



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS**

TÍTULO:

**ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LA LETALIDAD E
INTENCIONALIDAD DEL INTENTO SUICIDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS IMSS.**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA DR. FERNANDO MARTÍNEZ GALLARDO

**TUTOR TEÓRICO. DR. MIGUEL PALOMAR BAENA
COORDINADOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD, HOSPITAL DE
PSIQUIATRÍA MORELOS**

**TUTOR METODOLÓGICO. DRA. BEATRIZ ZAMORA
PSIQUIATRA COORDINADORA DE EVALUACIÓN Y ACADÉMICA DEL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL UNAM.**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2020.





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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3501.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 17 CI 09 002 047
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 033 2017121

FECHA Viernes, 03 de enero de 2020

Dr. MIGUEL PALOMAR BAENA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2020-3501-012

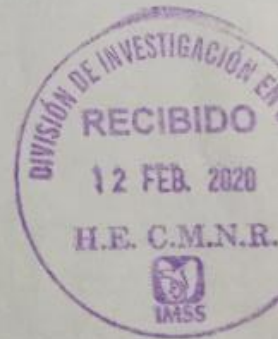
De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Jose Arturo Velazquez Garcia
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3501

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS.

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
UMAЕ Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”
Centro Médico Nacional La Raza

Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad
Hospital de Psiquiatría Morelos

Asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS.

Tutor teórico.

Dr. Miguel Palomar Baena
Coordinador de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad, Hospital de Psiquiatría Morelos
Correo electrónico. miguel.palomar@imss.gob.mx

Tutor metodológico.

Dra. Beatriz Zamora
Psiquiatra Coordinadora de Evaluación y Académica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental UNAM.
Correo electrónico. beatriz.zamora98@gmail.com

Investigador.

Dr. Fernando Martínez Gallardo
Residente de la especialidad de Psiquiatría
Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad, Hospital de Psiquiatría Morelos
Correo electrónico. kaulitz.fer@gmail.com

Lugar de la investigación.

Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad, Hospital de Psiquiatría Morelos
Avenida San Juan de Aragón, Número 311, Colonia San Pedro el Chico. C.P. 07480, Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México.

RESÚMEN.

Título: Asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Antecedentes: La evaluación de las tentativas de Intento suicida (IS) es relevante puesto que las más graves tienen peor pronóstico y la severidad puede evaluarse según letalidad del método y grado de intención suicida. La correlación varía, pues una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de alta o baja letalidad, o un método de alta letalidad realizarse sin intención real de morir. Se ha descrito que no es el trastorno comórbido el que propicia el IS, sino la interacción de factores ambientales con la personalidad del individuo; así, el enfoque de la estructura de personalidad puede ayudar a comprender su papel en los IS.

Objetivo: Analizar la asociación entre estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Morelos.

Material y métodos: Se invitó a pacientes hospitalizados por IS a participar a través de consentimiento informado, se realizó entrevista clínica semiestructurada y escalas SCID II, C-SSRS, SIS Beck para evaluar estructura de personalidad, intencionalidad suicida y letalidad del IS. Se utilizó paquete estadístico SPSS, se estimó asociación de letalidad e intencionalidad del IS y las estructuras de personalidad. La información se almacenó en Excel 365; se utilizó un modelo multivariado de regresión logística múltiple y se determinó IC 95% de las variables en estudio.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes, 71.11% de sexo femenino y 28.88% de sexo masculino, la edad mínima de 16 años de edad y la máxima de 76 años, principalmente solteros(64.44%), sin hijos(58.88%) y con empleo(47.77%), 69% de la muestra con 1 comorbilidad no psiquiátrica asociada (enfermedad tiroidea); 50% con primer IS, el 28.88% había realizado 1-2 IS previos y 21.11% 3 o más IS previos. Por método empleado 44% realizó su IS a través de la ingesta de psicofármacos. Existen correlaciones significativas de carácter positivo, entre la subdimensión de estructuras de personalidad histriónica($P=0.046$) y paranoide($P=0.038$) y la intencionalidad del IS; asociación significativa entre letalidad del IS y estructura de personalidad esquizoide ($P=0.047$) y esquizotípica ($P=0.030$). Encontramos que la asociación de estructura de personalidad límite con la estructura de personalidad antisocial, cuando se presentan en un mismo individuo como rasgos predominantes o como trastorno, tienen asociación estadísticamente significativa con la letalidad e intencionalidad del IS.

Conclusiones: La comparación con estudios previos sugiere la posibilidad de afirmar que el tipo de personalidad de clúster A (Paranoide, esquizotípico, esquizoide) o B (Límite, antisocial, histriónico, narcisista) influye relevantemente en el IS; y que un sujeto con tipo N de personalidad es más susceptible de llevar a cabo IS con mayor o menor intencionalidad y mayor o menor letalidad, teniendo mayor riesgo de muerte. Por lo tanto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad es relevante tanto si una persona tiene un Trastorno de personalidad como si no lo tiene, esta evaluación temprana puede ser de ayuda para la adopción adecuada de decisiones terapéuticas.

SUMMARY

Title: Association of the personality structure with the lethality and intentionality of the suicide attempt in hospitalized patients of the Hospital de Psiquiatría Morelos. **Background:** The evaluation of attempted suicide attempts (IS) is relevant since the most severe have a worse prognosis and the severity can be evaluated according to the lethality of the method and degree of suicidal intention. The correlation varies, since an attempt with high suicidal intention can be carried out with a high or low lethality method, or a high lethality method carried out with no real intention to die. It has been described that it is not the comorbid disorder that favors the IS, but the interaction of environmental factors with the personality of the individual; thus, the personality structure approach can help to understand its role in IS. **Objective:** To analyze the association between personality structure with the lethality and intentionality of the suicide attempt in hospitalized patients at the Morelos Psychiatric Hospital. **Material and methods:** Patients hospitalized for IS were invited to participate through informed consent, a semi-structured clinical interview and scales SCID II, C-SSRS, SIS Beck were performed to assess personality structure, suicidal intent and lethality of IS. The SPSS statistical package was used, an association of lethality and intentionality of the IS and the personality structures was estimated. The information was stored in Excel 365; A multivariate multiple logistic regression model was used and a 95% CI of the variables under study was determined. **Results:** 90 patients were included, 71.11% female and 28.88% male, the minimum age of 16 years of age and the maximum of 76 years, mainly single (64.44%), without children (58.88%) and with employment (47.77%), 69% of the sample with 1 associated non-psychiatric comorbidity (thyroid disease); 50% with first IS, 28.88% had performed 1-2 previous ISs and 21.11% 3 or more previous ISs. By method used, 44% performed their IS through the intake of psychotropic drugs. There are significant positive correlations between the subdimension of histrionic ($P = 0.046$) and paranoid ($P = 0.038$) personality structures and the intent of the IS; significant association between IS lethality and schizoid ($P = 0.047$) and schizotypal ($P = 0.030$) personality structure. We found that the association of borderline personality structure with antisocial personality structure, when they are presented in the same individual as predominant traits or as disorders, have a statistically significant association with the lethality and intentionality of IS. **Conclusions:** Comparison with previous studies suggests the possibility of affirming that cluster personality type A (Paranoid, schizotypal, schizoid) or B (Limit, antisocial, histrionic, narcissistic) influences the IS significantly; and that a subject with personality type N is more likely to carry out IS with more or less intent and more or less lethality, having a higher risk of death. Therefore, the evaluation of the functioning of the personality is relevant both if a person has a Personality Disorder or not, this early evaluation can be of help for the adequate adoption of therapeutic decisions.

CONTENIDO

Marco Teórico	7-14
Introducción	7-11
Antecedentes	12-14
Planteamiento del Problema	15
Justificación	16-17
Pregunta de Investigación	17
Hipótesis de investigación	17
Objetivos	18
Material y Métodos	
Diseño y población de estudio	18-19
Criterios de selección	19
Tamaño de la muestra	19
Recolección de datos e instrumentos de evaluación	19-22
Variables de estudio	22-23
Análisis estadístico	24
Consideraciones éticas	25
Recursos	25
Conflictos de interés	25
Resultados	26-36
Discusión	37-40
Conclusiones	41
Cronograma de actividades	42
Referencias bibliográficas	43-47
Anexos	48-63

Asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS.

MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN.

SUICIDIO

El suicidio se considera un problema de salud pública a nivel mundial, es una de las 10 causas principales de muerte y en población joven se encuentra entre las tres primeras causas de muerte, siendo mayor en países en desarrollo como Brasil, Colombia, México, Bulgaria, China, Sudáfrica, etc. Cada año alrededor de un millón de personas se suicidan y se cree que el número de víctimas anuales podría ascender a cerca de un millón y medio antes del año 2020. Según la OMS, 10.2 millones de habitantes realizan algún tipo de intento suicida (IS) que requiere atención médica y alrededor de 30 millones estarían en riesgo de presentar IS, aunque no demanden atención médica.¹

En el Estudio de la Carga Mundial de la Enfermedad 2015 se muestra que la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada en México aumentó en un 22% entre los años 2000 y 2015, más aún para las mujeres (un aumento del 37%) que para los hombres (un aumento del 18.4%). El aumento también fue más evidente entre las personas de 15 a 49 años (un aumento del 28,8%). En el año 2010, el suicidio se ubicó en el 11 ° lugar por años de vida ajustados por causa de discapacidad en México.²

INTENTO SUICIDA

El IS se define como aquel acto cuyo propósito es provocar la propia muerte e incluye a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método, de la intención, se produzca o no la muerte del individuo; implica un proceso que se compone de tres partes: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.^{3, 4}

Se han identificado factores sociodemográficos, clínicos, neurobiológicos y genéticos en su etiología, dentro de estos se encuentra que ante una situación conflictiva los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente fallen generando un estado de tensión emocional.^{1,5}

El estudio del IS involucra el análisis de factores de riesgo fijos: (el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, situación económica) y modificables: (trastornos psiquiátricos comórbidos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas, entre otros).⁶ Los trastornos mentales relacionados con la conducta suicida de manera frecuente son: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno límite de la personalidad (TLP), trastorno de personalidad antisocial, trastorno por consumo de sustancias y trastorno bipolar (TB), en menor medida trastornos de alimentación y esquizofrenia. El riesgo para suicidio en pacientes con enfermedades mentales aumenta de 3 a 12 veces en relación a la población general. Incluso algunos estudios mencionan que en sujetos con trastornos psiquiátricos las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio pueden ser hasta 40 veces más elevadas que las de la población general.⁴

Se habla de una heredabilidad en torno al 55% en los IS graves. Entre los genes candidatos propuestos en estudios de asociación se encuentran genes que codifican proteínas involucradas en el metabolismo de la serotonina como la triptófano hidroxilasa (TPH), el transportador de serotonina (5-HTT), la monoaminoxidasa (MAO-A), los receptores de serotonina (5HT 1A, 5HT 1B, 5HT2A), así como otros genes que tienen que ver con los receptores dopaminérgicos (DRD2 y DRD4). O la catecol-O-Metiltransferasa (COMT).⁷

LETALIDAD E INTENCIONALIDAD DEL INTENTO SUICIDA

El IS es heterogéneo en cuanto al método (violento o no violento, único o múltiple), la letalidad y la motivación o propósito y la evaluación de las tentativas es relevante puesto que las más graves tienen peor pronóstico. La severidad puede evaluarse

según la letalidad del método y el grado de intención suicida. Sin embargo, la correlación podría variar dado que una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de baja o moderada letalidad, o un método de alta letalidad realizarse sin intención real de morir.⁴

La letalidad se refiere al grado de daño ocasionado por el método empleado en el IS y se utilizan escalas para estimar la letalidad: intentos de alta letalidad (p. ej. lanzarse desde una gran altura, suspensión, arma de fuego), mediana letalidad (p. ej. ingestión de paracetamol, cortes profundos), y baja letalidad (p. ej. Ingestión de benzodiazepinas, cortes superficiales). Los principales métodos de autolesión utilizados por adolescentes y jóvenes incluyen: sobredosis de drogas, envenenamientos, cortes, otras formas de automutilación, dispararse a sí mismo, ahorcamiento, saltar de lugares de gran altura, saltar a un pozo. La diferencia clave entre una autolesión deliberada y un IS está en la intencionalidad de acabar con la propia vida.⁴

La intencionalidad del IS se define como la autolesión deliberada con la intención o no de acabar con la propia vida o el franco deseo de morir; así, la existencia de planes suicidas, según Jans et al , es un indicador del grado de intención suicida; donde es útil considerar las siguientes características: intento cometido en situación de aislamiento, intento cometido de tal forma que la intervención de terceros era improbable, el paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas, preparó detalladamente el intento, dejó nota o carta suicida, mantuvo su intención en secreto, existió premeditación o tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento.^{3, 4}

Al considerar los criterios de letalidad e intención suicida, se pueden clasificar como intentos severos todos aquellos en que la letalidad del método fue al menos moderada y/o hubo indicadores de una elevada intención suicida; la constatación de ideación suicida post intento, desesperanza elevada y decepción por haber sobrevivido también indican un riesgo elevado.⁴

Gvion Y et al. denota que los IS serios son epidemiológicamente muy parecidos a los suicidios consumados. El IS grave requiere hospitalización primeramente en un ambiente no psiquiátrico durante más de 24 horas y cumple uno de los siguientes criterios de tratamiento: a) tratamiento en unidades especializadas, incluida la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); b) cirugía bajo anestesia general; y c) tratamiento médico extenso que incluye antídotos contra sobredosis de drogas, telemetría o pruebas o investigaciones repetidas. Además, el IS por métodos que conllevan un alto riesgo de muerte (ahorcamiento/disparo) también se define como IS médicamente grave, si el intento llevó a hospitalización por más de 24 horas en estancias no psiquiátricas.⁸

