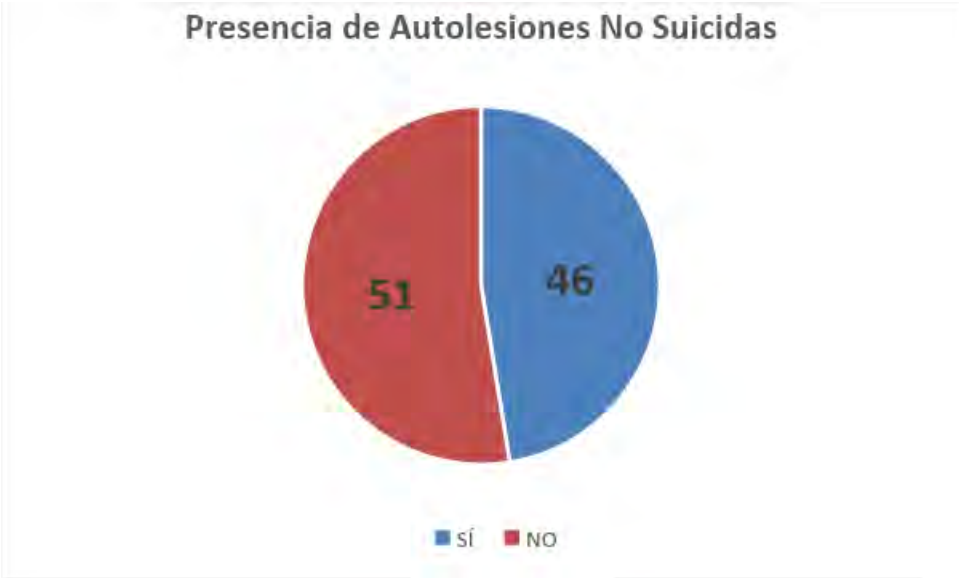


Fig 6. Proporción de usuarios con conducta autolesiva no suicida.

Entre la muestra se encontró una importante diferencia en dos tipos de sujetos: Aquellos que presentaron pensamientos suicidas (Todo lo que se refería a ideación suicida sin llegar a tener comportamiento observable (conducta suicida) - representando n=63 de la muestra – y aquellos usuarios que presentaron alguna conducta suicida – Intento de suicidio – motivo por el que se presentaron en el servicio de APC. Entre los métodos utilizados se encontró que n=14 utilizaron sobre ingesta de medicamentos, n=10 realizaron cortes, n=2 intentaron intoxicarse o asfixiarse, n=3 intentaron saltar al vacío, n=4 intentaron el ahorcamiento, y n=2 realizaron un método mixto (Cortes y Medicamento). Es importante aclarar que la conducta presentada es parte del método suicida realizado – como gesto o intento – y no se está considerando otros aspectos como la intencionalidad del evento. La Fig. 7 ilustra en áreas de rectángulos la proporción de cada fenómeno (No Intento, representando a los pensamientos, e Intento, representando a la conducta de riesgo).



Fig 7. Gráfica de Rectángulos que ilustra la proporción de pensamientos (Sin Intento) y de conducta suicida (Con intentos) expresando el método y el área con la proporción relativa.

Los sujetos evaluados mostraron que en su mayoría tenían algún tipo de riesgo suicida durante la entrevista: Un total de n=57 refirieron no tener datos de riesgo suicida en el momento de la valoración, mientras que un total de n=42 comentaron tener riesgo suicida en el momento de la valoración. La Fig. 8 representa éste porcentaje.



Fig. 8. Frecuencia de la muestra con riesgo y sin riesgo suicida durante la evaluación basal.

Durante la evaluación de la muestra basal, los usuarios reportaron presencia o ausencia de diferentes estresores. Los estresores más frecuentemente encontrados fueron los de pareja, seguidos de los familiares en segundo lugar, y con menor frecuencia los estresores laborales, escolares y económicos. La Fig. 9 integra en una gráfica de diagrama de Pareto las proporciones de presencia de estresores de diferente tipo en la muestra de evaluación basal.

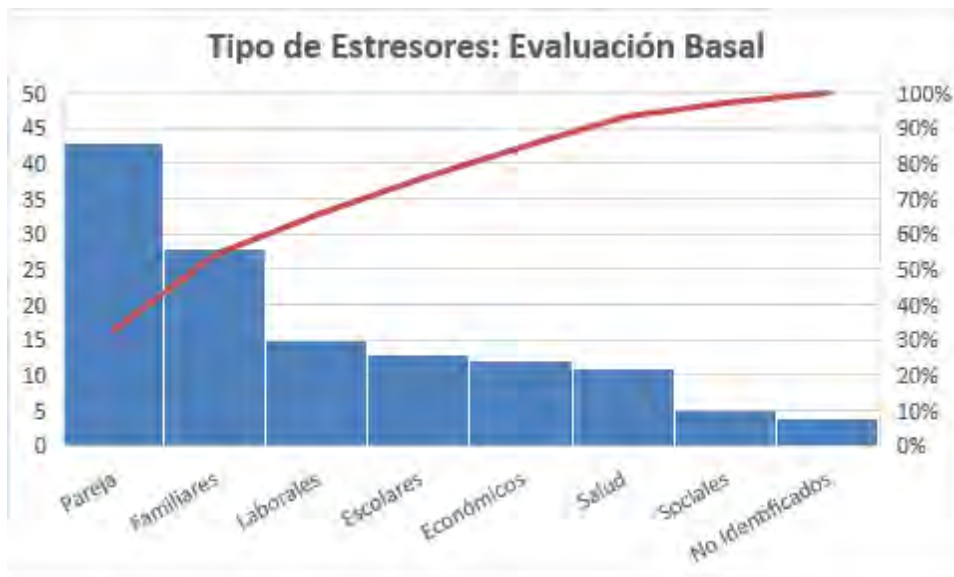


Fig. 9 Diagrama de Pareto con diferentes tipos de estresores encontrados en la muestra basal. Se encuentra que los estresores de pareja son, por mucho, los principales estresores reportados dentro de la muestra.

Al concluir la consulta de Atención Psiquiátrica Continua, todo usuario recibe una indicación de egreso para continuar su tratamiento en el servicio de hospitalización o consulta externa institucional, o bien recibe una hoja de referencia. La Fig. 10 representa las frecuencias de egresos de los usuarios, que en su mayoría recibieron indicación de hospitalizarse o referirse. La mayoría de los usuarios se refirieron a otra institución (n=46), mientras que n=25 se hospitalizaron y n=28 se refirieron a consulta externa. Los usuarios que recibieron una indicación de egreso crítica (Hospitalización y Referencia) sumaron un total de n=71.

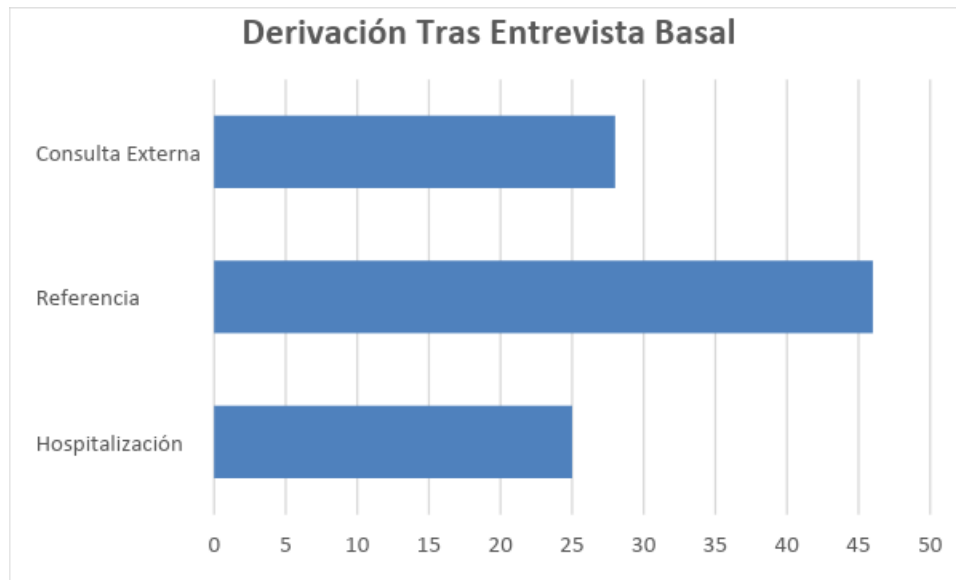


Fig. 10. Frecuencia de egresos posterior a valoración basal. La mayoría de los usuarios recibieron la indicación de hospitalizarse o referirse a otra institución.

2.- Resultados Comparativos Fase Basal vs. Seguimiento.

Durante la fase de seguimiento (A los tres meses de la evaluación basal) se citaron a los sujetos para una nueva revaloración. Un total de n=18 sujetos no se presentaron a la valoración o no contestaron cuando se contactaron para el seguimiento, mientras que a la fecha de análisis estadístico de esta Tesis (Junio de 2018) se lograron contactar y revalorar un total de n=62 usuarios.

Se encontró una mejoría significativa en las medias y desviaciones estándar de todos los instrumentos aplicados, al compararlos con los instrumentos basales. La medida de significancia estadística (Prueba T para muestras emparejadas) fue mayor en el instrumento autoaplicable (Inventario de Depresión de Beck) así como en la escala SAD PERSONS (Considerada por varios clínicos como el gold standard para la evaluación de riesgo suicida). La tabla 1 muestra éstos resultados.

	Basal	Seguimiento	t	p
Plutchick	24.131	13.152	9.566	<0.0001**
SSI	18.131	6.939	13.19	<0.0001**
CGI BASAL	4.697	2.484	18.76	<0.0001**
SAD TOTAL	4.071	1.990	13.032	<0.0001**
BDI TOTAL	35.808	14.010	16.81	<0.0001**
SZ TOTAL	5.908	2.586	13.67	<0.0001**

Tabla 1. Resultados de las medias de los instrumentos comparados con la media basal (n=99) y la media del seguimiento a tres meses (n=62). El análisis estadístico se utilizó con Prueba T para muestras emparejadas. Los resultados muestran una mejoría clínica de la población revalorada, aunque no expresan los resultados de la muestra que no acudió a revaloración o que quedó pendiente por revalorar.

