



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA “UNIDAD MORELOS”
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA**

**“Ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con
episodio depresivo hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Morelos”**

TESIS

PARA OBTENER POR EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

**Louis David Ross Ramos
Residente de Psiquiatría**

**Dr. Miguel Palomar Baena
Tutor de Tesis**

**Dra. Florina Gatica Lara
Tutora de Tesis**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2022



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.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Nombre: Dr. Miguel Palomar Baena

Adscripción: Coordinación de Educación e Investigación en Salud, Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

Lugar de trabajo: DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: 55 1731 6139

Correo electrónico: diamig.pal@gmail.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dra. Florina Gatica Lara

Adscripción: Universidad Nacional Autónoma de México

Lugar de trabajo: Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Teléfono: 55 3050 3489

Correo electrónico: florina@unam.mx

INVESTIGADOR ASOCIADO

Nombre: Dr. Louis David Ross Ramos

Adscripción: Residente de Psiquiatría del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

Lugar de trabajo: DM Nacional, San Pedro el Chico, Gustavo A. Madero, 07480 Ciudad de México, CDMX.

Teléfono: +52 33 2832 3374

Correo electrónico: linkross32@gmail.com

Agradecimientos

Para mi hermano, Carlos Ignacio Ríos Basulto.

Algún día nos volveremos a encontrar.

Índice

“Ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con episodio depresivo hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Morelos”	1
Agradecimientos	3
Resumen	1
Introducción	2
Marco teórico	3
Antecedentes	7
Justificación	11
Planteamiento del problema	12
Pregunta de investigación	13
Objetivos	14
Hipótesis	15
Definición de Variables	16
Método	20
Resultados	25
Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes	25
Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones de pensamientos automáticos e ideación suicida	27
Discusión	27
Conclusión	30
Referencias	31
Anexos	36
Anexo 1. Carta de confidencialidad de información y no conflicto de interés	36
Anexo 2. Carta de consentimiento informado	38

Anexo 3. Escala de Ideación Suicida de Beck	41
Anexo 4. Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30)	43

“Ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con episodio depresivo atendidos en el Hospital de Psiquiatría Morelos”

Resumen

Antecedentes: la ideación suicida carece de factores predictores distintos a los intentos de suicidio, los pensamientos automáticos negativos podrían estar correlacionados con esta y cumplir ese rol en posteriores estudios

Objetivo: conocer la correlación entre las dimensiones de pensamientos automáticos negativos e ideación suicida en pacientes hospitalizados por trastorno de episodio depresivo en el Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS, entre mayo y julio de 2022.

Método: se realizó un estudio observacional, transversal y analítico de 60 personas con un episodio depresivo hospitalizadas, midiendo ideación suicida con la Escala de Ideación Suicida de Beck y pensamientos automáticos negativos a través del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30 por sus siglas en inglés). El análisis estadístico se efectuó mediante la correlación de Spearman.

Resultados: correlaciones estadísticamente significativas entre la dimensión de disgusto consigo mismo y su circunstancia, y todas las dimensiones de ideación suicida; así como entre la sensación de ineficacia y las dimensiones de ideación suicida excepto los pensamientos y deseos de suicidarse.

Conclusiones: los problemas en los pensamientos automáticos negativos se correlacionan de forma estadísticamente significativa con la ideación suicida en personas hospitalizadas por episodio depresivo.

Palabras clave: pensamientos automáticos negativos, ideación suicida, episodio depresivo.

Introducción

El suicidio es la cuarta causa de mortalidad en mundial en el grupo etario de 15-19 años, con la mayor tasa de incidencia en México reportada en el grupo de 18-29 años. Se conoce una prevalencia de ideación suicida del 5% y una tasa de defunción por suicidio del 0.7%. Se define como ideación suicida a los pensamientos, ideas, y rumiaciones sobre la posibilidad de terminar la propia vida, y se concibe, según los modelos de transición, a través de la presencia de estresores en individuos con vulnerabilidad individual y social, cursando inicialmente con formas pasivas que comprenden el prospecto de morir, para posteriormente tener ideas con un rol activo en el cual el individuo sea partícipe de terminar su vida, y finalmente el intento de suicidio. Dentro del estudio de la ideación suicida se conocen múltiples factores de riesgo, pero la mayoría son comunes a la ideación suicida y los intentos de suicidio, como la presencia de un trastorno psiquiátrico, ser mujer, la presencia de autolesiones sin fines suicidas, y presencia de desesperanza.

Una posibilidad de avanzar el estado del arte en cuanto a la ideación suicida, es el estudio de los pensamientos automáticos negativos, atribuciones cognitivas que se presentan en individuos con depresión, afectando la percepción del vivir y hasta donde permiten dilucidar los antecedentes al presente trabajo, se correlacionan a la presencia de ideación suicida. Por la posibilidad de fungir como un factor predictor de ideación suicida, es importante estudiar la correlación entre ambos.

Este estudio incidió en la correlación entre la ideación suicida y los pensamientos automáticos negativos en una población de pacientes deprimidos hospitalizados en el Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS entre mayo y julio de 2022, encontrando una correlación estadísticamente significativa entre la sensación de ineficacia, el disgusto consigo mismo y su circunstancia, y las dimensiones de ideación suicida. La sensación de culpa no se correlacionó con la ideación suicida.

Marco teórico

El trastorno de depresión mayor, o episodio depresivo, es un trastorno mental que se caracteriza por al menos dos semanas de estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o placer en actividades previamente disfrutables. Afecta importantemente las relaciones interpersonales, la vida profesional, los hábitos de sueño, alimentación, y la salud en general^[1]. Una persona con depresión puede reportar múltiples quejas por molestias físicas como fatiga, dolor de cabeza, o problemas digestivos, siendo una facción común de la depresión en países en vías de desarrollo según la Organización Mundial de la Salud^[2].

Además de estos síntomas, es posible cursar con ideación suicida, dentro de cuyo estudio se ofrecen múltiples definiciones como la establecida en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11)^[3] la cual denota a la ideación suicida como “pensamientos, ideas, rumiaciones sobre la posibilidad de terminar la propia vida, desde pensar que ‘estaría mejor muerto’, hasta la formulación de un plan elaborado”. Por su parte, el Manual de Diagnóstico y Estadística 5 (DSM 5)^[1] la refiere como ‘pensamientos sobre autolesionarse, con consideración deliberada de posibles técnicas que ocasionen la muerte’. Finalmente, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)^[4] describen este fenómeno como ‘pensar sobre, considerar o planear el suicidio’.

Delimitar el concepto de ideación suicida implica también describir la literatura sobre cómo esta se concibe en el individuo, y en algunos casos, experimenta la transición a un intento de suicidio. Si bien existe una amplia gama de teorías detrás de este fenómeno, no es sino hasta la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner que se propone diferenciar entre ideación suicida e intento suicida. Esta teoría postula que un sentido de pertenencia frustrado, y percibirse como una carga para los demás llevan a la ideación suicida, mientras que la capacidad adquirida, definida como la habilidad para sobrellevar el deseo inherente de autopreservación, es la que produce la transición a un intento de suicidio. La capacidad puede ser adquirida a través de previas experiencias dolorosas que

habitúen a la persona al temor y dolor, como pueden ser intentos de suicidio previos, maltrato, negligencia, autolesiones, entre otros^[5].

El Modelo Integrado Motivacional-Volitivo hace uso de una estructura similar, describiendo una fase motivacional en la cual las circunstancias de vida, en conjunto con factores mediadores (pobres estrategias de afrontamiento, pobre resolución de conflictos) llevan a un sentimiento de atrapamiento. El atrapamiento, en conjunto con otros mediadores (pertenencia, percepción de ser una carga, pensamientos pesimistas del futuro) pueden ocasionar que el suicidio sea visto como una solución a las circunstancias de vida, y así producir ideación suicida. Después, en la fase volitiva, se lleva a cabo la transición a un intento en la presencia de capacidad, impulsividad, y acceso a medios letales^[6].