Existe mayor riesgo de consumación tras un intento previo realizado con elevada intención autolítica o empleando un método violento. Asociado, a acontecimientos adversos de tipo interpersonal (conflictos y rupturas), seguidos por problemas en el trabajo o desempleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda, así como eventos vitales desencadenantes; donde finalmente influye la forma de afrontar las situaciones para adaptarse y eso a la vez forma parte de la estructura de personalidad del individuo y todo esto en conjunto podría tener relación con la intención real de morir y la letalidad del intento suicida actual.⁴

ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD

Se denomina estructura de personalidad a aquellos pensamientos, emociones y acciones que son estables y permanentes en el tiempo, y que el individuo emplea ante una amplia variedad de situaciones. A estos patrones relativamente consistentes de conducta se les ha denominado rasgos. De acuerdo a las pruebas psicométricas tales como el Cuestionario de Personalidad (SCID II), se considera la personalidad en términos de un conjunto de rasgos o tipos. Estos rasgos pueden cuantificarse, son graduables (cada individuo los posee en distintos grados) y nos permiten analizar las diferencias individuales en la conducta de la persona.^{9,10}

Se han estudiado múltiples dimensiones de la personalidad, incluyendo, de acuerdo a la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) las alteraciones de la personalidad, las cuales, se explican mejor desde una posición dimensional que se centra en estilos más que en trastornos y considera un continuo de gravedad desde un estilo leve hasta un trastorno extremo, esta postura dimensional explica que no existen diferencias esenciales en las estructuras de personalidad de los que tienen un trastorno de la personalidad y los que no lo tienen.¹¹

La mayoría de los autores, incluyendo el DSM-5, estudian diferentes estilos de personalidad, tales como: paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitación, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, autodestructivo, sádico, y depresivo.^{10, 12}

Las características de los estilos de personalidad no son consideradas patológicas pues, al no estar acentuadas, son lo suficientemente flexibles de manera tal que la persona puede modificar y adaptar sus respuestas a las demandas específicas de la situación y el contexto manteniéndose funcional y sin deterioro en alguna esfera de su vida. Mientras que, en los trastornos de personalidad el individuo presenta unas tendencias o características extremas de personalidad que constituyen una desviación con respecto a su grupo sociocultural en cuanto a sus formas de pensar, sentir y actuar, que son estables en el tiempo, persistentes e inflexibles y, por tanto, impiden responder en forma adaptada ante una variedad de situaciones, ocasionando niveles de malestar emocional clínicamente significativos (para el sujeto y/o para su entorno), así como problemas graves en el funcionamiento diario y en situaciones importantes.¹⁰

ANTECEDENTES

En una revisión sistemática Gracia et al. reporta estudios que muestran que pacientes ingresados con intentos suicidas diferían significativamente de sujetos no suicidas en cuanto a diversas dimensiones de personalidad. El mismo autor reporta estudios de pacientes que habían realizado intento suicida en los que se encontró incapacidad para afrontar adecuadamente los conflictos debido a rasgos patológicos de personalidad.¹³

En un estudio, la comorbilidad con trastornos del Eje II (Trastornos de personalidad) del DSM-IV de pacientes con intento suicida fue: trastorno de personalidad paranoide 13.3% (n=2), trastorno de personalidad esquizotípico 20% (n=3), trastorno de personalidad antisocial 13.3% (n=2), trastorno de personalidad límite (TLP) 100% (n=15), trastorno de personalidad histriónico 13.3% (n=2), trastorno de personalidad narcisista 60% (n=9), trastorno de personalidad dependiente 33.3% (n=5) y trastorno de personalidad obsesivo compulsivo 13.3% (n=2). El TLP es el de mayor prevalencia dentro de los trastornos de personalidad, tanto en población abierta como en población clínica además, es el trastorno de personalidad que se relaciona más frecuentemente con IS.¹⁴

En una investigación en la que fueron estudiados 104 individuos que cometieron suicidio, se encontró que predominaban individuos con diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide, límite, histriónico, narcisista, evitativo y obsesivo compulsivo.¹⁵

Se considera que los individuos con trastornos de personalidad tienen un riesgo mayor de suicidio consumado que la población general (incluso se ha estimado que este riesgo es 13 veces mayor), de intentos suicidas y de ideación suicida.¹⁶ El riesgo de suicidio y de intento suicida es aún mayor si el trastorno de personalidad se presenta de forma comórbida con otra patología psiquiátrica.^{17, 18, 19} Existe una prevalencia mayor de trastorno de personalidad en los IS que en los suicidios consumados, probablemente por la baja intencionalidad o seriedad del intento en los trastornos de personalidad como señalan los trabajos de McHugh y cols.²⁰

En los estudios descritos hasta el momento no se ha abordado la intencionalidad de la conducta suicida, En el estudio de Rivlin et al, el 73% indicó haber tenido la intención de morir, el 40% realizaron el IS de manera impulsiva con una planificación de hasta 3 horas previas; Simon et al, estudiaron a 153 sujetos con IS de alta letalidad y encontraron que 24% consideraron realizarlo menos de 5 minutos antes. Los estudios de la relación entre la impulsividad y los IS de alta letalidad son escasos y muestran resultados diversos entre alta y baja letalidad del IS y la relación con impulsividad.⁸

Kim H, et al, estudiaron a 888 personas con IS a través de la información clínica recabada y los detalles del IS evaluados con la Escala de Intención de Suicidio (SIS) y la Escala de Clasificación de Gravedad de Suicidio de Columbia (C-SSRS), El 85.4% tuvieron IS con menor planificación, métodos de baja letalidad y ambivalencia hacia la muerte, principalmente en las mujeres; mientras, que las personas restantes (130 sujetos) tuvieron IS más severos y bien planificados, con métodos altamente letales, principalmente varones y personas de edad avanzada, en este estudio no se evaluó a la personalidad.²¹

En otro estudio, se encontró que los IS de personas de edad avanzada tenían alta intención de morir y alta letalidad médica como resultado del intento; siendo los psicofármacos, los pesticidas y los herbicidas los métodos que se usaban con mayor frecuencia.²² En relación a los métodos seleccionados, el estudio de Mckean et al, relata que el 85% de los sujetos que se suicidaron durante el periodo de estudio, fueron muertes por armas de fuego.²³

Manzano L, et al, en su estudio de factores que disuaden y motivan la decisión de intentar suicidarse en las redes ferroviarias británicas; describe que las motivaciones más frecuentes son: percepciones de letalidad rápida y segura (54 y 37% respectivamente), fácil acceso a la ferrovía y el deseo de evitar la intervención de otros (33 y 38% respectivamente).²⁴

En otro estudio se investigó el método de suicidio en mayores de 65 años y se encontró que los métodos predominantes fueron: intento de ahorcamiento (21.5%), uso de armas de fuego y explosivos (20.9%), intoxicación por drogas (18.5%), otras intoxicaciones (12.6%), intento de asfixia con bolsa de plástico (8.5%) e intento de ahogamiento (6%), por lo que se observa que la población de adultos mayores realiza IS con métodos altamente letales.²⁵

En un estudio hecho en Corea, los métodos de suicidio de baja letalidad de mayor uso fueron: sobredosis de drogas y conductas autolesivas perteneciendo a grupos significativamente diferentes en factores demográficos, médicos y psiquiátricos.²⁶

En una revisión sistemática se encontró que como factores predictores de IS de alta letalidad se encuentran los diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno de Ansiedad, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno de Personalidad Antisocial, y Trastorno de Dependencia/Abuso de Sustancias. La limitante en gran parte de los estudios revisados es que el criterio objetivo para determinar la letalidad del intento fue la condición física posterior a la conducta suicida, sin embargo, puede estar muy implicada la disponibilidad del método o el conocimiento impreciso de la letalidad del método empleado, lo cual no está estrechamente relacionado con la intención real de morir.⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la revisión sistemática realizada por Gvion Y, et al, el papel de la letalidad y la intención suicida en la conducta suicida aún no está claro, y deberían considerarse como dimensiones separadas del IS, existiendo múltiples factores de riesgo para realizar un IS grave, incluyendo factores sociodemográficos y de comorbilidad psiquiátrica.^{8, 27}

El estudio de pacientes que han sobrevivido a un incidente potencialmente letal de autolesión permite una investigación exhaustiva de los procesos psicológicos que condujeron al acto suicida, En los estudios realizados se ha descrito que no es el trastorno comórbido el que propicia el IS, sino la interacción de los factores ambientales con la personalidad del individuo. El enfoque de la estructura de personalidad puede ayudarnos a comprender su papel en los IS de alta letalidad.⁸

La relación entre el IS y la personalidad no ha sido tan clara como la reportada entre el suicidio y los trastornos del Eje I.²⁸ La personalidad ha sido pobremente estudiada en la conducta suicida, ya que su estudio se basa principalmente en los Trastornos de personalidad límite, antisocial, narcisista y esquizoide; sin embargo, Quintanilla observó que los pacientes en los que no se puede realizar el diagnóstico de un Trastorno de Personalidad, que se suicidan o se intentan suicidar, tienen una estructura de personalidad que se puede asociar a una forma peculiar de adaptarse al ambiente y un perfil clínico particularmente severo caracterizado por un grado sumamente alto de psicopatología, suicidabilidad y disfunción interpersonal.⁴

La evaluación del riesgo suicida es seriada, recurrente con una orientación prospectiva ya que el riesgo puede reaparecer. Así, todos los pacientes deben ser evaluados rutinariamente para determinar el riesgo y las necesidades, independientemente del método utilizado en el episodio índice de autolesión no fatal, sin dejar de lado la revisión de la personalidad de cada individuo y las dimensiones aisladas del acto suicida que comprenda la letalidad potencial del método utilizado y la severidad de las circunstancias objetivas del IS personalizando más objetivamente el riesgo de suicidio de cada sujeto y prevenir el suicidio consumado.

JUSTIFICACIÓN

El estudio de la estructura de la personalidad en los pacientes hospitalizados es algo que se puede protocolizar y analizar a profundidad durante la entrevista clínica en todos los individuos que presentan un IS. Las características de personalidad persisten a lo largo de la vida del individuo representando un factor estable para relacionar con la intención y la letalidad de la conducta suicida.^{13, 23, 29}

No se han realizado estudios que relacionen la intención y la letalidad del IS con la estructura de personalidad del individuo por lo que realizar este estudio aportará nuevos hallazgos en cuanto al papel de los rasgos predominantes de la estructura de personalidad en el comportamiento suicida con altos niveles de intención y letalidad. Se deben abordar las estructuras de personalidad descritas: evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide, histriónico, narcisista, límite, antisocial, no especificado.³⁰

Al encontrar la estructura de personalidad principalmente relacionada con la conducta suicida de alta letalidad e intencionalidad, se logrará mejorar el manejo del paciente, aplicando no solo estrategias de tratamiento farmacológico durante la hospitalización, sino también enfocado a intervenciones psicoterapéuticas que aborden la motivación a realizar un IS. Este enfoque de tratamiento generalmente no ocurre en el ámbito hospitalario de alta concentración, sin embargo, mejoraría el pronóstico del paciente al disminuir las conductas suicidas futuras y la letalidad del IS futuro. Este estudio pretende obtener conocimiento que permita impulsar que dentro de la evaluación de los pacientes con conducta suicida, se realice un estudio completo del individuo, más allá del Eje I, para tener un perfil específico del paciente con mayor riesgo a realizar un intento suicida consumado. Es probable que los hallazgos también permitan implementar estrategias con enfoque preventivo, que modifiquen rasgos estructurales de la personalidad que intervienen con la conducta suicida. Además, el uso de clinimetría como apoyo diagnóstico de la entrevista clínica permitiría evaluar la personalidad en todo paciente que ingresa a hospitalización como parte del protocolo de conducta suicida.

Investigar el impacto de la estructura de personalidad en el intento suicida enfocados a su relación con la intención y la letalidad del IS en entornos terapéuticos proporcionaría datos críticos para mejorar el tratamiento y los resultados del paciente, identificando a los individuos más vulnerables de realizar una conducta suicida que pueda ser letal y prevenir el suicidio consumado.

Por lo tanto, este estudio permitiría identificar la estructura de personalidad que determina la adaptación del individuo al ambiente y así construir un perfil de riesgo suicida mediante la identificación de los tipos de personalidad con IS de alta letalidad e intencionalidad y de esta manera tener elementos que apoyen tanto la intervención clínica como los programas de prevención del suicidio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué relación existe entre la letalidad e intencionalidad del intento suicida y la estructura de personalidad en los individuos hospitalizados por intento suicida en el Hospital de Psiquiatría Morelos?

HIPÓTESIS

H0: No hay asociación entre la letalidad e intencionalidad del intento suicida y la estructura de personalidad.

H1: Hay asociación entre la letalidad e intencionalidad del intento suicida y la estructura de personalidad.

OBJETIVO

Objetivo general. Analizar la asociación entre la estructura de la personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico Morelos IMSS.

Objetivos específicos.

- Conocer la letalidad e intencionalidad del intento suicida en los pacientes hospitalizados por intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Morelos.
- Indagar la estructura de personalidad en los pacientes hospitalizados por intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Morelos.
- Determinar la asociación entre la letalidad e intencionalidad del intento suicida y la estructura de la personalidad en los pacientes hospitalizados por intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Morelos.

METODOLOGÍA

DISEÑO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

Estudio transversal, observacional, prospectivo, de asociación.