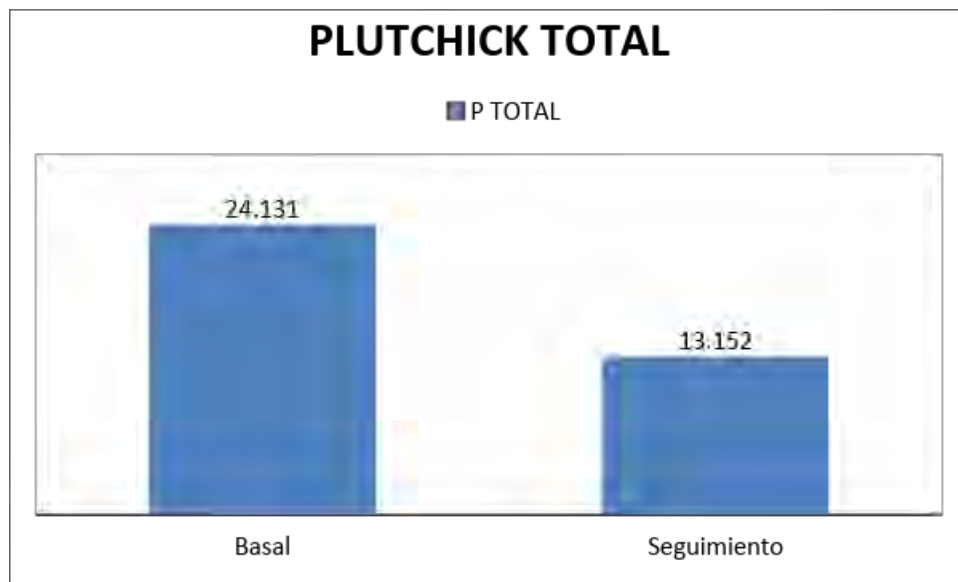


Fig. 11. Medias de la escala de Impulsividad de Plutchick basal (Evaluación basal) y a los tres meses de seguimiento ($p < 0.0001$).

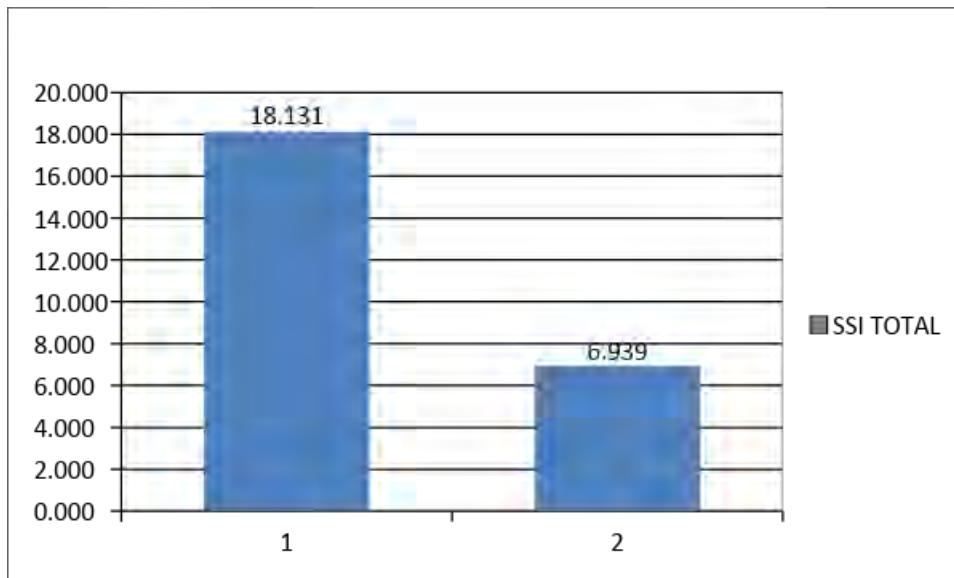


Fig. 12. Medias de la Puntuación global de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) a la evaluación y a los tres meses de seguimiento ($p < 0.0001$).

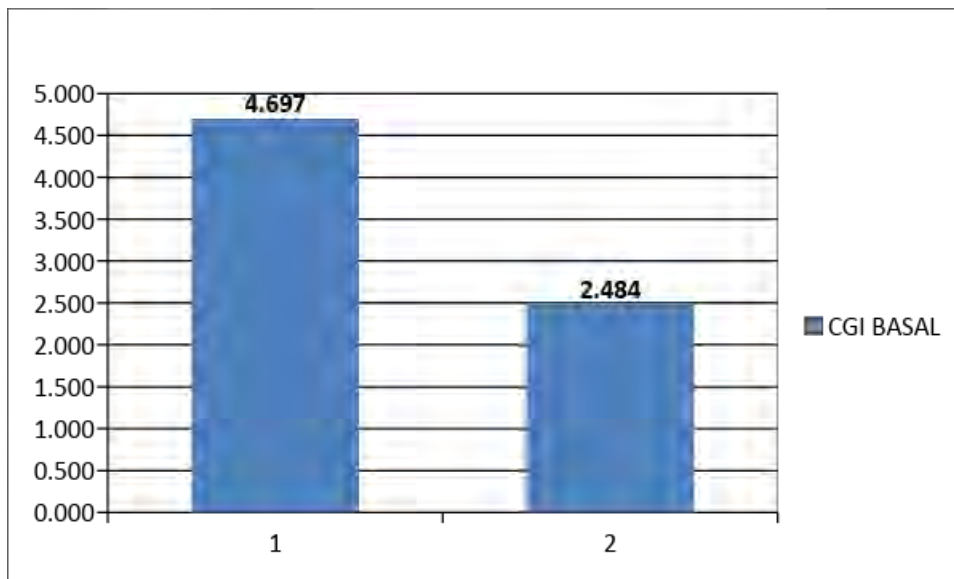


Fig 13. Cambios en la puntuación de CGI Basal y a los tres meses de seguimiento. Es importante recordar que una puntuación mayor a 3 implica empeoramiento y una puntuación menor a 3 implica mejoría, lo cual indica que la población revalorada a los tres meses se sintió moderadamente mejor respecto a las puntuaciones basales.

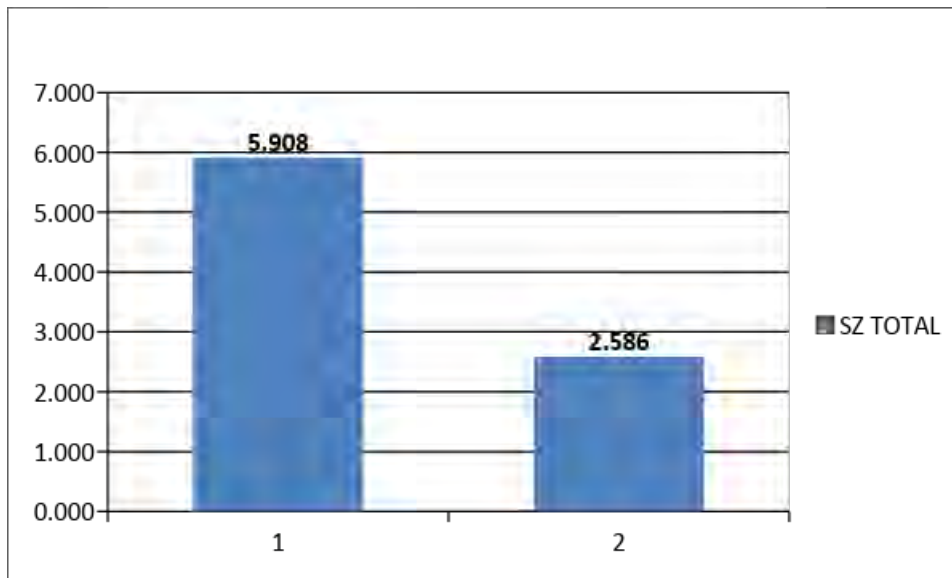


Fig 14. Medias de la Escala Senties/Zamudio (2010) que se aplica habitualmente en el servicio de APC como indicador de riesgo suicida. Hubo una mejoría significativa en la fase de seguimiento ($p < 0.0001$).

	No Acudió	Acudió	Total de consultas	X ²	p
APC	47	15	19	3.810	.283
Referencias	46	16	17	4.300	.116
Hospitalización	39	23	25	2.660	.264
Citas CE	19	43	135	13.449	.143
Psicoterapia	52	10	27	6.791	.237

Tabla 2. Usuarios que durante el seguimiento de tres meses ($n=62$) utilizaron los servicios de APC. Se observa que un número importante de usuarios se refirieron u hospitalizaron, y varios de ellos acudieron a un número importante de Consulta Externa. Los eventos de psicoterapia fueron muy pocos. A pesar de las aparentes diferencias entre los grupos, éstas no fueron significativas.

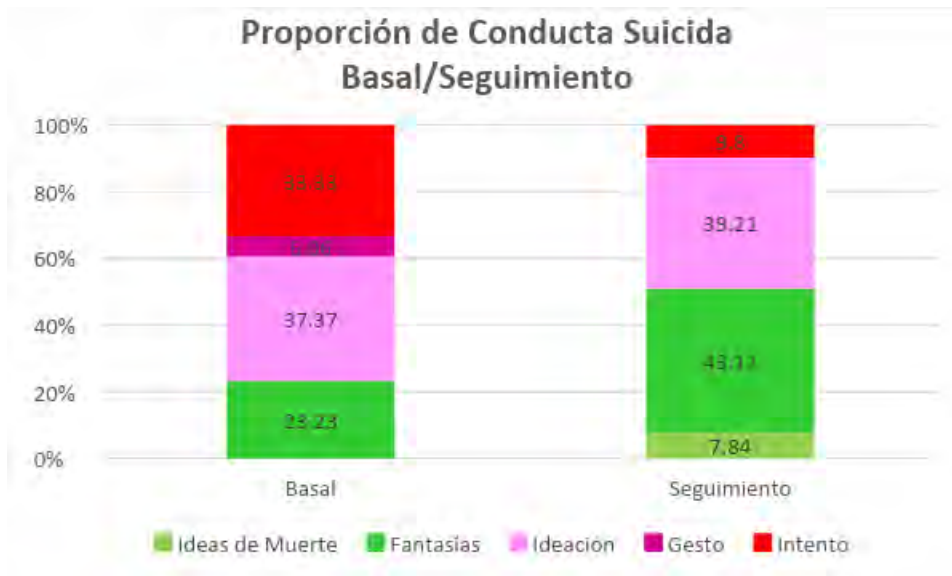


Fig. 15. Proporciones de la muestra basal y del seguimiento, respecto del riesgo suicida principal encontrado. Se incluyen ideas de muerte a ideación suicida. Se observa que los usuarios a los tres meses presentan proporción importantes de fantasías suicidas (Las cuales están bajo el umbral del riesgo suicida y no se consideran de riesgo, considerándose riesgo a partir de la ideación). Una proporción de la muestra mantiene ideación suicida e incluso algunos presentaron datos de conducta suicida como intentos, que fueron los usuarios que se rehospitalizaron durante el período de seguimiento.