La Teoría de Tres Pasos es una propuesta novedosa en el tema de ideación a acción. Sugiere como *primer paso* la presencia de dolor (físico, psicológico, u otro), el cual esencialmente castiga a la persona por seguir con vida. Este en conjunto con desesperanza, la cual evita vivir por el prospecto de un futuro mejor, llevan a experimentar ideación suicida. Una vez presente, el *segundo paso* consiste en que este dolor sobrepase el sentido de conectividad (un sentido de significado, propósito, y unión a seres queridos) y la ideación se intensifique, pasando de ser pasiva a activa, p. ej. “me quitaría la vida si pudiera”. Finalmente, esta ideación suicida activa pasa a un intento de suicidio cuando se adquiere la capacidad para efectuar un intento. Existen tres tipos de factores contribuyentes a la adquisición de capacidad: de disposición (p. ej. Alta tolerancia al dolor, bajo temor a la muerte), adquiridos como los descritos previamente en la Teoría Interpersonal y prácticos (conocimiento de, y acceso a medios letales)^[7].

Debido a que estos modelos son relativamente nuevos en el estado del arte, se carece de suficiente evidencia empírica sobre la medición de sus respectivas variables. Para fines de este estudio, se partirá de la Teoría de Vulnerabilidad Fluida, la cual se sustenta en el marco de referencia de Beck y sus teorías sobre psicopatología. Sostiene que existe un sistema de creencias suicidas, el cual refleja dos variables de vulnerabilidad para

presentar un intento suicida: rigidez cognitiva, y déficit en la regulación emocional. Ambos mecanismos deben ser lo suficientemente afectados para que exista una transición a un intento de suicidio^[8]. El aspecto que más claramente distingue a esta teoría de las demás es su enfoque en el riesgo de suicidio a través del tiempo, aludiendo a la aparición de comportamiento suicida, y la resolución de una crisis aguda. Para esto presume algunas asunciones sobre la dinámica temporal: el riesgo de suicidio fluctúa con respecto a factores individuales y ambientales, además de que tiene propiedades estables a través del tiempo, emergiendo el riesgo como una interacción entre los factores fluidos y los fijos^[9].

Existe una multitud de retos dentro del estudio de la ideación suicida, entre ellos una marcada dificultad para establecer una terminología común, y el dilema entre si la ideación suicida debería ser tratada como un estado o un rasgo^[10]. Para la mayoría, se trata de una experiencia única en un periodo delimitado de la vida, con aquellas personas que presentan ideación suicida teniendo un solo intento de suicidio en promedio. Sin embargo, para otras personas, la ideación suicida puede resultar persistente, creando el argumento a favor de su estudio como un rasgo^[11]. Otra dificultad es la distinción entre ideación suicida e intento de suicidio, siendo que sus respectivos factores de riesgo son similares en cualidad y magnitud, como desesperanza, impulsividad, y la presencia de trastornos de salud mental^[12].

Dado que la ideación suicida suele ser atribuida a sintomatología depresiva, se ha dilucidado el impacto de los distintos síntomas de depresión sobre la presencia de ella. Dentro de la perspectiva cognitivo-conductual de la depresión, uno de los síntomas más destacados son los pensamientos automáticos negativos, los cuales son concebidos definidos como “pensamientos de los cuales no se percata el individuo, que fuertemente influyen los sentimientos y comportamientos”^[13].

Esta teoría sirve como un marco de referencia para la aparición de psicopatología, en el cual se considera que los pensamientos automáticos son producto de sesgos en el procesamiento de información, por lo que representan errores en la respuesta a

situaciones estresantes. Los individuos con depresión manifestarán entonces, una tendencia general hacia los pensamientos negativos sobre sí mismos, el mundo, y el prospecto del futuro (p. ej. “el futuro es desalentador”). Este conjunto de esquemas es denominado la ‘Triada Cognitiva de Beck’^[14].

Se considera que aquellos eventos vitales desagradables impactarán sobre una predisposición genética, y producirán emociones como desesperanza, tristeza, minusvalía, para posteriormente cronificar en la forma de patrones de pensamiento: pensamientos automáticos negativos. Sin embargo, pese a su contribución a los síntomas de depresión, se ha estudiado poco sobre su impacto en la presencia de ideación suicida ^{[15],[16]}.

Antecedentes

Los siguientes estudios han abordado la relación entre la sintomatología depresiva y la presencia de ideación suicida, así como entre los pensamientos automáticos negativos y la presencia de depresión, además de dos instancias que deben llamar particular atención, debido a que exploran específicamente la relación entre pensamientos automáticos negativos e ideación suicida.

Bhuchar (2015) estudió a una población de estudiantes de posgrado hindú, con el objetivo de estudiar la relación entre ideación suicida, estrés percibido, y pensamientos automáticos negativos entre ellos. La muestra comprendió a 100 participantes de entre 20-24 años (edad promedio 22.4+-1.4 años). Utilizó una metodología transversal analítica, aplicando los cuestionarios ATQ-30, Escala de Estrés Percibido, y la Escala de Ideación Suicida de Singh. El análisis estadístico se llevó a cabo por una matriz de correlación, encontrando una correlación significativa entre la presencia de pensamientos automáticos negativos e ideación suicida ($r = 0.52$, $p 0.01$), así como entre ideación suicida y estrés percibido ($r = 0.21$, $p 0.05$)^[17].

Buschmann et. al (2017) reclutó a estudiantes de licenciatura en psicología (88.7% de la muestra de 542 personas teniendo entre 18-29 años, sin reportar edad promedio) durante periodos de exámenes finales en la Universidad del Norte de Arizona. El propósito del estudio fue estudiar la relación mediática de los pensamientos automáticos negativos sobre las creencias irracionales y la presencia de depresión y/o ansiedad. Se utilizó una metodología transversal analítica, con un modelo de ecuación estructural para el análisis estadístico. Los pensamientos automáticos negativos se midieron por el Cuestionario Combinado de Pensamientos Automáticos (ATQC-24), las creencias irracionales por la Versión Abreviada de la Escala de Actitudes y Creencias-2 (ABS2-AV), mientras que los síntomas de ansiedad y depresión se midieron por DASS-21, al Escala de Depresión-Ansiedad-Estrés. Se reportó en el análisis de mediación un coeficiente de determinación de $R^2 = 0.356$, $p < .001$ con respecto al puntaje de pensamientos automáticos negativos como mediador. Los participantes con creencias

irracionales tuvieron más pensamientos automáticos negativos ($a = 0.219$, $p < .001$), y los participantes con pensamientos automáticos negativos tuvieron mayor frecuencia de depresión ($b = 0.491$, $p < .001$)^[18].

Con el fin de analizar los factores de riesgo de ideación suicida, Dos Santos, et. al (2017) estudió a una población de 637 estudiantes (edad mayor a 18 años, media y desviación estándar no especificada) de la Universidad Federal de Mato Grosso, Brasil. Hizo uso de un instrumento de recolección sociodemográfica, además de la pregunta “¿En los últimos 30 días has pensado en quitarte la vida?” para tamizar ideación suicida; incorporó los Criterios de Clasificación Económica de Brasil de la Asociación de Compañías Brasileñas de Investigación de Mercado para determinar el nivel económico, así como de la escala ASSIST para identificar consumo de etanol, además del Inventario de Depresión Mayor. El estudio efectuó una metodología transversal analítica, con análisis estadístico bivariado por X^2 , y análisis multivariado por modelo de regresión de Poisson. Se encontró una asociación entre el nivel socioeconómico bajo y la presencia de ideación suicida (RPb = 1.69 CI 95, 1.01;2.83 $p < 0.001$), así como una asociación entre la presencia de síntomas depresivos e ideación suicida (RPb = 13.3, CI 95: 5.75; 29.9, $p < 0.001$). Se debe considerar como debilidad el no utilizar un instrumento formal para valorar la presencia de ideación suicida^[19].

