



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
"RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"

TESIS

La terapia electro-convulsiva (TEC) en el tratamiento del Trastorno depresivo mayor grave con riesgo de suicidio y la recurrencia de conductas suicidas

para obtener el Grado de Médico Especialista en:

PSIQUIATRÍA

Presenta:

Rafael Ventura Rangel Malo

Martha Patricia Ontiveros Uribe
Asesora Teórica

José Francisco Cortés Sotres
Asesor Metodológico

México, Distrito Federal

Junio de 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedicatoria

A mi esposa Liz que me ha tomado de la mano y ha caminado a mi lado para
alcanzar esta gran meta.

A mi hijo Rafita que es la razón de esforzarme día a día.

A mis padres y hermanos que han sido mi gran apoyo toda mi vida y han
sido mi núcleo de formación en bases morales

"Indivisa manent" La Salle

Agradecimientos

A todos mis maestros y compañeros residentes por compartir el día a día de este sueño.

Al Ing. Cortés por su formidable enseñanza, paciencia y entrega en todo este proceso de mi formación, y por ser no sólo un asesor sino un gran ejemplo.

A la Dra. Ontiveros por mil y un razones resumidas en su confianza y su amistad.

El valor de un hombre está dado por su ejemplo y sus acciones

Índice

Resumen

I Marco teórico

1.1 La terapia electro-convulsiva (TEC)	2
1.1.1 El origen de la terapia electro-convulsiva	2
1.1.2 Neurofisiología de la TEC	3
1.1.3 Contraindicaciones, efectos adversos y complicaciones	4
1.1.4 Indicaciones terapéuticas	5
1.2 El riesgo suicida	6
1.2.1 La dimensionalidad del riesgo suicida	6
1.2.2 Los Trastornos mentales y el riesgo suicida	7
1.3 El uso de la TEC en la depresión	9
1.3.1 El uso de la TEC en la depresión grave con riesgo suicida	9
1.4 Organización de la tesis	11

II Planteamiento y propósito

2.1 Planteamiento del problema	12
2.2 Justificación de la investigación	14
2.3 Objetivos	14
2.4 Propósito de la investigación	15

III Método

3.1 Tipo de estudio y clasificación utilizada	16
3.2 Participantes	16
3.3 Criterios de inclusión	16
3.4 Criterios de exclusión	17
3.5 Variables	17
3.6 Instrumentos de medición	18
3.7 Validez y confiabilidad de los instrumentos	19
3.8 Procedimiento	24
3.9 Análisis estadístico	24
3.10 Consideraciones éticas	25

IV Resultados

26

V Discusión

49

5.1 Limitaciones del modelo planteado	51
5.2 Recomendaciones	51

Referencias y Anexos

Gráficas

	Página
1. Tiempo sin recurrencia de Episodios depresivos mayores	29
2. Tiempo sin recurrencia de conductas suicidas	29
3. Clúster de personalidad predominante y la recurrencia de conductas suicidas	30
4. Rasgos predominantes de personalidad presentes en los pacientes con recaída de conductas suicidas	31
5. Rasgos límites ausentes, subumbrales y presentes en la recurrencia de conductas suicidas	33
6. Rasgos obsesivos ausentes, subumbrales y presentes en la recurrencia de conductas suicidas	34
7. Rasgos predominantes de personalidad presentes en los pacientes con recurrencia de Episodios depresivos mayores	35
8. Clúster de personalidad predominante y la recurrencia de Episodios depresivos mayores	36
9. Rasgos de personalidad predominantes con significancias estadísticas y la recurrencia de EDM [Rasgos límites, depresivos y pasivo-agresivos]	37
10. Apego farmacológico y la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC	41
11. Apego farmacológico y la recurrencia de consultas suicidas postTEC	42
12. Correlación entre % de asistencia a consultas subsecuentes y el apego farmacológico	43
13. Distribución de estresores para Episodios depresivos mayores preTEC	43
14. Distribución de estresores para Episodios depresivos mayores postTEC	44
15. Métodos empleados para nuevas conductas suicidas postTEC	44
16. Tiempo libre de recurrencia de Episodios depresivos mayores que requirieron nuevo TEC o EMTr	46
17. No. de Episodios depresivos mayores preTEC y su relación con la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC	47
18. Relación entre conductas suicidas preTEC y su recurrencia postTEC	48

Tablas

	Página
1. Variables	17
2. Instrumentos de medición por objetivos	18
3. Pacientes tratados con TEC-1 de Marzo de 2006 al 30 de Junio de 2012	26
4. Pacientes que continuaban acudiendo para el momento de la investigación	28
5. Comparación por pares entre rasgos del clúster B, combinación BC y C presentes y la recurrencia de conductas suicidas	31
6. Significancias entre rasgos de personalidad predominantes y Recurrencia de conductas suicidas	32
7. Comparación por pares entre rasgos ausentes, subumbrales y presentes de tipo obsesivos y la recurrencia de conductas suicidas	33
8. Comparación por pares entre rasgos del clúster B, combinación BC y C presentes y la recurrencia de Episodios depresivos mayores	35
9. Significancias entre rasgos de personalidad predominantes y recurrencia de Episodios depresivos mayores	36
10. Medianas sobre el total de pacientes. Recaída en días postTEC de Episodios depresivos mayores	39
11. Medianas. Recaída en días postTEC de Episodios depresivos mayores	40
12. Medianas. Recaída en días postTEC de conductas suicidas	40
13. Asociación de antecedentes de violencia con la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC	45
14. Asociación de antecedentes de violencia con la recurrencia de conductas suicidas postTEC	45

Resumen

Problema: Los Trastornos depresivos mayores (TDM) con alto riesgo suicida son tratados con distintos medios terapéuticos; sin bien, no todos son efectivos en todos los casos, una alternativa es la TEC que ha sido estudiada con resultados favorables en forma aguda, sin embargo, existen pocos estudios que evalúen su funcionalidad a largo plazo.

Objetivo: Determinar la evolución de pacientes tratados con la TEC por alto riesgo suicida dentro de un TDM, de marzo de 2006 a junio de 2012; y buscar factores asociados a la recurrencia de conductas suicidas.

Material y método: Se realizó una búsqueda en la base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría de pacientes tratados con la TEC, se identificaron los diagnósticos e indicaciones de la TEC para determinar una muestra significativa y se invitaron a los pacientes a través de sus médicos tratantes para participar previo consentimiento informado. Fueron 24 pacientes quienes cubrieron con los criterios de la investigación y a quienes se les aplicaron las escalas SCID-II, SBQ-R, Hamilton-depresión, Mini-depresión-suicidio, Ideación suicida (Beck), Pierce para intento suicida, Intencionalidad suicida de Beck y adherencia SMAQ.

Resultados: El 30% (n=8) cursaban con Episodios depresivos (EDM) al momento de la entrevista; 37.5% (n=9) presentaron nuevas conductas suicidas postTEC; 79.1% presentaron recurrencia del EDM (n=19); 20.1% (n=5) requirieron un nuevo ciclo de TEC o EMTr (estimulación magnética) por recurrencia de EDM que no remitió con farmacoterapia; los rasgos límites y obsesivos se asociaron con la recurrencia de conductas suicidas, los primeros en forma directa y los segundos en forma inversa; los rasgos límites, pasivo-agresivos y depresivos fueron asociados con la recurrencia de EDM; el apego farmacológico y la adherencia a consultas subsecuentes se asociaron con mayor número de días sin recurrencias. Las asociaciones descritas tuvieron una significancia <0.05 . Asimismo, los estresores familiares y de salud fueron vinculados con la recurrencia de EDM (84.1% y 20.6%, n=63)

Discusión: La TEC es un método eficaz para el tratamiento en agudo de EDM con alto riesgo suicida de acuerdo con la literatura, sin embargo, el riesgo de recurrencia a largo plazo es multifactorial que de no contemplarse podría condicionar una reaparición de síntomas en forma temprana. Es necesario continuar con mayor investigación, por medio de comparaciones de casos y controles en un seguimiento y valorar el uso de la TEC de mantenimiento para grupos de alto riesgo.

I Marco teórico

1.1 La terapia electro-convulsiva

La terapia electro-convulsiva (TEC) también llamada electro-shock es un método terapéutico no invasivo que consiste en producir crisis convulsivas inducidas por el paso de una corriente eléctrica superior al umbral convulsivo a través del cerebro, generando en él cambios electroquímicos; procedimiento que se realiza en pacientes bajo anestesia general y con relajación muscular; éste tipo de método terapéutico es comúnmente prescrito para el tratamiento de padecimientos psiquiátricos graves.¹

1.1.1 Origen de la terapia electro-convulsiva

Ya existían anotaciones previas acerca del uso de la corriente eléctrica para el tratamiento de distintas enfermedades cuando Leduc of Nantes reportó que una corriente eléctrica cuadrada que pasaba a través de dos electrodos colocados uno en la línea media de la región dorsal y el otro en la cabeza de un animal, le inducía el sueño, describiéndolo como *Inhibición cerebral*.^{2,3}

Para el año 1903, Zimmen y Dimier replicaron el mencionado experimento encontrando que el mecanismo por el cual se lograba dicho efecto era mediante una inhibición central similar a la epilepsia.^{2,3}

Debido a esta asociación entre la descarga eléctrica y las crisis convulsivas, Von Meduna generó la hipótesis que sostiene que las enfermedades mentales podrían ser tratadas por la inducción de crisis convulsivas epilépticas, conformando la idea abstracta para Cerletti, quien poco después consideró la posibilidad del uso de las descargas eléctricas para propósitos terapéuticos en humanos. Cerletti y Bini denotaron entonces que era factible el uso de la terapia eléctrica para tratamiento de las enfermedades mentales denominándolo *Tratamiento electro-shock*.^{2,3}

De esta forma, para los años 30's, contándose con pocas herramientas para los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, se desarrollaron cuatro somato

terapias principales basadas en una técnica intervencionista, entre ellas, el coma inducido por insulina, la terapia convulsiva inducida con Pentilenotetrazol (metrazol, cardiazol o leptazol), un fármaco estimulante potente del sistema nervioso central prescrito como analéptico cardio-respiratorio, la psicocirugía y la terapia electro-convulsiva.^{2,3,4}

Para 1937, los investigadores se aseguraron que los *Ataques epilépticos* no indujeran la muerte de los animales; ese mismo año, se realizó la primera reunión internacional sobre el tema *Nuevas terapias para la Esquizofrenia* (New Therapies for Schizophrenia) que tuvo lugar en Munsingen, Suiza.^{4,5}

Por lo anterior, en Abril de 1938 se realizó la primera administración de electro-shock en humanos llevado a cabo por Cerletti, Bini, Felici, y Accornero, entre otros; mencionando Cerletti: "*El hecho de que podamos causar ataques epilépticos en humanos por medio de la corriente eléctrica sin tantos riesgos, parece ser un hecho aceptable...*". El paciente, que presentaba un aparente cuadro psicótico con presencia de mutismo, recibió 11 sesiones de descargas, terminando su tratamiento en junio de ese mismo año, resultando en buenas condiciones y bien orientado.^{4,5}

Desde entonces la técnica ha sido replicada y mejorada en distintas formas y su uso se extiende hasta la actualidad.

1.1.2 Neurofisiología de la terapia electro-convulsiva

La terapia electro-convulsiva a menudo ha sido criticada debido a que se desconoce su mecanismo de acción con claridad. De igual manera, es verdad que el tratamiento inductor de convulsiones fue desarrollado en el contexto de ideas a cerca de la naturaleza de las enfermedades mentales y su relación con la epilepsia, ideas que se conoce en la actualidad son incorrectas. Sin embargo, el uso psiquiátrico de este tipo de terapia se basa en demostraciones empíricas efectivas, pese a los riesgos que conlleva y a que se desconoce la fisiopatología de los distintos trastornos en los que se administra.⁶

Así como se hipotetiza el funcionamiento de los antidepresivos, se conoce que la TEC modula los sistemas de monoaminas en el cerebro como las vías serotoninérgicas, dopaminérgicas y noradrenérgicas, así como opioides, de adenosina, y GABAérgicas; de igual manera, se ha vinculado con un efecto importante en los sistemas excitatorios de aminoácidos involucrados en algunos trastornos psicóticos; por ejemplo, durante las convulsiones inducidas por la TEC las neuronas se despolarizan liberando glutamato hacia la sinapsis que abre los canales iónicos favoreciendo la remisión de algunos síntomas psicóticos positivos.^{4,6}

También, distintos estudios han encontrado que la TEC promueve la expresión de proteínas neuroprotectoras y del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF, de sus siglas en inglés), que antagoniza el efecto neurotóxico de los sistemas de estrés.^{4,6}

Sin embargo, aún no se ha aceptado la hipótesis específica que explique su funcionamiento; siendo entonces la más prevalente la que menciona que la TEC causa una alteración en la respuesta de los neurotransmisores a nivel post-sináptico en el sistema nervioso central.⁷

1.1.3 Contraindicaciones, efectos adversos y complicaciones

Para el uso de esta técnica, se han de conocer las contraindicaciones, efectos adversos y complicaciones, mismas que no son el tema central de esta investigación.

En relación a las contraindicaciones, basta con mencionar que no existen contraindicaciones absolutas, aunque se debe valorar el riesgo-beneficio en pacientes con hipertensión intracraneal, procesos ocupantes intracraneales, aneurismas, cardiopatías graves, desprendimiento de retina y feocromocitoma, entre otros.^{8,9,10,11}

Como contraindicaciones relativas se encuentra el uso de anticoagulantes, epilepsia, enfermedades de la placa motora, osteoporosis grave, glaucoma, hipertiroidismo, porfirias, discrasias sanguíneas, demencia y retraso mental.^{8,9,10,11}

Encontrando como efectos adversos más frecuentes a los estados confusionales y amnésicos, mialgias, cefaleas, hipertermia, alergias medicamentosas y a las quemaduras en la zonas de colocación de electrodos.^{4,8,12}

Como posibles complicaciones durante la TEC se conoce la existencia de laringoespasma, apnea y convulsiones prolongadas, daño dental, falla circulatoria y arritmias cardiacas, mismas que por lo general son benignas y se resuelven en corto tiempo, presentándose con una frecuencia aproximada de uno por cada 1,000 a 1,500 procedimientos.^{8,13,14}

1.1.4 Indicaciones terapéuticas

Existen distintas indicaciones de acuerdo con diversas investigaciones; sin embargo, *The National Institute for Clinical Excellence* (NICE) recomendó en 2003 que la TEC sea usada para lograr la mejoría rápida y en corto tiempo de síntomas psiquiátricos graves, o después de que algunas estrategias farmacológicas no surtan efecto.^{7,15}

Así mismo, el NICE dentro de sus guías sugiere como indicaciones para la TEC los trastornos psiquiátricos graves (abulia que no permite la ingesta de alimentos, manía y alto riesgo suicida, etc.) o refractarios como la esquizofrenia con resistencia a farmacoterapia, incluida la intolerancia o ineficacia de la clozapina, la catatonia maligna o la catatonia que no responde con altas dosis de benzodiacepinas; de igual forma, en el tratamiento coadyuvante para los síntomas motores de la Enfermedad de Parkinson, para el síndrome neuroléptico maligno, la Enfermedad de Huntington y la epilepsia resistente.^{7,15}

Por lo antes mencionado, como parte de las indicaciones terapéuticas de la TEC y como enfoque principal de la investigación, es necesario definir algunos conceptos acerca de la dimensionalidad del riesgo suicida, para posteriormente proseguir con el uso de la TEC como tratamiento de la depresión y de la depresión grave con riesgo suicida.

1.2 El riesgo suicida

El riesgo suicida se refiere a la proximidad de un sujeto a cometer un daño o encontrarse en peligro, en este caso de la privación voluntaria de su propia vida.^{16, 17, 18}

1.2.1 Dimensionalidad del riesgo suicida

El suicidio consumado por sí mismo, no constituye únicamente un hecho casual; sino que supone de fases o etapas previas al mismo que constituyen la dimensionalidad del riesgo suicida o también denominada en inglés como *Suicidality*, que comprende el proceso por el cual un individuo llega a cometer el suicidio abarcando desde las ideas de muerte hasta el suicidio consumado per se.¹⁶

Las etapas de la dimensión del riesgo suicida incluyen a las ideas de muerte que consisten en pensamientos negativos hacia la vida misma sin llevar un implícito deseo de morir por parte del individuo, no así en el caso de las fantasías de muerte que involucran ya un deseo de morir aunque no de realizar algo en contra de su propia vida.^{16, 17, 18}

La siguiente fase en gravedad es la ideación suicida que se define como pensamientos acerca de cometer suicidio y que puede ser no estructurada, semiestructurada o estructurada, de acuerdo a la planeación en forma cognoscitiva que conlleva para realizar la acción, y puede ser no persistente o persistente según si la ideación continúa con el tiempo.¹⁶ Es en esta fase donde podría darse alguna forma de comunicación suicida que se define como el acto verbal o no verbal entre dos o más personas acerca de la intención de terminar con su vida, encontrándose entre la cognición y la conducta propiamente.^{16,17} Ésta comunicación puede ser en forma de amenaza suicida que podría predecir una posible conducta suicida en forma verbal o en forma de planeación suicida como propuesta de un método, considerando la viabilidad del mismo en términos de verificación como lo es la búsqueda de información.^{16,17,18}

Posterior a dichas etapas le sigue la conducta suicida propiamente que se define como toda acción encaminada a terminar la vida de uno mismo; puede ser llamada gesto suicida cuando la intencionalidad de cometer el suicidio está presente, sin embargo, el acto es interrumpido sin causar lesiones aparentes por lo general.^{16,17,18}

De igual forma, en términos de gravedad le continúa el intento de suicidio definido como la conducta potencialmente lesiva en contra de sí mismo que no da por resultado un desenlace fatal en el que está presente la intencionalidad de causarse la muerte llegando a causar lesiones desde leves hasta graves sin culminar en la muerte pese a las mismas.^{16,17,18}

Para concluir las etapas, se encuentra el suicidio que se define como la muerte autoinfligida en la que la persona tenía la intencionalidad de morir.¹⁶ Siendo así, estas etapas suponen un riesgo de suicidio que como ya se mencionó anteriormente está en función de la proximidad que tiene un sujeto de llegar al suicidio consumado aunado a factores de riesgo que lo hacen proclive a dicho acto.