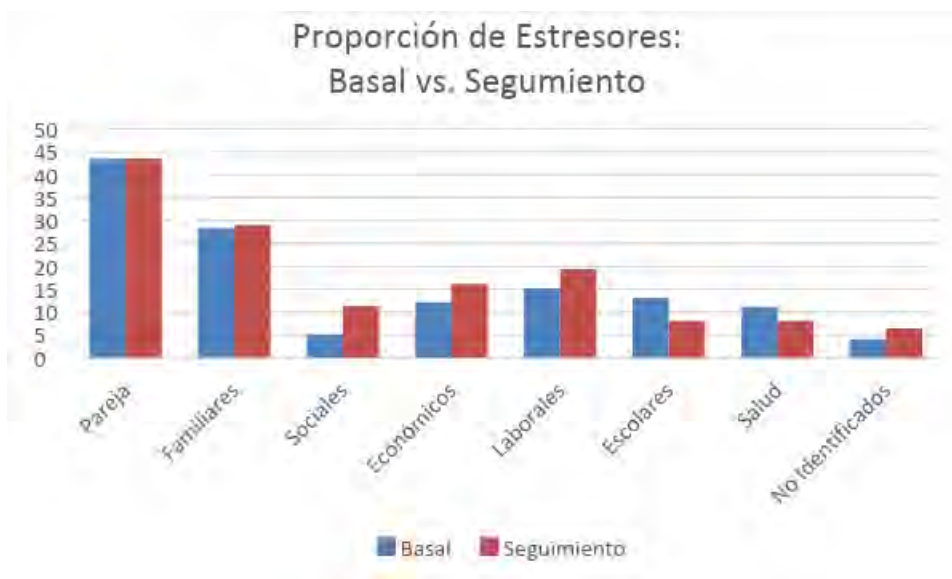


Fig. 16. Frecuencia de estresores reportados basal vs. Seguimiento. Se observa que, pese a la mejoría reportada en los instrumentos, Los usuarios mantienen y en algunos casos, empeoran sus diferentes

estresores. No hubo diferencias significativas en ningún tipo de estresor reportado al inicio y a los tres meses de la valoración, y en algunos casos como estresores familiares y económicos, no hubo diferencias en absoluto ($p=1.0$)

Tras encontrar que los promedios de las escalas globales utilizadas fueron significativamente menores respecto de la puntuación basal, se procedió a hacer un análisis comparativo de muestras relacionadas (Basal vs. Seguimiento a los tres meses) para identificar si hubo diferencias significativas en alguno de los ítems de las escalas de Ideación Suicida de Beck (SSI), Escala de Impulsividad de Plutchick (P), Escala SAD PERSONS (SAD) e Inventario de Depresión de Beck (BDI). Para esta sección no se hizo análisis de CGI al contar con un solo reactivo, ni de la Escala de Sentíes Zamudio al no estar formalmente publicada.

Las tablas 3, 4 y 5 muestran las pruebas t que compararon las muestras entre las medias de las escalas en la etapa basal y a los tres meses. Es importante recordar que al corte de esta Tesis se tenían entrevistados $n=62$ usuarios en la etapa de seguimiento; el resto de la muestra de seguimiento se continuará capturando durante el tercer trimestre del año 2018.

No. ITEM SSI	Basal	Seguimiento	t	p
1. Deseo de Vivir	1.081	.823	3.120	.003
2. Deseo de Morir	1.484	.823	8.321	<.0001
3. Razones para Vivir/Morir	1.177	.726	5.747	<.0001
4. Deseo de Intentar Activamente el Suicidio	1.194	.677	4.706	.000
5. Deseos pasivos de Suicidio	.887	.661	2.173	.034
6. Duración de la Ideación Suicida	1.016	.597	4.781	.000
7. Frecuencia de la Ideación Suicida	.968	.742	1.752	.085
8. Actitud hacia la Ideación Suicida	.967	.623	3.223	.002
9. Control sobre la actividad Suicida	1.194	.532	5.345	<.0001
10. Disuasivos para un Intento Activo	1.145	.452	6.491	<.0001
11. Razones para el Intento	1.145	.532	5.515	<.0001
12. Planificación del Método Contemplado	.968	.726	2.162	.035
13. Accesibilidad del Método Contemplado	.468	.677	-2.141	.036
14. Sentido de capacidad para llegar al intento	.417	.667	-2.437	.018
15. Expectativas del Intento Actual	.355	.371	-.198	.843
16. Preparación Actual para el Intento Contemplado	.613	.323	2.796	.007
17. Nota Suicida	.677	.323	3.359	.001
TOTAL SSI	18.131	6.939	13.190	<.0001

Tabla 3. Comparación de medias por ítem de la escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Se observan diferencias significativas en prácticamente todos los ítems, a excepción del Ítem 15 (Expectativas del Intento Actual). **Se observa una disminución estadísticamente significativa mediante la prueba t de muestras relacionadas en los ítem 2 (Deseo de Morir), ítem 10 (Disuasivos para un Intento Activo) e ítem 3 (Razones para Vivir/Morir).** Estos hallazgos nos indican sobre los factores más determinantes que tuvieron los usuarios de declinar su intención suicida al pasar tres meses de haber presentado el riesgo suicida durante la valoración inicial. La comparación global mostró diferencias significativas, **mostrando una reducción global del 61.72% (t=13.190, p<0.0001).** Es importante recordar que los resultados del seguimiento representan los n=62 usuarios que fueron entrevistados a los tres meses de la primera evaluación, por lo que no representa el desenlace del 100% de la muestra basal.

No. ITEM SAD	Basal	Seguimiento	T	p
SEXO	.242	.242	0.000	1.000
EDAD	.258	.210	1.761	.083
DEPRESIÓN	.968	.677	4.995	<.0001
INTENTO SUICIDA PREVIO	.726	.742	-.444	.658
ABUSO DE ALCOHOL	.306	.290	.375	.709
PÉRDIDA DEL PENSAMIENTO RACIONAL	.048	.081	-.814	.419
CARENCIA DE APOYO SOCIAL	.581	.323	3.754	<.0001
PLAN SUICIDA ORGANIZADO	.532	.210	4.088	<.0001
SIN PAREJA	.581	.339	3.381	.001
ENFERMEDAD SOMÁTICA	.113	.081	.704	.484
SAD TOTAL	4.071	1.990	13.032	<.0001

Tabla 4. Comparación de medias de la escala SAD PERSONS aplicada al inicio y a los tres meses de seguimiento. La variable Sexo o Género mostró nula modificación sin embargo la variable edad mostró variaciones a pesar de que el período temporal entre inicial y seguimiento fueron sólo tres meses; sin embargo, la escala publicada en 1983 muestra que la edad de riesgo es mayor de 45 años, cuando en la actualidad la edad de riesgo son adolescentes y adultos jóvenes, lo cual pudo generar confusión al momento de aplicar la escala. **La reducción del episodio depresivo mayor, el reaseguramiento del apoyo social y del plan suicida organizado fueron los ítems más relacionados con la disminución global de la escala SAD PERSONS, mostrando una reducción del 51.12% respecto de la evaluación basal (t=13.032, p<0.0001).** Es importante recordar que los resultados de seguimiento fueron n=62 usuarios, por lo que no representan el 100% de la muestra basal.

No. ITEM BDI	Basal	Seguimiento	T	p
1. Tristeza	2.274	1.548	6.291	<.0001
2. Desesperanza	1.984	1.532	3.384	.001
3. Sensación de Fracaso	2.484	1.613	2.384	.020
4. Sensación de Insatisfacción	1.903	1.532	1.898	.062
5. Sentimiento de Culpabilidad	2.065	1.387	6.173	<.0001
6. Sentimiento de ser castigado	1.935	1.226	4.632	.000
7. Odio a sí mismo	2.129	1.081	7.554	<.0001
8. Culpa por lo malo que sucede	1.887	1.000	7.277	<.0001
9. Oportunidad de cometer suicidio	1.790	.984	6.029	<.0001
10. Deseos de llorar	1.836	1.082	5.561	<.0001
11. Irritabilidad	1.581	1.000	3.741	<.0001
12. Pérdida de Interés en la gente	1.721	.984	4.763	<.0001
13. Incapacidad de tomar decisiones	2.000	.919	7.800	<.0001
14. Autopercepción de fealdad	1.774	.919	5.964	<.0001
15. Incapacidad para trabajar	1.645	.903	5.309	.000
16. Insomnio	1.710	.903	5.297	.000
17. Fatiga	1.903	.839	6.555	<.0001
18. Falta de apetito	1.629	.871	5.046	.000
19. Pérdida de Peso	1.048	.726	2.073	.042
20. Preocupación por su salud	1.016	.661	2.643	.010
21. Pérdida de Interés en el Sexo	1.355	.694	4.797	<.0001
BDI TOTAL	35.808	14.010	16.818	<.0001

Tabla 5. Comparación de medias de la evaluación basal y al seguimiento a tres meses del Inventario de Depresión de Beck (BDI), desglosado por ítems de la escala. El ítem con mayores reducciones fue el ítem 7 (Odio a sí mismo), seguido por el ítem 8 (Culpa por lo que sucede), Ítem 5 (Sentimiento de Culpabilidad) y 9 (Oportunidad para cometer suicidio). **La reducción de la escala BDI respecto de la basal fue del 60.66% (t=16.81, <0.0001).**

3.- Resultados Comparativos: Desglose por Ítems Basal Vs. Seguimiento.

Durante la fase basal, n=34 usuarios recibieron la atención habitual, y n=28 usuarios recibieron Intervención en Crisis Breve, lo cual nos da el total de usuarios que completaron la fase de seguimiento (n=62). A los tres meses se les hizo la revaloración, desglosando los resultados por ítem de cada escala. Para el análisis estadístico de ésta fase se utilizó ANOVA de un factor.

A) Cambios en los Estresores por Grupo.

Se encontró que el grupo que recibió Intervención en Crisis Breve presentó algunos cambios en la percepción de los estresores, durante la segunda valoración.

Cambios en los Estresores por Grupo	Habitual (n=34)	IC (n=28)	F	p
Estresores de Pareja	.412	.464	0.535	0.467
Estresores Familiares	.353	.214	6.001	0.017
Estresores Sociales	.147	.071	3.69	0.06
Estresores Económicos	.235	.071	15.446	<0.0001
Estresores Laborales	.265	.107	11.573	0.001
Estresores Escolares	.088	.071	0.228	0.635
Estresores de Salud	.029	.143	12.455	0.01

Tabla 7. Cambios en la percepción de estresores por grupo. **Los usuarios que recibieron IC breve presentaron significativamente menor percepción de estresores familiares, sociales, laborales, de salud, y especialmente económicos.** El antecedente de IC breve no mostró asociación en cambios de los estresores de pareja y escolares.

B) Cambios en la Escala de Impulsividad de Plutchick por Grupo. Al desglosar y comparar los resultados según el grupo (Atención Habitual versus Intervención en Crisis Breve), se encontró un resultado interesante: Al desglosar por ítem las escalas, **se observó una tendencia a una diferencia significativa de los ítems en el grupo que recibió Intervención en Crisis en el Ítem 12 (Le resulta difícil controlar emociones, $F=8.316$, $p=0.005$); Ítem 13 (Se distrae fácilmente, $F=5.421$, 0.023) e ítem 15 (Es cuidadoso o cauteloso, $F=6.728$, $p=0.012$).**

Sin embargo, **al comparar los totales de las escalas, se encontró que el grupo que recibió la Intervención en Crisis mostraba incremento en los resultados (efecto negativo) significativos al compararlo con el grupo de Atención Habitual**, lo cual no resultaba congruente con los resultados parciales encontrados en los desgloses por ítems que favorecían generalmente al grupo de la Intervención en Crisis; la explicación a lo anterior radica que **en el Grupo de Atención Habitual se encontraron valores de dispersión (Desviación Estándar) importantemente mayores que en el grupo que recibió Intervención en crisis**, con lo cual algunos de los pacientes mostraron puntuaciones excesivamente bajas mientras que otros las presentaban excesivamente altas, con lo cual la media del grupo de atención habitual pudo disminuir significativamente. La tabla 6 muestra éstos datos, encontrando que el grupo con atención habitual tuvo valores de dispersión mucho mayores que el grupo que recibió Intervención en Crisis Breve, generando un efecto acumulativo que se refleja en las puntuaciones globales de la escala.