En el trabajo “Assessment of Automatic Thoughts in Patients with Depressive Illness at a Tertiary Hospital in Nepal” durante el año 2017, Rana et. al realizaron un ensayo clínico aleatorizado sobre una población de pacientes ambulatorios del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de Enseñanza de la Universidad de Tribhuvan, Nepal. Con el objetivo de estudiar la presencia y cambios en pensamientos automáticos negativos en pacientes asignados a uno de tres grupos: terapia cognitivo conductual, farmacoterapia, y terapia combinada. Se reclutaron a 135 pacientes, 74 mujeres, 61 hombres, edad promedio de 26.4 años ± 4.5 . Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el ATQ-R para evaluar pensamientos automáticos negativos antes de terapia y después de 16 semanas de la terapia asignada. Sometieron los resultados a prueba t de Student, con resultados significativos a $p < 0.01$, encontrando un valor de 11.985 para

los participantes en terapia cognitivo conductual, 9.635 para los que llevaron farmacoterapia, y 15.017 para los del grupo de terapia combinada [20].

Mohammadkhani et. al (2018) estudiaron la relación entre pensamientos automáticos negativos y depresión en una población representativa de Tehran, Irán. Reclutaron a 80 participantes con depresión mayor por PDSQ (55 mujeres, 35 hombres, edad 33.2+-9.77 años), y 80 controles sin depresión mayor ni historia personal de depresión (41 mujeres, 39 hombres, edad 32.5+-8.34 años). Utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y la escala ATQ-N para pensamientos automáticos negativos, así como una metodología transversal, analítica, comparativa. Los resultados se procesaron por prueba t de Student, correlación de Pearson y ANOVA, destacando entre los hallazgos una correlación positiva entre los puntajes del BDI y ATQ-N, $r(80) = 0.60$, $p < .001$ para el grupo con depresión mayor y $r(80) = 0.21$ p no significativa para el grupo sin depresión. Entre las debilidades del estudio destaca que no se hizo uso de un punto de corte para ATQ-N ni para el Inventario de Depresión de Beck [21].

Chahar et al (2020) a fin de utilizar el método de alineamiento para examinar las hipótesis centrales de la teoría cognitivo conductual sobre los síntomas depresivos en múltiples continentes, estudiaron a 752 participantes (edad media 31.52+-9.07 años, 224 mujeres, 528 hombres). El estudio tuvo una metodología transversal analítica, y consistió en aplicar la escala PHQ-8 para diagnóstico de depresión, la escala DAS para actitudes disfuncionales, el cuestionario ATQ-N de pensamientos automáticos negativos, así como posterior corrección de ítems no significativos y comparación de varianzas entre los distintos grupos a través del método de alineamiento de análisis Bayesiano, para después presentarse en un matriz de correlación y efectuar correlación de Pearson. Entre los resultados destaca el hallazgo de una asociación positiva entre la presencia de depresión y los pensamientos automáticos negativos, $r = .79$, $.75$, $.77$, y $.68$ para Norteamérica, Europa, Sudamérica, y Asia respectivamente a $p < .05$ [22].

Secundino-Guadarrama et. al (2021) realizaron un estudio transversal analítico en 409 estudiantes de preparatoria, de 15 a 19 años (16.46 +- 0.96 años de edad), 58.9% con

el objetivo de determinar el poder predictivo de los síntomas depresivos y pensamientos automáticos negativos sobre la presencia de ideación suicida. Se aplicaron ATQ-30 para pensamientos automáticos negativos, CESD-R para síntomas depresivos, y la escala de Beck para Ideación Suicida. Los resultados fueron sujetos a prueba de X^2 , t de Student para identificar la asociación entre las variables. Entre los resultados destacan la asociación entre sexo femenino e ideación suicida, tener padres divorciados, y ser católico ($X^2 = 13.570$, $p < .001$, $X^2 = 6.346$ $p = .012$, $X^2 = 8.032$ $p = .018$ respectivamente) entre los aspectos demográficos. Con respecto al consumo de sustancias, el uso de nicotina y otras sustancias se relacionó con ideación suicida, no así el consumo de etanol. ($X^2 = 10.265$ $p < .001$ y $X^2 = 12.811$ $p < .001$). Se presentaron puntajes superiores en pensamientos automáticos negativos entre los estudiantes con ideación suicida con respecto a los que no presentaban (47.9 vs. 24.7, $t = 9.142$ $p < .001$). El análisis de regresión logística mostró que tener pensamientos automáticos negativos, síntomas de depresión, o intentos de suicidio previos, se relacionan con tener ideación suicida. (OR = 6.03 CI 95%; 2.4-15.1, OR = 4.37 CI 95% 1.68-11.36, y OR = 22.36, CI 95% 1.58-358.29 respectivamente) [23].

Justificación

El suicidio es la cuarta causa de mortalidad en mundial en el grupo etario de 15-19 años, con la mayor tasa de incidencia en México reportada en el grupo de 18-29 años, con un número de casos de 10.4 hombres y 2.2 mujeres por 100,000 habitantes por año, según lo reportado por la INEGI en 2020^[24]. Según la ENSANUT de 2018, se presentó una prevalencia de ideación suicida del 5% y una tasa de defunción por suicidio del 0.7% ^[25]. Se desconoce la prevalencia de ideación suicida e intentos de suicidio en la población mexicana con un episodio depresivo, sin embargo, se conoce que la presencia de depresión aumenta 0.752 DE la presencia de ideación suicida ^[26].

El presente estudio permitirá conocer en primer lugar la frecuencia e intensidad de ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes atendidos en el área de hospitalización por motivo episodio depresivo, del Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS, y en segundo permitirá conocer la relación entre estas variables, dejando un sustento para realización de posteriores estudios de causalidad.

La vulnerabilidad radica en la posibilidad de dejar un precedente a favor del manejo integral de la ideación suicida, logrando incidir de manera consistente con la teoría cognitivo-conductual de la psicopatología de Beck, sobre aquellos pensamientos y marcos de referencia disfuncionales y evitar así las repercusiones de este problema de salud pública ^[27].

Es factible su realización al contar con una cantidad adecuada de pacientes que ingresan al área de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos para participar en este estudio. Se cuenta además, con adecuados recursos humanos para el reclutamiento, aplicación de instrumentos, registro, y posterior análisis estadístico. Finalmente, este estudio exige un mínimo de recursos financieros los cuales pueden ser provistos por el equipo de investigación.

Planteamiento del problema

Dentro del estudio de la ideación suicida, se ha logrado conocer la forma en la cual ciertos factores de riesgo impactan en su presencia, e inclusive, algunos que pueden causar el avance a un intento de suicidio. Hasta la actualidad, el estado del arte logra dilucidar ciertos factores de riesgo comunes a aquellos que presentarán ideación suicida e intentos de suicidio por igual, como son la presencia de un trastorno psiquiátrico, con hasta 90% de las personas que incurrir en un intento de suicidio padeciendo un trastorno psiquiátrico^[28]. Particularmente en el caso de depresión, donde su presencia y severidad se correlaciona con ambas la presencia de ideación, y con intentos de suicidio por igual, no logrando predecir los mismos^[29].

A su vez, incurrir en autolesiones sin fines suicidas está correlacionado con intentos de suicidio, con hallazgos de mediana de Phi de 0.36 en una muestra de adolescentes y adultos, siendo superior a la asociación de depresión e ideación suicida (mediana de Phi = 0.24), pero no así a la de intentos de suicidio previo (mediana de Phi = 0.47)^[30]. La existencia de desesperanza, un estilo atribucional negativo sobre el futuro logra predecir la presencia de ideación suicida, sin embargo, no permite diferenciar entre esta y el progreso a un intento de suicidio^[31].