1.2.2 Los Trastornos mentales y el riesgo suicida

Se han encontrado asociaciones entre distintos factores de riesgo y las conductas suicidas; un grupo importante a considerarse son los factores biopsicosociales como los trastornos mentales, el uso de sustancias, la desesperanza, la impulsividad, la historia de eventos traumáticos e historia familiar de suicidio.¹⁹

También se han asociado los factores de riesgo de tipo ambiental como la pérdida del empleo o de estatus, así como los factores de riesgo socioculturales, como la exposición a los medios de comunicación, la moda, la falta de recursos humanos en el tratamiento de este tipo de padecimientos, entre otros.¹⁹

En relación a los trastornos mentales como factores de riesgo, distintos padecimientos psiquiátricos se vinculan con la dimensionalidad del riesgo suicida como lo son los trastornos psicóticos entre los que destacan la

esquizofrenia, encontrándose principalmente en los hombres jóvenes durante la primera parte de la enfermedad, los pacientes con recaídas frecuentes y en los primeros meses después de un internamiento hospitalario llegando a ser hasta 40 veces mayor el riesgo que en la población general.^{20,21,22}

Por otro lado, los trastornos de ansiedad como el Trastorno de angustia, pueden asociarse con tasas elevadas de riesgo suicida. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes así como también lo son los trastornos de la conducta alimentaria.²¹

El uso de sustancias psicoactivas en grandes cantidades o ilícitas se han asociado en una forma significativa con el riesgo suicida debido a que uno de cada cuatro sujetos que cometen suicidio presenta abuso de alcohol o de otras sustancias.²⁰ Así mismo, se ha vinculado un alto riesgo suicida con los trastornos de personalidad, principalmente aquellos que carecen de control de impulsos como el Trastorno antisocial y el Trastorno límite de personalidad, llegando a encontrarse un riesgo de hasta el ocho por ciento más que en la población general.²¹

De igual forma, el Trastorno depresivo mayor es considerado como un factor de riesgo importante para la conducta suicida;²⁰ éste a diferencia del Trastorno bipolar, es considerado como un trastorno afectivo unipolar debido a que no presenta estados de elevación del estado del ánimo, sino sólo presenta episodios depresivos que se definen como la presencia de cinco o más síntomas como lo son un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (tristeza constante predominantemente), la disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer la mayor parte del tiempo, la pérdida importante de peso (mayor a cinco por ciento del peso corporal en un mes), el insomnio o la hipersomnia frecuentes, la agitación o el enlentecimiento psicomotriz, la fatiga o la pérdida de la energía, los sentimientos de inutilidad y de culpa, la sensación de vacío, las dificultades mnésicas (atención y concentración principalmente) y la presencia de alguna fase dentro de la dimensionalidad del riesgo suicida. Para constituir un episodio propiamente los datos antes mencionados deben estar presentes por un período de dos semanas al menos.²³

1.3 El uso de la TEC en la depresión

Con respecto a las indicaciones referentes a la depresión, de acuerdo a algunos autores, la TEC debería ser considerada para el tratamiento de un episodio depresivo en casos como la necesidad de una respuesta rápida, pacientes con riesgo suicida, antes definido, pacientes con problemas psicomotrices graves, con problemas asociados a la pobre alimentación e ingesta de líquidos deficiente, deterioro físico, en el caso de la depresión resistente, pacientes embarazadas, pacientes con bastantes efectos adversos por los distintos antidepresivos, pacientes con historia de uso satisfactorio de TEC, presencia de episodios psicóticos y en quienes sea de su elección individual.²⁴

En asociación a la resistencia al tratamiento entre los pacientes con episodios depresivos mayores, es de mencionarse que esta resistencia a la farmacoterapia ha sido asociada con altos costos de atención médica siendo hasta cerca del 40 por ciento mayor que el resto de pacientes con episodios depresivos mayores no resistentes ($p < 0.001$), por lo que, una temprana identificación de este grupo de pacientes podría dar paso a distintos métodos terapéuticos como la TEC.^{25,26}

1.3.1 El uso de la TEC en la depresión grave con riesgo suicida

Acerca de la posible relación entre los pacientes con depresión grave con riesgo suicida y su remisión a través de la TEC, se ha encontrado que aquellas personas que padecen depresión presentan hasta 20 veces más riesgo de cometer alguna forma de conducta suicida, riesgo que se ha dilucidado no disminuye en forma inmediata con el uso de antidepresivos;^{27,28} de esta manera, se puede contemplar que el uso de la TEC puede estar indicado en el tratamiento de la depresión para resolución sintomática en corto tiempo; sin embargo, se ha encontrado en distintos estudios que los efectos de la TEC no persisten en el tiempo y que conlleva cambios cognoscitivos, lo que la ha hecho en cierto modo impopular.²⁹

Se han realizado estudios para determinar el efecto a largo plazo de la TEC, ya sea como mono terapia o combinada con fármacos antidepresivos como el que realizó Gagné y cols. en 2000 con el propósito de evaluar la eficacia de la continuación de la TEC en la depresión, encontrando resultados que dan sustento para el uso de la TEC en la fase aguda de la depresión combinada con farmacoterapia antidepresiva a largo plazo para prevenir la recaída y la recurrencia en pacientes crónicamente deprimidos quienes respondieron de forma rápida a la TEC.³⁰

Asimismo, se han realizado estudios con respecto a la comparación entre la terapia farmacológica y la TEC; de tal forma que en 2006, Kellner y cols. realizaron una investigación con la finalidad de comparar la TEC y la terapia farmacológica, ambas de mantenimiento, mostrando ser superiores al placebo, pero ambas con eficacia limitada y con alta recurrencia de los episodios;³¹ de igual manera, Tew y cols. realizaron un estudio que comparaba la efectividad de la farmacoterapia versus la farmacoterapia protocolizada luego de la administración de la TEC en pacientes con episodios depresivos graves, encontrando que la TEC por sí misma usualmente no posee un beneficio sostenido. Otros estudios reportan que cerca de la mitad de los pacientes que recibieron la TEC asociado a un episodio depresivo grave por alto riesgo suicida reincidieron a los seis meses después de la administración eléctrica, siendo similar a la tasa de recaída de pacientes que descontinúan la medicación antidepresiva.³²

En 1999, a través del reporte de "U.S. Surgeon General" sobre salud mental, se habló acerca de la efectividad de la TEC mencionando que de acuerdo a estudios publicados y la experiencia clínica que la TEC es una herramienta efectiva con un promedio del 60 al 70 por ciento de tasas de remisión en pacientes con diagnóstico de Trastorno depresivo mayor grave, algunos estados psicóticos agudos y el Trastorno bipolar en episodio de manía o depresión mayor grave; sin embargo, su efectividad no ha sido probada en pacientes con diagnóstico de Distimia, uso de sustancias, ansiedad o trastornos de la personalidad, refiriendo por último que la TEC no posee a largo plazo un efecto protector contra la conducta suicida y que debería utilizarse para el tratamiento de episodios agudos seguido de la continuación de la terapia a través de medicamentos o de TEC de mantenimiento.³³

Para 2004, Prudic y cols. realizaron un estudio multicéntrico de seguimiento en pacientes tratados por medio de la TEC en New York describiendo la efectividad de la TEC por 65 años de su uso en pacientes con diagnóstico de episodios depresivos mayores graves con tasas de remisión de sólo 30 a 47 por ciento, con altas tasas de recurrencia a los seis meses; sin embargo, al quitar a los pacientes con diagnósticos duales o comorbilidades como trastornos de personalidad y uso de sustancias, entre otros, las tasas de remisión y la ausencia de recurrencia en las conductas suicidas se incrementaron hasta cerca del 60 al 70 por ciento.³⁴

1.4 Organización de la tesis

En el primer capítulo, se presentó la revisión de la literatura para referenciar el estado del conocimiento y realizar un análisis de las investigaciones previas y de teorías relacionadas con el estudio para contextualizar la investigación.

En el siguiente capítulo, se desarrolla el planteamiento del problema y se describe el propósito, se plantean los objetivos y la justificación del estudio.

En el capítulo metodológico, se plantea el tipo de investigación, se presenta el diseño de la investigación y el desarrollo de la misma.

Posteriormente, en el capítulo de resultados se describen los hallazgos más significativos de acuerdo a los objetivos planteados previamente.

Y finalmente, se presenta el capítulo de la discusión en el que se revisará el cumplimiento de los objetivos y se hacen recomendaciones adicionales.

II Planteamiento y propósito

2.1 Planteamiento del problema

El riesgo suicida es un problema que siempre ha sido objeto de estudio del ser humano, con diferencias de acuerdo a las características propias del entorno sociocultural y económico.

A nivel mundial, en base a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Septiembre de 2004, se encontró que el suicidio se ha convertido en un grave problema de salud pública a escala global debido a que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, encontrando que casi un millón de personas se quitan la vida al año, con unos costos económicos que se elevan a varios miles de millones de dólares, por lo que estableció al día 10 de Septiembre como "Día mundial para la prevención del suicidio"; en el 2009 la OMS señaló en un comunicado de prensa a través de la ONU que cerca de 3.000 personas se suicidan diariamente, y que por cada una que logra quitarse la vida, se registran 20 intentos.^{35,36}

En México, de acuerdo a cifras estimadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en el 2002, en el país se registraron 3160 casos de suicidio, de los cuales el 82.8 por ciento eran hombres y el 17.2 por ciento mujeres, percibiéndose un incremento del 2.3 por ciento respecto al año anterior, y un aumento de 3.3 por ciento en referencia a los casos registrados en 1995.³⁷

Para el año 2009, el INEGI reportó que la entidad federativa donde más suicidios se cometieron fue el Estado de México con un total anual de 421 casos, seguido del Distrito Federal con un total de 371 casos.³⁸

De esta manera, de acuerdo a un estudio realizado por Borges y cols. en 2010, la mortalidad por suicidio ha aumentado lenta pero constantemente en los últimos 40 años, siendo más en el sexo masculino el suicidio consumado y en las mujeres los intentos suicidas.^{39,40}

Siendo esto así, la labor preventiva juega un importante rol; detectar a tiempo los riesgos que, una vez estructurados pueden convertirse en intento suicida y al repetirse, llegar a ser, actos consumados de suicidio.⁴⁰

Como se conoce, existen distintos tipos de tratamiento dirigidos a resolver este conflicto de salud, entre ellos la terapia farmacológica, psicológica, Estimulación Magnética Transcraneal (EMTr) y la eléctrica propiamente, también llamada *Terapia electro-convulsiva* (TEC), la cual es motivo de esta investigación.⁴¹

Con respecto al uso de la TEC, se han realizado distintos estudios con la finalidad de conocer su eficacia en pacientes con alto riesgo suicida, en particular, en aquellos con ideación suicida persistente, encontrándose en distintas ocasiones mejoría en los pacientes luego de que no había existido respuesta ante otro tipo de terapia y cuando se requerían resultados tempranos, presumiblemente debido a que la TEC trata el problema psiquiátrico de base.⁴¹

Existen pocas o escasas evidencias de que la TEC logra efectos benéficos para pacientes con alto riesgo suicida a largo plazo; se han encontrado investigaciones que desapruaban la TEC debido al costo-beneficio de la misma y de la seguridad-beneficio.^{41,42}

Por otro lado, se puede mencionar que los estudios controlados sobre la TEC en el riesgo suicida generalmente tienen una metodología pobre, con falta de controles y diseños inadecuados a decir de Vallejo en 2006, quien menciona de igual forma que, pese a ello, parecen coincidir que la TEC disminuye el riesgo suicida claramente al comparar pacientes con TEC vs placebo a corto plazo; aunque la proporción de suicidios a largo plazo no ha sido establecida en forma contundente.^{41,42}

De esta manera, se plantea como pregunta de investigación:

¿Cuál es el curso de los pacientes tratados con la terapia electro-convulsiva con relación al riesgo suicida luego de al menos 6 meses postTEC?

2.2 Justificación de la investigación

Para el país. Es importante la realización de estudios acerca del riesgo suicida para determinar la situación actual de este grupo poblacional en México, y debido al número creciente de casos y a la morbi-mortalidad asociada.

Conocimiento buscado. A través de esta investigación se buscó conocer en mejor medida el comportamiento de las conductas suicidas a largo plazo en pacientes que recibieron TEC.

Finalidad. Conocer cuál es el curso del riesgo suicida postTEC de aquellos pacientes que presentaban un Trastorno Depresivo Mayor grave por alto riesgo suicida.

Utilidad. Se buscó fortalecer el seguimiento de pacientes luego de la terapia electro-convulsiva, así como la investigación en esta área.

Relevancia social. El impacto social está relacionado con la trascendencia del valor a la vida, y la búsqueda de su preservación, con la finalidad de reducir las tasas de suicidio y por ende, mejorar la salud pública.

2.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar la evolución de los pacientes que fueron tratados con la TEC debido al alto riesgo suicida dentro de un Trastorno Depresivo Mayor, de Marzo de 2006 a Junio de 2012; y buscar posibles factores asociados a la recurrencia de conductas suicidas.

Objetivos específicos

a) Determinar la proporción de pacientes tratados con la terapia electro-convulsiva indicada por alto riesgo suicida dentro de un Episodio Depresivo Mayor en comparación con el total de pacientes tratados con la TEC.

- b) Determinar la tasa de recurrencia de la depresión en pacientes que fueron tratados con la TEC.
- c) Determinar la tasa de recurrencia de las conductas suicidas en pacientes tratados con la TEC por alto riesgo suicida.
- d) Identificar posibles asociaciones entre rasgos o trastornos de personalidad luego de la TEC y la recurrencia de conductas suicidas.
- e) Identificar posibles asociaciones entre rasgos o trastornos de personalidad luego de la TEC y la recurrencia de episodios depresivos mayores.
- f) Establecer la asociación entre la recurrencia de conductas suicidas postTEC, el apego a tratamiento y el número de consultas subsecuentes asistidas.

2.4 Propósito de la investigación

La presente investigación hace una descripción de la dimensionalidad del riesgo suicida posterior a la administración de la terapia electro-convulsiva y su asociación con posibles factores de riesgo de recurrencia de conductas suicidas; de ésta forma, se pretendió dar a conocer datos que apoyen el pronóstico en este grupo de pacientes, para luego identificar medidas de prevención para disminuir el riesgo suicida.

III Método

3.1 Tipo de estudio y clasificación utilizada

De acuerdo a la clasificación de Feinstein⁴³ se trató de un estudio de tipo retrospectivo, retrolectivo, longitudinal y observacional.

3.2 Participantes

Se incluyeron a pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INPRF), que fueron tratados durante su hospitalización con la terapia electro-convulsiva con diagnóstico de Episodio depresivo mayor grave con ideación suicida persistente (alto riesgo de suicidio), dentro de un Trastorno depresivo mayor en el periodo de Marzo de 2006 a Junio de 2012.

De acuerdo a la base de datos del INPRF en forma anual, se aplica la TEC a 50 pacientes aproximadamente, con un total de 257 pacientes en el periodo antes mencionado; de estos, un porcentaje importante había presentado alto riesgo suicida en torno a un Episodio Depresivo Mayor y el resto, cursaron con otros trastornos psiquiátricos graves (Tabla 3).

3.3 Criterios de inclusión

- a) Pacientes que acudieron a sus consultas subsecuentes luego de ser tratados con la TEC.
- b) Pacientes del INPRF que firmaron su consentimiento informado para participar en el estudio.
- c) Pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor grave con alto riesgo suicida dentro de un Trastorno depresivo mayor.
- d) Pacientes de ambos géneros que recibieron la TEC en alguna hospitalización en el INPRF durante el periodo de Marzo de 2006 a Junio de 2012.

3.4 Criterios de exclusión

- a) Pacientes que fueron tratados 6 meses antes de la investigación en otras unidades hospitalarias por medio de la TEC.
- b) Pacientes tratados previamente con otros tratamientos no farmacológicos o alternativos excepto la estimulación magnética transcraneal.
- c) Pacientes que contaron para el momento de la investigación o para el momento de la TEC con diferentes diagnósticos psiquiátricos como Esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, Episodios depresivos mayores resistentes al tratamiento sin ideación suicida persistente, Trastorno bipolar y Trastorno obsesivo-compulsivo que pudieran influir en la evolución del cuadro afectivo.
- d) Pacientes que presentaron síntomas disociativos para el momento de la TEC.