Escala de Impulsividad de Plutchick	Habitual	IC	F	p
1. Le resulta difícil esperar	1.853 ± 0.70	1.679 ± 0.612	0.067	0.797
2. Hace cosas impulsivamente	1.765 ± 0.81	1.536 ± 0.838	0.223	0.639
3. Gasta dinero impulsivamente	1.588 ± 1.02	1.357 ± 0.911	1.435	0.236
4. Planea cosas con anticipación	1.588 ± 0.93	1.750 ± 1.97	0.58	0.449
5. Pierde la paciencia	1.618 ± 0.92	1.357 ± 0.826	0.805	0.373
6. Le resulta fácil concentrarse	1.618 ± 0.95	1.214 ± 0.832	1.831	0.181
7. Le resulta difícil controlar impulsos sexuales	1.618 ± 0.92	1.179 ± 0.904	0.526	0.471
8. Dice lo primero que se le viene a la cabeza	1.647 ± 0.88	1.357 ± 2.09	1.93	0.17
9. Come aunque no tenga hambre	1.588 ± 0.85	0.821 ± 0.863	0.051	0.823
10. Es muy impulsivo	1.559 ± 1.03	0.786 ± 0.917	.1289	0.261
11. Termina las cosas que empieza	1.515 ± 0.98	0.929 ± 0.813	2.024	0.16
12. Le resulta difícil controlar emociones	1.706 ± 1.01	0.893 ± 0.685	8.316	0.005
13. Se distrae fácilmente	1.382 ± 0.98	0.926 ± 0.729	5.421	0.023
14. Le resulta difícil quedarse quieto	1.324 ± 0.878	1.000 ± 0.77	3.113	0.083
15. Es cuidadoso o cauteloso	1.500 ± 0.748	0.821 ± 0.548	6.728	0.012
Plutchick TOTAL	12.656 ± 13.58	14.057 ± 9.18	17.411	<0.0001

Tabla 7. Resultados en los Grupos que recibieron Intervención en Crisis en comparación con los grupos que recibieron atención habitual en APC. **Se encontraron disminución significativa en los ítems 12 (Control de emociones), 13 (Se distrae fácilmente) y 15 (Es cuidadoso o cauteloso).** Se encontraron altos niveles de dispersión en el grupo de Atención Habitual, motivo por el que la media global resultó mayor en el grupo de atención habitual en comparación al grupo de IC, a pesar de que en los ítems individuales se mostraron puntuaciones de mejoría comparativa en el grupo de IC.

C) Cambios en la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) por Grupo

Se encontraron cambios significativos en el grupo que recibió IC leve, respecto de las percepciones sobre el deseo de vivir, el deseo de morir y las razones para vivir/morir. Sin embargo, se observaron puntuaciones significativamente mayores en las variables de intencionalidad como nota póstuma y planes postmortem.

Escala de Ideación Suicida (SSI)	Habitual	IC	F	p
1. Deseo de Vivir	.912	.714	3.189	0.079
2. Deseo de Morir	.941	.679	2.646	0.109
3. Razones para Vivir/Morir	.882	.536	5.807	0.019
4. Deseo de Intentar Activamente el Suicidio	.971	.429	0.372	0.544
5. Deseos pasivos de Suicidio	.882	.429	2.118	0.151
6. Duración de la Ideación Suicida	.824	.464	0.001	0.978
7. Frecuencia de la Ideación Suicida	.559	.643	0.452	0.504
8. Actitud hacia la Ideación Suicida	.618	.857	0.512	0.477
9. Control sobre la actividad Suicida	.618	.893	0.587	0.446
10. Disuasivos para un Intento Activo	.529	.741	0.166	0.685
11. Razones para el Intento	.382	.714	5.125	0.027
12. Planificación del Método Contemplado	.471	.429	0.169	0.682
13. Accesibilidad del Método Contemplado	.618	.429	0	0.997
14. Sentido de capacidad para llegar al intento	.618	.500	0.09	0.765
15. Expectativas del Intento Actual	.500	.429	0.695	0.408
16. Preparación Actual para el Intento Contemplado	.344	.500	0.343	0.561
17. Nota Suicida	.235	.536	5.626	0.021
18. Actos de Anticipación de la muerte	.206	.464	12.95	0.001
19. Encubrimiento del Intento Contemplado	.206	.464	8.139	0.006
TOTAL SSI	6.000	8.657	3.505	0.064

Tabla 8. Comparación de las puntuaciones de la Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI) en los grupos de Atención Habitual comparado con el grupo que recibió Intervención en Crisis Leve. **Se observa mejoría significativa en el grupo que recibió IC leve en el ítem 1 (Deseo de Vivir), Ítem 2 (Deseo de Morir), Ítem 3 (Razones para Vivir/Morir).** Se encontró valores mayores con diferencias significativas en el grupo que recibió IC en el ítem 11 (Razones para el intento), Ítem 17 (Nota suicida), Ítem 18 (Actos de anticipación a la muerte) e Ítem 19 (Encubrimiento del Intento Contemplado). Se encontró una mayor puntuación en el grupo que recibió IC con una tendencia estadística que en términos estrictos no llega a ser significativa (F=3.505, p=0.064).

D) Cambios en la Escala de Impresión Clínica Global, por Grupo.

Al analizar los resultados de un instrumento ampliamente significativo para cuantificar mejoría clínica, tenemos una tendencia estadística de la Intervención en Crisis por encima de la Atención Habitual en el servicio, apoyando que la mejoría global es prácticamente significativa al asociar la Intervención en Crisis Breve en los resultados al seguimiento a tres meses.

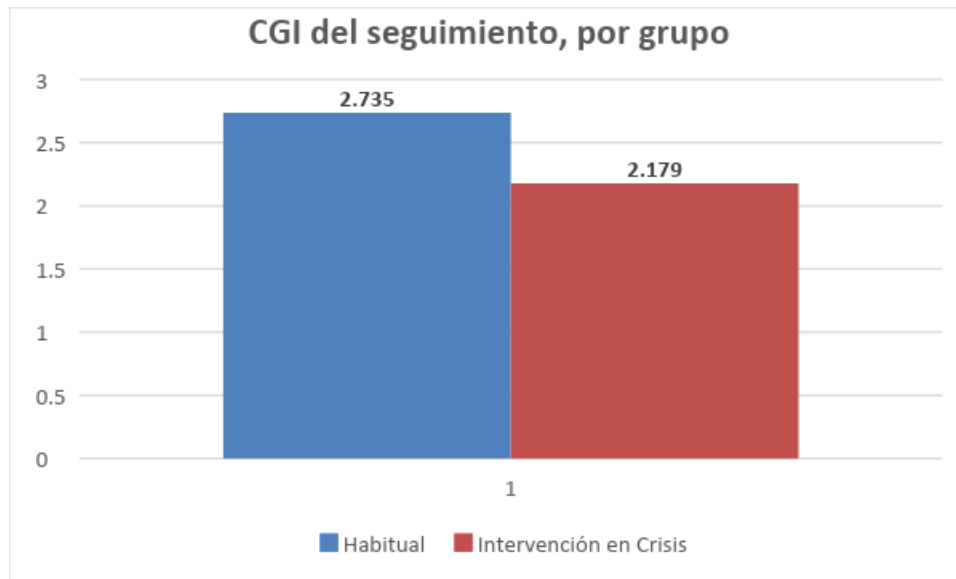


Fig. 17. Puntuación de la CGI a los tres meses de evaluación, según el grupo. Se observa una mayor mejoría con tendencia estadística en el grupo que recibió IC en comparación del que recibió Atención Habitual ($t=1.905$, $p=0.062$).

E) Cambios en la Escala SAD PERSONS, por grupo.

	Habitual	IC	F	p
SEXO	.147	.357	15.089	<0.0001
EDAD	.235	.179	1.194	0.279
DEPRESIÓN	.765	.571	8.387	0.005
INTENTO SUICIDA PREVIO	.794	.679	4.068	0.048
ABUSO DE ALCOHOL	.206	.393	9.301	0.003
PÉRDIDA DEL PENSAMIENTO RACIONAL	.088	.071	0.228	0.635
CARENCIA DE APOYO SOCIAL	.382	.250	4.966	0.03
PLAN SUICIDA ORGANIZADO	.235	.179	1.194	0.279
SIN PAREJA	.441	.214	13.604	<0.0001
ENFERMEDAD SOMÁTICA	.088	.071	0.228	0.635
SAD TOTAL	1.797	2.343	1.961	0.165

Tabla 9. Comparación de medias de puntuación de la Escala SAD PERSONS en los grupos de atención habitual versus Intervención en Crisis Breve. Se observó mayor cantidad de usuarios hombres en los grupos de Intervención en Crisis, con lo que el efecto del ítem Sexo se vio significativamente incrementado en dicho grupo. Hubo una mayor reducción de la depresión, menor proporción de intentos suicidas previos, mejoría en el apoyo social, y menor proporción de usuarios sin pareja con cónyuge, en el grupo que recibió la ICV leve.

F) Cambios en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) por grupo.

Se observaron en general cambios leves a moderados de mayor magnitud en los grupos que recibieron la Intervención en Crisis Breve, aunque ninguno de éstos cambios fue significativo, aún en la puntuación global, que marcó una tendencia estadística ($F=8.039$, $p=0.006$). Sin embargo, llama la atención el efecto casi generalizado de mejoría en el grupo que recibió IC, salvo en el ítem 18 del BDI (Fatiga). A continuación, se describen los resultados en la tabla 10.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Habitual	IC	F	p
1. Tristeza	1.735	1.321	0.553	0.46
2. Desesperanza	1.735	1.286	2.675	0.107
3. Sensación de Fracaso	1.706	1.500	0.68	0.413
4. Sensación de Insatisfacción	1.529	1.536	1.196	0.279
5. Sentimiento de Culpabilidad	1.500	1.250	0.283	0.597
6. Sentimiento de ser castigado	1.324	1.107	0.294	0.59
7. Odio a sí mismo	1.176	.964	0.165	0.686
8. Culpa por lo malo que sucede	1.118	.857	0.051	0.023
9. Oportunidad de cometer suicidio	1.118	.821	1.807	0.184
10. Deseos de llorar	1.147	1.000	1.678	0.2
11. Irritabilidad	1.088	.893	0.636	0.428
12. Pérdida de Interés en la gente	1.088	.852	0.004	0.949
13. Incapacidad de tomar decisiones	1.029	.786	2.503	0.119
14. Autopercepción de fealdad	.971	.857	0.011	0.918
15. Incapacidad para trabajar	1.029	.750	0.31	0.58
16. Insomnio	1.059	.714	0.201	0.655
17. Fatiga	.794	.893	1.033	0.314
18. Falta de apetito	1.000	.714	0.242	0.624
19. Pérdida de Peso	.882	.536	0.422	0.518
20. Preocupación por su salud	.794	.500	0.208	0.65
21. Pérdida de Interés en el Sexo	.735	.643	2.637	0.11
BDI TOTAL	13.047	15.771	8.039	0.06

Tabla 10. Resultados de los ítems del Inventario de Depresión de Beck desglosados por grupo. Se observa que hubo mejoría algo mayor en el grupo que recibió IC, aunque los cambios no fueron significativos en ningún ítem. Se observan mayores calificaciones en el grupo que recibió IC, aunque las diferencias sólo marcan tendencia estadística ($F=8.039$, $p=0.06$).