Anestis, et. al. (2014) estudiaron en un meta-análisis el impacto de la impulsividad en la presencia de ideación e intentos de suicidio, encontrando esta como un pobre predictor de intentos de suicidio, pese a encontrarse presente en personas con ideación suicida e intentos de suicidio en forma similar^[32]. La expresión de género es otro factor de riesgo, la cual es sujeta a la 'paradoja de género', acuñada por Lenz et. al. Para referirse al hecho de que el género femenino cursa con mayor frecuencia de ideación suicida, planes de suicidio, e intentos, sin embargo, es el género masculino el que presenta una mayor tasa de suicidio de 1.9:1 con respecto al género femenino^[33].

Entre los factores conocidos como parte de la depresión, más no estudiados en el contexto de desenlaces de ideación suicida, destacan los pensamientos automáticos

negativos, los cuales presentan una correlación positiva con depresión ($R = 0.77, p < .05$), soliendo asumirse desde la perspectiva cognitivo-conductual como una parte común de este trastorno. Pese a esto, su impacto potencial en el desenlace del paciente que cursa con ideación suicida es ampliamente desconocido, asumiéndose la presencia concurrente de ambos sin precisar la relación que guardan entre sí. Debido a que podría fungir como un factor predictor de ideación, planeación suicida, o de intentos de suicidio, es importante en primer lugar el estudio de la asociación entre ideación suicida y pensamientos automáticos negativos ^[31].

Pregunta de investigación

“¿Cuál es la correlación entre la ideación suicida y los pensamientos automáticos negativos en pacientes con episodio depresivo, atendidos en el Hospital de Psiquiatría Morelos?”

Objetivos

Objetivo general

Conocer la correlación entre la ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes atendidos en el área de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos, por motivo de episodio depresivo, en el periodo de mayo a julio de 2022.

Objetivos específicos

Identificar la ideación suicida en sus cuatro dimensiones: actitudes hacia la vida y muerte, pensamientos y deseos de suicidarse, características de intento suicida, y actualización de intento suicida, por medio de la Escala de Beck de Ideación Suicida (ISB) en los pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Conocer el factor 'Disgusto consigo mismo y con su circunstancia' dentro de los pensamientos automáticos, por medio del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30) en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Conocer el factor 'Sensación de culpa y juicio negativo' dentro de los pensamientos automáticos, por medio del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30) en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Conocer el factor 'Sensación de ineficacia' dentro de los pensamientos automáticos, por medio del Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30) en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Conocer la correlación que existe entre las categorías de ideación suicida y los tres factores de pensamientos automáticos negativos en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Hipótesis

Hipótesis alterna

La ideación suicida se correlacionará con los pensamientos automáticos negativos, en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo

Hipótesis nula

La ideación suicida no estará correlacionada con los pensamientos automáticos negativos, en pacientes atendidos en hospitalización por episodio depresivo.

Elementos de la hipótesis

Unidad de observación: área de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS.

Variables centrales del estudio: ideación suicida y pensamientos automáticos negativos.
Variables confusoras: severidad del episodio depresivo.

Definición de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente de información
Ideación suicida	Pensamientos, ideas, rumiaciones sobre la posibilidad de terminar la propia vida, desde ideas pasivas con respecto a morir, hasta un plan concreto para quitarse la vida propia	La escala de Ideación Suicida de Beck evalúa la presencia de ideación suicida a través de 19 ítems en escala tipo Likert del 0 al 2, con un puntaje teórico de 0-38 y en cuatro factores: actitudes hacia la vida y muerte, pensamientos y deseos de suicidarse, características de intento suicida, y actualización de intento suicida. El puntaje total tiene un punto de corte de 9 para considerar la presencia de ideación suicida. No se precisa un punto de corte sus subescalas, sin embargo, un mayor puntaje se asocia a peores desenlaces: actitudes hacia la muerte más compatibles con un deseo de morir, pensamientos y deseos de suicidarse de mayor magnitud, características de un intento suicida (o del prospecto de uno) más estructuradas, y contemplando de forma más reciente el prospecto de intentar suicidarse en el caso de la actualización. [34], [35]	<p>Puntaje del 0 – 38</p> <p>Características de las actitudes hacia la muerte, 5 ítems, intervalo de 0-10</p> <p>Pensamientos y deseos de suicidarse, 6 ítems, intervalo de 0-12</p> <p>Características del intento, 4 ítems, intervalo de 0-8</p> <p>Actualización de intento, 4 ítems, intervalo de 0-8</p>	Cuantitativa discreta	Directa

<p>Pensamientos automáticos negativos</p>	<p>Pensamientos de los cuales no se percata el individuo, que fuertemente influyen los sentimientos y comportamientos</p>	<p>El cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos consta de 30 ítems por escala tipo Likert del 1-5, evaluando con un punto de corte de 30 puntos a lo largo de toda la escala, considerándose la presencia de pensamientos automáticos negativos. Durante su desarrollo, se han considerado 3 factores: F1: disgusto consigo mismo y su circunstancia (15 ítems), F2: sensación de culpa y juicio negativo (7 ítems), F3: sensación de ineficacia (8 ítems). Estos factores no tienen un punto de corte definido, pero se considera que a mayor puntaje, mayor presencia de ese subgrupo de pensamientos automáticos negativos.^{[36]. [37]}</p>	<p>F1: disgusto consigo mismo y su circunstancia, 15 ítems con un intervalo de 15-75 puntos</p> <p>F2: sensación de culpa y juicio negativo, 7 ítems, intervalo de 7-35 puntos</p> <p>F3: sensación de ineficacia, 8 ítems, intervalo de 8-40</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Directa</p>
<p>Edad</p>	<p>Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha</p>	<p>Número de años cumplidos en los pacientes hospitalizados por episodio depresivo e ideación suicida, proporcionado por ellos</p>	<p>Se expresará la edad en años de vida completos</p>	<p>Cuantitativa discreta</p>	<p>Directa</p>

Sexo	Características biológicas que definen al ser como hembra o macho	Características físicas de nacimiento en pacientes con depresión, según su ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hombre 2. Mujer 	Cualitativa, nominal, dicotómica	Directa
Escolaridad	Periodo de tiempo invertido en una escuela, academia, o facultad para recibir enseñanza formal	Grado escolar concluido de los pacientes con depresión, según la ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Licenciatura 5. Posgrado 	Cualitativa, nominal	Directa
Ocupación	Actividad a la cual se dedica la mayor parte del tiempo una persona: oficio, profesión, empleo, que puede o no ser remunerado	Actividad cotidiana realizada por parte del paciente con depresión, obtenida de la ficha de identificación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de casa 2. Empleado 3. Desempleado 4. Profesionista 5. Estudiante 	Cualitativa, nominal	Directa

Estado civil	Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos	Situación personal de lazos jurídicamente reconocidos en la cual se encuentra el paciente con depresión, y en caso aplicable, su pareja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Concubinato/unión libre 	Cualitativa, nominal	Directa
--------------	---	---	--	----------------------	---------

Método

Tipo de estudio

Transversal, observacional, analítico, según lo establecido por Lee (1994), Provost (2011), y Rosenbaum (2010).

Población de estudio

Pacientes derechohabientes del IMSS en el área de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Muestra

Pacientes con diagnóstico de episodio depresivo, atendidos en el servicio de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS en la Ciudad de México entre mayo de 2022 y julio de 2022, incluidos por muestreo no probabilístico hasta cumplir cuota con base en la siguiente fórmula:

Tamaño de muestra

Por fórmula de tamaño de muestra para universo finito, considerando una población de 60 pacientes hospitalizados por episodio depresivo e ideación suicida en el periodo de tiempo establecido, un nivel de confianza de 95%, precisión del 5%, se calcula una muestra necesaria de 52 pacientes.