3.5 Variables

Tabla 1. Variables

Datos obtenidos	Variable	Tipo de variable
Historia de intentos suicidas posTEC (recurrencia de conductas suicidas)	Presencia de intento suicida.	Nominal (SI, NO)
	Días transcurridos desde el intento suicida con la TEC índice.	Dimensional (1, 2...)
Historia de EDM posTEC (recurrencia de episodios depresivos mayores)	Presencia la recurrencia de EDM	Nominal (SI, NO)
	Días transcurridos desde la recurrencia de EDM con la TEC índice.	Dimensional (1, 2...)
Trastorno de personalidad	SCID-II ⁴⁴	Para cada Trastorno Dimensional (SI, Rasgos, NO)
Seguimiento del tratamiento		
<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas 	Relación de las consultas asistidas	Razón

	sobre el total de las programadas	
• Número de rehospitalizaciones	Número de veces que ingresó al hospital	Ordinal (1,2,3...)
• Necesidad de nueva TEC	Número de TEC posterior	Nominal (SI, NO)

3.6 Instrumentos de medición

Tabla 2. Instrumentos de medición por objetivo

Objetivos	Instrumentos de medición
Determinar la proporción de pacientes a quienes se administró la terapia electroconvulsiva indicada por alto riesgo suicida en un lapso de tiempo específico en relación a los pacientes totales tratados con TEC.	Base de datos del INPRF de TEC en pacientes hospitalizados.
Determinar la tasa de recurrencia de la sintomatología depresiva en pacientes que fueron tratados con la TEC.	Entrevista MINI ⁴⁵ apartado para depresión. Escala de Hamilton depresión.
Determinar la tasa de recurrencia de las conductas suicidas en pacientes tratados con la TEC por alto riesgo suicida.	Escala de tentativa de suicidio ⁴⁶ Escala de ideación suicida ⁴⁷ Escala de Pierce para intento suicida ⁴⁸ Suicidal Behaviors Questionnaire SBQ-IV ⁴⁹ Expediente clínico.
Identificar posibles asociaciones entre rasgos o trastornos de personalidad luego de la TEC y la recurrencia de conductas suicidas.	SCID-II ⁴⁴
Identificar posibles asociaciones entre rasgos o trastornos de personalidad luego de la TEC y la recurrencia de episodios depresivos mayores.	SCID-II ⁴⁴
Establecer la asociación entre la recurrencia de conductas suicidas	Escala de adherencia al tratamiento

postEC, el apego a tratamiento y el número de consultas subsecuentes acudidas. SMAQ^{50,51} Expediente clínico.

3.7 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Entrevista MINI

Es una entrevista diagnóstica estructurada heteroaplicada, de corta duración, que explora, orienta y diagnostica los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSMIV y la CIE-10, ambos sistemas de clasificación de enfermedades mentales.

La MINI se divide en módulos, identificados por letras correspondientes a una categoría diagnóstica. En el inicio de cada una de estas partes, se presenta un marco con preguntas clave para filtrar y agilizar la aplicación que determinan los principales criterios diagnósticos para cada trastorno. Al final se verifica si se cuenta con los criterios que determinen un trastorno en específico; de ésta entrevista se ha realizado una versión en inglés, así como en otros 32 idiomas, incluyendo una versión en castellano, encontrándose como autores a Ferrando y cols., misma que ha sido validada en población con habla hispana de la traducción de la versión en inglés.^{52,53}

En México, la entrevista MINI ha sido empleada en distintos centros de atención psiquiátrica, así como en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" en pacientes deprimidos hospitalizados.⁵⁴

Escala de depresión de Hamilton

Se trata de una escala heteroaplicada que fue diseñada inicialmente en el idioma inglés para ser utilizada en pacientes diagnosticados con anterioridad de depresión siendo utilizada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios en el tiempo. Ésta se evalúa con la información obtenida durante la entrevista clínica.^{55,56}

La validación de la versión castellana de la escala fue realizada en 1986.⁵⁷ Se han realizado diferentes estudios de validaciones para comprobar la fiabilidad y sensibilidad al cambio.^{57,58,59} Para cada acierto se cuenta con hasta cinco posibles respuestas con puntuaciones de cero a dos ó cero a cuatro, calificando como sujeto sin depresión a aquella persona con una puntuación total de cero a siete puntos⁶⁰.

En México, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" se ha desarrollado una guía clínica para el manejo de la depresión en la que menciona que luego de la realización del diagnóstico de depresión es necesario determinar la gravedad del episodio depresivo y para ello es útil el empleo de la escala de depresión de Hamilton, así como para el seguimiento de los pacientes.⁶¹

Escala de tentativa de suicidio (Suicide Intent Scale)

Es una escala heteroaplicada que cuantifica la gravedad de la conducta suicida, de esta forma, su uso está indicado tras un intento de suicidio.⁴⁶

Debido a la forma en que se dirige, es útil para evaluar características verbales como no verbales de la conducta ya sea previa o posterior al gesto o intento de suicidio. Posee 15 ítems que se califican con una escala del cero al dos según la intensidad con un total de cero a 30 puntos. Misma que se divide en dos partes, la primera del inciso uno al ocho que abarca el contexto del intento, la preparación del mismo y posibles intervenciones principalmente, y la segunda que involucra del inciso nueve al 15, parte que es autoinformada buscando describir la percepción acerca de la letalidad y expectativas per se.⁶²

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la escala se tiene que con puntajes inferiores a seis, indican bajo riesgo de suicidio, un puntaje de 10 indica riesgo moderado y por encima de 16 sugiere riesgo suicida alto. Ésta escala ha demostrado alta consistencia y adecuada confiabilidad interevaluadores.⁶³

Existe una versión de la SIS adaptada y validada en una muestra de habla hispana.⁶⁴ De igual manera, recientemente en España en 2011 fue empleada para la realización de un estudio que tenía como objetivo, valorar el acuerdo entre-examinadores de un instrumento de evaluación del riesgo suicida utilizando las valoraciones de múltiples observadores en una sola sesión, con validez interevaluadores del 67 al 97 por ciento.⁶⁵

Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation)

Es una escala heteroaplicada que tiene como finalidad cuantificar y evaluar a través de una entrevista semiestructurada la intensidad de la ideación suicida en forma transversal y longitudinal retrospectiva; posee un total de 21 puntos a tratar subdivididos en la actitud hacia el proceso vida-muerte, la ideación suicida por sí misma, las características de la tentativa y la planeación. Ha sido estudiada en distintas evaluaciones encontrando adecuada confiabilidad interevaluadores y validez concurrente, con adecuada validez predictiva.⁶²

Así como las escalas antes mencionadas, existe una versión en español recientemente validada. En México, se reportó una confiabilidad con una kappa de 0.93.⁶⁶

Escala de Pierce para intento suicida

Esta escala se aplica a través de un cuestionario de 12 reactivos entrevistando al paciente y a su acompañante; de ser posible debe ser administrada por un médico para determinar la gravedad del intento de suicidio; puede ser realizada para eventos actuales o retrospectivos con la finalidad de determinar la gravedad de cada intento de suicidio y así encontrar el riesgo para intentos de suicidio posteriores.

Consta de tres partes fundamentales que son la evaluación de la circunstancia del intento suicida, la autoevaluación del evento y el riesgo médico del evento. Consta de valores que van del cero al dos para cada reactivo.⁶⁷

Los resultados se evalúan de la siguiente forma: de cero a tres, riesgo suicida bajo; de cuatro a 10, riesgo suicida mediano; de 10 o más, riesgo suicida grave. En 1981, se demostró la validez predictiva de los intentos de suicidio relacionados con puntajes elevados.⁶⁷

En México, en el año 2010, se realizó una investigación por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el servicio de urgencias de un hospital con la finalidad de determinar el riesgo de recurrencia de pacientes que habían realizado intentos de suicidio; se utilizó la escala de Pierce encontrando la posibilidad de que esta escala resulte un instrumento útil para evaluar el riesgo de un nuevo intento suicida en población mexicana.⁶⁸

Cuestionario de Conductas Suicidas IV (Suicidal Behaviors Questionnaire, SBQ-IV)

Es un autoreporte de pensamientos y conductas suicidas del que surgió una versión abreviada en 1988 por Cole, que consiste en cuatro preguntas usando la escala tipo Likert para medir la frecuencia de la ideación suicida, la comunicación hacia otros de los pensamientos suicidas, los intentos suicidas previos y las expectativas suicidas, con puntajes que van del tres al 18; encontrando como parámetro predictor de alto riesgo para realizar un intento suicida un valor mayor a ocho.

Se ha encontrado que posee una consistencia interna adecuada en muestras clínicas y no clínicas, y alta confiabilidad test-retest de hasta dos semanas intertest.⁶⁹

En México, este cuestionario ha sido traducido y validado en Guadalajara con adecuada validez predictiva.⁷⁰

SCID-II Cuestionario de personalidad

Es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos de Eje II (trastornos de personalidad), de forma tanto categórica (presente o

ausente) como dimensional (número de criterios positivos). Puede ser utilizada para asegurar un diagnóstico más fiable y preciso en distintos centros de asistencia y en la investigación clínica; se han realizado distintos estudios para valorar la confiabilidad por medio de evaluaciones test-retest con diferentes intervalos de tiempos,⁷¹ junto con un observador presente,⁷² así como junto con audiocintas.⁷³

En un estudio reciente se buscó la validez y la confiabilidad del SCID-II, fue realizado a través de la técnica de más de un observador en 1997 encontrando una confiabilidad importante con una kappa para todos los diagnósticos en el Eje II entre 0.65 y 0.98.⁷⁴

De igual forma, surgió una versión en castellano, misma que fue validada en 2001 por Pérez-Prieto.⁷⁵

En México, esta entrevista ha sido empleada para su uso clínico y en la investigación como lo ha sido para diagnosticar trastornos de personalidad y estos relacionarlos con determinado riesgo suicida.⁷⁶

Escala de adherencia al tratamiento SMAQ

También llamada Test de cumplimiento SMAQ, inicialmente fue desarrollado para conocer el cumplimiento en la medicación en pacientes que padecen Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), validándose por primera vez en población española; dicho test es una variación del test Morisky-Geen, mismo que ha sido útil como estructura de otras escalas.⁷⁷

El test de cumplimiento de SMAQ desde que fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades, principalmente las de tipo crónicas.^{78,79}

Este test consiste en seis preguntas con la finalidad de conocer si el paciente tratado en forma longitudinal presenta adecuado apego al tratamiento farmacológico; el cuestionario es dicotómico, por tanto, cualquier respuesta en el sentido de no cumplimiento se considera incumplimiento.⁷⁹

3.8 Procedimiento

Se realizó una base de datos a partir de las libretas de reporte de TEC administrados en el periodo de Marzo de 2006 a Junio de 2012 para conocer los diagnósticos de los pacientes tratados con la TEC para determinar la proporción de pacientes tratados por Episodios depresivos mayores graves con alto riesgo suicida en relación al total de pacientes tratados.

Se elaboraron carteles incluyendo los criterios de inclusión y exclusión de la investigación para que los médicos de la institución conocieran el proyecto y así, éstos pudieran invitar a los pacientes a ser parte de la investigación.

Los pacientes una vez invitados por sus médicos tratantes a formar parte de la investigación firmaron su consentimiento informado.

Se les explicó a los pacientes el fin de la investigación, los riesgos, entre otros y se procedió a la realización de una entrevista por medio de las escalas e instrumentos antes mencionados; también con autorización de los pacientes se revisaron sus expedientes para corroborar la información y evitar sesgos de memoria.

Una vez terminadas las entrevistas y la obtención del total de la información, se procedió a generar una base de datos para su posterior análisis estadístico.

3.9 Análisis estadístico

Se realizaron frecuencias, comparaciones de medias y curvas de sobrevivencia por medio del procedimiento de Kaplan-Meier, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba exacta de Fisher para la búsqueda de correlaciones.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 18.0.

3.10 Consideraciones éticas

Como se mencionó anteriormente, cada paciente incluido en el estudio, previo a ser entrevistado, aceptó su participación por medio de su consentimiento informado (Anexo A).

A cada paciente se le designó un folio numérico con fines de confidencialidad.

Y debido a que se trató de un estudio en el cual se emplearon cuestionarios en forma de escalas y entrevistas a individuos en los que no se manipuló la conducta del sujeto, se trató de una investigación con riesgo mínimo.

La investigación fue aprobada por el comité de Ética de la Institución.

IV Resultados

La proporción de pacientes a quienes se les administró la TEC indicada por alto riesgo suicida dentro de un Episodio Depresivo Mayor en comparación con el total de pacientes tratados con la TEC fue del 51.4% (n=132); el 2.72% (n=7) del gran total tuvieron una presentación comórbida con el Trastorno obsesivo compulsivo, el 1.56% (n=4) con la Esquizofrenia paranoide crónica y el 1.17% (n=3) con el Trastorno por estrés postraumático. El 45.91% de los pacientes (n=118) fue tratado con la TEC en relación con un EDM grave por alto riesgo suicida sin otras aparentes comorbilidades; no se incluyeron a aquellos con episodios depresivos dentro de un Trastorno bipolar, esquizoafectivo o en estudio. (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes tratados con TEC (n=257)-(Marzo de 2006 a Junio de 2012)

No.	Trastornos psiquiátricos definidos	Porcentaje
118	Episodio depresivo mayor (EDM)*	45.91%
54	Trastorno bipolar**	21.01%
18	Esquizofrenia paranoide crónica***	7.00%
10	Trastorno esquizoafectivo	3.89%
6	Catatonía	2.33%
3	Trastorno psicótico por sustancias	1.17%
1	Trastorno delirante	0.39%
210	Total	81.71%
No.	Trastornos psiquiátricos en estudio (síndromes)	Porcentaje
14	Trastorno afectivo y psicótico en estudio	5.45%
11	Trastorno psicótico en estudio	4.28%
2	Trastorno ansioso no especificado (probable Trastorno de angustia)	0.78%
27	Total	10.51%
No.	OTROS	Porcentaje
7	Trastorno obsesivo compulsivo comórbido con EDM grave	2.72%
5	Episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos	1.95%
3	Trastorno estrés postraumático comórbido con EDM grave	1.17%
5	Trastorno no especificado	1.95%
20	Total	7.78%

* Probable TDM grave por riesgo de suicidio

** Episodios depresivos y de manía graves

*** 4 pacientes con EDM grave por riesgo suicida comórbido

De los 257 pacientes tratados con la TEC, continuaron acudiendo para el momento de la investigación 93 pacientes (36.18%); de los cuales, 27 pacientes fueron tratados con la TEC por un episodio depresivo mayor grave por alto riesgo suicida dentro de un trastorno depresivo mayor; 3 de ellos no aceptaron participar en el estudio. La muestra de los pacientes entrevistados fue de 24 (n=27, 88.9%)(Tabla 4).

Los participantes contaban con una edad media de 42 años (20-69 años) al recibir la TEC, 3 de ellos hombres y 21 mujeres

Todos los pacientes incluidos contaban con escalas de Hamilton para depresión a su ingreso hospitalario y a su egreso que constataron mejoría sustancial con remisión de la ideación suicida y remisión del episodio depresivo a través del tratamiento con la TEC.

Durante las entrevistas se encontró que el 33.3% (n=8) de los pacientes estaban cursando con un Episodio Depresivo mayor, 3 de ellos con depresión grave, 3 moderada y 2 en remisión parcial; de estos pacientes, 3 cursaban con alto riesgo suicida y 3 con moderado riesgo.

De los pacientes entrevistados con depresión grave por alto riesgo de suicidio, uno se encontraba en una nueva hospitalización y los otros 2 se canalizaron al servicio de Atención psiquiátrica continua (APC) del INPRF para su revaloración y manejo.

A aquellos pacientes con depresión moderada con moderado riesgo suicida y depresión en remisión parcial, se les realizaron ajustes farmacológicos a través de sus médicos tratantes vía consulta externa luego de descartar ideación suicida para ese momento y conductas de riesgo recientes

A todos los pacientes se les indicó tratamiento farmacológico postTEC por medio de antidepresivos, benzodiacepinas y antipsicóticos con diversos ajustes en distintos momentos del seguimiento en relación al efecto dosis/respuesta

Tabla 4. Pacientes que continuaban acudiendo para el momento de la investigación (n=93)

No.	Trastornos psiquiátricos definidos	Porcentaje
30	Episodio depresivo mayor (EDM)*	32.26%
27	Trastorno bipolar	29.03%
9	Esquizofrenia paranoide crónica**	9.68%
6	Trastorno esquizoafectivo	6.45%
3	Catatonía	3.23%
1	Trastorno delirante	1.08%
76	Total	81.72%
No.	Trastornos psiquiátricos en estudio (síndromes)***	Porcentaje
6	Trastorno psicótico en estudio	6.45%
5	Trastorno afectivo y psicótico en estudio	5.38%
1	Trastorno ansiedad no especificado (probable trastorno de angustia)	1.08%
12	Total	12.90%
No.	OTROS	Porcentaje
4	Trastorno obsesivo compulsivo comórbido con EDM grave	4.30%
1	Episodio depresivos mayor grave con síntomas psicóticos	1.08%
5	Total	5.38%

* 1 resultó con diagnóstico Trastorno bipolar, 1 Trastorno afectivo y ansioso por sustancias, 1 comórbido con Esquizofrenia, 27 TDM grave por riesgo suicida

** 3 comórbida con EDM grave por alto riesgo suicida

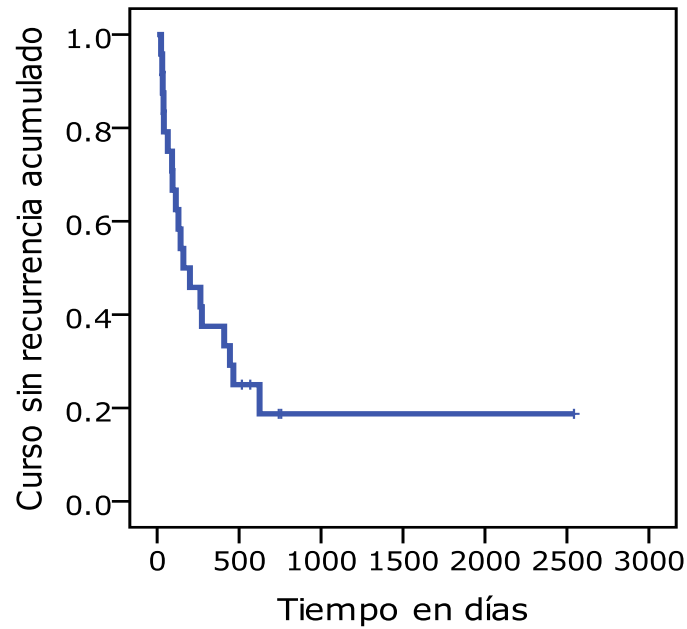
***No se buscó un diagnóstico definido pues no eran motivo de estudio

Se encontró que el 79.2% (n=19) de los pacientes presentaron una recurrencia de episodios depresivos postTEC. La primer recurrencia de Episodio depresivo mayor se presentó a los 24 días postTEC, con una mediana de 130 días postTEC; se observó una tendencia positiva para presentar nuevos episodios depresivos (Gráfica 1).