DISCUSIÓN

La presente investigación ha mostrado características relevantes a considerarse en las distintas partes de la misma. Los servicios de urgencias, tanto en hospitales psiquiátricos como no psiquiátricos, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario (64). En estos servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida: a) Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio, b) Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida c) Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente (65). Un importante desafío para los servicios de urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio (66). Existen investigaciones que han buscado determinar características sociodemográficas relacionadas con la depresión encontrando que la proporción por género de cuadros depresivos se inclina hacia el sexo femenino, lo que justificaría una mayor proporción de mujeres en la investigación presente (79%, n=79), así mismo, se ha descrito que la mayor prevalencia de depresión es más común en edades productivas y reproductivas en población mexicana de los 15 a los 29 años de edad, (67,68); en la presente investigación se obtuvo una media de edad de 30.39 años, siendo en primer lugar personas que se encontraban laborando y segundo lugar comunidad estudiantil.

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (69), tanto en atención primaria como en atención especializada. El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (70) y el 95% (71). La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento. Existe una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza, la depresión, etc. Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (72). Su uso no está generalizado en la práctica clínica y además existe el inconveniente de que algunos no han sido validados en muestras representativas ni en el ámbito clínico. Además, algunos carecen de la adaptación y validación al castellano. En nuestra investigación se utilizaron las escalas para la evaluación de riesgo suicida como la escala de ideación suicida de Beck en la cual se obtuvo una media de la población basal de 18.31 puntos (con riesgo suicida elevado), la SAD PERSONS con una media de 4.71 puntos (sugiriendo seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso) y la escala Senties-Zamudio con una media de 5.9 puntos (riesgo suicida moderado). La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta (73). El nivel de riesgo

aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (73, 74).

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico (75) y el perfeccionismo (76). Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva (77).

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio (76). Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio (78). Para fines de esta investigación se utilizó la escala de impulsividad Plutchik la media al momento de la evaluación basal de la población total fue de 23.24 puntos, lo que significa que el promedio de la población con trastorno depresivo y conducta suicida presenta altas probabilidades realizar conductas impulsivamente. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida (77). Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (79). La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos (77, 79), debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento (77). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (80). Eventos vitales estresantes, situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (81). Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol (79). Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social (77) y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (77, 82,83). En esta investigación se encontró que la población estudiada con depresión fue predominantemente soltera (cerca del 60%, n=58); por otra parte, factores tales como las bases morales propias de una religión se han considerado como factores protectores de un cuadro depresivo (82,83,84), sin embargo, en esta población en particular, era esperado que la mayoría (más del 90%) de los sujetos estudiados contaran con una religión determinada, en este caso católica por la prevalencia encontrada en el país (70% n=68).

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes (80, 81), factores psicológicos individuales (81) o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio (74), pueden servir como factores facilitadores del suicidio. Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes) (79,81). La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo

particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (73). Se ha buscado determinar en distintos estudios cuáles son aquellos factores psicosociales involucrados en la presencia de episodios depresivos y de conductas suicidas, encontrando que no existe factor psicosocial determinante, sino una inadecuada adaptación ante el estrés (82,83,84). Los estresores más frecuentemente encontrados en la presente investigación fueron los de pareja, seguidos de los familiares en segundo lugar, y con menor frecuencia los estresores laborales, escolares y económicos. Existe una importante asociación entre comportamiento autolesivo e ideación suicida; la probabilidad de autolesión en adolescentes con ideación suicida es más de diez veces superior que en adolescentes que no reportan dicho tipo de ideación. (85,86). En esta investigación, donde el 100% de la población presentaba alguna conducta suicida (fantasías de muerte, ideación suicida e intento suicida), el 51% mencionó el antecedente de autolesiones. Acerca de los métodos empleados para realizar conductas suicidas en sujetos con mayor riesgo (intento suicida), se ha encontrado con mayor frecuencia que las mujeres emplean métodos suicidas menos letales, son más recurrentes y en contexto de impulsividad como es la intoxicación medicamentosa, mientras que en el sexo masculino se emplean métodos con mayor letalidad como el uso de arma de fuego. En este estudio los métodos más frecuentemente empleados fueron la intoxicación medicamentosa, los cortes superficiales de la piel e intento de ahorcamiento en una población predominantemente femenina. (85,86).

Se han revisado diferentes revisiones sistemáticas (87, 88) y meta análisis (89) que evaluaban tipos de intervenciones y psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida. También se encontraron revisiones sistemáticas específicas sobre psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida en trastornos de la personalidad (90) y trastorno bipolar (91), así como revisiones específicas sobre una terapia en particular, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual (92), la terapia de resolución de problemas (93) o la terapia dialéctico-conductual (94) intervención en crisis e intervenciones telefónicas presentando disminución importante en la conducta suicida (95,96,97,98).

Aunque en nuestra institución anteriormente se haya estudiado por primera vez la historia natural del riesgo suicida y de las conductas suicidas de forma prospectiva y comparativa (63), no se había realizado una comparación entre la atención habitual comparado con algún tipo de intervención en conducta suicida.

La intervención en crisis que ha de llevarse a cabo inmediatamente es la denominada de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, los cuales estarán enfocados a la reducción del riesgo suicida y de salvaguardar la integridad física y emocional de las personas. El programa de prevención diseñado de este trabajo está enfocado en la rehabilitación de cinco áreas principales retomadas del trabajo de Slaikeu, en donde se trabajan tantos pensamientos, conductas, sentimientos, problemas físicos relacionados al suicidio, de manera que se pueda evitar un intento suicida en el futuro.

El principal beneficio del programa elaborado en este trabajo radica en las múltiples áreas que se abordan en el mismo, las técnicas están dirigidas en el entrenamiento de distintas habilidades protectoras que pueden llevar a cabo las personas con y sin ayuda de otras personas de manera que se reduzca al máximo la presencia de ideaciones y pensamientos suicidas; en el caso de presentarse se espera que lo aprendido por las personas en el programa ayude a las personas a una solución alternativa al intento de suicidio.

Como parte del seguimiento de los usuarios, se encontraron resultados que mostraron hallazgos relevantes como la tendencia hacia la mejoría clínica en ambos grupos con baja tasa de recurrencia que se ha

documentado en distintas intervenciones terapéuticas. Así mismo se documentó en ambos grupos una mejoría en la percepción de diversos estresores, así como la disminución importante en la conducta suicida respecto a la evaluación basal presentando mayormente fantasías de muerte las cuales están bajo el umbral del riesgo suicida y no se consideran de riesgo. En nuestra investigación se describieron proporciones de la muestra basal y del seguimiento, respecto del riesgo suicida principal encontrado. En la muestra basal el mayor porcentaje de conducta suicida correspondió a la ideación suicida con un porcentaje de 37.37% de la población general mientras que a los 3 meses de seguimiento correspondió a las fantasías de muerte con 43.13% (Las cuales están bajo el umbral del riesgo suicida y no se consideran de riesgo, considerándose riesgo a partir de la ideación). Una proporción de la muestra mantiene ideación suicida e incluso algunos presentaron datos de conducta suicida como intentos, que fueron los usuarios que se rehospitalizaron durante el período de seguimiento. En nuestra investigación se utilizaron las escalas para las variables clínicas de riesgo suicida y depresión la escala de ideación suicida de Beck, SAD PERSONS, Escala Sentíes-Zamudio, Escala de impulsividad Plutchik e Inventario de depresión de Beck. De manera particular se observó que ambos grupos a los tres meses de seguimientos tuvieron una disminución significativa en las características clínicas y riesgo suicida ($<0.0001^{**}$).

Acerca de la comparación entre el grupo de usuarios atendidos con el modelo de la consulta habitual y los de intervención en crisis, en el seguimiento no hubo una diferencia significativa encontrar un mayor grado de mejoría en los pacientes con conducta suicida e intervención en crisis respecto a la consulta habitual, lo que se había planteado en la hipótesis general de esta investigación. Lo que resultó poco esperado pudiéndose interpretar de distintas formas, partiendo del hecho de que fueron atendidos por diferentes servicios en su seguimiento, con diversas estrategias involucrando fármacos, psicoterapia, hospitalización, intervenciones familiares, así como otros factores intrínsecos como la resiliencia, procesos de adaptación, variables no controladas e incluso no bien definidas. Cabe mencionar que en todos los estudios revisados de diversas intervenciones para el manejo de la conducta suicida (cognitivo conductuales e intervenciones en crisis por medio de llamada telefónica) ninguno mostró diferencia significativa a los 3 meses de seguimiento comparado con la atención habitual implementada, los cambios se vieron a los 6,12 y 18 meses del seguimiento en dichas investigaciones (100,101,102).

Es importante resaltar que en el desglose de algunas escalas se encontraron que en los usuarios que recibieron la intervención en crisis presentaron diferencias importantes en algunos ítems por ejemplo en la escala de ideación suicida de Beck se observa una disminución estadísticamente significativa relacionadas en los ítem 2 (Deseo de Morir), ítem 10 (Disuasivos para un Intento Activo) e ítem 3 (Razones para Vivir/Morir) así como en la escala de impulsividad de Plutchik se observó una tendencia a una diferencia significativa de los ítems en el grupo que recibió Intervención en Crisis en el Ítem 12 (Le resulta difícil controlar emociones, $F=8.316$, $p=0.005$); Ítem 13 (Se distrae fácilmente, $F=5.421$, 0.023) e ítem 15 (Es cuidadoso o cauteloso, $F=6.728$, $p=0.012$) lo que se relaciona en algunos de seguimiento donde según lo mencionado por el modelo de suicidio Shneidman's el concepto del "Psychache" o "dolor psicológico y emocional" son mayores predictores de la conducta suicida que los factores como la depresión o la desesperanza (103,104).

Existe una serie de dificultades específicas en los estudios de comparación entre algún tipo de intervención psicológica vs el tratamiento habitual en un servicio de urgencias psiquiátricas, cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos: La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del psiquiatra y del paciente, relación terapéutica) que afectan

potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento. En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos. El tratamiento psicosocial de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivo-conductuales. De los tipos de intervención en conducta suicida las terapias de corte cognitivo conductual presentaron un efecto positivo sobre la conducta suicida en comparación con otros tratamientos (105, 106, 107). Diversos estudios han utilizado diversos tipos de estrategias de intervención por ejemplo un ensayo evaluó estrategias de la terapia de resolución de problemas en pacientes mayores con depresión mayor, en comparación con el tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en la colaboración con el médico de atención primaria de profesionales de enfermería y psicólogos que realizaron asesoramiento, psicoeducación y la evaluación. Los pacientes recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo o terapia de resolución de problemas durante 12 meses y sus resultados se compararon con el grupo de tratamiento habitual (tratamiento farmacológico antidepresivo, counselling o derivación a salud mental). El grupo que recibió la intervención experimental obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control, durante la intervención y tras un año de seguimiento (108). Otro estudio comparó la efectividad de la terapia cognitivo conductual unida al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno de la personalidad. Se encontró una reducción significativa del número de intentos de suicidio en el grupo que recibió la terapia cognitivo conductual al final del estudio y durante el seguimiento de dos años (109).