Población: Individuos hospitalizados por intento suicida en el Hospital de Psiquiatría Morelos.

Lugar de estudio. Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, IMSS. DM Nacional San Pedro el Chico, 07480, Ciudad de México, CDMX.

Lugar donde radica la población de estudio. Derechohabientes pertenecientes a la región norte de la Ciudad de México y zona conurbada.

Tiempo de estudio. Se realizará de Noviembre de 2019 a Enero de 2020.

Variables:

Características del intento suicida: Alta letalidad y alta intencionalidad. Alta letalidad y baja intencionalidad. Baja letalidad y alta intencionalidad. Baja letalidad y baja intencionalidad.

Estructura de personalidad: narcisista, antisocial, dependiente, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide, esquizotípico, esquizoide e histriónico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión. Pacientes hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos, IMSS, México, por intento suicida de entre 15-90 años de edad.

Criterios de exclusión. Pacientes con trastornos psicóticos agudos, trastorno bipolar en episodio depresivo y/o maniaco, trastornos del humor afectivo orgánico, discapacidad intelectual, daño orgánico cerebral o demencia temprana.

Criterios de eliminación. Pacientes que no contesten de manera completa los instrumentos de evaluación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se utilizó un modelo de regresión logística múltiple por lo que el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para medir asociación entre variables:

$$n = 10 K$$

Donde:

K = número de covariables.

Tomando en cuenta 10 eventos por variable independiente de estudio, el tamaño de la muestra será de 90 individuos para lograr una significancia estadística de la asociación (Freeman, 1987).

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS.

El investigador invitó a los pacientes hospitalizados por intento suicida a participar en el estudio explicando los objetivos, beneficios y riesgos. Se solicitó la firma de consentimiento informado a todo aquél que aceptó participar. Si el participante era menor de edad el consentimiento también fue firmado por el padre o tutor. Posteriormente el investigador realizó una entrevista para la recolección de los datos clínico-demográficos basales y aplicó la clinimetría (SCID II, C-SSRS, SIS Beck) para evaluar la estructura de personalidad, la intencionalidad suicida y la letalidad del intento suicida.

Instrumentos:

Escala Columbia para evaluar la seriedad/riesgo suicida (C-SSRS Posner, K. et al. Versión en español, 2008). Instrumento de auto reporte que evalúa la severidad del riesgo de suicidio con 17 ítems: 6 tienen respuesta rango 0-5, 1 de 0-3 y el resto dicotómicas. La C-SSRS es un instrumento fiable y válido para evaluar la ideación y la conducta suicidas en la práctica clínica y en contextos de investigación. Alfa de Cronbach 0.53, Sensibilidad 94%, especificidad 97.9%.

Es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el periodo de evaluación. Se miden 4 constructos: el primero es la gravedad de la ideación con una subescala en la que se evaluaron 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 (puntos de 1=deseos de morir a 5= ideación suicida con plan específico e intención). El segundo es la intensidad de la ideación, con una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evaluaron con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evaluaron con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero es la conducta suicida, con una subescala en que se evaluaron con una escala nominal, tentativas reales, interrumpidas y abortadas,

actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta es la letalidad de la conducta suicida, con una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa que se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0=no hay daño físico a 5=muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal: Baja (1). comportamiento con poca probabilidad de lesiones y poca probabilidad de muerte. Alta (2). comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte o con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible.

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (SIS Beck, A.T. et al. 1974, versión en español). Alfa de Cronbach 0.84. Sensibilidad 90%, especificidad 79%. Instrumento diseñado para evaluar las características de la tentativa suicida. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Consta de 3 partes bien diferenciadas:

-Parte objetiva (ítems 1-8)

-Parte subjetiva (ítems 9-15)

-Otros aspectos (ítems 16-20)

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan, a menos que se quiera conocer los niveles de intencionalidad). A mayor puntuación, mayor gravedad.

Ordinal: niveles

-Con baja intencionalidad. -15p

-Con alta intencionalidad. +15p

Cuestionario de Personalidad SCID II. (Gómez-Beneyto M. Versión en español), instrumentos que servirán para controlar las principales variables en estudio. Especificidad y sensibilidad. Presenta un alfa de Cronbach para cada estructura de personalidad: evitativo .78, dependiente .61, obsesivo-compulsivo .67, pasivo-agresivo .58, depresivo .76, paranoide.81, esquizotípico .66. esquizoide.58, histriónico .45, narcisista .83, límite .87, antisocial .92. Sensibilidad 81%, especificidad 94%.

Evalúa la estructura de personalidad del individuo y los rasgos destacados de éste, la cual se corrobora con la entrevista clínica semiestructurada. Contiene 119 ítems. Puede usarse para formular diagnósticos tanto categoriales (presente o ausente); como dimensionales (anotando el número de criterios de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como 3). Cada criterio se evalúa con 1: ausente o falsa, 2: subclínico, 3: presente o verdadero. En este estudio se utilizará la fórmula diagnóstica categorial para identificar estructura de personalidad presente o ausente.

Nominal. Codifica de acuerdo a estilo de personalidad de acuerdo a escalas de síntomas. Interpretación (resumen de las puntuaciones): evitativo al menos 4 reactivos codificados en 3, dependiente al menos 5 reactivos codificados en 3, obsesivo-compulsivo al menos 4 reactivos codificados en 3, pasivo-agresivo al menos 4 reactivos codificados en 3, depresivo al menos 5 reactivos codificados en 3, paranoide al menos 4 reactivos codificados en 3, esquizotípico al menos 5 reactivos codificados en 3, esquizoide al menos 4 reactivos codificados en 3, histriónico al menos 5 reactivos codificados en 3, narcisista al menos 5 reactivos codificados en 3, limite al menos 5 reactivos codificados en 3, antisocial al menos 3 reactivos codificados en 3, no especificado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	VALORES	NIVEL DE MEDICIÓN	COODIFICACIÓN
-Letalidad del IS. (cualitativa)	Grado de daño ocasionado por el método empleado en el acto suicida. (Gómez C. evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev med clin Condes. 2012;23(5) 607-615).	Ordinal: Letalidad potencial Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) (ANEXO 3)	Ordinal: Letalidad potencial: Baja (1). comportamiento con poca probabilidad de lesiones y poca probabilidad de muerte. Alta (2). comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte o con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible.
-Intencionalidad del IS. (cualitativa)	Autolesión deliberada con la intención de acabar con la propia vida o el franco deseo de morir. (Gómez C. evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev med clin Condes. 2012;23(5) 607-615).	Escala de intencionalidad suicida de Beck (Suicide Intent Scale SIS). (ANEXO 4) Ordinal: niveles	(0-15p) Con baja intencionalidad. (+15p) Con alta intencionalidad.

<p>Estructura de la personalidad. (cualitativa)</p>	<p>Patrón de rasgos y características emocionales y conductuales estables del sujeto que se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del sujeto y que se clasifican en estilos. (Kaplan & Sadock. 11ª Ed. Sinopsis de psiquiatría) (Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37/No. 3 / 2008)</p>	<p>Nominal CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SCID II. (ANEXO 5)</p>	<p>Codificación. (0) no (1) si Evitativo si/no, dependiente presente/ausente, obsesivo-compulsivo presente/ausente, depresivo presente/ausente, paranoide presente/ausente, esquizotípico presente/ausente, esquizoide presente/ausente, histriónico presente/ausente, narcisista presente/ausente, limite presente/ausente, antisocial presente/ausente, no especificado presente/ausente, múltiple presente/ausente.</p>
<p>Datos sociodemográficos (cualitativa)</p> <p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>-Estado civil</p> <p>-Religión</p> <p>-Ocupación</p> <p>- Con quien vive</p> <p>-Comorbilidad</p>		<p>Nominal Entrevista clínica y obtención de datos sociodemográficos a través de un instrumento elaborado. (ANEXO 2)</p>	<p>Edad al momento de la aplicación.</p> <p>Sexo: Hombre (0) Mujer (1)</p> <p>Estado civil: Soltero (0) Casado (1) Unión libre (2) Divorciado/separado (3) Viudo (a) (4)</p> <p>Religión: Protestante (0) Católico (1) Judío (2) Testigo de Jehová (3) Adventista del 7º día (4) Pentecostal (5) Mormón (6) Ninguna religión (7) Otro (8)</p> <p>1 Empleado(a) 2 Desempleado 3 Estudiante. 4 Es pensionado o jubilado. 5 Se dedica al hogar. 6 Otra situación</p> <p>¿Con quién vive actualmente? Familia (0) Padre/Tutor (1) Otros familiares (2) Pareja (3) Amistades (4) Solo (5) Solo con hijos sin pareja (6) Otro (7)</p> <p>¿Padece alguna enfermedad? SI () NO ()</p>

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se estimó la asociación de la letalidad e intencionalidad del intento suicida y las diferentes estructuras de personalidad de acuerdo a lo arrojado por la SCID II. La información se almacenó en una base de datos Excel versión 365; y se estimaron las asociaciones observadas mediante distribuciones de frecuencia, severidad, porcentaje y gráficas de asociación.

El análisis de resultados se realizó con cuadros que permiten resumir las variables de estudio. Para el análisis de las características demográficas de los participantes se realizaron cálculos de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas como sexo, estado civil, religión, ocupación. Para las variables cuantitativas como la edad, se realizaron cálculos de medidas de tendencia central y de dispersión.

Así mismo, se utilizó un modelo multivariado mediante regresión logística múltiple y se determinó IC 95% de las variables en estudio para examinar las asociaciones entre las diferentes estructuras de personalidad y la severidad de la letalidad e intencionalidad suicida, los datos sociodemográficos y la severidad de la letalidad e intencionalidad del intento suicida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Artículo 17. Investigación con riesgo mínimo: riesgo de datos a través de procedimientos comunes psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

El entrevistador principal invitó al sujeto a participar en el estudio. Le explicó después el objetivo, riesgos y beneficios del mismo, les dio a conocer el propósito del estudio, información de contacto para preguntas relacionadas con el estudio, las condiciones de la participación, incluyendo el derecho a negarse o retirarse sin penalidad y en qué consistía su participación en caso de aceptar.

El protocolo previo a su ejecución fue evaluado por el comité de investigación del IMSS. El estudio se realizó de acuerdo con los estándares éticos del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas (2013). Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg y el informe Belmont.

El consentimiento informado se obtuvo directamente de los participantes en el estudio.

Se anexa consentimiento informado. Anexo No. 1

Recursos humanos. Médico residente del Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos IMSS

Recursos materiales. Una computadora, instrumentos de evaluación (clinimetría), entrevista clínica semiestructurada.

RECURSOS. Copias de instrumentos de evaluación. Presupuesto aproximado \$1000.

CONFLICTO DE INTERÉS. El autor declara que no tiene ningún conflicto de interés.

RESULTADOS

Características de la muestra.

Se entrevistaron 90 pacientes quienes cumplieron con los criterios de selección y se les aplicó la entrevista estructurada de personalidad SCID II, la escala de Intencionalidad suicida de Beck SIS, y la Escala de Columbia de letalidad del intento suicida C-SRSS para determinar la asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida.

VARIABLE		MUESTRA	%
SEXO	FEMENINO	64	71.11%
	MASCULINO	26	28.88%
EDAD	<20	21	23.33%
	20-25	16	17.77%
	26-39	34	37.77%
	40-49	7	7.77%
	50-64	10	11.11%
	65 O MÁS	2	2.22%
EDO CIVIL	SOLTERO	58	64.44%
	CASADO	13	14.44%
	UNIÓN LIBRE	5	5.55%
	DIVORCIADO	12	13.33%
	VIUDO	2	2.22%
HIJOS	CON HIJOS	37	41.11%
	SIN HIJOS	53	58.88%
RELIGIÓN	C/RELIGIÓN	45	50%
	S/RELIGIÓN	45	50%
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	26	28.88%
	AMA DE CASA	10	11.11%
	TRABAJA FUERA DE CASA	43	47.77%
	DESEMPLEADO	9	10.00%
	PENSIONADO	2	2.22%
COMORBILIDAD	SI	21	23.33%
	NO	69	76.66%
IS PREVIOS	0	45	50%
	1-2	26	28.88%
	3 o MÁS	19	21.11%

Los resultados obtenidos de esta investigación describen que el 71.11% de la muestra pertenecía al sexo femenino y 28.88% al sexo masculino, la edad mínima fue de 16 años de edad y la máxima de 76 años de edad quienes principalmente eran solteros (64.44%), sin hijos (58.88%) y con empleo (47.77%), el 69% de la muestra presentó 1 comorbilidad no psiquiátrica asociada (enfermedad tiroidea), encontrándose en el 50% (n=45) de la población como primer intento suicida, el 28.88% (n=26) había realiza de 1-2 intento suicidas previos y el 21.11% (n=19) había realizado 3 o más intentos suicidas previos.

VARIABLE		%	SIS		C-SRSS	
			ALTA INTENCIONALIDAD	BAJA INTENCIONALIDAD	ALTA LETALIDAD	BAJA LETALIDAD
EDAD	<20	23.33%	7 (33.33%)	14 (66.66%)	8 (38.09%)	13 (61.0%)
	20-25	17.77%	8 (50%)	8 (50%)	5 (31.25%)	11 (68.75%)
	26-39	37.77%	23 (67.64%)	11 (32.35%)	18 (52.94%)	16 (47.05%)
	40-49	7.77%	3 (42.85%)	4 (57.14)	1 (14.28%)	6 (85.71%)
	50-64	11.11%	6 (60%)	4 (40%)	4 (40%)	6 (60%)
	65 O MÁS	2.22%	2 (100%)	0	0	2 (100%)

En relación a la edad, predominan individuos con intento suicida de entre 26 y 39 años de edad 37.77%; el grupo de edad que presentó intentos suicidas de alta intencionalidad en mayor proporción fue el grupo de entre 65 años o más 100% (n=2) y jóvenes de entre 26 y 39 años de edad 67.64% (n=23), en relación a la letalidad del intento suicida, el grupo con intentos suicidas de alta letalidad con mayor proporción fue el de entre 26 a 39 años de edad 52.94% (n=18), y el de entre 50 a 64 años de edad 40% (n=4).