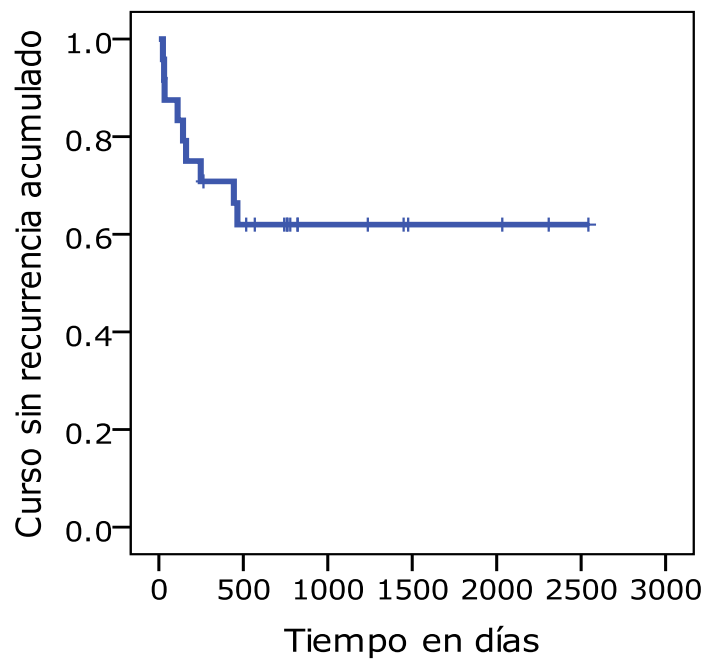
Se determinó la tasa de recurrencia de las conductas suicidas postTEC, encontrando que el 39.5% (n=9) de los pacientes recurrieron en conductas suicidas, con la primer recaída a los 24 días postTEC, una mediana de recaídas a los 143 días. Se mostró una tendencia a la ausencia de recaídas

de conductas suicidas de más del 50% de los pacientes. Se reportó la última recaída a los 465 días postTEC (Gráfica 2).

Gráfica 1. Tiempo sin recurrencia de Episodios depresivos mayores



Gráfica 2. Tiempo sin recurrencia de conductas suicidas



Se encontró que los 24 pacientes entrevistados contaban con al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad identificable, 9 de los cuales recurrieron en conductas suicidas. Se decidió agruparlos inicialmente en clústeres según el Manual DSMIV-TR y posteriormente en rasgos predominantes en torno a rasgos posiblemente involucrados en la recaída de conductas suicidas, observándose que a mayor predominancia de rasgos del grupo B, mayor posibilidad de recurrencia de conductas suicidas. (Gráfica 3)

Pese a lo anterior, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las curvas de sobrevida entre los grupos (B, una combinación entre B y C, BC, y C) y la recurrencia de conductas suicidas (Tabla 5).

Gráfica 3. Clúster de personalidad predominante y la recurrencia de conductas suicidas

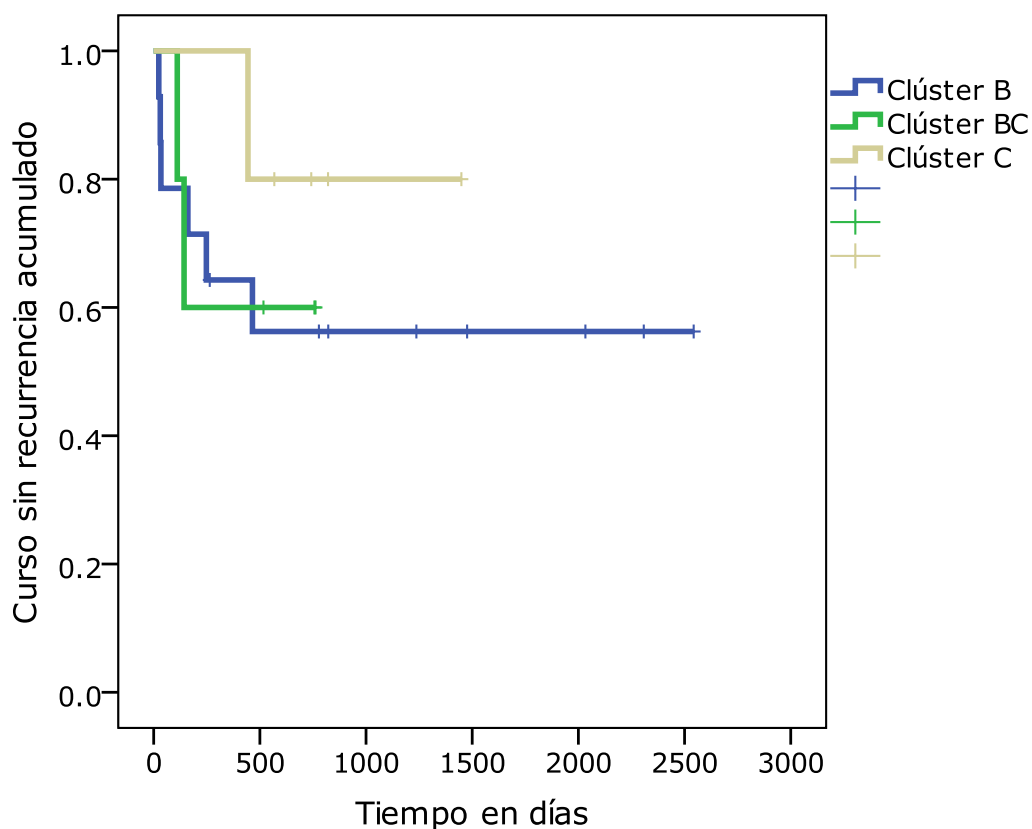
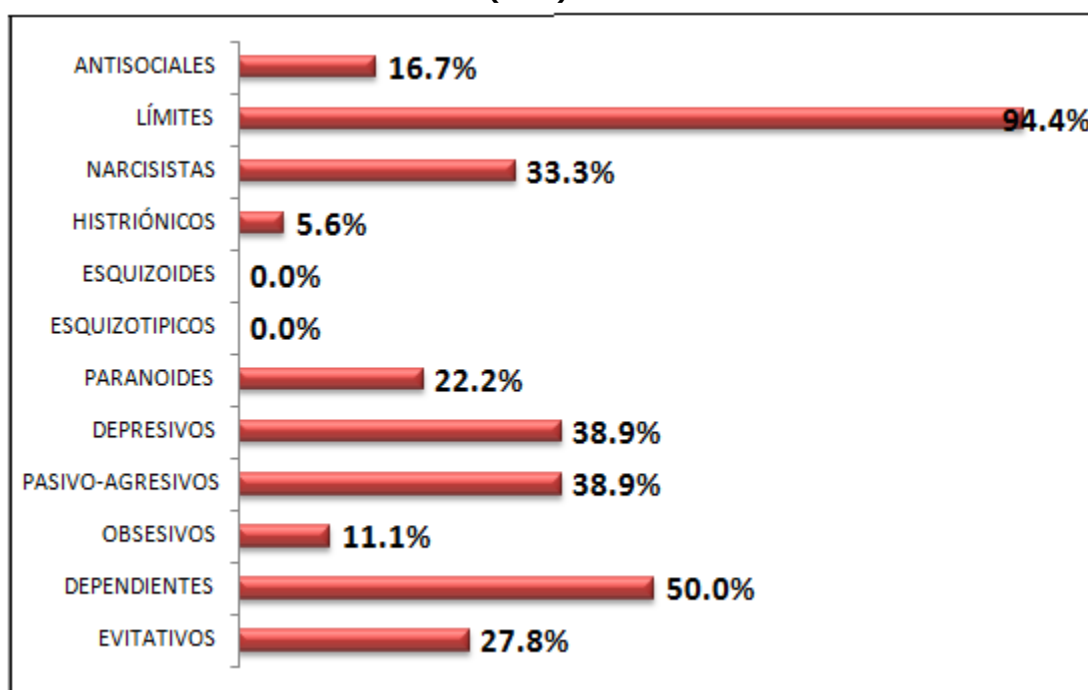


Tabla 5. Comparación por pares entre rasgos del Clúster B, combinación BC (BC) y C presentes y la recurrencia de conductas suicidas

Clúster predominante	B		BC		C	
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P
Log RANK (Mantel-Cox)	B		0.011	0.916	0.959	0.327
	BC	0.011	0.916		0.633	0.426
	C	0.959	0.327	0.633	0.426	

En relación con la distribución por rasgos de personalidad predominantes en los 9 pacientes que presentaron recaída de las conductas suicidas, los rasgos más prevalentes fueron los rasgos límites con un 94.4%, seguido de los rasgos dependientes con un 50.0%, depresivos y pasivo-agresivos con un 38.9% cada uno y narcisistas con un 33.3% (Gráfica 4).

Gráfica 4. Rasgos predominantes de personalidad presentes en los pacientes con recaída de conductas suicidas (n=9)



Del total de rasgos de personalidad se encontraron sólo dos con asociaciones estadísticamente significativas entre los rasgos de personalidad y la recurrencia de conductas suicidas postTEC, y estas fueron los rasgos límites

de personalidad con una significancia de 0.017 y los rasgos obsesivos de 0.033 (Tabla 6).

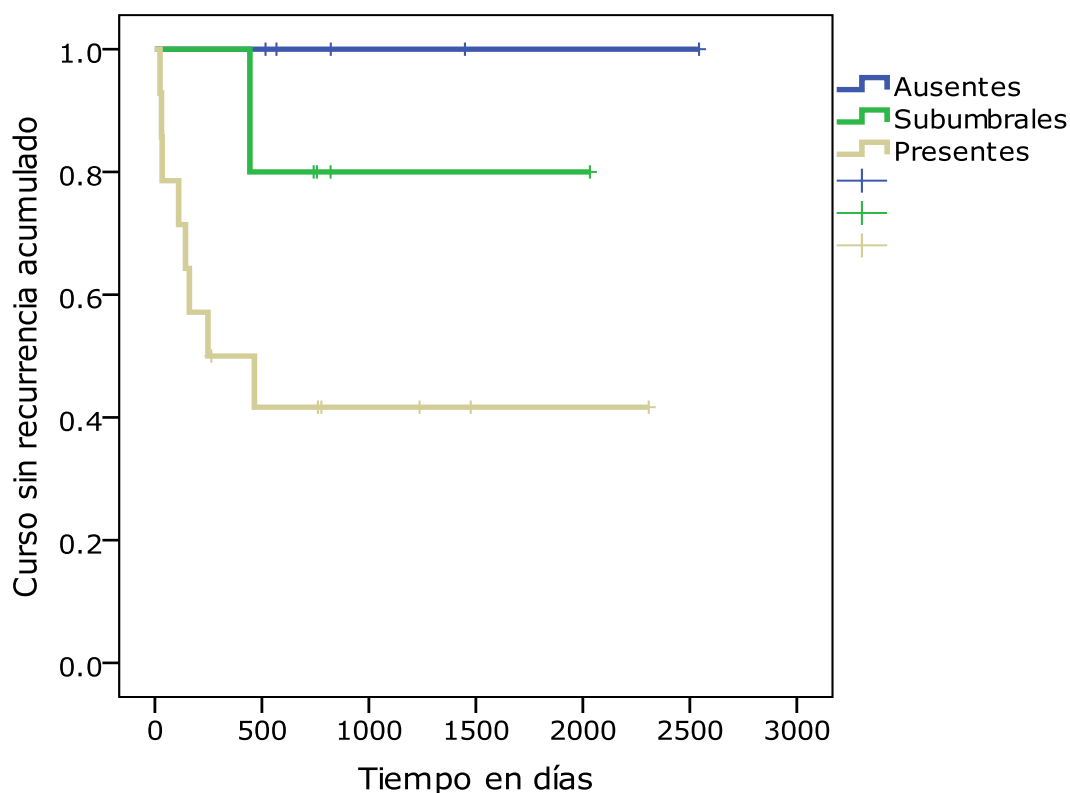
Tabla 6. Significancias entre Rasgos de personalidad predominantes y Recurrencia de conductas suicidas

Log RANK (Mantel-COX)	χ^2	p
Clúster A		
Paranoides	1.649	0.199
Esquizotípicos	NA	NA
Esquizoides	NA	NA
Clúster B		
Narcisistas	0.017	0.895
Límites	5.691	0.017
Histriónicos	0.667	0.414
Antisociales	1.288	0.256
Clúster C		
Dependientes	3.005	0.083
Obsesivos	4.558	0.033*
Evitativos	0.03	0.862
Otros no clasificados en DSMIV-TR		
Depresivos	0.433	0.51
Pasivo agresivos	0.653	0.419

Se buscó dividir a los rasgos de personalidad límite y obsesivos en: ausencia de rasgos, rasgos subumbrales y presencia de rasgos, para lo que se hicieron comparaciones por pares.

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de los rasgos límites ($p < 0.05$), entendiéndose que a mayor predominancia de rasgos límites de personalidad mayor tendencia a la recurrencia de conductas suicidas (Gráfica 5).

Gráfica 5. Rasgos límites ausentes, subumbrales y presentes en la recurrencia de conductas suicidas

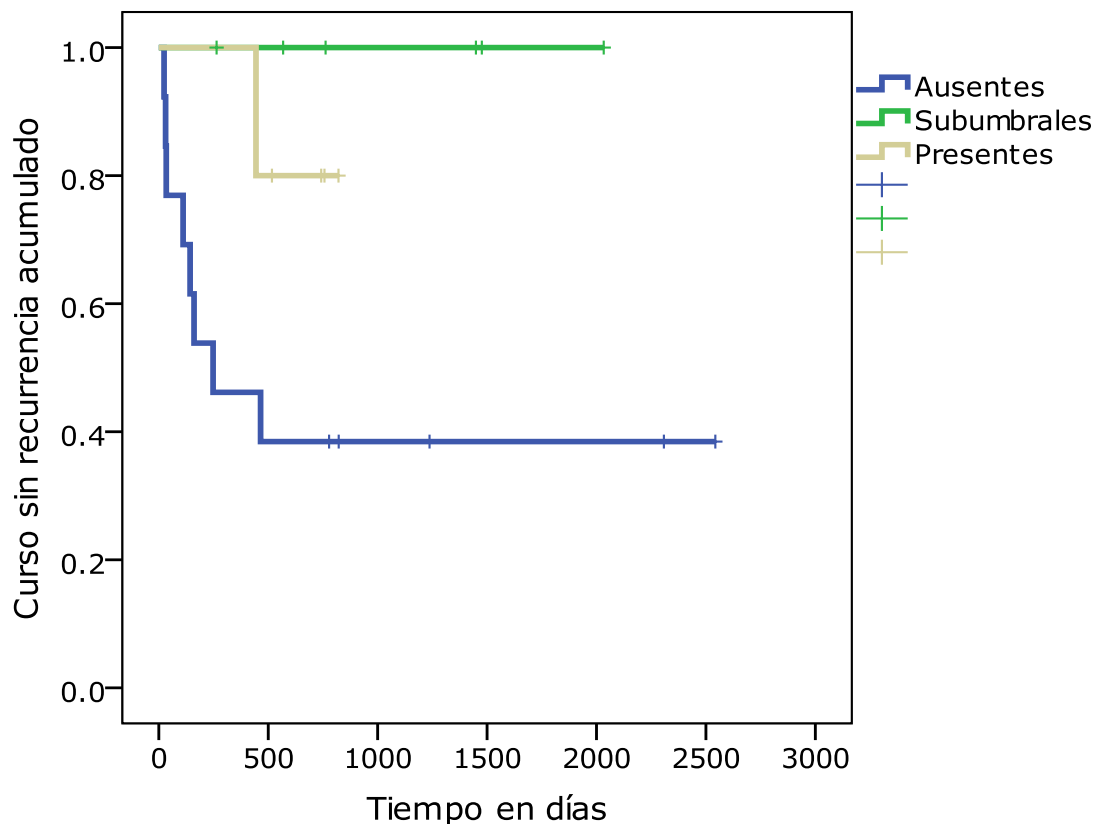


En relación con los rasgos obsesivos de personalidad, se encontró que en la comparación por pares, las curvas mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7), con una tendencia inversa observable en la relación de los rasgos y la recurrencia de conductas suicidas, es decir, a mayor predominancia de rasgos obsesivos menor tendencia a la recurrencia de conductas suicidas (Gráfica 6)

Tabla 7. Comparación por pares entre rasgos ausentes, subumbrales y presentes de tipo obsesivos y la recurrencia de conductas suicidas

Rasgos obsesivos		Ausentes (A)		Subumbrales (S)		Presentes (P)	
		χ_2	p	χ_2	p	χ_2	P
Log RANK (Mantel-Cox)	A			5.177	0.023	2.436	0.119
	S	5.177	0.023			1	0.317
	P	2.436	0.119	1	0.317		

Gráfica 6. Rasgos obsesivos ausentes, subumbrales y presentes en la recurrencia de conductas suicidas



Las prevalencias de los rasgos de personalidad en los pacientes que presentaron recurrencia de episodios depresivos mayores (n=19) postTEC fueron de mayor a menor de tipo límites en el 81.6%, depresivos en el 39.5%, pasivo-agresivos en el 36.8%, narcisistas y dependientes en el 34.2% cada uno (Gráfica 7).