Fórmula	$n = (N * Z_{\alpha}^2 * p * q) / e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q$
n	Población que se desea conocer
N	Población total (120 pacientes)
Z _α	Nivel de confianza (95% = 1.96)
p	Probabilidad de que ocurra el evento (50%)
q	Probabilidad de que no ocurra el evento (50%)
e	Error estimado (precisión del 5%)

$$n = (60 * 3.8416 * 0.5 * 0.5) / 0.0025 * (59) + (3.8416 * 0.5 * 0.5)$$

n = 52.01, 52 pacientes

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes de 18 a 65 años,
- Que reciban atención por motivo de episodio depresivo en el área de hospitalización del Hospital de Psiquiatría Morelos.
- Acceder a firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con diagnóstico de trastorno bipolar.
- Pacientes que presenten síntomas psicóticos al momento de su ingreso.
- Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo Orgánico.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no cuenten con los instrumentos de evaluación completos al final del estudio.
- Pacientes que califiquen 0 a los ítems 4 y 5 de la Escala de Ideación Suicida de Beck.
- Pacientes que soliciten revocar el consentimiento informado.

Instrumentos:

Formato de información demográfica: formato realizado para el propósito de este estudio, el cual interroga edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad.

Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB): concebido por Beck y cols. En 1979, consiste en 19 reactivos heteroaplicados durante una entrevista semiestructurada, con un rango de 0-2 para cada ítem, con un rango teórico de 0-38. Los ítems 4 y 5, “deseo de intentar suicidarse”, e “intento pasivo de suicidarse” sirven para omitir el resto de la

entrevista en caso de ser calificados como 0, codificándose como “no aplicable”. Se divide en 4 subescalas, F1: características de las actitudes hacia la vida y muerte (5 reactivos), las cuales a mayor puntaje expresan un mayor deseo de morir, de realizar un intento activo de suicidio, o de no prevenir la muerte en una situación de peligro. F2: pensamientos y deseos de suicidarse (6 reactivos), que externan a mayor puntaje, la constancia del deseo de suicidarse, así como la perspectiva (de rechazo, ambivalencia, o aceptación) del individuo ante el prospecto de suicidarse, así como la ausencia de factores disuasorios. F3: características del intento suicida (4 reactivos), que a mayor puntaje contempla una estructura más elaborada, con la elección de un método, la accesibilidad al mismo, así como la capacidad percibida del individuo de suicidarse. F4: actualización del intento suicida (4 reactivos) que contempla con un mayor puntaje, más acciones en torno a su realización, desde dejar una nota referente al suicidio, a los preparativos como deshacerse de sus posesiones, hasta los aspectos detrás de encubrir este intento para no ser interrumpido. Se considera un puntaje ≥ 9 como positivo para ideación suicida. Durante su concepción original, la confiabilidad fue de 0.83 a través de distintos entrevistadores, y un alfa de Cronbach de 0.89. Se correlacionó con los ítems de autolesiones del Inventario de Depresión de Beck a 0.41 $p < 0.001$. Difirió entre la apreciación de pacientes hospitalizados por ideación suicida y pacientes con depresión vistos de manera ambulatoria ($t = 4.14$, $p < .001$)^[41]. Fue validada en población mexicana en 1998 por Mondragón y cols., aplicada a una muestra de 1,094 adultos de 18-65 años con un alfa de Cronbach de 0.93^[37].

Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30): originalmente diseñada por Hollon y Kendall en 1980 con el fin de evaluar la frecuencia de pensamientos automáticos negativos asociados con depresión, consiste en 30 ítems graduados del 1-5 tipo Likert, 1 siendo ‘nunca’ y 5 siendo ‘casi siempre’, considerándose un punto de corte de 30 puntos para afirmar la presencia de pensamientos automáticos. Durante su desarrollo, se han considerado 3 factores: F1: disgusto consigo mismo y su circunstancia (15 ítems), F2: sensación de culpa y juicio negativo (7 ítems), F3: sensación de ineficacia (8 ítems). Resultó un instrumento confiable, con un alfa de Cronbach de 0.96 y coeficiente de validez por mitades de 0.97. Las correlaciones entre sus resultados

y la medición de depresión por Inventario de Depresión de Beck varían de $r = .60$ a $.78$ ^[36]. Fue validada en 2011 por Mera-Rosales en una muestra de 1,049 participantes mexicanos, revelando un alfa de Cronbach de 0.95, con mayor puntuación en el grupo de mujeres, que representó el 65% de la muestra ($t = 5.79$ $p < .001$)^[37].

Procedimiento

Se obtuvo la aprobación del comité de bioética e investigación del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional La Raza. Acto seguido, el tesista residente de psiquiatría recolectó la muestra a partir de pacientes atendidos en hospitalización por motivo de episodio depresivo e ideación suicida, en el Hospital de Psiquiatría Morelos entre mayo y julio del 2022. Se les solicitó participar a través del consentimiento informado, para posteriormente indagar datos sociodemográficos, administrar de forma impresa la Escala de Ideación Suicida de Beck y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos. Los datos se almacenaron en una base de datos de Excel 2016, y se realizó el análisis estadístico en SPSS v26.

Análisis estadístico

Se efectuó como parte del análisis descriptivo medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, así como cálculos de frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Se realizó correlación de Spearman entre los puntajes de las diferentes subescalas de ideación suicida (actitudes hacia la muerte, pensamientos y deseos de suicidarse, características del intento, actualización de intento), y los puntajes de los diferentes factores de pensamientos automáticos negativos (disgusto consigo mismo y su circunstancia, sensación de culpa y juicio negativo, y sensación de ineficacia), considerando $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Los cálculos de frecuencia y porcentaje, así como los resultados de asociación se expresarán en tablas, y las correlaciones en una matriz. El análisis se llevó a cabo en SPSS v26.

Consideraciones éticas

Los datos obtenidos están sujetos a confidencialidad para su uso anónimo y sólo para lo que se ha autorizado, de acuerdo a la Declaración de Helsinki y sus revisiones ^[39]. Considerando lo establecido en los artículos 100, 101, 102, y 103 de la Ley General de Salud en su Quinto Título, se califica a este estudio como de riesgo mínimo.^[40] Además, fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética e Investigación local.

Se anexa el formato de confidencialidad y consentimiento informado establecido en el Hospital de Psiquiatría Morelos del IMSS, en la Ciudad de México (Anexos 1 y 2).

Resultados

Se integraron 60 participantes al estudio, destacando una marcada mayoría de mujeres (48, 80%), una media de edad de 29.43 (DE = +-12.15) años, en su mayoría empleados (33.3%), solteros (46.7%), y con estudios de bachillerato completo (40%). A continuación, se muestran sus datos sociodemográficos completos [Tabla 1].

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes		
	Mujeres	Hombres
Sexo	48	12
Edad (media y desviación estándar)	29.43 (+-12.151)	
Escolaridad	n	%
Primaria	4	6.7
Secundaria	17	28.3
Preparatoria	24	40.0
Licenciatura	11	18.3
Posgrado	4	6.7
Estado civil		
Soltero	28	46.7
Casado	12	20.0
Unión libre	14	23.3
Divorciado	6	10.0
Ocupación		
Hogar	12	20.0
Empleado	20	33.3
Desempleado	8	13.3
Profesionista	6	10.0
Estudiante	14	23.3

En cuanto al estudio de la ideación suicida y los pensamientos automáticos, ninguno de los participantes cumplió con criterios de exclusión en los ítems 4 y 5 de la Escala de

Ideación Suicida de Beck, y todos cumplieron con el punto de corte de ≥ 9 puntos. Se correlacionaron las 4 subescalas de esta: características de las actitudes hacia la vida y muerte, pensamientos y deseos de suicidarse, características del intento suicida y actualización del intento suicida, con las dimensiones de pensamientos automáticos medidos por el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-30): disgusto consigo mismo y su circunstancia, sensación de culpa, sensación de ineficacia.