Método empleado	%
Corte superficial	15 (16.66%)
Ingesta de psicofármacos	44 (48.88%)
Inyección de heparina IV	1 (1.11%)
Aventarse a las vías del metro	2 (2.22)
Intento de ahorcamiento	7 (7.77%)
Uso de arma de fuego	1 (1.11%)
Corte profundo con objeto punzocortante	1 (1.11%)
Aventarse a los autos en tránsito	1 (1.11%)
2 métodos empleados (ingesta de psicofármacos + intoxicación etílica, ingesta de psicofármacos + corte superficial, ingesta de veneno para ratas + intento de ahorcamiento, etc)	18 (20%)
	100%

De acuerdo al método empleado: el 44% (n=44) de la muestra realizó su intento suicida a través de la ingesta de psicofármacos, el 16.66% (n=15) a través de corte superficial en muñecas y/o antebrazos, el 7.77% (n=7) con intento de ahorcamiento, el 20% (n=18) de la población estudiada con 2 métodos empleados (ingesta de psicofármacos + intoxicación etílica, ingesta de psicofármacos + corte superficial, ingesta de veneno para ratas + intento de ahorcamiento, etc), el 6.66% (n=6) intentos suicidas a través de métodos como: inyección de heparina IV, aventarse a las vías del metro, uso de arma de fuego, corte profundo con objeto punzocortante, aventarse a los autos en tránsito.

VARIABLE	ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD	TRASTORNO DE PERSONALIDAD
EVITATIVO	66 (73.33%)	12 (18.18%)
DEPENDIENTE	33 (36.66%)	2 (02.22%)
OBS-COMP	75 (83.33%)	9 (12.00%)
PAS-AGRESIV	61 (67.77%)	12 (19.67%)
DEPRESIVO	62 (68.88%)	11 (17.74%)
PARANOIDE	73 (81.11%)	12 (16.43%)
ESQUIZOTIPICO	50 (55.55%)	2 (04.00%)
ESQUIZOIDE	36 (40.00%)	8 (22.22%)
HISTRIONICO	17 (18.88%)	2 (11.76%)
NARCISISTA	66 (73.33%)	3 (04.54%)
LIMITE	81 (90.00%)	30 (37.03%)
ANTISOCIAL	28 (31.11%)	7 (25.00%)

De acuerdo a la evaluación dimensional de la SCID II, la mayoría de los individuos cumplieron con rasgos estructurales de las siguientes personalidades: 90.00%(n=81) estructura de personalidad límite de los cuales el 37.03%(n=30) cumplió con criterios para Trastorno Límite de personalidad; 83.33%(n=75) estructura de personalidad obsesivo-compulsiva, de los cuales el 12.00%(n=9) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva; 81.11%(n=73) estructura de personalidad paranoide, de los cuales el 16.43%(n=12) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad paranoide, 73.33%(n=66) estructura de personalidad narcisista, de los cuales el 04.54%(n=3) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad narcisista, 73.33%(n=66) estructura de personalidad evitativa, de los cuales el 18.18%(n=12) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad evitativa, 68.88%(n=62) estructura de personalidad depresiva, de los cuales el 17.74%(n=11) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad depresiva, 67.77%(n=61) estructura de personalidad pasivo agresiva,

de los cuales el 19.67%(n=12) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad pasivo agresiva, 55.55%(n=50) estructura de personalidad esquizotípica, de los cuales el 04.00%(n=2) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad esquizotípica, 40.00%(n=36) estructura de personalidad esquizoide, de los cuales el 22.22%(n=8) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad esquizoide, 36.66%(n=33) estructura de personalidad dependiente, de los cuales el 02.22%(n=2) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad dependiente, 31.11%(n=28) estructura de personalidad antisocial, de los cuales el 25.00%(n=7) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad antisocial, 18.88%(n=17) estructura de personalidad histriónica, de los cuales el 11.76%(n=2) cumplió con criterios para Trastorno de personalidad histriónica.

ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD	n=	%	SIS		C-SRSS	
			ALTA INTENCIONALIDAD	BAJA INTENCIONALIDAD	ALTA LETALIDAD	BAJA LETALIDAD
EVITATIVO	5	5.55%	40%	60%	40%	60%
DEPENDIENTE	3	3.33%	0%	100%	0%	100%
OBS-COMP	4	4.44%	0%	100%	25%	75%
PAS-AGRESIV	2	2.22%	0%	100%	0%	100%
DEPRESIVO	2	2.22%	0%	100%	0%	100%
PARANOIDE	11	12.22%	81.81%	18.18%	54.54%	45.45%
ESQUIZOTIPICO	2	2.22%	50%	50%	50%	50%
ESQUIZOIDE	3	3.33%	33.33%	66.66%	66.66%	33.33%
HISTRIONICO	3	3.33%	0%	100%	66.66%	33.33%
NARCISISTA	10	11.11%	50%	50%	30%	70%
LIMITE	43	47.77%	67.44%	32.55%	48.83%	51.16%
ANTISOCIAL	2	2.22%	50%	50%	0%	100%

De acuerdo a la evaluación categorial de la SCID II, de los 90 individuos entrevistados el 47.77% (n=43) presentó estructura de personalidad límite, el 12.22% (n=11) con estructura de personalidad paranoide, y el 11.11% (n=10) con estructura de personalidad narcisista, el resto tuvo porcentaje menor al 10%, estructura de personalidad evitativa 5.55% (n=5), estructura de personalidad dependiente 3.33% (n=3), estructura de personalidad obsesiva-compulsiva 4.44% (n=4), estructura de personalidad pasivo agresiva 2.22% (n=2), estructura de personalidad depresiva 2.22% (n=2), estructura de personalidad esquizotípico 2.22% (n=2), estructura de personalidad esquizoide 3.33% (n=3), estructura de personalidad histriónica 3.33% (n=3), estructura de personalidad antisocial 2.22% (n=2).

De los cuales, se encontró que la alta intencionalidad del intento suicida predominó en la estructura de personalidad paranoide (81.81%), esquizotípico (50%), narcisista 50%), límite (67.44%) y antisocial (50%); mientras que la alta letalidad del intento suicida predominó en la personalidad paranoide (54.54%), esquizotípico (50%), esquizoide (66.66%) e histriónico (66.66%).

REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Se realizaron 24 regresiones lineales múltiples utilizando el programa estadístico Statgraphics para identificar el nivel de asociación y de explicación que existe entre las distintas estructuras de personalidad, tomando en cuenta variables confusoras con las siguientes variables dependientes: SIS para determinar el grado de intencionalidad suicida y CSRSS para determinar el grado de letalidad suicida.

Puesto que el valor P en la tabla ANOVA debe ser menor que 0.05 para que existiera una relación estadísticamente significativa entre las variables con un nivel de confianza del 95.0% los resultados obtenidos fueron los siguientes:

VARIABLE		MUESTRA	%	P	
				SIS	C-SRSS
SEXO	FEMENINO	64	71.11%	0.78351238	0.11199977
	MASCULINO	26	28.88%		
EDAD	<20	21	23.33%	0.34753702	0.67070454
	20-25	16	17.77%		
	26-39	34	37.77%		
	40-49	7	7.77%		
	50-64	10	11.11%		
	65 O MÁS	2	2.22%		
EDO CIVIL	SOLTERO	58	64.44%	0.59787805	0.63286032
	CASADO	13	14.44%		
	UNIÓN LIBRE	5	5.55%		
	DIVORCIADO	12	13.33%		
	VIUDO	2	2.22%		
HIJOS	CON HIJOS	37	41.11%	0.26254012	0.2265251
	SIN HIJOS	53	58.88%		
RELIGIÓN	C/RELIGIÓN	45	50%	0.76729743	0.10088035
	S/RELIGIÓN	45	50%		
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	26	28.88%	0.57813191	0.69966295
	AMA DE CASA	10	11.11%		
	TRABAJA FUERA DE CASA	43	47.77%		

	DESEMPLEADO	9	10.00%		
	PENSIONADO	2	2.22%		
COMORBILIDAD	SI	21	23.33%	0.91872262	0.98512278
	NO	69	76.66%		
IS PREVIOS	0	45	50%	0.0277832	1.0743
	1-2	26	28.88%		
	3 o MÁS	19	21.11%		

Dentro de las variables sociodemográficas se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre el número de intentos de suicidio previos y la intencionalidad del intento suicida ($P=0.0277832$); no así con la letalidad del intento suicida ($P=1.0743$).

Se encontró que el resto de las variables: sexo, edad, estado civil, hijos, religión, ocupación, comorbilidad no tienen asociación estadísticamente significativa con la letalidad y la intencionalidad del intento suicida.

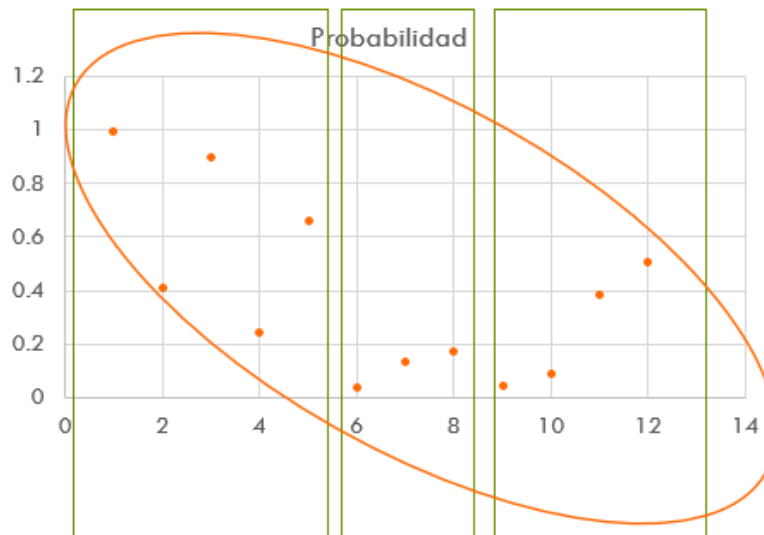
ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LA INTENCIONALIDAD DEL INTENTO SUICIDA

	Coficiente s	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	13.3409827	1.81615382	7.34573389	1.8297E-10	9.72455839	16.9574069	9.72455839	16.9574069
EVITATIVO	-0.00185218	0.36623189	-0.0050574	0.99597787	0.73111303	-0.72740867	0.73111303	-0.72740867
DEPENDIENTE	-0.25165098	0.30232744	-0.8323789	0.40776933	0.85366183	-0.35035987	0.85366183	-0.35035987
OBS-COMP	0.04598775	0.35001358	0.13138846	0.89581071	0.65097834	-0.74295384	0.65097834	-0.74295384
PAS-AGRESIV	-0.43633128	0.37301082	-1.16975503	0.24570767	1.1790907	-0.30642815	-1.1790907	0.30642815
DEPRESIVO	-0.16519149	0.37626427	-0.4390305	0.66186897	0.91442938	-0.58404639	0.91442938	-0.58404639
PARANOIDE	0.60270794	0.36987102	1.62950843	0.03841683	-0.13379935	1.33921522	-0.13379935	1.33921522
ESQUIZOTIPICO	0.39596028	0.26333536	1.50363505	0.13676603	0.12840742	-0.92032797	0.12840742	-0.92032797
ESQUIZOIDE	0.43029867	0.31488543	1.36652455	0.17575158	0.19671833	-1.05731568	0.19671833	-1.05731568
HISTRIONICO	-0.64722398	0.31358083	-2.06397817	0.04238854	1.27164319	-0.02280478	1.27164319	-0.02280478

NARCISISTA	- 0.3456638 4	0.198865 87	- 1.7381758 2	0.0861773	- 0.7416563 8	0.0503286 9	- 0.74165638	0.05032869
LIMITE	0.1680592 8	0.192391 68	0.8735267 5	0.3850921 9	- 0.2150415	0.5511600 5	-0.2150415	0.55116005
ANTISOCIAL	0.1949327 8	0.293108 68	0.6650529 3	0.5080037 3	- 0.3887211 6	0.7785867 2	- 0.38872116	0.77858672

Se encontró que no existe asociación significativa de la intencionalidad del intento suicida con las estructuras de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo, pasivo agresiva, depresiva, esquizotípica, esquizoide, narcisista, límite, antisocial.

Existe asociación estadísticamente significativa de la intencionalidad del intento suicida con la estructura de personalidad histriónica ($P=0.04607459$) y la estructura de personalidad paranoide ($P=0.03841683$). Siendo una asociación que sugiere que a mayor estructura de personalidad histriónica más baja será la intencionalidad del intento suicida; y que, a mayor estructura de personalidad paranoide más alta será la intencionalidad del intento suicida.



ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LA INTENCIONALIDAD DEL INTENTO SUICIDA

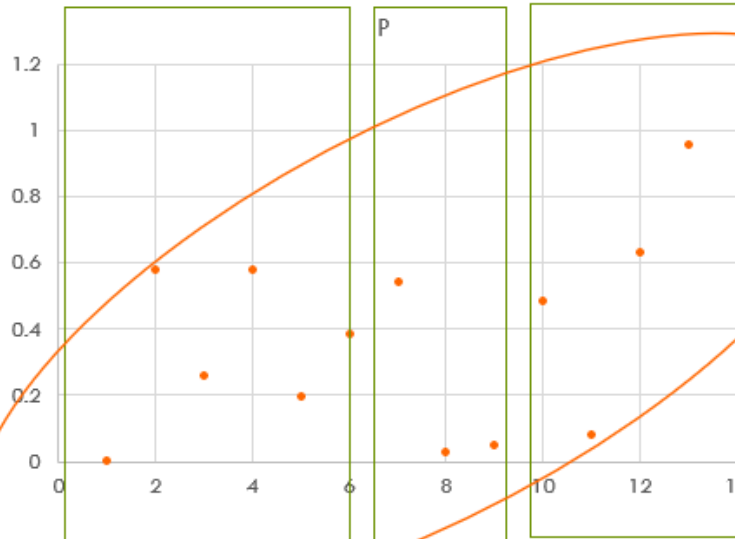
ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LA LETALIDAD DEL INTENTO SUICIDA

	<i>Coefficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	1.27614235	0.34555317	3.69304191	0.00041209	0.58805808	1.96422663	0.58805808	1.96422663
EVITATIVO	-0.03866101	0.06968165	-0.5548234	0.5806236	-0.1774149	0.10009288	-0.1774149	0.10009288
DEPENDIENTE	0.06538421	0.05752277	1.13666651	0.25920284	-0.04915827	0.17992669	-0.04915827	0.17992669
OBS-COMP	-0.03680889	0.06659585	-0.55272051	0.58205586	-0.16941817	0.09580039	-0.16941817	0.09580039
PAS-AGRESIV	0.09230451	0.07097145	1.30058654	0.19727911	-0.23362673	0.0490177	-0.23362673	0.0490177
DEPRESIVO	0.06269583	0.07159047	0.87575662	0.38388614	-0.07985901	0.20525068	-0.07985901	0.20525068
PARANOIDE	-0.04304814	0.07037405	-0.61170468	0.54253511	-0.18318078	0.0970845	-0.18318078	0.0970845
ESQUIZOTÍPICO	0.11068201	0.05010389	2.20905029	0.03014434	0.01091242	0.2104516	0.01091242	0.2104516
ESQUIZOIDE	0.12040199	0.05991214	2.00964271	0.04797261	0.00110168	0.23970231	0.00110168	0.23970231
HISTRIONICO	-0.04188128	0.05966392	-0.70195327	0.48482474	-0.16068732	0.07692476	-0.16068732	0.07692476
NARCISISTA	-0.06667395	0.03783751	-1.76211258	0.08201905	-0.14201805	0.00867015	-0.14201805	0.00867015
LIMITE	0.01751869	0.03660568	0.47857833	0.63359479	-0.05537254	0.09040992	-0.05537254	0.09040992
ANTISOCIAL	-0.00283101	0.05576875	-0.05076341	0.9596455	-0.11388079	0.10821876	-0.11388079	0.10821876

Se encontró que no existe asociación significativa de la letalidad del intento suicida con las estructuras de personalidad evitativo, dependiente, obsesivo compulsivo, pasivo agresiva, depresiva, paranoide, histriónica, narcisista, límite, antisocial.

Existe asociación estadísticamente significativa de la letalidad del intento suicida con la estructura de personalidad esquizotípica ($P=0.03014434$) y la estructura de personalidad esquizoide ($P=0.04797261$).

Por lo que los resultados sugieren que a mayor presencia de elementos de personalidad esquizoide y/o esquizotípica, más alta será la letalidad del intento suicida.



ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD CON LA LETALIDAD DEL INTENTO SUICIDA

ASOCIACIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS CON LA LETALIDAD E INTENCIONALIDAD DEL INTENTO DE SUICIDIO

SIS

	<i>Coficiente s</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	14.174743	0.5767699	24.576078	3.5508E-41	13.028534	15.3209524	13.0285343	15.3209524
n	3	5	3		3			
IS PREVIOS	0.2611773	0.1131864	2.3074961	0.0233735	0.0362430	0.48611167	0.03624302	0.48611167
	5	7	4	7	2			

C-SRSS

	<i>Coficiente s</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	1.2068266	0.0956862	12.612331	1.9703E-21	1.0166703	1.39698294	1.01667034	1.39698294
n	4	4	7		4			
IS PREVIOS	0.0905281	0.0187776	4.8210587	5.9303E-06	0.0532115	0.12784484	0.05321154	0.12784484
	9	6	9		4			

Se obtuvo como resultado emergente la asociación estadísticamente significativa de carácter positivo entre el número de intentos suicidas previos y la intencionalidad del intento suicida; por lo que estos datos sugieren que a mayor número de intentos suicidas mayor intencionalidad del intento suicida y por lo tanto de terminar con su vida.

	EVITATIVO	DEPENDIENTE	OBS-COMP	PAS-AGRESIVO	DEPRESIVO	PARANOIDE	ESQUIZO TIPICO	ESQUIZOIDE	HISTRIÓNICO	NARCISISTA	LÍMITE	ANTISOCIAL
EVITATIVO		0.39	0.55	0.51	0.72	0.49	0.64	0.25	0.29	0.25	0.50	0.30
DEPENDIENTE			0.41	0.64	0.49	0.89	0.41	0.21	0.47	0.27	0.45	0.20
OBS-COMP				0.56	0.58	0.61	0.56	0.32	0.32	0.46	0.50	0.26
PAS-AGRESIVO					0.67	0.71	0.65	0.32	0.43	0.45	0.68	0.40
DEPRESIVO						0.59	0.67	0.26	0.39	0.40	0.61	0.31
PARANOIDE							0.63	0.39	0.32	0.46	0.68	0.22
ESQUIZO TIPICO								0.31	0.39	0.52	0.28	0.47
ESQUIZOIDE									0.08	0.28	0.28	0.19
HISTRIÓNICO										0.46	0.39	0.34
NARCISISTA											0.48	0.40
LÍMITE												0.80
ANTISOCIAL												

Al realizar el análisis multivariado de las estructuras de personalidad, ya que ninguna personalidad es pura, y comparte rasgos con otras estructuras, se encontró asociación estadísticamente significativa entre estructura de personalidad límite y estructura de personalidad antisocial por lo que esta, ante los resultados obtenidos previamente con porcentaje alto de intencionalidad suicida 67.44% para Límite y 50% para Antisocial, se realizó una regresión múltiple de estas dos variables con el SIS y el C-SRSS; encontrando lo siguiente:

ASOCIACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD LÍMITE/ANTISOCIAL CON LA LETALIDAD E INTENCIONALIDAD DEL INTENTO SUICIDA.

Existe asociación estadísticamente significativa con la letalidad y la intencionalidad del intento suicida con la estructura de personalidad cuando ésta presenta una estructura que comparte rasgos de personalidad Límite y antisocial.

SIS

	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95.0%	Superior 95.0%
Intercepción	12.7217218	1.44461354	8.80631498	1.1194E-13	9.85039601	15.5930477	9.85039601	15.5930477
LÍMITE	0.15440029	0.14410502	1.07144279	0.02869336	-0.13202405	0.44082463	-0.13202405	0.44082463
ANTISOCIAL	0.04878163	0.27841935	0.17520919	0.01322390	-0.50460697	0.60217023	-0.50460697	0.60217023

C-SRSS

	<i>Coeficientes</i>	<i>Error típico</i>	<i>Estadístico t</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Inferior 95%</i>	<i>Superior 95%</i>	<i>Inferior 95.0%</i>	<i>Superior 95.0%</i>
Intercepción	1.12987682	0.26427168	4.27543657	4.8698E-05	0.60460824	1.65514541	0.60460824	1.65514541
LIMITE	0.02582288	0.02636198	0.97954981	0.03300244	-0.02657442	0.07822017	-0.02657442	0.07822017
ANTISOCIAL	-0.02096887	0.0509329	-0.41169594	0.04157482	-0.12220351	0.08026578	-0.12220351	0.08026578

De acuerdo a los resultados obtenidos, se evidencia que en los participantes existen correlaciones significativas de carácter positivo, entre la subdimensión de las estructuras de personalidad HISTRIÓNICA y PARANOIDE y la intencionalidad del intento suicida, no así con el resto de las estructuras de personalidad; esto sugiere que a mayor presencia de estructura de personalidad Histriónica y/o paranoide como dimensión, estado subclínico o trastorno, mayor intencionalidad de suicidarse.

Se encontró también, asociación estadísticamente significativa entre la letalidad del intento suicida y la estructura de personalidad ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICA, no así con el resto de las estructuras de personalidad. Lo que sugiere que existe mayor letalidad del intento suicida y por lo tanto mayor riesgo de consumir el suicidio cuando un individuo presenta estructura de personalidad esquizoide y/o esquizotípica independientemente de su dimensión, estado subclínico o trastorno.

Así mismo, como dato relevante encontramos en este estudio que la asociación de estructura de personalidad límite con la estructura de personalidad antisocial, cuando se presentan en un mismo individuo como rasgos predominantes o como trastorno, tienen una asociación estadísticamente significativa con la letalidad y la intencionalidad del intento suicida.

DISCUSIÓN

Los intentos suicidas son heterogéneos en cuanto al método (violento, no violento; único o múltiple), la letalidad y la motivación o propósito. La evaluación de las tentativas es relevante puesto que las más graves tienen peor pronóstico. La severidad puede evaluarse según la letalidad del método y el grado de intención suicida, ambas dimensiones se correlacionan débilmente dado que una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de baja o alta letalidad y viceversa, principal hallazgo de esta investigación.⁴ Por lo que en este estudio se analizaron tanto la letalidad como la intencionalidad del intento suicida y su asociación con la estructura de personalidad y variables sociodemográficas.

Los datos de grupo etario y género encontrados son similares a los de la literatura, predominando el intento suicida en mujeres y adultos jóvenes, solteros, sin hijos, con una comorbilidad no psiquiátrica asociada. Se conoce que las tasas de suicidios aumentan con la edad, pero se ha observado un incremento porcentual en adultos jóvenes y llama la atención que el suicidio entre la población más joven se ha triplicado en los últimos 30 años en el mundo.³² En nuestro estudio, en general, los intentos letales y no letales de suicidio no fueron inversamente proporcionales a la edad, a diferencia de otras investigaciones.³²

Mayor riesgo de consumación evidencian los varones, mayores de 45 años, con trastornos del ánimo o por uso de sustancias, trastorno crónico del sueño, deterioro social y de la salud. Otros rasgos incluyen el vivir solo, la desesperanza elevada y persistente, e indicadores de un intento realizado con elevada intención autolítica, o empleando un método violento;⁴ en esta investigación la muestra de varones fue inferior al número de mujeres involucradas en el estudio, probablemente debido a los factores previamente mencionados.

Un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador de que un paciente se encuentra en riesgo de suicidio. Todo intento previo debe tomarse seriamente como factor predictor, independiente de su letalidad. La letalidad tiene relación con la mortalidad del acto y es importante para entender a cualquier persona potencialmente suicida.³² El intento suicida previo, que es considerado el principal factor de riesgo para consumir suicidio, en esta investigación es observado como antecedente en la mitad de la muestra, como en otros estudios.^{4, 32, 33, 34}

Otro aspecto fundamental de riesgo es el método utilizado, el cual, similar a otros estudios, el método más utilizado fue la sobreingesta de psicofármacos que se incluye en la categoría de intentos suicidas de baja letalidad.^{34, 35}

La conducta suicida en ciertas estructuras de personalidad suele ser menospreciada con argumentos tales como “se trata de un acto histérico, es solo para llamar la atención”, sea cual sea la causa, que consciente o inconscientemente motive a los pacientes a intentar suicidarse, en realidad no existe un control absoluto del método suicida que garantice morir o sobrevivir al intento sin secuelas físicas

y/o emocionales; es decir que no se puede prever con absoluta certeza la letalidad del intento, por lo que incluso en nuestro estudio métodos de aparente baja letalidad requirieron hospitalización primeramente en un ambiente no psiquiátrico.³⁵

Se sabe que para el pronóstico a futuro, más que el potencial letal del método, que suele aumentar en los siguientes intentos suicidas, es importante la intencionalidad del paciente; lo cual, se corrobora en nuestro estudio, ya que se observa en los resultados que los métodos empleados son de potencial letal bajo y predomina la alta intencionalidad del intento suicida en gran parte de los grupos de edad estudiados.³³

Hay estudios que si bien señalaron que los trastornos mentales se encuentran entre los más fuertes predictores de suicidio y de conductas suicidas, a su vez reconocieron que debido a los altos niveles de comorbilidad psiquiátrica, poco se sabe acerca de cuáles trastornos son singularmente predictivos de la conducta suicida.³⁶ Investigaciones revelan que la asociación entre cuadros del Eje I y Eje II también es relevante, mostrándose en este grupo mayor número de intentos de suicidio, mismo resultado obtenido en esta investigación.⁴

Si bien existen numerosos trabajos publicados entre la asociación de la conducta suicida y los rasgos de personalidad y trastornos de personalidad (TP), estos estudios no abordan la asociación de la letalidad y la intencionalidad del intento con la estructura de personalidad, datos a favor de esta línea de investigación.^{37, 13}

En este estudio encontramos tasas elevadas de TP; las investigaciones que usan cuestionarios tienden a encontrar tasas significativamente más altas de TP que las que recurren a entrevistas estructuradas. Se puede, por ello, concluir que los autoinformes presentan una tendencia a sobrediagnosticar trastornos de personalidad.³⁸ Sin embargo, hay suficiente investigación como para concluir que la perturbación de la personalidad es un constructo dimensional y que no existen diferencias esenciales entre las estructuras de la personalidad de los sujetos que tienen un TP y las de los que no lo tienen.^{4, 37, 39} Por lo que en la línea de este estudio se incluyó la categoría dimensional de las estructuras de personalidad, en donde se evidencia que tanto individuos con criterios de TP como aquellos con estructura aparentemente no patológica presentaron conductas similares en relación a la intencionalidad y la letalidad de intento suicida.