Para encontrar una posible interrelación entre los distintos rasgos de personalidad predominantes y la recurrencia de Episodios depresivos mayores, se agruparon en Clúster B, C, y una combinación entre ambos (BC), encontrando que no existían diferencias significativas entre grupos, (Tabla 8), aunque a través de la expresión gráfica se observó que a mayor predominancia de rasgos del clúster B mayor tendencia a la recurrencia de Episodios depresivos (Gráfica 8).

Gráfica 7. Rasgos predominantes de personalidad presentes en los pacientes con recurrencia de Episodios depresivos mayores (n=19)

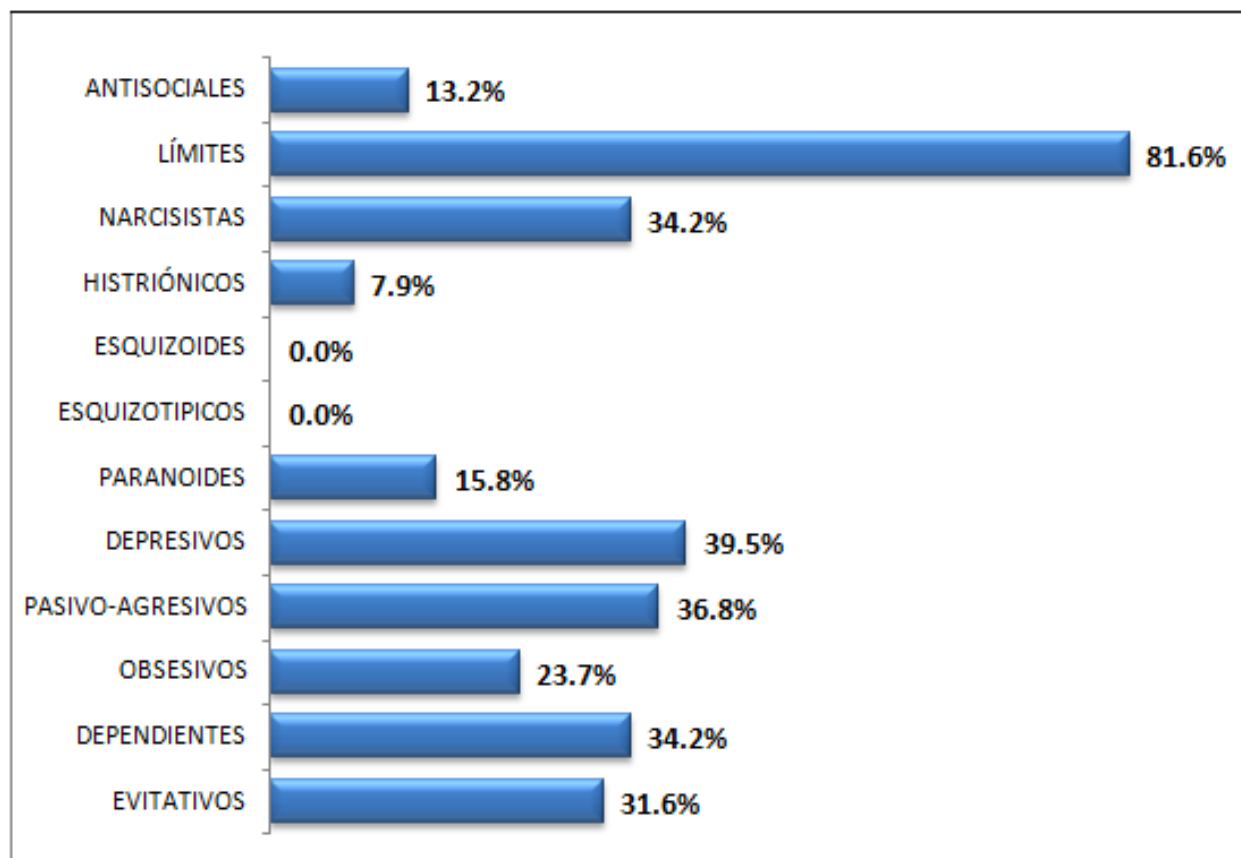
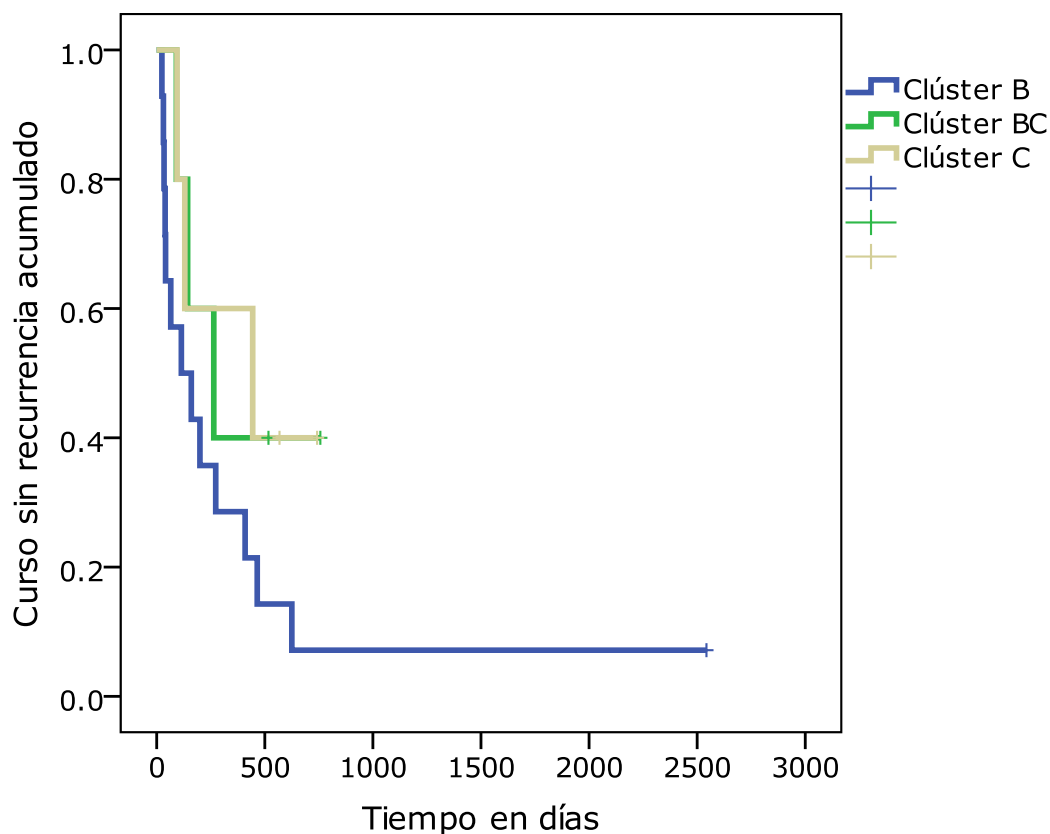


Tabla 8. Comparación por pares entre rasgos del Clúster B, combinación BC (BC) y C presentes y la recurrencia de Episodios depresivos mayores

Clúster predominante	B		BC		C	
	χ^2	P	χ^2	P	χ^2	P
Log RANK (Mantel-Cox)	B		1.48	0.22	1.87	0.17
	BC	1.48	0.22			0.005 0.95
	C	1.87	0.17	0.005	0.95	

Gráfica 8. Clúster de personalidad predominante y la recurrencia de Episodios depresivos mayores



Se buscaron diferencias significativas entre los rasgos de personalidad predominantes por tipo específico y la recurrencia de episodios depresivos mayores encontrando que sólo 3 de ellos tuvieron $p < 0.05$; los rasgos límites (0.011), depresivos (0.019) y pasivo-agresivos (0.05) (Tabla 9),

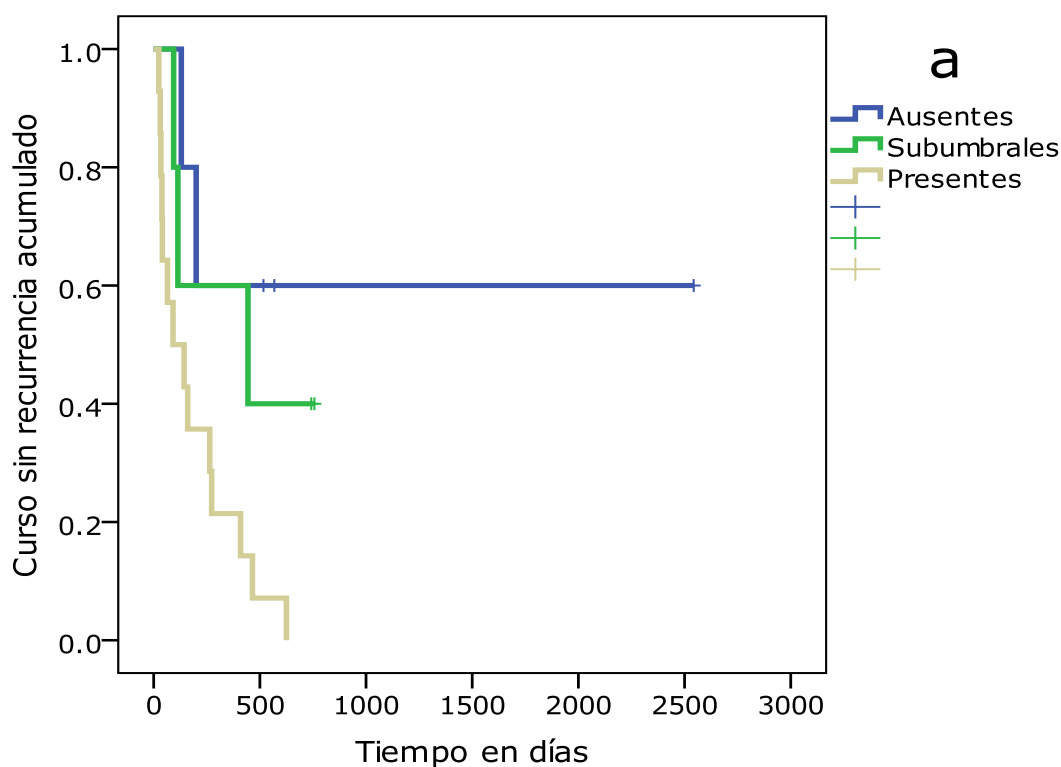
Tabla 9. Significancias entre Rasgos de personalidad predominantes y Recurrencia de Episodios depresivos

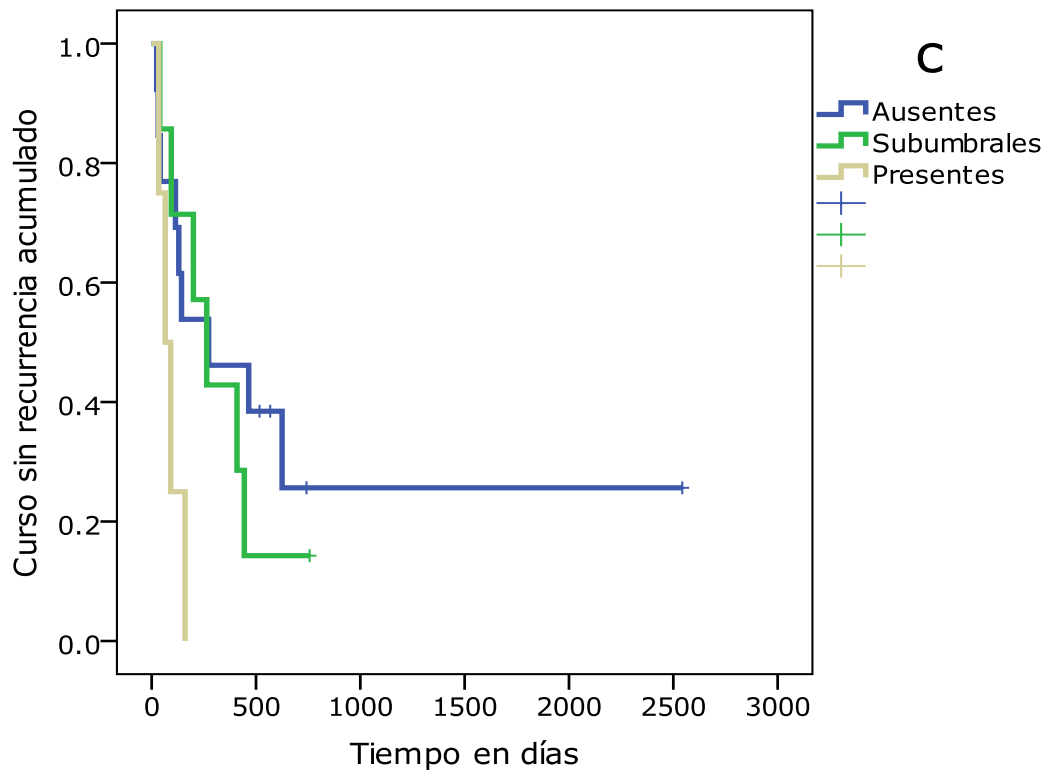
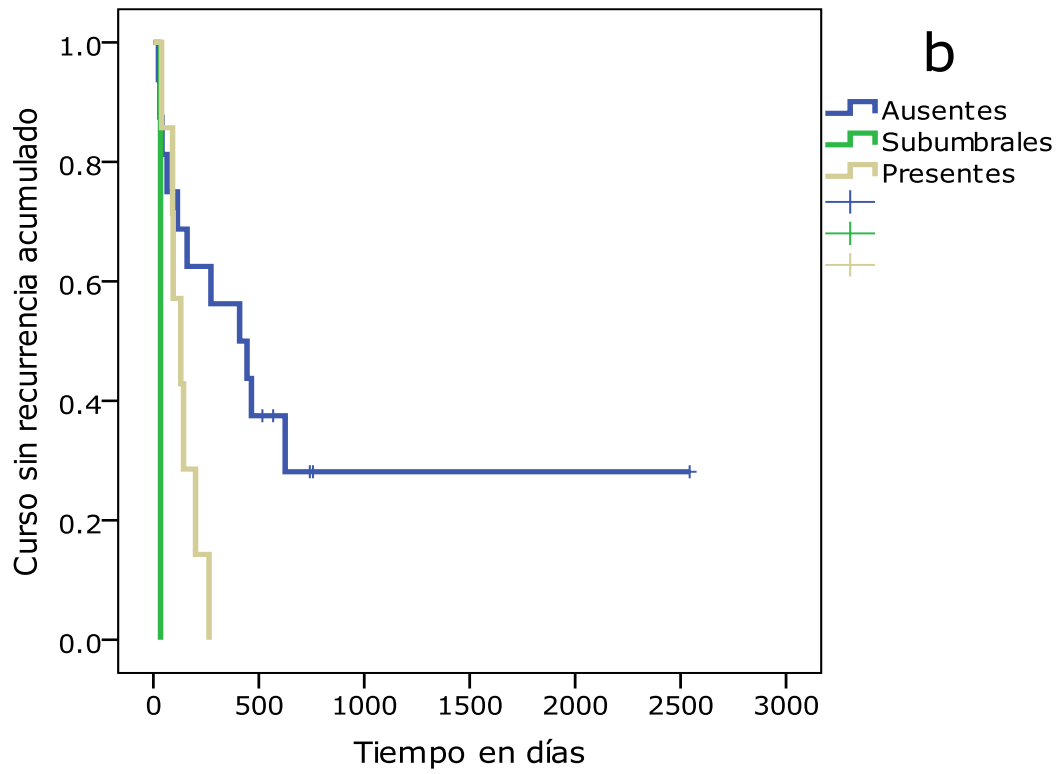
Log RANK (Mantel-COX)	χ^2	p
Clúster A		
Paranoides	1.747	0.186
Esquizotípicos	NA	NA
Esquizoides	NA	NA
Clúster B		
Narcisistas	0.19	0.663
Límites	6.502	0.011

Histriónicos	1.5451	0.214
Antisociales	5.396	0.2
Clúster C		
Dependientes	1.527	0.217
Obsesivos	4.008	0.45
Evitativos	2.082	0.149
Otros no clasificados en DSMIV-TR		
Depresivos	5.542	0.019
Pasivo agresivos	3.746	0.05

Por lo anterior, se decidió agruparlos por rasgos ausentes, subumbrales y presentes para conocer sus tendencias observables, encontrando que a mayores rasgos de personalidad de tipo límites, depresivos y pasivo-agresivos en forma individual mayor tendencia a la recurrencia de Episodios depresivos.

Gráfica 9. Rasgos de personalidad predominantes con significancias estadísticas y la recurrencia de EDM. Rasgos límites (a), depresivos (b) y pasivo-agresivos (c).





Se calcularon las medianas de los días previos a la primer recurrencia de EDM en función al total de pacientes valorados (n=24) y a los distintos rasgos de personalidad, encontrando que la mediana de recurrencia fue de 160 días postTEC, es decir, la mitad de los pacientes para el día 160 postTEC ya habían vuelto a presentar un nuevo Episodio depresivo mayor.