Por lo que se puede observar que la mayoría de los estudios de seguimiento de tipo de intervención psicoterapéutica en conducta suicida, la mayoría de los estudios tienen un seguimiento a más de un año de seguimiento y con aproximadamente 10 a 20 número de sesiones, por lo que se sugiere que en el momento de la crisis una sola intervención puede no tener el impacto emocional y cognitivo necesario que perdure a largo plazo. Por lo que se sugiere realizar estudios de seguimiento más estructurados con ofrecimiento de programas de intervención en crisis más estructurados y con mayor seguimiento.

El objetivo del presente estudio fue el evaluar un programa de intervención en crisis comparado con la atención habitual en el servicio de atención psiquiátrica continua en usuarios con diagnóstico de trastorno depresivo mayor más conducta suicida.

No existen estudios que evalúen el riesgo y las conductas suicidas de forma prospectiva y comparativa, en modelos de intervención en crisis específicamente por motivos bioéticos, y de haberlos seguramente contarían con diferentes dificultades metodológicas, por lo que las investigaciones existentes se basan en el seguimiento de pacientes con diferentes tratamientos como lo hace esta investigación, sin embargo, aun así, pocos lo hacen de forma comparativa por lo que aún existen datos faltantes.

Las actitudes o habilidades con que debe contar el médico psiquiatra en la intervención en crisis, tendrán que ser suficientes para hacer evaluaciones e intervenciones con gran rapidez seleccionar el tratamiento más adecuado para resolver el estado de crisis, principalmente el profesional tiene que aprender a escuchar, tener la capacidad de dirigir, de conceptualizar y un lenguaje claro preciso con el objeto de apoyar adecuadamente a la persona. Si el profesional de salud mental no tiene la capacidad de escucha, tiende a perderse pasando por

alto información importante, esto trae como consecuencia aumento de la angustia, no puede dar alternativas, ni soluciones a su problemática.

La investigación, cumplió con sus diferentes objetivos específicos y con ellos se cumplió el objetivo principal.

Fortalezas y limitaciones del estudio

En México, es el primer estudio en el cual se utilizó un modelo de intervención en crisis comparado con la consulta habitual en un servicio donde acude la mayoría de los pacientes con riesgo suicida y posteriormente se evaluó el seguimiento.

Como una de las principales fortalezas que posee esta investigación es que se trata de un estudio de seguimiento de usuarios captados en el servicio de Atención psiquiátrica continua con un diagnóstico de depresión grave a los cuales se les proporcionó por primera vez un modelo en intervención en crisis que es de interés para la salud mental y relevante para la salud pública; así mismo, es importante señalar que de los usuarios que completaron el estudio (el 80% de la muestra basal) una fracción importante no pudieron acudir en primera instancia a su cita de seguimiento, de no haber contado con su consentimiento para localizarlos vía telefónica no se hubiera podido contar con una confiabilidad suficiente para este tipo de estudio.

En relación a las limitaciones del estudio, pese a que es un estudio comparativo, no se pueden controlar algunas variables tales como el manejo farmacológico, hospitalización y otras estrategias de intervención terapéutica para cada grupo, lo que podría brindar algunos sesgos.

Otra de las principales limitantes de este programa radica en que está basada la prevención terciaria, por lo que no se puede incluir a personas que se encuentren en riesgo de cometer suicidio sin que se haya presentado un intento de suicidio (prevención secundaria), dado lo anterior se hace indispensable la realización de programa en otros niveles de prevención. Ya que hay algunos espacios de la república en donde no se encuentran con internamiento psiquiátrico o acceso a la atención de profesionales de salud mental.

Por último y no menos importante, los resultados deben tomarse con reserva ya que se desconoce la evolución de los sujetos que no fueron evaluados en su seguimiento, lo que también es una limitación.

Recomendaciones

Como parte de las recomendaciones es importante señalar que este tipo de investigaciones pese a que son de tipo comparativo, y al parecer homodémica no dejan de tener variables no controladas por distintos motivos, como la falta de mayor conocimiento de la temática, variables no bien definidas e incluso nuevos hallazgos, lo que da pauta para mejorar el planteamiento metodológico y controlar más variables para dar soporte a investigaciones incluso de tipo experimental.

Esta metodología podría ser empleada para la investigación en otro tipo de trastornos con el fin de brindar un panorama más amplio del seguimiento de pacientes y así conocer su evolución psicopatológica a corto, mediano y largo plazo, así como utilizar distintos métodos de intervención.

Por lo que se sugiere realizar estudios de seguimiento más estructurados con ofrecimiento de programas de intervención en crisis más estructurados y con mayor seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Castillo, A y A. "Suicidio" en revista de Psicología, México UNAM . Revista anual, vol XXII, num 3pags 67-69.
2. Clemente, M y A. González, Suicidio, una alternativa social, Madrid, Biblioteca nueva.1997.
3. Dolto, F. La dificultad de vivir, Buenos Aires, Gedisa. Paginas 34-36 1992
4. Ey, Henri Bernard y Brisset, Tratado de Psiquiatría, Barcelona Masson, pag 165.
5. Guillón C y Le Bonniec. Suicidio. Historia, Técnica y actualidad, Ed: Barcelona, de la tempestad. Pags 54-56
6. Grollman, E.A. El suicidio en Escandinavia. Estudio Psicoanalitico de la cultura y carácter, Barcelona, Ariel. Pags 46-48
7. Kuter, J (1992). Algunas reflexiones acerca de la psicopatología del suicidio, Psicoanálisis. Revista anual, vol XVI, num2 pags 67-69.
8. Merani, A.L. Diccionario de Psicología, México, Grijalbo. 1996
9. Gazzano J. (1973) "Clínica y terapéutica del suicidio". Buenos Aires: Paidós pp.193-207
10. Organización Mundial de la salud (1992) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (DCI-10) Ginebra OMS
11. Kreitman, N. (1969) Parasuicide. Br J Psychiatry, num 115, 746-747
12. Moron, P. (1977). El suicidio. Buenos Aires: ed, Abaco. 2 edición.Pags 140-146.
13. Schneider, K. (1968). Psicopatología clínica. In Psicopatología clínica
14. Diekstra, R. (1989) " Suicide and attempted suicide: An international perspective" en ActaPsychiatricaScandinavica, vol 80, p 87, num 371
15. Beck A. T. (1995) "The Assesment of Suicide Intentionality: The Scale for suicide Ideation" en Journal of Consulting and clinical Psychology, num 17, pp. 203-209.
16. Kolb, L. C. (1985), Psiquiatría clínica. Mexico Interamericanapag 80-82.
17. Schopenhauer A. (1987) El mundo como voluntad y representación. México Porrúapag 28-30.
18. Durkheim, E. (1993). El suicidio. México. Siglo XXI. Pag 89-91.
19. Freud S. (1991). Duelo y melancolía. En Obras completas. Buenos Aires, Amorrortu.
20. Adler A. (1985)El carácter neurótico en Obras Maestras del pensamiento contemporáneo. México: Planeta. Pags 225-227.
21. Camus, A. (1983). El mito de Sísifo. Madrid: Alianza. Pag.39

22. Freud S. (1991) Mas allá del principio del placer, en Obras Completas, Buenos Aires, Aorroto. Pags 127-135.
23. Menninger, K.A (1972). El hombre contra si mismo. Barcelona. Peninsula. Pags 192-196.
24. Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional. OPS. 2010.
25. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention. Horsham, PA, LRP Publications. 1993.
26. Borges G. , Medina-Mora M.E., Orozco R., Ouéda C. y Villatoro J.. Distribución y Determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Salud Mental.2010; 32: 413-425.
27. Satcher D. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington: GovernmentPrinting Office; 2001.
28. Cota M, Borges G. Estudios sobre Conducta Suicida en México: 1998-2008.JOVENes.2009.
29. Aranda M., Cisneros E., Pérez Rincón H., Vollrath N. Una Propuesta para la Prevención del Suicidio en México. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. 2010.
30. Flores G. Factores de riesgo clínicos y psicosociales asociados al intento suicida reciente en pacientes con depresión: estudio de casos y controles. México: Universidad Nacional Autónoma de México.2009.
31. González-Forteza, C., García, G., Medina Mora, M. E., Sánchez, M. A. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. Salud Mental 1998; 21 (3), 1-9.
32. Schrijvers D.L. & Cols.The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of Affective Disorders 2012;(138) 19–26
33. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. y Medina, M. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública de México. 52, (4), 292-304.
34. Bello, M., Puentes, E., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México. 47, (1), 4-11.
35. Cortina, E., Peña, M. y Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intento de suicidio en jóvenes entre 16-25 años del Valle de Aburrá. Revista de psicología. 1, (1), 55-73.
36. Buendía, J., Riquelme, A. y Ruíz, J. (2004). El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida. España: Universidad de Murcia.
37. Díaz, L. (2000) Comportamiento del suicidio en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de la salud. Revista Cubana de Enfermería. 16,
38. Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. Salud Mental. 24, (6), 4-15.

39. Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A. y Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21, (5), 20-27.
40. Bobes, G., Saíz, P., García-Portilla, M., Bascarán, M. y Bousoño, M. (2004) *Comportamientos suicidas: Prevención y tratamiento*. México: Ars Medica.
41. Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A. y Chávez, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*. 52, (4), 324-333.
42. Nordentoft M, Quin P, Helweg-Larsen K, Juel K. Restrictions in Means for Suicide: An Effective Tool in Preventing Suicide: The Danish Experience. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(6); 688-697.
43. Lake, CR. How Academic Psychiatry Can Better Prepare Students for Their Future Patients, Part II: A Course in Ultra-Brief Initial Diagnostic Screening Suitable for Future Primary Care Physicians. *Behavioral Medicine*. 2008; 34: 101-116.
44. Drye, R. C., Goulding, R. L., & Goulding, M. E. (1973). No-suicide decisions: Patient monitoring of suicidal risk. *American journal of psychiatry*, 130(2), 171-174.
45. Molina A (2011). Actualidades sobre la utilidad del contrato de no suicidio. En Elizalde, S. R., Pérez, C. L., & Salazar, D. G. E. *Reflexiones entorno al suicidio en México*. Tlaxcala, Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
46. Cerezo, H. (2005) *Concepto de crisis. Intervención psicológica en crisis y duelo*. Madrid: Paidós. Pag 220-225.
47. Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista de la Sociedad Psicoanalítica de Caracas*. VIII, (I), 1-6.
48. Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno. Pags 48-52
49. Rubin, B. y Bloch, E. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: Teoría y práctica*. España: Descleé de Brouwerpags 36-38.
50. Wagner, C. (2007). Suicidología: El gran desafío de la suicidología latinoamericana es la predictibilidad. *Revista de psicología*. 4, (3), 24-40.
51. Wasserman, D. y Wasserman, C. (2009). *Suicidology and suicide prevention*. Oxford. New York.
52. Weiner, I. (1992). *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa.pags 130-145
53. Lazarus A. (1999) *El enfoque multimodal. Una psicoterapia breve pero completa*. España: Desclee De Brouwer. Pags 40-50