Antón-San-Martín et al., mencionan que las personas que han intentado suicidarse padecen trastornos de personalidad. Según Marco et al, el trastorno límite de la personalidad (TLP) tiene una fuerte asociación con el suicidio. En esta línea, se ha encontrado que en México las personas diagnosticadas con TLP y depresión intentan suicidarse en mayor medida que aquellas que no presentan este diagnóstico, dato también relevante en nuestro estudio.⁴⁰

Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado.³⁸ Las formas de presentación de las conductas suicidas en la clínica (en concreto, la letalidad de la conducta, los métodos utilizados, las motivaciones específicas y el riesgo de reincidencia) varían mucho en función de la edad y del sexo según estudios previos, a pesar de esto, en nuestro estudio no se evidenció dicha asociación.³⁸ Probablemente todo esto se deba a diferencias en el instrumento y la forma de evaluación de las encuestas.³²

En cuanto a la intencionalidad del intento suicida, estudios previos concluyen que las tentativas del grupo de pacientes antisociales poseían una menor intencionalidad suicida pero se comparó con un grupo de trastorno depresivos y no con el resto de las personalidades.¹³ A parte de los tipos límite y antisocial que los estudios asocian con aparente baja letalidad del intento suicida debe tenerse en cuenta también a los pacientes con trastornos de personalidad de tipo histriónico y narcisista;^{13, 40} resultados controversiales en nuestro estudio, que si bien encontramos asociación estadísticamente significativa entre estas personalidades y la intencionalidad del acto, en la estructura de personalidad límite observamos alta intencionalidad, y como dato principal intentos suicidas de baja intencionalidad en pacientes con estructura de personalidad histriónica.

La letalidad se asoció con el género masculino, edades extremas, métodos violentos, trastornos afectivos pero no con la reincidencia, además de que se omitió la estructura de personalidad. En nuestro estudio si se asoció con la reincidencia, y con estructuras de personalidad del clúster A principalmente personalidad esquizotípica y esquizoide, así como la estructura con rasgos límite y antisocial.⁴¹

Los trastornos de la personalidad particularmente límite y antisocial elevan la probabilidad de autoeliminación, por lo general en concomitancia con otros trastornos del eje I, dato no relevante en nuestro estudio.^{4, 42, 43}

Estudios previos refieren que existe mayor evidencia de intentos suicidas de alta letalidad en individuos con estructuras de personalidad Límite, narcisista e histriónico, antisocial y esquizotípico, que incluso el 56% de los individuos estudiados cumplen con criterios para trastorno de personalidad de dichas estructuras mencionadas.⁴⁴

Siendo el más frecuente la estructura límite con baja letalidad, tal como se aprecia en este estudio.³⁴

Las características típicas del trastorno esquizotípico de la personalidad son el psicoticismo y desapego, principales características asociadas a intentos suicidas de alta letalidad en este grupo de individuos y que comparte características con aquellos que presentan esta personalidad sin cumplir criterios para Trastorno, dato

relevante para nuestro estudio ya que es una de las dos estructuras de personalidad que representa una asociación estadísticamente significativa con la letalidad del intento suicida.³⁷

También, el esquizoide con indiferencia y frialdad social, introspección, expresión reducida de afectos, susceptibilidad, falta de empatía; se asocia a intentos de suicidio más letales, resultados que comparte esta investigación.³⁷

Es relevante que, tanto en este estudio como en otras investigaciones, Observamos diferencias en diferentes muestras de diferentes estudios, por lo que parece que depende del área y otros factores socio culturales el predominio de estructuras de personalidad y la variación entre la intencionalidad y la letalidad del intento suicida.³³

A pesar de esto, nuestra investigación rescata la asociación de la estructura de personalidad independientemente de si ésta es patológica o no, con la intencionalidad y la letalidad del intento suicida, predominando la asociación estadísticamente significativa de la estructura de personalidad Histriónica y Paranoide con la intencionalidad del intento suicida, revelando que a mayor estructura de personalidad Histriónica, más baja será la intencionalidad del intento suicida; y que, a mayor estructura de personalidad Paranoide más alta será la intencionalidad del intento suicida. Así mismo mayor intencionalidad del intento suicida en estructura de personalidad Límite con rasgos antisociales, datos concluyentes en otros estudios, que aunque los resultados no son generalizables, son similares a los encontrados aquí.^{37, 38}

Los datos a favor de esta línea de investigación, también revelan que existe asociación entre la estructura de personalidad con la letalidad del intento suicida: con una asociación estadísticamente significativa de la estructura de personalidad Esquizotípica y Esquizoide; encontrándose que a mayor predominio de estas estructuras de personalidad, mayor será la letalidad del intento suicida; así mismo se encontró asociación de la estructura de personalidad límite con rasgos antisociales con la letalidad del intento suicida, con una relación inversamente proporcional por lo que, a mayor predominio de esta estructura de personalidad, menor será la letalidad del intento suicida, datos obtenidos que no son apoyados por otros estudios, que asocian la alta letalidad del intento suicida principalmente con la personalidad límite, antisocial, narcisista y esquizoide.³⁹

CONCLUSIONES.

Dado que son pocos los estudios que buscan establecer la asociación entre la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad de la conducta suicida, no se lograron realizar comparaciones específicas de los resultados con otras investigaciones. Sin embargo, la comparación con los trabajos anteriores sugiere la posibilidad de afirmar que es el tipo de personalidad del clúster A (Paranoide, esquizotípico, esquizoide) o B (Límite, antisocial, histriónico, narcisista) lo que influye de manera importante en la conducta suicida, no así del clúster C, del cuál ni en investigaciones previas ni en la nuestra existe asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida; y que un sujeto con tipo N de personalidad es más susceptible de llevar a cabo un intento suicida con mayor o menor intencionalidad y mayor o menor letalidad y por lo tanto tener mayor riesgo de muerte.

La evaluación de la personalidad es un elemento esencial en la historia clínica psiquiátrica, sin embargo, se omite con frecuencia en las evaluaciones clínicas, que rara vez la evalúan formalmente. Por lo tanto, la evaluación del funcionamiento de la personalidad y de los rasgos de personalidad patológicos puede ser relevante tanto si una persona tiene un Trastorno de personalidad (TP) como si no lo tiene. Este diagnóstico temprano puede ser de ayuda para la adopción adecuada de decisiones terapéuticas.

Aun cuando existe conciencia a nivel mundial y nacional de la relevancia del problema, los criterios para prevenir esta conducta son todavía insuficientes. Resulta, por lo tanto, imprescindible investigar este fenómeno desde distintas perspectivas, tal como se hizo en este estudio, de modo de poder desarrollar mecanismos más precisos para detectar, prevenir e intervenir en la conducta suicida; por lo que nuestro estudio es relevante en razón de los resultados obtenidos, ya que con los hallazgos se podrían implementar estrategias con enfoque preventivo, que modifiquen rasgos estructurales de la personalidad que intervienen con la letalidad e intencionalidad del intento suicida y de esta manera tener elementos que apoyen tanto la intervención clínica como los programas de prevención del suicidio en líneas de investigación futuras.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Abril 2019	May 19	Jun 19	Jul 19	Ag 19	Sept 19	Oct 19	Nov 19	Dic 19	Ene 2020	Feb 2020	Mar 2020
Recuperación de información	X	X										
Diseño de protocolo		X	X	X	X							
Aplicación de instrumento de evaluación						X	X	X	X			
Organización de datos							X	X	X			
Revisión de datos								X	X	X		
Análisis de resultados									X	X		
Resultados									X	X		
Conclusión										X	X	
Discusión										X	X	
Envío												X

REFERENCIAS

1. Nizama M. Suicidio. Rev peru Epidemiol. 2011;15:2. [5 pp.]
2. Borges G, Orozco R, et al. Ideación e intento de suicidio en México: Encodat 2016 salud publica mex 2019; 61.
3. Jans T, et al. Preventing suicide, a global imperative. suicide and self-injurious behavior. OMS. 2018
4. Gómez C. evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev med clín Condes. 2012;23(5) 607-615
5. Rangel Garzón et al. Artículo de revisión. Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. Rev fac med. 2015. Vol. 63. N. 4 707-16.
6. De Bedout Hoyos, Andrés. Current panorama of suicide: psychological and psychoanalytic analysis. International Journal of Psychological Research [en línea] 2008, 1.
7. L. Jimenez-Treviño. Et al. Actas Esp Psiquiatr. Endofenotipos y conductas suicidas. Artículo de revisión. 2011;39(1):61-9.
8. Gvion Y, et al. Front psychiatry. Serious suicide attempts: systematic review of psychological risk factors. 2018.
9. M. Angeles. Escritos de psicología. La evaluación de la personalidad: un análisis conceptual. No. 1. 1997.
10. Vicente E. Caballo. Et al. Psico. Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. v. 40, n. 3, pp. 319-327, jul./set. 2009.
11. Vicente E. Caballo. Behavioral Psychology / Psicología Conductual. Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo. Universidad de Granada (España). Vol. 21, Nº 1, 2013, pp. 213-218.
12. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Ed Panamericana. 2013.
13. R Gracia Marco et al. Conducta suicida en trastornos de personalidad. Rev Esp Penit 2006; 8: 108-111.

14. Espinosa Javier, Bertha Blum Grynberg, Martha Patricia Romero Mendoza. Artículo original. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment* vol.32 no.4 México jul./ago. 2009.
15. Schneider B, Wetterling T, Sargk D et al. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 February;256(1):17-27.
16. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 February;16(2):155-65.
17. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry* 2007 May;68(5):721-9.
18. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK. Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000 August;102(2):118-25.
19. Linehan MM, Rivzi SL, Welch SS, Page B. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. En: Hawton K, Van Heeringen K, editores. *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000. p. 147-78.
20. McHugh PR, Goodell H. Suicidal behavior. A distinction in patients with sedative poisoning seen in a general hospital. *Arch Gen Psychiatry* 1971 November;25(5):456-64.
21. Kim H, et al. *J Affect Disord*. Classification of attempted suicide by cluster analysis: a study of 888 suicide attempters presenting to the emergency department. 2018.
22. Kim H, et al. *Int J Geriatr psychiatry*. Sociodemographic and clinical characteristics of old-old suicide attempters compared with Young-old and middle-aged attempters. 2018

23. Mckean AJS, et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Rethinking lethality in youth suicide attempts: first suicide attempt outcomes in youth ages 10 to 24. 2018
24. Manzano L, et al. Br J Psychiatry factors deterring and prompting the decision to attempt suicide on the railway networks: findings from 353 online surveys and 34 semi-structured interviews. 2019
25. Roo Yw et al. Aging ment Health. Profiles by suicide methods: an analysis of older adults. 2019
26. Yeum Ts et al, J Nerv Ment Dis. Factors affecting suicide method lethality among suicide attempters in the Korea National Suicide Survey. 2018
27. Gjelsvik B, et al. Suicide life threat behav. Is there a relationship between suicidal intent and lethality in deliberate self-poisoning?. 2017.
28. Quintanilla Montoya, et al. Tipos de personalidad y conducta suicida. Investigación en salud. Vol. VI. No. 2 2004. Pp 108-113.
29. Rojas SM, et al. Suicide life Threat behav. Lethality of previous suicidal behavior among patients hospitalized for suicide risk predicts lethality of future suicide attempts. 2018.
30. Levi Belz Y, et al. Compr psychiatry. Beyond the mental pain: a case-control study on the contribution of schizord personality disorder symptoms to medically serious suicide attempts. 2019.
31. Freeman DH. Applied categorical data analysis. New York: Marcel Dekker Inc; 1987.
32. Caquetá Santiago Campbell, Clara del Socorro Quintero, et al, Comportamiento de los intentos de suicidios letales y no letales Hospital MaUta Inmaculada, Florencia. Acta Médica Colombiana Vol. 24 N° 4 - Julio-Agosto – 1999
33. Oscar Coronado-Molina. Artículo original. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. Rev Neuropsiquiatr 77 (4), 2014.