Los pacientes con rasgos pasivo-agresivos, límites, narcisistas y depresivos presentes mostraron una mediana de recurrencia de episodios depresivos menor a 130 días postTEC siendo los más representativos (Tabla 10).

Tabla 10. Medianas sobre el total de pacientes (n=24). Recaída en días postTEC de Episodios depresivos mayores

Rasgos de personalidad	1	2	3
Clúster A			
Paranoides	273	91	NA
Esquizotípicos	NA	NA	NA
Esquizoides	NA	NA	NA
Clúster B			
Narcisistas	143	264	114
Límites	NA	444	91
Histriónicos	114	465	NA
Antisociales	264	65	NA
Clúster C			
Dependientes	273	39	143
Obsesivos	143	130	NA
Evitativos	409	94	143
Otros no clasificados en DSMIV-TR			
Depresivos	409	34	130
Pasivo agresivos	273	264	65
GLOBAL		160	
1= Ausentes			
2= Subumbrales			
3= Presentes			

Las medianas del tiempo en días de la recurrencia Episodios depresivos mayores postTEC (n=19), fue de 130 días; cabe mencionar que fue evidente la tendencia de recaída en los rasgos límites en comparación con el resto de rasgos de personalidad, con un menor número de días libres del padecimiento previo al nuevo EDM postTEC (Tabla 11).

Tabla 11. Medianas. Recaída en días postTEC de Episodios depresivos mayores (n=19)

Rasgos de personalidad	1	2	3
Clúster A			
Paranoides	160	65	NA
Esquizotípicos	NA	NA	NA
Esquizoides	NA	NA	NA
Clúster B			
Narcisistas	91	264	114
Límites	130	114	91
Histriónicos	114	465	NA
Antisociales	143	65	NA
Clúster C			
Dependientes	160	39	94
Obsesivos	65	130	94
Evitativos	41	94	143
Otros no clasificados en DSMIV-TR			
Depresivos	160	34	130
Pasivo agresivos	130	200	65
GLOBAL		130	
1= Ausentes			
2= Subumbrales			
3= Presentes			

La mediana de los días previos a la primer recaída de conductas suicidas postTEC (n=9) fue de 143 días como ya se había mencionado. Aquellos rasgos predominantes en las recaídas tempranas o menores a la mediana fueron los de tipo pasivo-agresivos, depresivos, evitativos, dependientes, límites y narcisistas (Tabla 12).

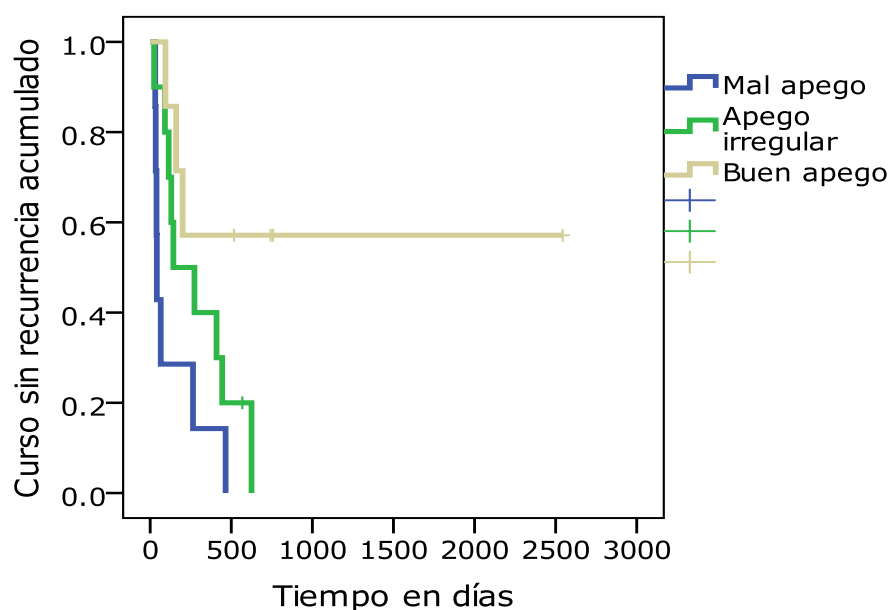
Tabla 12. Medianas. Recaída en días postTEC de conductas suicidas (n=9)

Rasgos de personalidad	1	2	3
Clúster A			
Paranoides	143	111	NA
Esquizotípicos	NA	NA	NA
Esquizoides	NA	NA	NA
Clúster B			
Narcisistas	31	248	34
Límites	NA	444	111
Histriónicos	111	465	NA
Antisociales	111	161	NA

Clúster C			
Dependientes	24	161	111
Obsesivos	111	NA	444
Evitativos	34	248	143
Otros no clasificados en DSMIV-TR			
Depresivos	248	34	143
Pasivo agresivos	31	161	34
GLOBAL		143	
1= Ausentes			
2= Subumbrales			
3= Presentes			

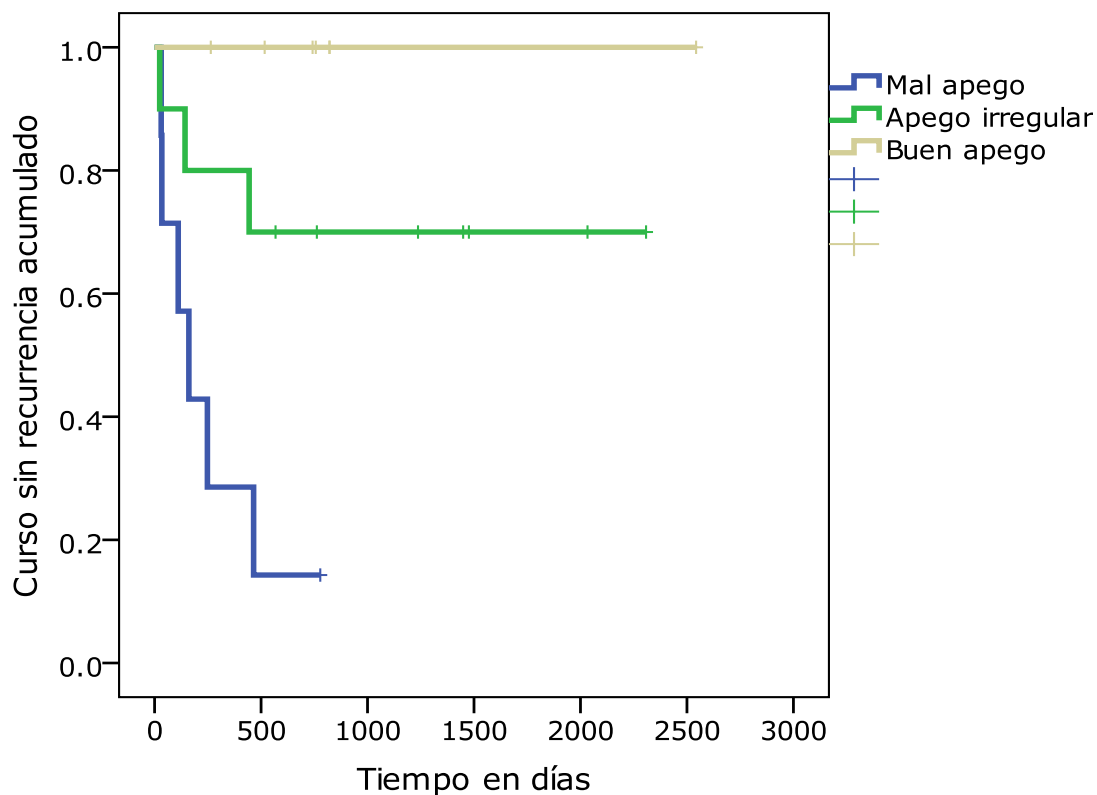
La asociación entre la recurrencia de conductas suicidas postTEC, la recurrencia de Episodios depresivos postTEC y el apego a tratamiento farmacológico, se realizó por medio de la escala de adherencia de SMAQ, que por definición es dicotómica (buen o mal apego); con la intención de una mejor descripción y en búsqueda de una asociación se dividieron los resultados en buen apego con puntajes ≤ 1 (3), apego irregular de >1 a ≤ 3 (2) y mal apego/abandono al tratamiento >3 (1). Se encontró que existía una relación entre el curso sin recurrencia acumulado para Episodios depresivos y para conductas suicidas en torno al apego farmacológico, en ambos casos con una significancia estadística <0.05 . (Gráfica 10 y 11).

Gráfica 10. Apego farmacológico y los Episodios depresivos postTEC



RANK (Mantel-COX)	χ^2	P
Apego Farmacológico postTEC y recurrencia de EDM	8.404	0.004

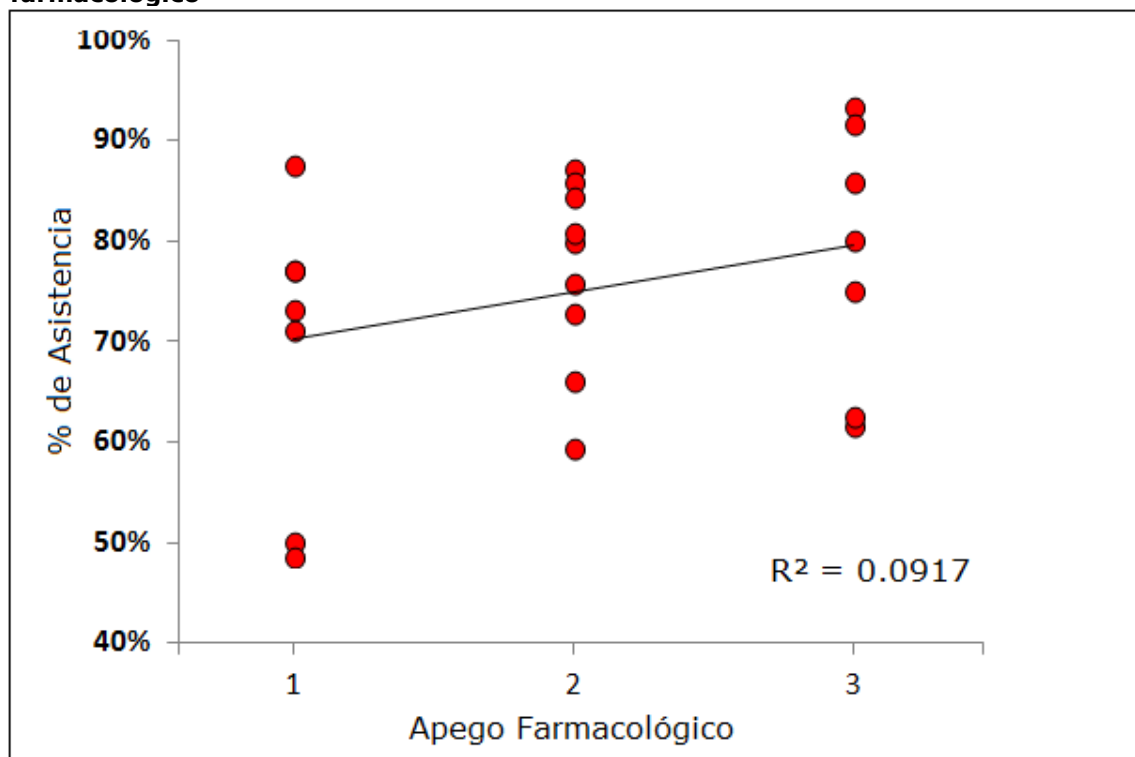
Gráfica 11. Apego farmacológico y la recurrencia de consultas suicidas postTEC



RANK (Mantel-COX)	χ^2	P
Apego Farmacológico postTEC y recurrencia de conductas suicidas	10.694	0.001

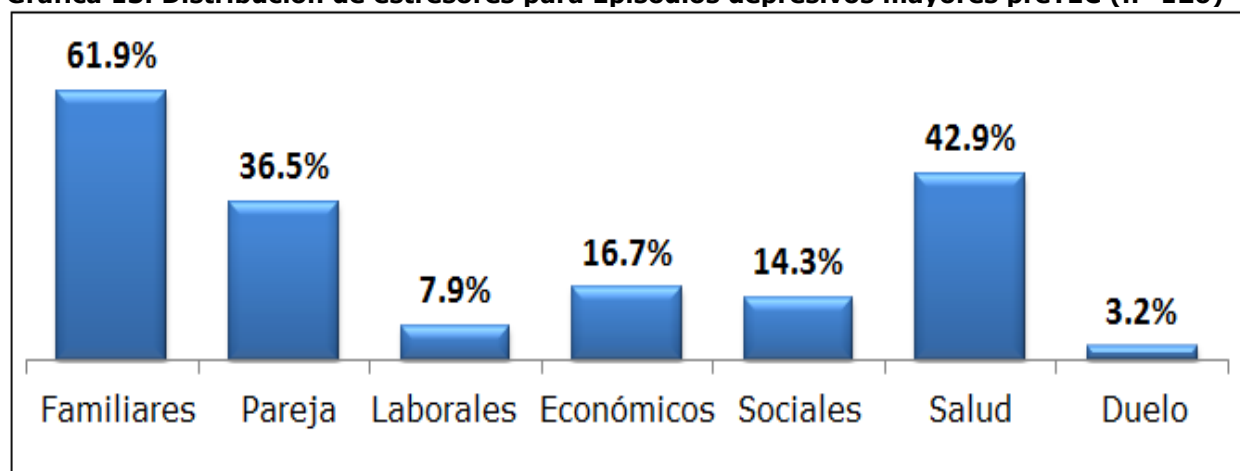
Se determinó la existencia de una correlación entre consultas subsecuentes acudidas y el apego farmacológico, y con esta la posibilidad de recurrencia de Episodios depresivos y conductas suicidas postTEC de forma consecuente, para lo que se buscó el coeficiente de correlación entre el apego farmacológico y la adherencia a consultas subsecuentes, obteniéndose que existe aunque baja una correlación significativa con una $p < 0.05$ (Gráfica 12).

Gráfica 12. Correlación entre % de asistencia a consultas subsecuentes y el apego farmacológico



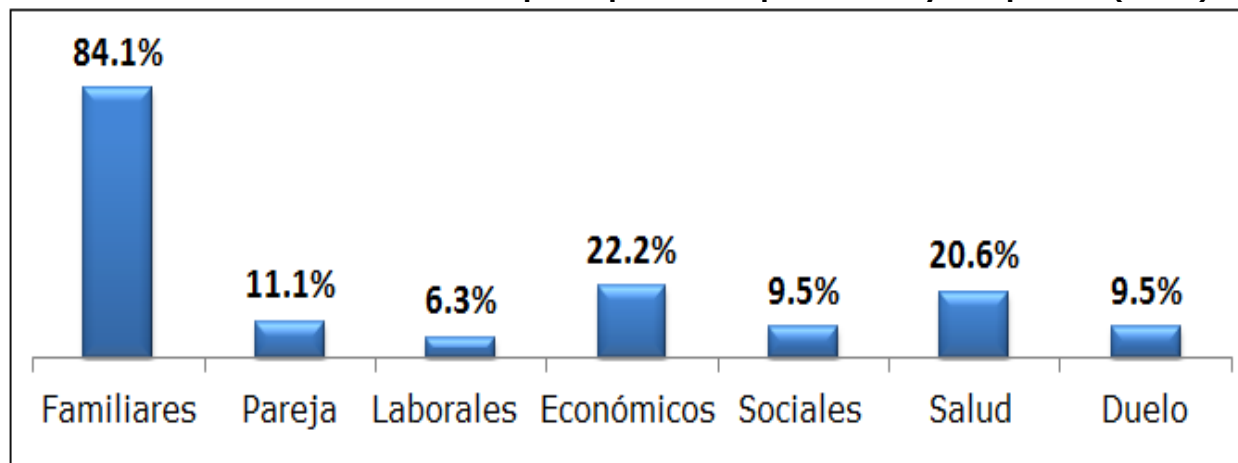
Los porcentajes atribuidos a los distintos estresores en torno a la presencia de Episodios depresivos mayores antes de la TEC (n=126) fueron en orden de mayor a menor frecuencia los estresores familiares (61.9%), de salud (42.9%) y de pareja (36.5%) principalmente (Gráfica 13).

Gráfica 13. Distribución de estresores para Episodios depresivos mayores preTEC (n=126)



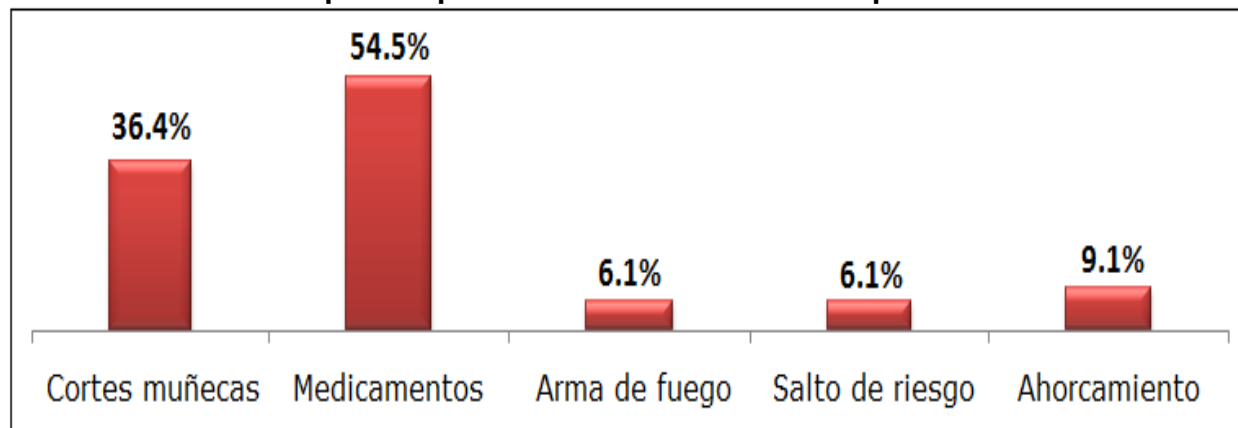
En torno a la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC (n=63), también los estresores familiares se encontraron presentes de forma importante (84.1%), seguidos de los estresores económicos (22.2%) y de salud (20.6%) (Gráfica 14).