Entre los hallazgos destacó que todas las dimensiones de ideación suicida se correlacionaron de forma positiva con la dimensión de disgusto consigo mismo y su circunstancia: $r = 0.713$, $p < .001$ para actitudes hacia la vida y muerte, $r = 0.375$, $p .003$ para los pensamientos y deseos de suicidarse, $r = 0.733$, $p < .001$ para las características del intento suicida, y $r = 0.572$, $p < .001$ para la actualización del intento. Esto puede interpretarse como que a mayor disgusto consigo mismo se exhibirían actitudes más favorables hacia el prospecto de muerte, mayor frecuencia y prominencia en los deseos de suicidarse, características mejor dilucidadas para realizar un intento de suicidio, y en cuanto a la actualización, acciones más concretas hacia realizar un intento de suicidio.

La sensación de eficacia en los pensamientos automáticos negativos se asoció a todas las dimensiones de ideación suicida excepto los pensamientos y deseos de suicidarse: $r = 0.394$, $p .002$ para las actitudes hacia la vida y la muerte, $r = 0.515$, $p < .001$ para las características del intento suicida, y $r = 0.397$, $p .002$ para la actualización del intento suicida. Finalmente, la sensación de culpa no se correlacionó de forma significativa con ninguna de las dimensiones de ideación suicida [Tabla 2].

Tabla 2. Correlaciones entre las dimensiones de pensamientos automáticos e ideación suicida

Dimensiones de Pensamientos Automáticos		Dimensiones de Ideación Suicida			
		Características de las actitudes hacia la vida y la muerte	Pensamientos y deseos de suicidarse	Características del intento suicida	Actualización del intento suicida
Disgusto consigo mismo y su circunstancia	Correlación de Spearman	0.744	0.449	0.737	0.557
	p	< .001	<0.001	< .001	< .001
Sensación de culpa y juicio negativo	Correlación de Spearman	0.124	0.194	0.059	0.087
	p	0.343	0.137	0.655	0.510
Sensación de ineficacia	Correlación de Spearman	0.419	0.180	0.504	0.414
	p	0.001	.170	< .001	0.001

Discusión

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la correlación entre la ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes hospitalizados por un episodio depresivo. A nivel sociodemográfico destaca tener una mayoría de mujeres (80%) a diferencia de otras poblaciones estudiadas por autores como Secundino-Guadarrama en 2021 (58.9%) en adolescentes mexicanos, Nock & Kazdin en 2002^[44] (30.29%) en pediátricos estadounidenses, y Chan en 2019^[45] (68%). La distribución de edad es superior a la de estos autores al ser población hospitalizada y tener como requisito la mayoría de edad. El resto de la información sociodemográfica es similar en distribución a la de otros autores.

Tras cumplir los objetivos establecidos se ha podido aceptar la hipótesis alternativa, encontrando una correlación entre el disgusto consigo mismo y su circunstancia como parte de los pensamientos automáticos negativos, con las actitudes hacia la vida y la muerte, los pensamientos y deseos de suicidarse, las características del intento suicida, la actualización de intento suicida. Esto es, a mayor disgusto consigo mismo y su circunstancia, se exhiben mayores actitudes hacia la vida y la muerte congruentes con

un intento de suicidio: evitar conservar la vida ante una situación de peligro, tener un mayor deseo de morir que de vivir, y tener un deseo de intentar suicidarse. Así mismo, se espera que con mayor disgusto consigo mismo se presente mayor prominencia en duración y frecuencia de pensamientos o deseos de suicidarse, como parte de la correlación con los pensamientos y deseos de suicidarse. Además, que se elaboren planes más estructurados (p. ej. Considerando métodos, fechas en concreto) en las características del intento suicida, y que se exhiban aspectos de preparación como el dejar pertenencias, realizar un testamento, o alistar los medios para intentar el suicidio como parte de la actualización del intento de suicidio.

Por otro lado, la sensación de eficacia en los pensamientos automáticos negativos se correlacionó a las actitudes hacia la vida y la muerte de forma positiva, las características del intento suicida y la actualización del intento suicida. A mayor puntaje en la subescala de sensación de ineficacia, se esperan las características ya descritas en las correlaciones con disgusto consigo mismo y su circunstancia, excepto la duración y frecuencia de pensamientos de suicidarse. Finalmente, la sensación de culpa no exhibió una correlación significativa con la ideación suicida.

El estado del arte muestra una tendencia hacia la correlación de los puntajes totales de la Escala de Ideación Suicida de Beck y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos en lugar de contemplar correlaciones entre los puntajes individuales de cada subescala, no obstante, los hallazgos del presente estudio son consistentes con los resultados en ambas poblaciones similares como el caso de Chan (2019), con una correlación de $r = 0.33$, $p .001$ al medir los pensamientos automáticos negativos por ATQ-30 como este trabajo, y la ideación suicida por la Subescala de Suicidalidad del Índice de Síntomas Depresivos (DSI-SS por sus siglas en inglés) en una población de universitarios chinos. Nock y Katzin (2002) estudiaron niños y adolescentes de una población norteamericana encontrando una correlación de $r = 0.49$, $p < .001$. Por otra parte, Bhuchar (2015) encontró una correlación estadísticamente significativa midiendo la ideación suicida por medio de la Escala de Ideación Suicida de Singh (Singh et. al, 2005), los pensamientos automáticos negativos por ATQ-30, con un valor de $r = 0.52$, p

.01 en una población de estudiantes universitarios en India. Secundino-Guadarrama et. al (2021) estudiaron adolescentes mexicanos utilizando los mismos instrumentos del presente trabajo, con un análisis estadístico de asociación por X^2 , considerando de forma categórica la presencia o ausencia de ideación suicida y pensamientos automáticos negativos con un punto de corte de 2 y 30 puntos respectivamente. No obstante, se describió una asociación estadísticamente significativa entre ambos ($X^2 = 129.474$, $p < .001$, $V = .56$).

Se debe considerar que, aunque se ha utilizado una metodología similar a la de los antecedentes descritos, relegar el análisis a una toma de muestra transversal, una única población de pacientes hospitalizados (con posibles desenlaces de ideación suicida y pensamientos automáticos negativos peores), así como el uso de correlación como única prueba de análisis estadístico, el alcance y significancia del trabajo se puede ver impactado.

Conclusión

Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el disgusto consigo mismo y su circunstancia, la sensación de eficacia en los pensamientos automáticos, y algunas de las dimensiones de ideación suicida, comparables a la correlación entre los pensamientos automáticos negativos y la ideación suicida a través del estado del arte, pese a diferencias metodológicas como el uso del puntaje total y en una ocasión, el uso de correlación con base en puntos de corte. No se encontraron diferencias en los hallazgos en poblaciones de seguimiento ambulatorio, un grupo etario o nacionalidad distinta, con un patrón consistente de correlación a través de las mismas. El presente estudio manifiesta un precedente a favor del estudio y posible abordaje de los pensamientos automáticos negativos como parte del tratamiento de la ideación suicida.