34. García Valencia, Jenny; Palacio Acosta, Carlos; Arias, Samuel; Ocampo, María; Calle, Jorge; Restrepo, Diana; Vargas, Gabriel; López, Carlos Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXVI, núm. 4, 2007, pp. 610-627 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
35. González Forteza et al, Vidas en riesgo. Conducta suicida en adolescentes mexicanos. Act Psiquiatr Psico Am lat. 2002. 48 (1-4). 74-84.
36. Lorena Cecilia López Steinmetz. FACTORES PSICOPATOLÓGICOS DE RIESGO EN INTENTOS DE SUICIDIO. Ciencias Psicológicas 2017; 11 (1): 89 - 100 doi: 10.22235/cp.v11i2.1350
37. Enrique Esbec, et al. Artículo original. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. Actas Esp Psiquiatr 2015;43(5):177-86
38. Echeburúa. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapia psicológica 2014, Vol. 32, Nº 3, 255-264.
39. Gómez C. evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. Rev med clin Condes. 2012;23(5) 607-615
40. Oscar Ovalle-Peña. Relación entre depresión y rasgos de personalidad en jóvenes y adultos con conducta intencional suicida de Ibagué, Colombia. Rev. Fac. Med. 2017 Vol. 65 No. 2: 211-7
41. Irigoyen-Otiñano M. Ausencia de asociación entre el nivel de letalidad y la reincidencia de los intentos de suicidio en una provincia española. Actas españolas de psiquiatría ISSN 1139-9287. Vol 47, No. 5. Sept-Oct 2019.
42. Arce Andrés, et al. Perfil clínico de pacientes psiquiátricos con riesgo de suicidio internados en un servicio de psiquiatría. Artículo original. An Fac Cienc Med (Asunción) Vol XXXIX-No 3. 2006.
43. Roque Quintanilla Montoya, ET AL. Personalidad y estrategias de afrontamiento en sujetos con tentativa suicida. Psicología y Salud, Vol. 16, Núm. 2: 139-147, julio-diciembre de 2006

44. Bedoya, E., & Montaña, L. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. Rev. CES Psicol., 9 (2), 179-201.

ANEXO 1.

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>	
Nombre del estudio:	<p>Asociación de la estructura de personalidad con la letalidad e intencionalidad del intento suicida en pacientes hospitalizados del Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS.</p>
Patrocinador externo (si aplica):	<p>Ciudad de México, Octubre 2019.</p>
Lugar y fecha:	<p>R-2020-3501-012</p>
Número de registro:	<p>Investigar como los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamiento de los pacientes se relacionan con la gravedad y la intención de morir cuando realizan intento suicida, para mejorar el manejo del paciente con mayor riesgo de terminar con su propia vida.</p>
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El entrevistador invitará a la población de pacientes hospitalizados que atentaron contra su vida a participar en el estudio explicando los objetivos, beneficios y riesgos de este. Se proporcionará un consentimiento informado a todo aquél que acepte participar, el cual deberá ser firmado por los participantes y de ser menor de edad, por el padre o tutor en turno, posteriormente el entrevistador realizará una entrevista para conocer los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamiento del individuo, la intención de morir y la gravedad del intento de suicidio.</p>
Procedimientos:	<p>Tiempo máximo de evaluación total: 90 minutos.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>La participación en este estudio es de riesgo mínimo y no se han reportado molestias por la realización de las pruebas de evaluación.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Este estudio nos permitirá conocer las características de los individuos con mayor riesgo de morir al realizar un intento suicida y así mejorar el tratamiento y los resultados del paciente.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Los hallazgos de este estudio se proporcionarán a los participantes dando a conocer los resultados de sus pruebas vía oral y por escrito.</p>
Participación o retiro:	<p>El participante tendrá la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que desee dejar de participar.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Se me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones en cualquier modalidad que derive de este estudio, que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial y que se</p>



me proporcionará la información actualizada que se obtenga durante el estudio. La información que constituye su expediente clínico es confidencial. Todos los datos proporcionados durante el estudio serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el reglamento de la citada Ley, la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico y los Lineamientos de Protección de Datos Personales

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dr. Fernando Martínez Gallardo, Tesista, Teléfono: 5574859070. Correo electrónico: Kaulitz_fm@imss.gob.mx Matrícula: 9650008.

Colaboradores:

Dr. Miguel Palomar Baena

Coordinador de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica Complementaria de Alta Especialidad, Hospital de

Psiquiatría Morelos

Correo electrónico. miguel.palomar@imss.gob.mx

Dra. Beatriz Zamora

Psiquiatra docente del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

UNAM.

Correo electrónico. beatriz.zamora98@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Folio:

Nombre _____ Edad ____ NSS. _____

Teléfono (fijo/celular) _____ Correo electrónico _____

Sexo:

Hombre (0)

Mujer (1)

Estado civil:

Soltero (0)

Casado (1)

Unión libre (2)

Divorciado/separado (3)

Viudo (a) (4)

Religión:

Protestante (0)

Católico (1)

Judío (2)

Testigo de Jehová (3)

Adventista del 7º día (4)

Pentecostal (5)

Mormón (6)

Ninguna religión (7)

Otro (8) ESPECIFICA _____

¿Qué tan importante es la religión en su vida?

Muy importante (1)

Algo importante (2)

Poco importante (3)

Nada importante (4)

No sabe (5)

¿Cuál es el su máximo nivel educativo?

Primaria incompleta (1 a 5 años) (0)

Primaria completa (6 años) (1)

Secundaria incompleta (1 a 2 años) (2)

Secundaria completa o equivalente (3 años) (3)

Bachillerato incompleto (1 a 2 años) (4)

Bachillerato completo o equivalente (aprox. 3 años) (5)

Estudios universitarios incompletos (1 a 3 años) (6)

Estudios universitarios completos (4 a 5 años) (7)

Estudios de posgrado (1 a 4 años) (8)

Por favor, indica la categoría que mejor describa su situación laboral actual.

- 1 Empleado(a) o auto-empleado de tiempo completo (por lo menos 35 horas por semana)
- 2 Empleado(a) o auto-empleado de medio tiempo, es decir, menos de 35 horas por semana.
- 3 Empleado(a) temporal o eventual.
- 4 Empleado(a), pero no trabaja actualmente por incapacidad temporal por enfermedad, maternidad u otro tipo de permiso.
- 5 Desempleado y busca trabajo.

- 6 Desempleado y no busca trabajo.
- 7 Estudiante.
- 8 Es pensionado o jubilado.
- 9 Se dedica al hogar.
- 10 Es discapacitado.
- 11 Comercio informal.
- 12 ¿Otra situación? (ESPECIFIQUE_____)

¿Cuál de los siguientes tipos de trabajo describe mejor su situación laboral actual?

- 01 Negocios o profesionista
- 03 Empleado de oficina (por ejemplo, secretaria o asistente de oficina)
- 04 Obrero
- 05 Albañil
- 06 Campesino o empleado temporal
- 07 Jardinero o podador de césped
- 08 Empleado(a) doméstico(a) (por ejemplo, limpieza, cuidado de niños o ancianos)
- 09 Otros servicios (por ejemplo: trabajo en hoteles, auxiliar de enfermería, trabaja en un restaurante o bar, taxista o conductor de transporte público)
- 10 Algún otro: (especifique _____)

Tiene hijos: SI () NO ()

Cuántos _____

¿Con quién vive actualmente?

- Familia (0)
- Padre/Tutor (1)
- Otros familiares (2)
- Pareja (3)
- Amistades (4)
- Sólo (5)
- Estudiantes (6)
- Otro..... (7) Especifica

¿Padece alguna enfermedad? SI () NO ()

¿Cuál? _____

ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)

Desde el último contacto

Versión de 1/14/09

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Exención de responsabilidad:

Esta escala es para el uso de individuos que han sido entrenados en su administración. Las preguntas incluidas en la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) son pruebas sugeridas. En última instancia, la determinación de la presencia de ideación o comportamiento suicida depende del juicio del individuo que administra la escala.

Las definiciones de las manifestaciones de comportamientos suicidas de esta escala se basan en aquellas usadas en ***The Columbia Suicide History Form***, documento elaborado por John Mann, MD, y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003).

Para reimpresiones de la escala C-SSRS, comunicarse con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para información y requisitos de entrenamiento escriba a la siguiente dirección de correo electrónica: posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

IDEACIÓN SUICIDA		Desde la última visita
<p>Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de "Comportamiento suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "sí", haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "sí", complete la sección "Intensidad de la ideación" más abajo.</p>		
<p>1. Deseos de morir El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto/a o quedarse dormido/a y no despertar?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. Pensamientos suicidas activos no específicos Pensamientos no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., "Me pesaba en suicidarme") sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el periodo de evaluación. <i>¿Ha pensado recientemente en matarse?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: "Me pesaba en tomar una zolpidemil para nunca le ideado un plan específico de cuándo, dónde e cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo". <i>¿Ha pensado en cómo podría hacerle?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico El/la participante tiene pensamientos suicidas activos o informa tener <u>cierta intención de llevarlos a cabo</u>, a diferencia de que dijera "Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo". <i>¿Ha tenido esos pensamientos y alguna intención de llevarlos a cabo?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. Ideación suicida activa con plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completos o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. <i>¿Ha empezado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo se va a matar? ¿Tiene la intención de llevar a cabo ese plan?</i></p> <p>Si la respuesta es "sí", describa:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN		
<p>Las siguientes características deben ser evaluadas con respecto al tipo más severo de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos severo y 5 siendo el más severo).</p>		
<p>Ideación más seria:</p> <p style="text-align: center;"> Tipo N° (2-5) Descripción de la ideación </p>	Más seria	
<p>Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estos pensamientos?</i> (1) Menos de una vez por semana (2) Una vez por semana (3) De 2 a 3 veces por semana (4) Diariamente o casi diariamente (5) Muchas veces al día</p>	-----	
<p>Duración <i>Cuando tiene esos pensamientos, ¿cuánto tiempo duran?</i> (1) Fugaces/pocos segundos o minutos (4) De 4 a 8 horas/la mayor parte del día (2) Menos de 1 hora/siglo de tiempo (5) Más de 8 horas/permanente o continuo (3) De 1 a 4 horas/mucho tiempo</p>	-----	
<p>Control <i>¿Podría/uede dejar de pensar en matarse o en querer morirle si lo desea?</i> (1) Puede controlar los pensamientos fácilmente (4) Puede controlar los pensamientos con mucha dificultad (2) Puede controlar los pensamientos con muy poca dificultad (5) No puede controlar los pensamientos (3) Puede controlar los pensamientos con alguna dificultad (6) No intenta controlar los pensamientos</p>	-----	
<p>Impedimentos <i>¿Hay cosas - alguien o algo (p. ej., la familia, la religión, el dolor al morir) - que hayan evitado que quisiera morir o que se dejara llevar por los pensamientos suicidas?</i> (1) Los impedimentos definitivamente lo/la detuvieron (4) Los impedimentos probablemente no lo/la detuvieron (2) Los impedimentos probablemente lo/la detuvieron (5) Los impedimentos definitivamente no lo/la detuvieron (3) No está seguro/a de que los impedimentos lo/la hayan detenido (6) No corresponde</p>	-----	
<p>Razones para la ideación <i>¿Qué razones ha tenido para pensar en querer morirle o matarse? ¿Puede que haya sido para terminar con el dolor o con la manera en que se sentía (es decir, no podía seguir viviendo con ese dolor o con la manera en que se sentía) o para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás? ¿O ambas posibilidades?</i> (1) Absolutamente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (4) Mayormente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (2) Mayormente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás (5) Absolutamente para terminar con el dolor (no podía seguir viviendo con el dolor o con la manera en que se sentía) (3) Igualmente para llamar la atención, vengarse u obtener una reacción de los demás y para terminar con el dolor (6) No corresponde</p>	-----	

COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)		Desde la última visita	
Intento real: Un acto potencialmente autodestructivo cometido por lo menos con un claro deseo de morir <i>como resultado del mismo</i> . El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>alguna</i> intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <i>No es necesario que haya alguna herida o daño</i> , sólo el potencial de herir o dañar. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se heria, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona manifieste la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse eficazmente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien exige la intención de morir, pero pese a lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Ha hecho algo peligroso por lo cual podría haberse muerto? ¿Qué hizo? ¿Usó _____ como una manera de terminar con su vida? ¿Quería morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Estaba tratando de terminar con su vida cuando usted _____? ¿O pensó que era posible que podría haber muerto por _____? ¿O le hizo sólo por otras razones o sin NINGUNA intención de suicidarse (como aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener atención o para que pasara una cosa)? (Comportamiento autodestructivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos interrumpidos _____
Intento interrumpido: Cuando la persona se interrumpe (por una circunstancia ajena a su voluntad) al preparar un acto potencialmente autodestructivo (si no fuera por eso, el hecho habría ocurrido). Subordinar: la persona tiene las pastillas en la mano pero no las ingiere. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Disparar: la persona tiene una pistola apuntándose hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falla, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorrarse y algo la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezó a hacer algo para terminar con su vida pero alguien o algo lo/la detuvo antes de que lo hiciera? Si la respuesta es "sí", describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos interrumpidos _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos abortados _____
Actos o comportamiento preparatorio: Actos o preparativos para llevar a cabo un tentativo intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Ha hecho algún preparativo para un intento suicida o para matarse (como juntar pastillas, comprar una pistola, regalar posesiones valiosas o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es "sí", describa:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos abortados _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7º total de intentos abortados _____
Suicidio:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Responda solamente por intentos reales		Fecha del intento más lejano:	
Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., herida aturdida, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, equimosis). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con algunos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte		Ingrese código _____	
Letalidad potencial: conteste solamente si hay causa de muerte real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron lesiones, tuvieron gran potencial letal): se puso una pistola dentro de la boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/a arrollara. 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible		Ingrese código _____	

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

1

I. Circunstancias objetivas

1. *Aislamiento*
 0. Alguien presente
 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
 2. Nadie cerca o en contacto
2. *Medición del tiempo*
 0. La intervención es muy probable
 1. La intervención es poco probable
 2. La intervención es altamente improbable
3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas*
 0. Ninguna
 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento*
 0. Aviso a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*
 0. Ninguno
 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. *Preparación activa del intento*
 0. Ninguna
 1. Mínima o moderada
 2. Importante
7. *Nota suicida*
 0. Ninguna
 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
 2. Presencia de nota
8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*
 0. No comunicación verbal
 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito siguiente del intento*
 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
 1. Componentes de 0 y 2
 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*
 0. Pensó que era improbable
 1. Posible pero no probable
 2. Probable o cierta
11. *Concepción de la letalidad del método*
 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. *Seriedad del intento*
 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
 1. Inseguro
 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

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

2

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

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

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

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

15. *Grado de premeditación*

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

III. *Circunstancias subjetivas*

16. *Reacción frente al intento*

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

17. *Preconcepciones de la muerte*

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

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

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

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

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

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Iniciales: _____

Fecha: ___/___/___ CP1

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted, en general (es decir, cómo se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años). Rodee con un círculo la palabra "SÍ" si la pregunta se adapta a usted, completamente o en general, o bien rodee con un círculo la palabra "NO" si no se adapta a usted. Si no entiende alguna pregunta o no está seguro de la respuesta, déjela en blanco.