Gráfica 14. Distribución de estresores para Episodios depresivos mayores postTEC (n=63)



Se encontró que los métodos más empleados para la recurrencia de conductas suicidas postTEC fueron la sobre ingesta de medicamentos (54.5%) y las lesiones por medio de punzocortantes sobre la región de las muñecas (36.4%) (Gráfica 15).

Gráfica 15. Métodos empleados para nuevas conductas suicidas postTEC



La asociación entre el antecedente de haber sido receptor de violencia física, el antecedente de probable abuso sexual y el antecedente de haber sido receptor de violencia general con la recurrencia de Episodios depresivos postTEC mostró que no se encontraron diferencias significativas a través de la Prueba Exacta de Fisher con una p de 0.358, 0.631 y 0.63 respectivamente (Tabla 13).

Tabla 13. Asociación de antecedentes de violencia con la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC

Antecedente de recepción de violencia física y recurrencia de EDM postTEC			
Fila: Violencia física	0	1	Total general
0	4	10	14
1	1	9	10
Total general	5	19	24
Antecedente de probable abuso sexual y recurrencia de EDM postTEC			
Fila: Abuso sexual	0	1	Total general
0	4	12	16
1	1	7	8
Total general	5	19	24
Antecedente de recepción de violencia en general y recurrencia de EDM postTEC			
Fila: Violencia general	0	1	Total general
0	3	8	11
1	2	11	13
Total general	5	19	24

Las asociaciones entre la recurrencia de conductas suicidas postTEC y el antecedente de recepción de violencia física, el antecedente de probable abuso sexual y el antecedente de recepción de violencia general no mostraron diferencias estadísticamente significativas con una p de 1, 0.178 y 0.422 respectivamente (Tabla 14).

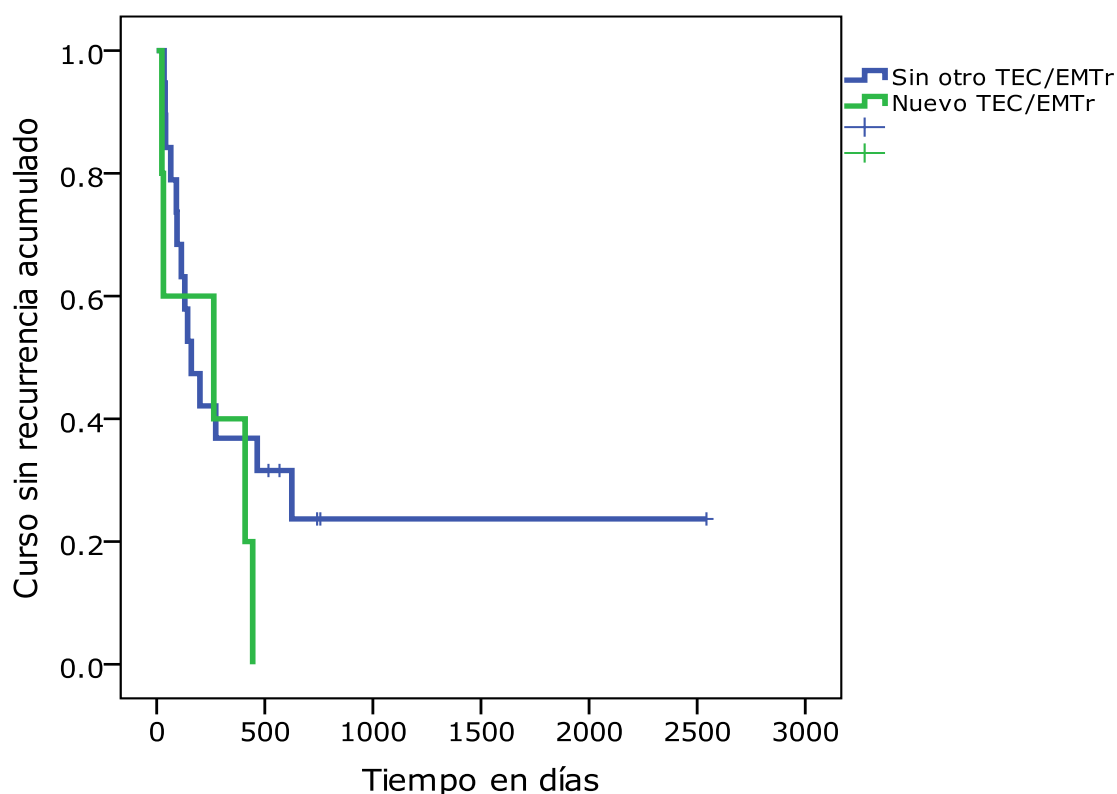
Tabla 14. Asociación de antecedentes de violencia con la recurrencia de conductas suicidas postTEC

Antecedente de recepción de violencia física y conductas suicidas postTEC			
Fila: Violencia Física	0	1	Total general
0	9	5	14
1	6	4	10

Total general	15	9	24
Antecedente de probable abuso sexual y conductas suicidas postTEC			
Fila: Abuso sexual	0	1	Total general
0	12	4	16
1	3	5	8
Total general	15	9	24
Antecedente de recepción de violencia en general y conductas suicidas postTEC			
Fila: Violencia general	0	1	Total general
0	8	3	11
1	7	6	13
Total general	15	9	24

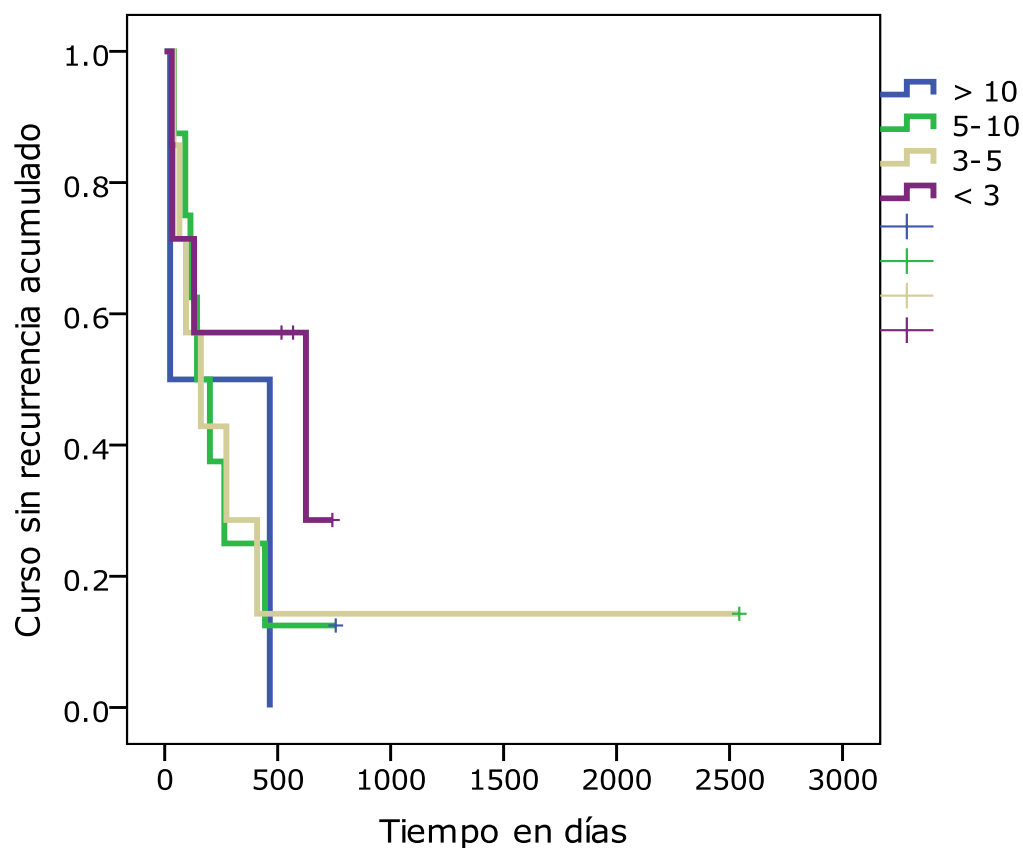
Se encontró que al 21% (5/24) del total de pacientes se les administró un nuevo ciclo de TEC o EMTr en función a la recurrencia de un episodio depresivo mayor que no remitió con farmacoterapia (Gráfica 16).

Gráfica 16. Tiempo libre de recurrencia de Episodios depresivos mayores que requirieron nuevo TEC o EMTr



Por último, la correlación entre el número de Episodios depresivos mayores preTEC y la recurrencia de nuevos Episodios depresivos postTEC, no mostró diferencias significativas, sin embargo, fue observable una correlación clínica. (Gráfica 17)

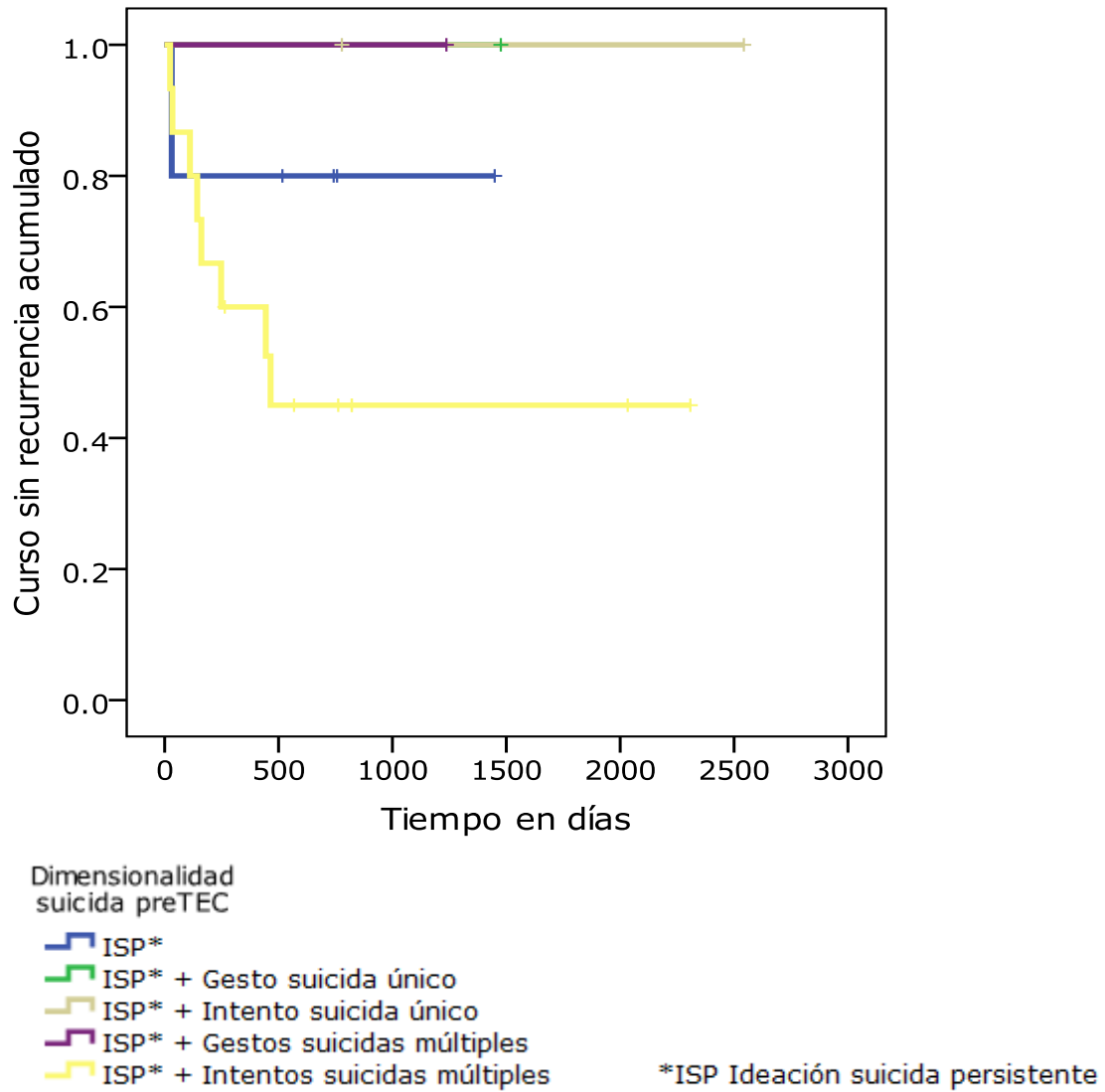
Gráfica 17. Número de Episodios depresivos mayores preTEC y su relación con la recurrencia de Episodios depresivos mayores postTEC



RANK (Mantel-COX)	χ^2	P
No. de EDM preTEC y la recurrencia de EDM postTEC	1.057	0.304

No se encontró una correlación entre tener el antecedente de haber presentado conductas suicidas preTEC y la recurrencia de conductas suicidas postTEC, aunque sí se observó una correlación clínica. (Gráfica 18).

Gráfica 18. Relación entre conductas suicidas preTEC y su recurrencia



RANK (Mantel-COX)	χ^2	P
Las conductas suicidas preTEC y su recurrencia postTEC	2.298	0.130

V Discusión

En la presente investigación se encontró que un alto porcentaje de pacientes es tratado con la TEC por un episodio depresivo mayor grave con alto riesgo suicida (45.91%, N=257); sin embargo, no existen suficientes estudios que se enfoquen en hacer una correlación entre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, en particular la depresión grave, y el uso de la TEC.

Se ha buscado conocer la eficacia de la TEC a largo plazo sin obtenerse resultados concluyentes, aunque se ha mencionado que es frecuente la recurrencia de la sintomatología depresiva con recaídas de hasta el 70% en un lapso de 6 meses, sin presentar necesariamente recurrencia de las conductas suicidas^{80,81,82}, datos que se comparten con el presente estudio en el que se encontró una recurrencia de episodios depresivos de hasta el 80% y de conductas suicidas del 40%.

Existen distintos estudios que han buscado definir predictores de la recurrencia de Episodios depresivos y de las conductas suicidas posterior a ser tratados con la TEC, encontrando entre ellos la presencia de trastornos psiquiátricos comórbidos, incluyendo a los trastornos de personalidad.^{83,84,85,86} En relación a lo anterior, se encontró que todos los pacientes estudiados contaron con al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad.

Se ha descrito en la literatura que los trastornos del Clúster B de personalidad, predominantemente el Trastorno límite, se asocian con mayor riesgo de recaídas de depresión y conductas suicidas,^{87,88,89,90} datos que se evidenciaron en este estudio a través de una tendencia positiva para la recurrencia (conductas suicidas, TLP 94.4%, n=9).

Con respecto al apego farmacológico, se sabe que los pacientes con trastornos psiquiátricos en general recaen continuamente por tratarse muchas veces, de problemas de evolución crónica, de tal modo que se ha relacionado con la recurrencia de los Episodios depresivos a largo plazo hasta en un 75 a 80% en función a un apego inadecuado, y esto, se ha relacionado con mala adherencia a las consultas subsecuentes, datos que mostraron una correlación significativa con una $p < 0.05$ en esta investigación.^{91,92,93}

Se ha buscado determinar en distintos estudios cuáles son aquellos factores psicosociales involucrados en la presencia de Episodios depresivos y de conductas suicidas, encontrando que no existe factor psicosocial determinante, sino una inadecuada adaptación ante el estrés.⁹⁴ Sin embargo, en la muestra estudiada se encontró que los estresores familiares, de pareja y de salud estuvieron presentes frecuentemente en los Episodios depresivos pre y postTEC. (preTEC 61.9%, 42.9% y 36.5%, respectivamente; y postTEC 84.1%, 20.6% y 11.1%, respectivamente).

La prevalencia del uso de métodos para realizar conductas suicidas ha sido mencionada en diferentes estudios, siendo más frecuente encontrar que el sexo femenino emplea métodos suicidas menos letales, más recurrentes y en contexto de impulsividad como es la intoxicación medicamentosa hasta el 70% de las ocasiones; mientras que en el sexo masculino los métodos son con mayor letalidad. En este estudio, los métodos más frecuentemente empleados en la recurrencia de conductas suicidas por los pacientes entrevistados fueron la intoxicación medicamentosa (54.5%) y los cortes superficiales de la piel (36.4%), datos que coinciden con la información ya conocida.^{95,96}

Se ha buscado correlacionar el antecedente de haber sido receptor de violencia en algún momento de la vida con la depresión y las conductas suicidas, encontrándose que todo tipo de violencia puede incrementar el riesgo de presentar tanto episodios depresivos como conductas suicidas.^{95,97,98} Al contrario de lo esperado, en el grupo de pacientes entrevistados, no se encontraron diferencias significativas entre aquellos pacientes con antecedentes de violencia y la recurrencia de Episodios depresivos y conductas suicidas postTEC.

En distintos estudios se ha mencionado que tener el antecedente de varios episodios depresivos tiende a incrementar el riesgo de recaída de nuevos episodios depresivos; en esta investigación, dicha relación se pudo observar aunque sin diferencias estadísticamente significativas.^{99,100,101}

Así mismo, se ha descrito en diversos artículos, que tener el antecedente de haber cometido conductas suicidas confiere mayor riesgo para realizar conductas suicidas en el futuro.^{102,103} Este dato fue de igual forma observado durante la investigación presente, sin embargo, sin correlación estadística.