54. Feinstein A. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research. Saunderscompany. Philadelphia.1985.
55. Calculadora estadística: <http://www.netquest.com/es/panel/calculadora-muestras/calculadoras-estadisticas.html>
56. Bobes G.J. & Cols. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. ArsMedica. Sexta Edición. Pp 3.2011.
57. Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, AlamiKhM, Hergueta T, Moussaoui D.Moroccancoloquial Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): qualitative and quantitative validation. Eur Psychiatry. 2005 Mar;20(2):193-5.
58. Plutchik R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk: the suicide risk measure. ComprPsychiatry. 1989;30(4):296-302.
59. Jurado S. y cols. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud Mental V. 1998;21 N°3, junio 1998.
60. Zamudio M.J. “Validez Concurrente de tres instrumentos Clinimétricos para la Evaluación del riesgo suicida: Mini entrevista Neuropsiquiátrica internacional modulo de riesgo de Suicidio, Escala de Riesgo suicida de Plutchik y la Nueva escala de Estimación del Riesgo Suicida (Sentíes H/Zamudio M).” Tesis para obtener la especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.2009.
61. Ventura J, Cienfuegos A, Boxer O, Bilder R. Clinical global impression of cognition in schizophrenia (CGI-CogS): reliability and validity of a co-primary measure of cognition. Schizophr Res. 2008 Nov;106(1):59-69.
62. Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics, 24(4), 343-345.
63. López L. A. (2014) “Estudio de seguimiento a tres meses de la conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor en un servicio de atención psiquiátrica continua. Tesis para obtener la especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2014.
64. Miller, T. R., & Taylor, D. M. (2005). Adolescent suicidality: who will ideate, who will act?. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35(4), 425-435.
65. Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Danish medical bulletin, 54(4), 306-369.
66. Larkin, G. L., & Beautrais, A. L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention.

67. Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C., & Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud pública de México*, 38(3).
68. Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud mental*, 32(5), 413-425.
69. Kapur, N., House, A., May, C., & Creed, F. (2003). Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(7), 390-395.
70. Kapur, N., Murphy, E., Cooper, J., Bergen, H., Hawton, K., Simkin, S. & Owens, D. (2008). Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. *Journal of affective disorders*, 106(3), 285-293.
71. Nordentoft, M., & Søgaaard, M. (2005). Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nordic journal of psychiatry*, 59(3), 213-216.
72. Meyer, R. E., Salzman, C., Youngstrom, E. A., Clayton, P. J., Goodwin, F. K., Mann, J. J., ... & Meltzer, H. Y. (2010). Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8).
73. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
74. Hawton, K., & Van Heeringen, K. Suicide. *Lancet* [Internet]. 2009 [citado 22 mar 2012]; 373 (9672): 1372-81.
75. Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 79-9
76. O'Connor, R. C. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 698-714.
77. Beautrais, A. L., Collings, S. C. D., Ehrhardt, P., & Henare, K. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health, 82.
78. Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
79. Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13(5), 243.
80. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 133-154.
81. Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A., & Kolbe, L. J. (2000). Youth risk behavior surveillance—United States, 1999. *Journal of School Health*, 70(7), 271-285.

82. Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
83. Borges, G., Pacheco, J. Á. G., & Borsani, L. (2006). EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN MÉXICO. de la conducta suicida.
84. Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
85. Participan, M. (2011). Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 226-35.
86. Guarín, M. R., Malagón, N. R., Rueda, J. G., & Garzón, D. F. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 43, 19-26.
87. Gunnell, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ: British Medical Journal*, 308(6938), 1227.
88. Hepp, U., Wittmann, L., Schnyder, U., & Michel, K. (2004). Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide. *Crisis*, 25(3), 108-117.
89. Crawford, M. J., Thomas, O., Khan, N., & Kulinskaya, E. (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 11-17.
90. McMain, S. (2007). Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian journal of psychiatry*, 52(6), 103S.
91. Fountoulakis, K. N., Gonda, X., Siamouli, M., & Rihmer, Z. (2009). Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. *Journal of affective disorders*, 113(1-2), 21-29.
92. Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, 32(1), 77-108.
93. Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & Van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological medicine*, 31(6), 979-988.
94. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). (2010). Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: Systematic review of clinical-effectiveness. *CADTH technology overviews*, 1(1).

95. Brådvik, L., Mattisson, C., Bogren, M., & Nettelbladt, P. (2008). Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997—severity and gender. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 185-191.
96. Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-Behavioural Problem Solving in the Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide a Controlled Trial. *The British journal of psychiatry*, 157(6), 871-876.
97. Arias, S. A., Sullivan, A. F., Miller, I., Camargo Jr, C. A., & Boudreaux, E. D. (2015). Implementation and use of a crisis hotline during the treatment as usual and universal screening phases of a suicide intervention study. *Contemporary clinical trials*, 45, 147-150.
98. Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-Behavioural Problem Solving in the Treatment of Patients who Repeatedly Attempt Suicide a Controlled Trial. *The British journal of psychiatry*, 157(6), 871-876.
99. Montemarano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*.
100. Atha, C., Salkovskis, P. M., & Storer, D. (1992). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients attending a medical emergency department: a controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 36(4), 299-307.
101. Cha, J. M., Kim, J. E., Kim, M. A., Shim, B., Cha, M. J., Lee, J. J., ... & Chung, U. S. (2018). Five Months Follow-up Study of School-based Crisis Intervention for Korean High School Students Who Experienced a Peer Suicide. *Journal of Korean Medical Science*, 33(28).
102. Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., ... & Boudreaux, E. D. (2017). Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. *Jama Psychiatry*, 74(6), 563-570.
103. Montemarano, V., Troister, T., Lambert, C. E., & Holden, R. R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*.
104. Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M. P., Wingate, L. R., & Joiner Jr, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 242-248.
105. Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., ... & Byrne, G. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33(6), 969-976.
106. Nordentoft, M., Branner, J., Drejer, K., Mejsholm, B., Hansen, H., & Petersson, B. (2005). Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Psychiatry*, 20(2), 121-128.

107. Nordentoft, M., Branner, J., Drejer, K., Mejsholm, B., Hansen, H., & Petersson, B. (2005). Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Psychiatry*, 20(2), 121-128.
108. Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams Jr, J. W., Hunkeler, E., ... & Steffens, D. C. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550-1556.
109. Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 456-462.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

“Estudio de seguimiento a tres meses de usuarios con trastorno depresivo mayor y conducta suicida con un modelo breve en intervención en crisis comparado con la atención habitual en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC)”

Hola, se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, en caso de alguna duda, puede preguntar.

¿De qué se trata este proyecto?

El objetivo de este estudio es analizar si existe diferencia entre los usuarios que reciben una atención habitual en el servicio de APC comparado con los usuarios que reciben además de la consulta habitual, una atención en intervención en crisis, esto con la finalidad de saber si existen cambios tanto en la severidad de los síntomas depresivos así como en las ideas y conductas relacionadas con el suicidio, ya que sabemos que unos de los síntomas graves relacionados con la depresión son los pensamientos y acciones relacionados con el suicidio.

¿De qué dependerá el que usted reciba la consulta habitual o la consulta habitual más la intervención en crisis?

La elección del tipo de consulta que usted va a recibir, será de forma aleatoria realizada por el investigador principal.

¿De qué forma participará?

En caso de que usted acepte participar y sea seleccionado para participar en el **grupo control**, posterior a su consulta habitual que reciba en el servicio de APC éstas son las consignas a seguir:

- 1. Se le pedirá su consentimiento informado para realizar pruebas clinimétricas y realización de las mismas con tiempo aproximado de 20 minutos.**
- 2. Para la fase de seguimiento le daremos una cita agendada a los tres meses de haber recibido la primera evaluación, en el servicio de APC para una segunda evaluación; con la aplicación de las mismas escalas clinimétricas con tiempo aproximado de 20 minutos por lo que solicitamos su autorización para poder recontactarlo en caso de ser necesario vía telefónica o correo electrónico.**
- 3. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con la investigación.**
- 4. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.**

En caso de que usted acepte participar y sea seleccionado para participar en el **grupo de intervención en crisis**, posterior a su consulta habitual que reciba en el servicio de APC éstas son las consignas a seguir:

1. **Se le pedirá su consentimiento informado para realizar pruebas clinimétricas y realización de las mismas con tiempo aproximado de 20 minutos.**
2. **Posteriormente se le brindará la intervención en crisis por el médico adscrito o el investigador principal con tiempo aproximado de 40 minutos.**
3. **Para la fase de seguimiento le daremos una cita agendada a los tres meses de haber recibido la primera evaluación, en el servicio de APC para una segunda evaluación; con la aplicación de las mismas escalas clinimétricas con tiempo aproximado de 20 minutos por lo que solicitamos su autorización para poder recontactarlo en caso de ser necesario vía telefónica o correo electrónico.**
4. **No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con la investigación.**
5. **Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.**

Acepto ser recontactado dentro de tres meses, para nueva aplicación de las escalas clinimétricas **Si () No ()**

De contestar si, favor de llenar la forma en la que preferiría ser contactado (puede llenar una opción o ambas):

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

¿Cuáles son los riesgos?

Puede ocurrir que usted se sienta mal durante la entrevista ante lo cual el investigador principal cuenta con el entrenamiento para atender situaciones en crisis y en caso necesario se utilizará medidas farmacológicas, cualquier medida que se utilice no tendrá costo alguno para usted.

¿Cuáles son los beneficios?

Si usted lo desea podrá conocer el resultado de los cuestionarios y escalas que se la aplicaron. Al final de su primera evaluación se le proporcionará un folleto con información clara y confiable acerca del trastorno depresivo mayor y el suicidio.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

He leído y entendido el consentimiento informado. Entiendo que mi participación es voluntaria, y que si así lo deseo puedo no participar, o bien retirarme en el momento que lo desee, sin que eso tenga consecuencias en mi tratamiento en esta institución. Entiendo que el estudio consiste en dos evaluaciones, una a la firma de este consentimiento y otra a los tres meses después de la primera entrevista y que la confidencialidad de los datos así como la privacidad se respetarán durante y después del estudio. En caso de presentar alguna duda relacionada con la realización del estudio avisaré al investigador principal el Dr. Alfredo Antonio Reyes García al teléfono 41 60 54 38 y correo electrónico alfredoreyesmed@hotmail.com.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Nombre del participante	Firma del usuario	Fecha
-------------------------	--------------------------	-------

Nombre del investigador	Firma del investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA FAMILIARES DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

“Estudio de seguimiento a tres meses de usuarios con trastorno depresivo mayor y conducta suicida con un modelo breve en intervención en crisis comparado con la atención habitual en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC)”

Hola, se le invita a participar a su familiar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Esto requiere del consentimiento voluntario su familiar y el asentimiento informado por parte de un familiar. Lea con cuidado la siguiente información, en caso de alguna duda, puede preguntar.

¿De qué se trata este proyecto?