Referencias

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013. p. 830. ISBN 978-0-89042-555-8.
2. Sartorius, Norman; Henderson, A.S.; Strotzka, H.; Lipowski, Z.; Yu-cun, Shen; et al. "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines" (PDF). www.who.int. World Health Organization. Archived (PDF) from the original on 5 February 2022. Retrieved 22 February 2022.
3. World Health Organization, ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, ver. 09/2020, MB26.A Suicidal ideation.
4. CDC (Cent. Dis. Control Prev.). 2015a. Definitions: Self-Directed Violence. Atlanta, GA: CDC. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>
5. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*. 2016;46:34-45
6. Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*. 2015;186:211-8.X
7. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *Int J Cogn Ther*. 2015;8(2):114–29
8. Beck and Steer, 1991 A.T. Beck, R.A. Steer Manual for Beck Scale for Suicide Ideation, Psychological Corporation, San Antonio, TX
9. Rudd MD. Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk. In: Ellis TE, ed. *Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
10. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y.. Suicide, suicide attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016:12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
11. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Borges G, Chiu WT, Fayyad J, et al. Persistence in suicidal behaviors over time. In *Suicide: Global Perspectives from the WHO World Mental Health Survey*, ed. MK Nock, G Borges, Y Ono, 2012,75–85. Cambridge, UK: Univ. Press

12. Mccullumsmith, C. B., Williamson, D. J., May, R. S., Bruer, E. H., Sheehan, D. V., & Alphas, L. D. Simple Measures of Hopelessness and Impulsivity are Associated with Acute Suicidal Ideation and Attempts in Patients in Psychiatric Crisis. *Innovations in clinical neuroscience*, 2014:11(9-10), 47–53.
13. Moskow, D. M., Barthel, A. L., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). A process-based approach to cognitive behavioral therapy. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818697-8.00183-7>
14. Ayhan, M. O., & Kavak Budak, F.. The correlation between mindfulness and negative automatic thoughts in Depression patients. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2021:57(4), 1944–1949. <https://doi.org/10.1111/ppc.12770>
15. Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., & Sotelo-Manjarres, A. P.. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 2015:12(1), 15-22. doi: 10.21676/2389783X.1394
16. Yıldız M. The effect of dysfunctional attitude and negative automatic thoughts on depression in university students. *Ulusal Eğitim Akad Derg.* 2017;1:1-7
17. Bhuchar, V. Relationship between suicidal ideation, automatic thoughts and stress among post graduate students. *International Journal of Indian Psychology*, 2015:3(1). <https://doi.org/10.25215/0301.029>
18. Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E., & Bohan, K. B. The relationship between automatic thoughts and irrational beliefs predicting anxiety and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2017:36(2), 137–162. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0278-y>
19. Dos Santos, H. G. B., Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & de Paulo, P. M. C. Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2017:25, Article e2878.
20. Rana M, Sthapit S, Sharma VD. Assessment of Automatic Thoughts in Patients with Depressive Illness at a Tertiary Hospital in Nepal. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2017 Apr-Jun;56(206):248-255. PMID: 28746324.
21. Mohammadkhani, P., Bagheri, M., Dobson, K. S., Eskandari, E., Dejman, M., Bass, J., & Abdi, F. Negative thoughts in depression: A study in Iran.

22. Chahar Mahali, S., Beshai, S., Feeney, J. R., & Mishra, S. Associations of negative cognitions, emotional regulation, and depression symptoms across four continents: International support for the cognitive model of depression. *BMC Psychiatry*, 2020:20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2423-x>
23. Secundino-Guadarrama, G., Veytia-López, M., Guadarrama-Guadarrama, R., & Míguez, M. C. Depressive symptoms and automatic negative thoughts as predictors of suicidal ideation in Mexican adolescents. *Salud Mental*, 2021:44(1), 3–10. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.002>
24. Organización Mundial de la Salud (17 de junio 2021). Suicidio. World Health Organization. Retrieved March 11, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (8 de septiembre 2021) Comunicado de Prensa Núm. 520/21. Estadísticas a Propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Datos Nacionales. Retrieved March 11, 2022, from https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
26. Luna-Contreras, Marisol, & Dávila-Cervantes, Claudio Alberto. Efecto de la depresión y la autoestima en la ideación suicida de adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato en la Ciudad de México. *Papeles de población*, 2021:26(106), 75-103. Epub 03 de noviembre de 2021. <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.106.31>
27. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.
28. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. Suicide, suicide attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2016:12(1), 307–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
29. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. (2021). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. *J. Abnorm. Psychol.* 2021:22:231–37
30. Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Levinson, D.,

- Medina-Mora, M. E., Ono, Y., ... Williams, D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2008:192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
31. May AM, Klonsky ED. What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* In press. 2015.
32. Anestis MD, Soberay KA, Gutierrez PM, Hernandez TD, Joiner TE. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personal. Soc. Psychol. Rev.* 2014;18:366–86. doi: 10.1177/1088868314535988
33. Lenz, B., Röther, M., Bouna-Pyrrou, P., Mühle, C., Tektas, O. Y., & Kornhuber, J. The androgen model of suicide completion. *Progress in Neurobiology*, 2019:172, 84–103. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2018.06.003>
34. Harrell, T. H., & Ryon, N. B. Cognitive-behavioral assessment of depression: Clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983:51(5), 721–725. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.51.5.721>
35. Mondragón, L., Saltijeral, M., Bimbela, A., & Borges, G. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 1998:21(5), 20-27. Retrieved from http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/718
36. Hollon, S.D., Kendall, P.C. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res* 4, 383–395 (1980). <https://doi.org/10.1007/BF01178214>
37. Mera-Rosales, Alberto, Hernández-Pozo, María del Rocío, Gómez-Reséndez, Jesús Lorenzo, Ramírez-Guerrero, Noemí, & Mata-Mendoza, María de los Ángeles. Características psicométricas del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 2011:3(2), 61-75. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v3.2.29923>
38. Lee, James. "Odds Ratio or Relative Risk for Cross-Sectional Data?". *International Journal of Epidemiology*. 1994:23 (1): 201–3. doi:10.1093/ije/23.1.201
39. Provost L. P. Analytical studies: a framework for quality improvement design and analysis. *BMJ quality & safety*, 2011:20 Suppl 1(Suppl_1), i92–i96.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051557>

40. Rosenbaum, P. R.. Design of observational studies. Springer Series in Statistics. 2010, <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1213-8>
41. Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979;47(2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
42. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA*, 2013;310(20), 2191–2195. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
43. Ley General de Salud (LGS). Ley 27 de 1984. 07 de febrero de 1984 (México).
44. Nock, M. K., & Kazdin, A. E. Examination of affective, cognitive, and behavioral factors and suicide-related outcomes in children and young adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 2002;31(1), 48–58. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3101_07
45. Chan, W. L. Depression and suicidality of college students in Hong Kong : A path-analysis of mediating/moderating roles of depressive thoughts, ruminative style, and psychological inflexibility. 2019. https://doi.org/10.5353/th_991044146775903414

Anexos

Anexo 1. Carta de confidencialidad de información y no conflicto de interés



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de confidencialidad de la información y de no conflicto de interés

Declaro bajo protesta de decir verdad que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones como integrante del Comité Nacional de Investigación en Salud (CNIC), cargo que se me confiere y acepto, por invitación de la Coordinación de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional.

En el desarrollo de mis funciones tendré acceso (por medio electrónico) a información perteneciente a protocolos de investigación en seres humanos o animales de experimentación, dicha información es de carácter estrictamente confidencial y por tanto está protegida por los artículos 82 y 85 de la Ley de la Propiedad Industrial.

En este sentido estoy de acuerdo en:

- No usar la información para otras finalidades diferentes de aquellas solicitadas por el CNIC del Instituto Mexicano del Seguro Social, en mi carácter de integrante de dicho comité.
- No revelar o suministrar información a cualquier persona que no sea parte del CNIC del Instituto Mexicano del Seguro Social, y esté unido mediante las obligaciones similares de confidencialidad.
- Esta carta de confidencialidad de la información y de no conflicto de interés, fue conocida por mí al aceptar participar como integrante del CNIC.
- No comunicar mis resultados o aquellas opiniones emitidas por los miembros del CNIC, así como, recomendaciones sugeridas o decisiones a cualquier tercero, salvo si explícitamente son solicitadas por escrito.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.