1.	¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente?	NO	SI	CP4
2.	¿Evita entablar relación con otras personas a menos que esté seguro de que les va a caer bien?	NO	SI	CP5
3.	¿Le resulta difícil ser "abierto" incluso con las personas con las que mantiene una relación cercana?	NO	SI	CP6
4.	¿Le preocupa con frecuencia ser criticado o rechazado en situaciones sociales?	NO	SI	CP7
5.	¿Permanece generalmente callado cuando conoce a gente nueva?	NO	SI	CP8
6.	¿Cree usted que no es tan bueno, tan listo o tan atractivo como la mayoría de las personas?	NO	SI	CP9
7.	¿Le da miedo intentar cosas nuevas?	NO	SI	CP10
8.	¿Necesita usted frecuentemente dejarse aconsejar y tranquilizar su ansiedad por parte de otras personas antes de poder tomar decisiones cotidianas, como qué ropa ponerse o qué pedir en un restaurante?	NO	SI	CP11
9.	¿Depende usted de otras personas para controlar áreas importantes de su vida, como asuntos económicos, el cuidado de los hijos o decisiones sobre dónde y cómo vivir?	NO	SI	CP12
10.	¿Le resulta difícil mostrarse en desacuerdo con otras personas incluso cuando considera que están equivocadas?	NO	SI	CP13
11.	¿Le cuesta empezar o realizar tareas cuando no hay nadie que le ayude?	NO	SI	CP14
12.	¿Se ha ofrecido con frecuencia como voluntario para realizar tareas desagradables?	NO	SI	CP15
13.	¿Se siente usted generalmente incómodo cuando está solo?	NO	SI	CP16
14.	Cuando finaliza una relación íntima, ¿siente usted que tiene que encontrar inmediatamente a otra persona que le cuide?	NO	SI	CP17
15.	¿Le preocupa mucho que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo (a)?	NO	SI	CP18
16.	¿Es usted la clase de persona que se fija en los detalles, el orden y la organización o a la que le gusta hacer listas y agendas?	NO	SI	CP19

17.	¿Tiene problemas a la hora de finalizar tareas o trabajos debido a que emplea demasiado tiempo tratando de hacer las cosas de forma perfecta?	NO	SI	CP20
18.	¿Le parece a usted o a otras personas que está tan dedicado a su trabajo (o estudios) que no le queda tiempo para nadie más, o simplemente para divertirse?	NO	SI	CP21
19.	¿Tiene usted unos valores muy estrictos sobre lo que está bien y lo que está mal?	NO	SI	CP22
20.	¿Le cuesta a usted mucho tirar las cosas porque algún día podrían serle útiles?	NO	SI	CP23
21.	¿Le cuesta dejar que otras personas le ayuden a menos que hagan las cosas exactamente como usted quiere?	NO	SI	CP24
22.	¿Le cuesta a usted mucho gastar dinero en usted mismo o en otros, incluso teniendo suficiente?	NO	SI	CP25
23.	¿Está a menudo tan seguro de tener razón que no le importa lo que digan los demás?	NO	SI	CP26
24.	¿Le han comentado otras personas que es usted terco o rígido?	NO	SI	CP27
25.	Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, ¿dice que sí pero luego lo hace despacio o mal?	NO	SI	CP28
26.	Cuando no quiere hacer algo, ¿suele simplemente "olvidarse" de hacerlo?	NO	SI	CP29
27.	¿Siente con frecuencia que los demás no le comprenden o que no aprecian lo mucho que usted hace?	NO	SI	CP30
28.	¿Está usted a menudo de mal humor y tiende a discutir?	NO	SI	CP31
29.	¿Le ha parecido a usted que la mayoría de sus jefes, profesores, supervisores, médicos y personas supuestamente expertas en realidad no lo son?	NO	SI	CP32
30.	¿Piensa a menudo que no es justo que otras personas tengan más que usted?	NO	SI	CP33
31.	¿Se queja usted a menudo de haber tenido más mala suerte de lo normal?	NO	SI	CP34
32.	¿Rechusa a menudo con enfado hacer lo que quieren los demás, y luego se siente mal y se disculpa?	NO	SI	CP35
33.	¿Se siente habitualmente infeliz, o como si la vida no fuese agradable?	NO	SI	CP36
34.	¿Cree usted ser una persona básicamente incapaz y con frecuencia no se siente bien consigo mismo?	NO	SI	CP37
35.	¿Se descalifica a sí mismo con frecuencia?	NO	SI	CP38

36.	¿Piensa mucho en cosas malas que han sucedido en el pasado o se preocupa por las que podrían suceder en el futuro?	NO	SI	CP39
37.	¿Juzga a menudo a los demás con dureza y les encuentra defectos con facilidad?	NO	SI	CP40
38.	¿Cree usted que la mayoría de las personas no son buenas?	NO	SI	CP41
39.	¿Espera usted casi siempre que las cosas vayan mal?	NO	SI	CP42
40.	¿Se siente usted a menudo culpable de cosas que ha hecho o dejado de hacer?	NO	SI	CP43
41.	¿Tiene a menudo que estar alerta para evitar que los demás abusen de usted o le hieran?	NO	SI	CP44
42.	¿Pasa usted mucho tiempo preguntándose si puede fiarse de sus amigos o compañeros de trabajo?	NO	SI	CP45
43.	¿Cree usted que es mejor no dejar que otras personas sepan mucho sobre usted porque podrían utilizar la información en su contra?	NO	SI	CP46
44.	¿Detecta usted a menudo amenazas o insultos ocultos en lo que la gente dice o hace?	NO	SI	CP47
45.	¿Es usted la clase de persona que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar a las personas que le han insultado o menospreciado?	NO	SI	CP48
46.	¿Hay muchas personas a las que no puede perdonar por algo que le hicieron o le dijeron hace mucho tiempo?	NO	SI	CP49
47.	¿Con frecuencia se enfada o se pone furioso cuando alguien le critica o le insulta de alguna manera?	NO	SI	CP50
48.	¿Ha sospechado a menudo que su pareja le era infiel?	NO	SI	CP51
49.	Cuando está en público y ve personas hablando, ¿a menudo le parece que están hablando a usted?	NO	SI	CP52
50.	¿Tiene con frecuencia la impresión de que cosas que no poseen ningún significado especial para la mayoría de la gente, de hecho contienen en realidad un mensaje especial para usted?	NO	SI	CP53
51.	Cuando está entre la gente, ¿tiene a menudo la sensación de que lo están observando o mirando fijamente?	NO	SI	CP54
52.	¿Ha sentido alguna vez que podría hacer que sucedieran cosas simplemente formulando un deseo o pensando en ellas?	NO	SI	CP55
53.	¿Ha tenido experiencias personales de tipo sobrenatural?	NO	SI	CP56
54.	¿Cree tener un "sexto sentido" que le permite conocer y predecir cosas que otros no pueden?	NO	SI	CP57
55.	¿Le ha parecido a menudo como si los objetos o las sombras fueran realmente personas o animales, o que los ruidos fueran en realidad voces de personas?	NO	SI	CP58

56.	¿Ha tenido la sensación de que alguna persona o fuerza se hallaba alrededor de usted, aunque no podía ver a nadie?	NO	SI	CP59
57.	¿Ve con frecuencia auras o campos de energía alrededor de las personas?	NO	SI	CP60
58.	¿Hay muy pocas personas a las que se sienta próximo a parte de su familia inmediata?	NO	SI	CP61
59.	¿Se siente con frecuencia nervioso cuando está con otras personas?	NO	SI	CP62
60.	¿Es poco importante para Usted si tiene o no relaciones personales?	NO	SI	CP63
61.	¿Prefiere usted casi siempre hacer las cosas solo y no con otras personas?	NO	SI	CP64
62.	¿Podría estar satisfecho sin tener jamás ninguna relación sexual con otra persona?	NO	SI	CP65
63.	¿Hay realmente muy pocas cosas que la proporcionan placer?	NO	SI	CP66
64.	¿Le es totalmente indiferente lo que otras personas piensen de usted?	NO	SI	CP67
65.	¿Cree que no hay nada que le ponga ni muy contento ni muy triste?	NO	SI	CP68
66.	¿Le gusta ser el centro de atención?	NO	SI	CP69
67.	¿Coquetea mucho?	NO	SI	CP70
68.	¿Se da cuenta a menudo que se está comportando de forma seductora con otras personas?	NO	SI	CP71
69.	¿Trata de llamar la atención a través de su forma de vestir o su físico?	NO	SI	CP72
70.	¿Se muestra a menudo como una persona dramática y pintoresca?	NO	SI	CP73
71.	¿Cambia a menudo de opinión según las personas con las que esté o según lo que acabe de leer o ver en la televisión?	NO	SI	CP74
72.	¿Tiene usted muchos amigos a los que se siente muy próximo?	NO	SI	CP75
73.	¿Considera a menudo que los demás no saben apreciar sus talentos o cualidades?	NO	SI	CP76
74.	¿Le han comentado otras personas que tiene una opinión demasiado elevada de sí mismo?	NO	SI	CP77
75.	¿Piensa mucho en que algún día alcanzará el poder, la fama o el reconocimiento?	NO	SI	CP78
76.	¿Pasa usted mucho tiempo pensando que algún día disfrutará del romance perfecto?	NO	SI	CP79
77.	Cuando tiene un problema ¿Insiste casi siempre en ser el máximo responsable?	NO	SI	CP80
78.	¿Considera usted que es importante dedicar tiempo a personas especiales o influyentes?	NO	SI	CP81
79.	¿Es importante para usted que la gente le preste atención o le admire de alguna manera?	NO	SI	CP82
80.	¿Cree usted que es importante respetar ciertas reglas o convenciones sociales si estas suponen un cierto obstáculo en su camino?	NO	SI	CP83

81.	¿Considera usted que es la clase de persona que merece un trato especial?	NO	SI	CP84
82.	¿A menudo le resulta necesario aprovecharse de otros para conseguir lo que quiere?	NO	SI	CP85
83.	¿Tiende con frecuencia que anteponer sus necesidades a las de otras personas?	NO	SI	CP86
84.	¿Espera a menudo que otras personas hagan lo que les pide sin vacilar, por ser usted quién es?	NO	SI	CP87
85.	¿A usted realmente no le interesan los problemas y sentimientos de los demás?	NO	SI	CP88
86.	¿Se han quejado algunas personas de que usted ni les escucha o de que no se preocupa por sus sentimientos?	NO	SI	CP89
87.	¿Tiene a menudo envidia de otras personas?	NO	SI	CP90
88.	¿Cree usted que los demás a menudo le envidian?	NO	SI	CP91
89.	¿Le parece que hay muy pocas personas que merezcan que usted les dedique su tiempo y atención?	NO	SI	CP92
90.	¿Se ha puesto furioso cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?	NO	SI	CP93
91.	Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere ¿tienen muchos altibajos extremos?	NO	SI	CP94
92.	¿Cambia de repente el sentido de quién es usted o hacia dónde va?	NO	SI	CP95
93.	¿Cambia a menudo en forma dramática su sentido de quién es?	NO	SI	CP96
94.	¿Es usted diferente con diferentes personas o en diferentes circunstancias, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?	NO	SI	CP97
95.	¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?	NO	SI	CP98
96.	¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente?	NO	SI	CP99
97.	¿Ha tratado de hacerse daño, matarse o ha amenazado con hacerlo?	NO	SI	CP100
98.	¿Alguna vez se ha cortado, quemado, o herido a sí mismo a propósito?	NO	SI	CP101
99.	¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?	NO	SI	CP102
100.	¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?	NO	SI	CP103
101.	¿Tiene usted con frecuencia arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?	NO	SI	CP104
102.	Cuando se enfada, ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?	NO	SI	CP105
103.	¿Se pone furioso, incluso por cosas sin importancia?	NO	SI	CP106
104.	Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?	NO	SI	CP107
105.	Antes de los 15 años, ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?	NO	SI	CP108
106.	Antes de los 15 años, ¿provocaba usted peleas?	NO	SI	CP109
107.	Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo: un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?	NO	SI	CP110

108	Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?	NO	SI	CP111
109	Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió animales a propósito?	NO	SI	CP112
110	Antes de los 15 años, ¿robó, atracó o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?	NO	SI	CP113
111	Antes de los 15 años ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a desvestirse delante de usted o a tocarle sexualmente?	NO	SI	CP114
112	Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?	NO	SI	CP115
113	Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?	NO	SI	CP116
114	Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, edificios o coches de otras personas?	NO	SI	CP117
115	Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?	NO	SI	CP118
116	Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?	NO	SI	CP119
117	Antes de los 15 años ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?	NO	SI	CP120
118	Antes de los 13 años ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde al hora permitida?	NO	SI	CP121
119	Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?	NO	SI	CP122