El objetivo de este estudio es analizar si existe diferencia entre los usuarios que reciben una atención habitual en el servicio de APC comparado con los usuarios que reciben además de la consulta habitual, una atención en intervención en crisis, esto con la finalidad de saber si existen cambios tanto en la severidad de los síntomas depresivos así como en las ideas y conductas relacionadas con el suicidio, ya que sabemos que unos de los síntomas graves relacionados con la depresión son los pensamientos y acciones relacionados con el suicidio.

¿De qué dependerá si su familiar reciba la consulta habitual o la consulta habitual más la intervención en crisis?

La elección del tipo de consulta que su familiar recibirá, será de forma aleatoria realizada por el investigador principal.

¿De qué forma participará su familiar?

En caso de que su familiar acepte participar y sea seleccionado para participar en el **grupo control**, posterior a su consulta habitual que reciba en el servicio de APC éstas son las consignas a seguir:

- 5. Se le pedirá su consentimiento informado para realizar pruebas clinimétricas y realización de las mismas con tiempo aproximado de 20 minutos.**
- 6. Para la fase de seguimiento le daremos una cita agendada a los tres meses de haber recibido la primera evaluación, en el servicio de APC para una segunda evaluación; con la aplicación de las mismas escalas clinimétricas con tiempo aproximado de 20**

minutos por lo que solicitamos su autorización para poder recontactarlo en caso de ser necesario vía telefónica o correo electrónico.

7. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con la investigación.
8. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

En caso de que su familiar acepte participar y sea seleccionado para participar en el **grupo de intervención en crisis**, posterior a su consulta habitual que reciba en el servicio de APC éstas son las consignas a seguir:

6. Se le pedirá su consentimiento informado para realizar pruebas clinimétricas y realización de las mismas con tiempo aproximado de 20 minutos.
7. Posteriormente se le brindará la intervención en crisis por el médico adscrito o el investigador principal con tiempo aproximado de 40 minutos.
8. Para la fase de seguimiento le daremos una cita agendada a los tres meses de haber recibido la primera evaluación, en el servicio de APC para una segunda evaluación; con la aplicación de las mismas escalas clinimétricas con tiempo aproximado de 20 minutos por lo que solicitamos su autorización para poder recontactarlo en caso de ser necesario vía telefónica o correo electrónico.
9. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con la investigación.
10. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

¿Cuáles son los riesgos?

Puede ocurrir que su familiar se sienta mal durante la entrevista ante lo cual el investigador principal cuenta con el entrenamiento para atender situaciones en crisis y en caso necesario se utilizará medidas farmacológicas, cualquier medida que se utilice no tendrá costo alguno para su familiar.

¿Cuáles son los beneficios?

Si su familiar lo desea podrá conocer el resultado de los cuestionarios y escalas que se la aplicaron. Al final de su primera evaluación se le proporcionará un folleto con información clara y confiable acerca del trastorno depresivo mayor y el suicidio.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

He leído y entendido el consentimiento informado. Entiendo que la participación de mi familiar es voluntaria, y que si así lo desea puede no participar, o bien retirarse en el momento que lo desee,

sin que eso tenga consecuencias en mi tratamiento en esta institución. Entiendo que el estudio consiste en dos evaluaciones, una a la firma de este consentimiento y otra a los tres meses después de la primera entrevista y que la confidencialidad de los datos así como la privacidad se respetarán durante y después del estudio. En caso de presentar alguna duda relacionada con la realización del estudio avisaré al investigador principal el Dr. Alfredo Antonio Reyes García al teléfono 41 60 54 38 y correo electrónico alfredoreyesmed@hotmail.com.

Nombre del participante	Firma del familiar	Fecha
-------------------------	---------------------------	-------

Nombre del investigador	Firma del investigador	Fecha
-------------------------	------------------------	-------

Nombre del Testigo 1	Firma del testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

A. Episodio depresivo mayor

(— SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?		—	NO	SI

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de \pm 5% de su peso corporal o \pm 8 libras o \pm 3,5 kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	—	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11	

NO	SI	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



INVENTARIO DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE PACIENTE _____
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre (s)

FECHA NACIMIENTO _____ NO. EXPEDIENTE _____
 Día Mes Año

FECHA APLICACIÓN _____
 Día Mes Año

En este inventario hay grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración de cada grupo que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo el día de hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque solo una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de contestar.

1. No me siento triste
 Me siento triste
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
 Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto
2. No me siento desanimado (a) acerca del futuro
 Me siento desanimado (a) acerca del futuro
 Siento que no tengo para que pensar en el futuro
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
3. No me siento como un fracasado (a)
 Siento que he fracasado más que otras personas
 Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos
 Siento que como persona soy un completo fracaso
4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 No disfruto de las cosas como antes
 Ya no obtengo satisfacción de nada
 Estoy insatisfecho (a) y molesto (a) con todo
5. No me siento culpable
 En algunos momentos me siento culpable
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
 Me siento culpable todo el tiempo
6. No siento que seré castigado (a)
 Siento que puedo ser castigado (a)
 Creo que seré castigado (a)
 Siento que estoy siendo castigado (a)
7. No me siento descontento (a) conmigo mismo (a)
 Me siento descontento (a) conmigo mismo (a)
 Me siento a disgusto conmigo mismo (a)
 Me odio a mí mismo (a)
8. No siento que sea peor que otros
 Me crítico a mí mismo (a) por mi debilidad y mis errores
 Me culpo todo el tiempo por mis errores
 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
 Quisiera suicidarme
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10. No lloro más que de costumbre
 Lloro más que antes
 Lloro todo el tiempo
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
11. Ahora no estoy más irritable que antes
 Me molesto e irrito más fácilmente que antes
 Me siento irritado (a) todo el tiempo
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba
12. No he perdido el interés en la gente
 No me interesa la gente como antes
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
 He perdido todo el interés en la gente
13. Tomo decisiones tan bien como siempre
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
 Se me dificulta tomar decisiones
 No puedo tomar decisiones en nada
14. No siento que me vea más feo (a) que antes
 Me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a)
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo (a)
 Creo que me veo horrible
15. Puedo trabajar tan bien como antes
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
 No puedo trabajar en nada
16. Duermo tan bien como antes
 No duermo tan bien como antes
 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme
17. No me canso más de lo habitual
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
18. Mi apetito es igual que siempre
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Casi no tengo apetito
 No tengo apetito en lo absoluto
19. No he perdido peso o casi nada
 He perdido más de 2.5 kilos
 He perdido más de 5 kilos
 he perdido más de 7.5 kilos
 (Estoy a dieta SI NO)
20. Mi salud no me preocupa más que antes
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento
 Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
 Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
21. Mi interés por el sexo es igual que antes
 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo que antes
 He perdido completamente el interés en el sexo

TOTAL _____

TRANSCRIBIÓ DRA. MARTHA ONTIVEROS
 SUBDIRECCIÓN HOSPITALIZACIÓN Y APC

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

1

1. *Deseo de vivir*
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. *Deseo de morir*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. *Razones para vivir/morir*
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. *Deseo de intensar activamente el suicidio*
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. *Deseos pasivos de suicidio*
 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. *Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)*
 0. Breve, periodos pasajeros
 1. Por amplios periodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. *Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)*
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo

8. *Actitud hacia la ideación/deseo*
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

9. *Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out*
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control

10. *Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)*
 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. *Razones para el intento contemplado*
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. *Método (especificidad/planificación del intento contemplado)*
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados

13. *Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)*
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles
 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. <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



Celz. México - Xochimilco 101,
Col. San Lorenzo Huipulco,
Del. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Tel. 56 55 28 11, Fax 56 55 04 11,
<http://www.impcdem.edu.mx>

ESCALA DE ESTIMACIÓN DE RIESGO SUICIDA (SENTÍES H /ZAMUDIO M) VERSIÓN MODIFICADA

Nombre _____

Expediente _____

Fecha _____

Seleccione de cada reactivo la opción que, con la información obtenida durante la entrevista, a su juicio clínico aplique para el paciente.

Elementos clínicos de peso	si	no
1.- Presencia de sintomatología depresiva (incluyendo leve) y /o ansiosa grave		
2.- Abuso actual o anterior de alcohol y/o sustancias psicoactivas		
3.- Conflictos graves en la relación familiar y/o de pareja o perdida de la pareja		
4.- Antecedente de intentos suicidas		
5.- Presencia de impulsividad/agresividad auto y/o hetero dirigida		
6.- Alucinaciones de comando autodestructivo		
7.- Historia familiar de depresión y/o suicidio		
8.- Desesperanza marcada		
9.- Perdida de empleo o de status		
10.- Presencia de ideación suicida y /o plan suicida estructurado		

TOTAL _____

Si= 1 No= 0

RIESGO SUICIDA LEVE.- 0-3 PUNTOS
RIESGO SUICIDA MODERADO.- 4-7 PUNTOS
RIESGO SUICIDA ELEVADO.- 8-10 PUNTOS

ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿Cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

1. No evaluado
 2. Normal, no enfermo.
 3. Dudosamente enfermo.
 4. Levemente enfermo.
 5. Moderadamente enfermo.
 6. Marcadamente enfermo.
 7. Gravemente enfermo.
 8. Entre los pacientes más extremadamente enfermos.
-

Mejoría global (CGI- GI)

Comparado con el estado inicial, ¿Cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).

1. No evaluado
2. Mucho mejor
3. Moderadamente mejor
4. Levemente mejor
5. Sin cambios
6. Levemente peor
7. Moderadamente peor
8. Mucho peor

ESCALA SAD PERSONS

	SI	NO
S. Sexo masculino		
A. Edad <20 años o > de 45 años		
D. Depresión		
P. Tentativa de suicida previo		
E. Abuso de alcohol		
R. Falta de pensamiento racional (trastornos cognitivos o psicosis)		
S. Carencia de apoyo social		
O. Planeación organizada de suicidio		
N. No pareja, no cónyuge.		
S. Enfermedad somática.		

- 0-2 Puntos: Sin riesgo. Alta con seguimiento ambulatorio
- 3-4 Puntos: Riesgo bajo. Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerar ingreso psiquiátrico.
- 5-6 Puntos: Riesgo medio. Si no hay apoyo familiar estrecho debe internarse.
- 7-10 Puntos: Riesgo alto. Ingreso. Riesgo de intento inminente

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

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

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



Fecha y Número de Aprobación:

Octubre 9, 2017

CEUC/072/2017

Dr. Alfredo Antonio Reyes García
Investigador Principal
Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado, "Estudio de seguimiento a tres meses de usuarios con trastorno depresivo mayor y conducta suicida con un modelo breve en intervención en crisis comparado con la atención habitual en el servicio de atención psiquiátrica continua (APC)", el cual se llevará a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en calzada México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, 14370, de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados. Originales del Formato para seres humanos del Comité de Ética en Investigación y Cartas de Consentimiento Informado.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170816

Atentamente,



COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

Dra. Cristina E. Lóyzaga Mendoza
Presidente del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

C.c.p. Dr. Héctor Senties Castellá, Director de Enseñanza y Presidente del Comité de Tesis.-Presente.

Dr. Jorge J. González Olivera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.-Presente.

C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Central de Recursos de Terceros.-Presente.