Declaro bajo protesta de decir verdad que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones como integrante del CNIC, me comprometo en todo momento a actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional, para lo cual me apegaré a lo siguiente:

- Cumpliré mis funciones exclusivamente como integrante del CNIC.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero, personal, familiar o de otro tipo en relación con un tercero que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida durante la reunión.

2800-018-004

b) Puede tener un interés personal o familiar, en el resultado de la opinión técnica y ética, pero no limitado a terceros como los fabricantes de insumos para la salud.

- Hago constar que me conduciré por los principios generales de responsabilidad, legalidad, honradez, lealtad, eficiencia, imparcialidad, independencia, integridad, confidencialidad y profesionalismo. El cumplimiento de estos principios garantiza la adecuada emisión de mi opinión técnica y ética solicitada.

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, ya que tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.

- Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente lo comunicaré a quien me consulta, a efecto de que éste me excuse de conocer u opinar de cualquier actividad que me enfrente a un conflicto de interés.

- Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a evaluar.

Por la presente, acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de esta consulta.

Atentamente,

Nombre del integrante: Louis David Ross Ramos

Firma:

Adscripción: Hospital de Psiquiatría Morelos

Teléfono: 33 2832 3374

Correo electrónico: linkross32@gmail.com

Anexo 2. Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

**UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD**

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Ideación suicida y pensamientos automáticos negativos en pacientes con episodio depresivo atendidos en el Hospital de Psiquiatría Morelos”
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, mayo de 2022 a julio 2022
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se busca comprobar si sus pensamientos negativos sobre ti mismo pudieran estar afectando que tenga ideas de suicidio.
Procedimientos:	Se le pedirá que resuelva un par de encuestas que le tomarán aprox. 15 minutos cada una, después se le comentará sobre sus resultados y la posibilidad de continuar recibiendo apoyo.

Posibles riesgos y molestias:	Podría resultarle molesto o incómodo el contestar preguntas sobre sus pensamientos de sí mismo/a y sobre quitarse la vida.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le podrá brindar información sobre su situación con respecto a sus pensamientos de morir o quitarse la vida, así como opciones para que reciba seguimiento en consulta externa de esta unidad al egresar de hospitalización.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le comentará con respecto a sus resultados de la encuesta, y en caso necesario, la forma de recibir seguimiento en consulta externa de esta unidad.
Participación o retiro:	Usted tiene derecho a participar, negarse a participar, o dejar de participar en cualquier momento, sin consecuencias sobre su atención.
Privacidad y confidencialidad:	Su información sólo se utilizará para hacer este estudio, y no se comentará con personas fuera de él.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	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:	Saber sobre su situación de salud mental, además de poder ser apoyado en caso de ser necesario.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Miguel Palomar Baena Coordinador de educación e investigación en salud del Hospital de Psiquiatría “Morelos” de la Ciudad de México

Colaboradores: Dr. Louis David Ross Ramos, Residente del Cuarto año de la especialidad de Psiquiatría. Teléfono: 33 2832 3374
Correo electrónico: linkross32@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional del IMSS ubicado en Seris y Zaachila s/n. Col. La Raza, Azcapotzalco, CP 02990, Ciudad de México.

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 3. Escala de Ideación Suicida de Beck

CUESTIONARIO	
ESCALA DE PENSAMIENTOS SUICIDAS	
NOMBRE _____	
Fecha _____	
I. CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA/MUERTE.	
1. Deseo de vivir. ()	
0. Moderado a fuerte	
1. Poco (Débil).	
2. Ninguno (No tiene).	
2. Deseo de morir. ()	
0. Ninguno (No tiene).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
3. Razones para Vivir/Morir. ()	
0. Vivir supera a morir.	
1. Equilibrado (es igual).	
2. Morir supera a vivir.	
4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo. ()	
0. Ninguno (inexistente).	
1. Poco (Débil).	
2. Moderado a fuerte.	
5. Deseo pasivo de suicidio. ()	
0. Tomaría precauciones para salvar su vida.	
1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.	
2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.	
II. CARACTERISTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO	
6. Duración. ()	
0. Breves, periodos pasajeros.	
1. Periodos largos.	
2. Continuos (Crónicos), casi continuos.	
7. Frecuencia. ()	
0. Rara, ocasionalmente.	
1. Intermitente.	
2. Persistentes y continuos	
8. Actitud hacia los pensamientos/deseos. ()	
0. Rechazo.	
1. Ambivalente; indiferente.	
2. Aceptación.	
9. Control sobre la acción/deseo de suicidio. ()	
0. Tiene sentido de control.	
1. Inseguridad de control	
2. No tiene sentido de control.	
10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar). ()	
0. No lo intentaría porque algo lo detiene.	
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen.	
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.	
11. Razones para pensar/desear el intento suicida. ()	
0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.	
1. Combinación de 0-2.	
2. Escapar, acabar, salir de problemas.	
III. CARACTERISTICAS DEL INTENTO.	
12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento. ()	
0. Sin considerar.	
1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.	
2. Detalles elaborados / bien formulados.	

13. Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento.	()
0. Método no disponible, no oportunidad.	
1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.	
2. Método y oportunidad disponible	
2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.	
14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.	()
0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente.	
1. No está seguro de tener valor.	
2. Está seguro de tener valor.	
15. Expectativa/ anticipación de un intento real.	()
0. No.	
1. Sin seguridad, sin claridad.	
2. Sí.	
IV. ACTUALIZACION DEL INTENTO.	
16. Preparación real.	()
0. Ninguna.	
1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos).	
2. Completa.	
17. Nota Suicida.	()
0. Ninguna.	
1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.	
2. Escrita. Terminada.	
18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos).	()
0. No.	
1. Sólo pensados, arreglos parciales..	
2. Terminados	
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida.	()
0. Revela las ideas abiertamente.	
1. Revela las ideas con reservas.	
2. Encubre, engaña, miente.	
20. Intento de suicidio Anteriores.	()
0. No.	
1. Uno.	
2. Más de uno.	

Anexo 4. Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30)

ATQ-30.

INSTRUCCIONES: En el cuestionario se indican una serie de pensamientos que pasan por la cabeza de las personas. Por favor, lee cada pensamiento y tacha con qué frecuencia dicho pensamiento te ha ocurrido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**.

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTE A MENUDO	MUY A MENUDO	CASI SIEMPRE
	0	1	2	3	4
1. Tengo la sensación de estar en contra del mundo.					
2. No soy bueno (a).					
3. Me pregunto ¿Por qué no tengo éxito jamás?					
4. Nadie me comprende.					
5. He dejado plantada a la gente.					
6. Creo que no voy a poder continuar.					
7. Ojalá fuese mejor persona.					
8. Soy muy débil.					
9. Mi vida no marcha como yo quisiera.					
10. Estoy decepcionado(a) conmigo mismo (a).					
11. Nada me parece bien.					
12. Ya no soporto más esto.					
13. No puedo empezar o iniciar mis actividades.					
14. Pienso que algo está mal en mí.					
15. Ojalá estuviese en otro lugar.					
16. No puedo organizar mi vida.					
17. Me odio.					
18. Soy un (a) inútil.					
19. Ojalá pudiera desaparecer.					
20. Me pregunto a mí mismo ¿Qué es lo que me pasa?					
21. Soy un(a) perdedor (a).					
22. Mi vida es un problema.					
23. Soy un (a) fracasado (a).					
24. Nunca voy a conseguirlo.					
25. Me siento indefenso (a).					
26. Algo va a tener que cambiar en mí.					
27. Debe haber algo mal en mí.					
28. Mi futuro es poco esperanzador.					
29. Nada vale la pena.					
30. No puedo acabar nada.					