Para concluir, se puede decir que la recurrencia de conductas suicidas y de Episodios depresivos postTEC no dependen de la efectividad de la TEC a largo plazo únicamente, sino a que el trastorno es multicausal, en el que un adecuado manejo terapéutico podría favorecer para evitar recurrencias.

5.1 Limitaciones del modelo planteado

Para el momento de la investigación se desconocía el número de pacientes tratados con la TEC y sus diagnósticos, lo que dificultó determinar el tamaño de la muestra y valorar otras posibilidades metodológicas.

No se pudieron controlar distintas variables por la naturaleza del estudio de tipo retrospectivo, tales como el tratamiento farmacológico postTEC y evaluaciones intercaladas.

5.2 Recomendaciones

Para conocer el curso del total de pacientes tratados con la TEC en torno al Trastorno depresivo mayor grave por alto riesgo suicida se sugiere realizar una investigación prospectiva y longitudinal, en la que no sólo se conociera el curso de los pacientes que continúan acudiendo a sus citas subsecuentes, sino que se pudiera conocer el curso del trastorno en aquellos pacientes que ya no acuden al seguimiento por consulta externa.

Esta metodología podría ser empleada para la investigación en otro tipo de trastornos con el fin de dar seguimiento a los pacientes y conocer su evolución a corto, mediano y largo plazo.

Referencias

1. Kuruvilla G. Electroconvulsive therapy manual: Licensing, legal requirements and clinical guidelines. A Victorian government initiative 2009; pp. 1-5.
2. Endler NS. The Origins of Electroconvulsive Therapy. *Convulsive Ther* 1988;4(1):413-415i.
3. Rudorfer, MV, Henry, ME, Sackeim, HA. Electroconvulsive therapy. Tasman, J Kay, JA Lieberman (eds) *Psychiatry*, (2 ed) Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2003;7, Ch.92, p.1865:1867.
4. Contarini PI, Ortiz-Frágolae, Fahrer R. Actualización en terapia electroconvulsiva. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría* 1998;10(2):29-34.
5. Accornero F. An eyewitness account of the discovery of electroshock. *Convulsive Ther* 1988;4(1):40-49.
6. Scott AI. The ECT handbook. (2nd ed), The Royal College of Psychiatrists 2005; p. 201-202, ISBN 1-904671-22-5.
7. NICE. Guidance on the use of electroconvulsive therapy. *Technology Appraisal 59*, (National Institute for Clinical Excellence) 2003. ISBN: 1-84257-282-2.
8. Moser CM, Lobato MI, Abreu PB. Evidence of the effectiveness of electroconvulsive therapy in the psychiatric practice. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul (SciELO Brasil)* 2005; vol.27 no.3, ISSN 0101-8108.
9. Adam LA, Crowe RR. Use of ECT in idiopathic intracranial hypertension. *J ECT* 2003;19:234-237.
10. Christopher EJ. Electroconvulsive therapy in the medically ill. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5:225-230.
11. Salaris S, Szuba MP, Traber K. ECT and intracranial vascular masses. *J ECT*. 2000;16:198-203.
12. Perera TD, Lubner B, Nobler MS, Prudic J et al. Seizure expression during electroconvulsive therapy: relationships with clinical outcome and cognitive side effects. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29:813-825.
13. Weiner RD, Coffey E. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. (2nd ed), Washington, DC: American Psychiatric Association 2001.
14. NIH. Consensus conference: electroconvulsive therapy. (National Institutes of Health), *JAMA*. 1985;254:2103-2108.
15. Carney S. Electroconvulsive therapy Recent recommendations are likely to improve standards and uniformity of use. *BMJ Oxford* 2003;326:1343-4.
16. FDA. Guidance for Industry Suicidality: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials: *DRAFT GUIDANCE*. (U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research, CDER), Clinical/Medical Sep 2010, pp. 1-3.
17. RMF. Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality. (Risk Management Foundation) Harvard Medical Institutions, Inc. 1996;1-15.
18. Ferrer-Gómez-del-Valle E, Alvarez-Ariza M, Atienza-Merino G. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I

- Evaluación y Tratamiento. Guías de Práctica Clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Ministerio de Ciencia e Innovación, 2011.
19. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F et al. Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review. The Scottish Government Social Research, 2008; pp. 6-10.
 20. WHO. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, WHO; 2002. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
 21. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
 22. López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2007.
 23. American Psychiatric Association. DSMIV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003.
 24. Singhal A. Electroconvulsive therapy and its place in the management of depression, ECT for depression. Progress in Neurology and Psychiatry 2011;15(1):17-23.
 25. Gibson TB, Jing Y, Smith-Carls G, Kim E et al. Cost Burden of Treatment Resistance in Patients With Depression. Am J Manag Care 2010;16(5):370-377.
 26. Wang PS, Patrick A, Avorn J, Azocar F et al. The Costs and Benefits of Enhanced Depression Care to Employers. Arch Gen Psychiatry 2006;63:1345-1353.
 27. Juurlink DN, Mamdani MM, Kopp A, Redelmeier DA. The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. Am J Psychiatry 2006;163(5):813-821.
 28. Carney S. Electroconvulsive therapy, Recent recommendations are likely to improve standards and uniformity of use. BMJ Oxford 2003;326:1343-1344.
 29. ICSI. Health care guideline: major depression in adults in primary care. (Institute for Clinical Systems Improvement) (10 ed) 2007.
 30. Gagné GG, Furman MJ, Carpenter LL, Price LH. Efficacy of Continuation ECT and Antidepressant Drugs Compared to Long-Term Antidepressants Alone in Depressed Patients. Am J Psychiatry 2000;157:1960-1965.
 31. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, Rummans TA et al. Continuation Electroconvulsive Therapy vs Pharmacotherapy for Relapse prevention in Major Depression: A Multisite Study From the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). Arch Gen Psychiatry 2006;63(12):1337-1344.
 32. Tew JD, Mulsant BH, Haskett RF, Joan P et al. Relapse During Continuation Pharmacotherapy after Acute Response to ECT: A Comparison of Usual Care versus Protocolized Treatment. Annals of Clinical Psychiatry 2007;19(1):1-4.
 33. Surgeon General. Mental Health: A Report of the Surgeon General. 1999;4:258-261.

34. Prudic J, Olfson M, Marcus SC, Fuller RB et al. Effectiveness of electroconvulsive therapy in community settings. *Biological Psychiatry* 2004;55(3):301-312.
35. OMS. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. (Organización Mundial de la Salud) Ginebra, Suiza, Sep 8, 2004.
36. Naciones Unidas. Centro de noticias. Sep 10, 2009. <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=16452&criteria1=suicidio&criteria2=#>.
37. INEGI. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), Cuaderno 7, México, 2003.
38. INEGI. Estadística de los suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), México, 2010.
39. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México* 2010;52(4).
40. Mondragón, LS. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental* 2006. Biblioteca Virtual.
41. Hales R, Gabbard G, Yudofsky S. Tratado de psiquiatría clínica. (5 ed) Elsevier Masson 2009; p.1534. ISBN 978-1-58562-257-3.
42. Vallejo-R J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. (6 ed) Elsevier Masson 2006;20:284. ISBN 13: 978-84-458-1659-2.
43. Feinstein AR. *Clinical epidemiology: The architecture of clinical research*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1985.
44. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW e al. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSMIV. SCID II Barcelona: Masson (eds), 1999.
45. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997;12:232-241.
46. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intent: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979;47:343-352.
47. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales: The prediction of suicide. Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ(eds). Bowie: Charles Press, 1974;45-56.
48. Pierce DW. Suicidal intent in selfinjury. *Br J Psychiatry* 1977;130:377-385.
49. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ). Unpublished manuscript, University of Washington, 1996.
50. Pardo-López MA, Ruiz-de-Apodaca RF. Medida de resultados en las UFPE. *Medidas result* Sep 20 2007;5:53-69.
51. Ortega-Valín L, Rodríguez-Lage C, Ortiz-de-Urbina J, Martín-Sánchez V. Hacia una actualización del cuestionario SMAQ. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28(6):393-4.
52. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J et al. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.

53. Ferrando L, Franco-A L, Soto M, Bobes J et al. Mini International Neuropsychiatric Interview DSMIV. M.I.N.I. 5.0.0 versión en español, ene-1998.
54. Morlet-Barjau A, Baranda-Sepúlveda J, Diaz-Anzaldúa A, Cortes-Sotres J. Primer reporte del uso de mirtazapina intravenosa en pacientes hospitalizados con comorbilidades médicas y depresión en México. *Salud en Tabasco*, 2008;14(1-2):738-746.
55. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
56. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967;6:278-296.
57. Ramos-Brieva JCA. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986;14:324-334.
58. Ramos-Brieva JCA. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988;22:21-28.
59. Bobes JB, Luque A. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin* 2003;120(18):693-700.
60. Bobes-García J, Portilla MP, Bascarán-Fernández MT, Sáiz-Martínez PA. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. (2 ed) *Ars Medica* 2002. ISBN 84-9706-041-5.
61. Heinze-Martin G, Camacho-Segura P. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, S Berenzon, J del Bosque J Alfaro, ME Medina-Mora (ed) 2010,ISBN:978-607-460-144-2
62. Gómez-del-Valle EF, Álvarez-Ariza M, Atienza-Merino G. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida: I Evaluación y Tratamiento. Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Tórculo Artes Gráficas, S.A. 2011; pp. 56.
63. Beck AT, Weisman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42: 861-865.
64. Diaz FJ, Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253(4):197-202.
65. García-Nieto R, Parra-Urbe I, Palao D, López Castroman J et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)* 2011. doi:10.1016/j.rpsm.2011.10.001.
66. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco R. El suicidio conceptos actuales. *Salud Mental* 2006;29(5):66-74.
67. Pierce DW. The predictive Validation of a Suicide Intent Scale: A five year Follow-up. *Brit J Psychiat* 1981;139:391-396.
68. Vargas-Mendoza JE, Meléndez Fernández C. Riesgo de suicidio después de un intento. *Centro Regional de Investigación en Psicología*.2010;4(1):15-18.
69. Osman A, Bagge CL, Gutiérrez PM, Konick LC et al. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment* 2001;8(4):443-54.

70. Huerta DL. Cuestionario revisado de conducta suicida (SBQ-R): validación en el idioma español y evaluación psicométrica de una población con ideación y/o tentativa suicida. Tesis de especialidad en Psiquiatría. Universidad de Guadalajara, Instituto Jalisciense de Salud Mental. 2007.
71. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW et al. The Structured Clinical Interview for DSMIII-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site Test-retest Reliability Study, *Journal of Personality Disorders* 1995;9(2):92-104.
72. Arntz A, van Beijsterveldt B, Hoekstra R, Hofman A et al. The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSMIII-R Personality Disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85(5):394-400.
73. Lobbestael J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 2010.
74. Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A et al. Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSMIV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *J Personal Disord* 1997; 11(3):279-84.
75. Pérez-Prieto JF. Estudio de Validación en la Entrevista Estructurada SCID-II para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. Universidad de Valencia, Programa Doctorado: Psiquiatría, 2001.
76. Jaime-Espinosa J, Blum-Grynberg B, Romero-Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con Trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Mental* 2009;32:317-325.
77. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16:605-13.
78. Dolores-Arenas M, Malek T, Álvarez-Ude F, Teresa-Gil1 N et al. Captores del fósforo: preferencias de los pacientes en hemodiálisis y su repercusión sobre el cumplimiento del tratamiento y el control del fósforo. *Nefrología* 2010;30(5):522-530.
79. Rodríguez-Chamorroa MA, García-Jiménez E, Amarilesc P, Rodríguez-Chamorroa A et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-7
80. Sackeim HA. Continuation therapy following ECT: directions for future research. *Psychopharmacol Bull*. 1994;(30):501-521.
81. Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, et al. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy. *JAMA*. 2001;(285):1299-1307.
82. Milstein V, Small JG, Small IF, Green GE. Does Electroconvulsive Therapy Prevent Suicide?. *Convulsive Therapy*. 1986;2(1):3-6.
83. Howland RH, Rush AJ, Wisniewski SR. Concurrent anxiety and substance use disorders among outpatients with major depression: clinical features and effect on treatment outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, 2009;99(1-3):248-260.
84. Davis LL, Wisniewski SR, Howland RH. Does comorbid substance use disorder impair recovery from major depression with SSRI treatment? An analysis of

- the STAR*D level one treatment outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*, 2010;107(2-3):161-170.
85. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
 86. Sareen J, Enns MW, Guertin JE. The impact of clinically diagnosed personality disorders on acute and one-year outcomes of electroconvulsive therapy. *J ECT*. 2000 Mar;16(1):43-51.
 87. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSMIV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Am J Psychiatry*. 2006;9(1):337-61
 88. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10(4):175-82.
 89. Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen MJ, Kuoppasalmi KI et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153: 667-673.
 90. Duggan CF, Sham P, Lee AS, Murray RM. Can future suicidal behaviour in depressed patients be predicted? *J Affect Disord*. 1991;22:111-118.
 91. Gutiérrez-Casares JR, Cañas F, Rodríguez-Morales A, Hidalgo-Borrajo R, Alonso-Escolano D. Adherence to Treatment and Therapeutic Strategies in Schizophrenic Patients: The ADHERE Study. *CNS Spectr* 2010;15:5 327 -337.
 92. Hernández-Fleta JL. Adherencia terapéutica, Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2009, Vol. 9, Núm. 1. ISSN: 1578/9594
 93. Demyttenaere K, Haddad P. Compliance with antidepressant therapy and antidepressant discontinuation symptoms. *Acta Psych Scand*. 2000;403:50-6.
 94. Vargas-Navarro P, Latorre-López D, Parra-Cárdenas S. Estresores psicosociales y depresión mayor recurrente , *Rev Salud Bosque*, 1(2):39-53
 95. Kaplan et Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica. 10ª ed. Benjamin James Sadock, M.D
 96. Gutiérrez MV, Koldobsky N. Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes internados por intento de suicidio. Universidad Nacional de La Plata, Fac. de Ciencias Médicas, Argentina, 2011.
 97. Kessler RC, Magee WJ. Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*. 1993;23:679-690.
 98. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2012;169:141-151.
 99. Nordenskjöld A, Von Knorring L, Engström I. Predictors of Time to Relapse/Recurrence after Electroconvulsive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder: A Population-Based Cohort Study, *Depression Research and Treatment*, 2011, Article ID 470985.
 100. Ten-Doesschate MC, Bockting CLH, Koeter MWJ, Schene AH, Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010;71(8):984-991.

101. Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report, *Psychol Med*, 2010;40(1):41–50.
102. Suokas J, Suominen K, Isometsä E, Ostamo A, Lönquist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide. Findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:117-121.
103. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181-189.

Anexo A

INVESTIGACIÓN: La terapia electro-convulsiva (TEC) en el tratamiento del Trastorno depresivo mayor grave con riesgo de suicidio y la recurrencia de conductas suicidas**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE**

He tenido junto con el Investigador responsable una entrevista en donde se me informó de la investigación, su justificación, objetivos y procedimientos.

El presente estudio se justifica por la falta de información acerca de que pasa a través del tiempo en relación al padecimiento y a su tratamiento en pacientes con diagnóstico de depresión y alto riesgo suicida en México. Es importante la realización de estudios sobre el riesgo suicida para determinar la situación actual de personas con estas características en México, y debido al número creciente de casos de intentos suicidas y suicidios consumados, y a los daños relacionados (sociales, económicos). Así mismo, por medio de esta investigación se podrá conocer en mejor medida el comportamiento de las conductas suicidas a largo plazo en pacientes que recibieron TEC y así fortalecer el seguimiento de pacientes luego de la misma, teniendo como intención mejorar la situación de los pacientes de esta institución en relación a la depresión y la prevención de la conducta suicida.

Se me ha explicado que el objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la terapia electro-convulsiva como tratamiento de la depresión en pacientes mexicanos que fueron hospitalizados por presentar alto riesgo suicida (ideación suicida-intento de suicidio) siendo tratados por medio de la TEC, y así conocer el estado actual de estos pacientes y buscar posibles factores que se asocien en la repetición de conductas suicidas. Dentro de los factores que se buscarán se encuentran las hospitalizaciones posteriores a la TEC, gestos e intentos suicidas posteriores, las características de personalidad, la toma de medicamentos, el tipo y dosis de medicamentos, y el número de citas subsecuentes acudidas en consulta externa.

Se me va a incluir como parte de un grupo de mexicanos que acuden al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que han sido diagnosticados con depresión y alto riesgo suicida, tratados con anterioridad por medio de la TEC. Se me invitará a participar en este estudio, si así lo deseo avisaré al investigador principal para que me explique del mismo y de los avances científicos. Mi participación consistirá en aportar datos en una entrevista relacionados con mi estado de salud en relación a mi padecimiento, consultas de seguimiento, hospitalizaciones posteriores y características de personalidad.

Así mismo autorizo que se obtengan datos de mi expediente clínico en el servicio de consulta externa (medicamentos, dosis, tiempo de tratamiento, número de consultas asistidas) para que se analicen en una base de datos creada para este propósito. Esto considerando que todos los datos que le proporcione al Investigador responsable serán absolutamente confidenciales y confiables, y no será comunicada en ningún momento a cualquier persona ajena a este estudio sin mi autorización, excepto en el caso en que la ley lo obligue.

Mi participación en el estudio es voluntaria y en el caso de que yo no desee participar en ella, puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento y entiendo que de ninguna manera afectará negativamente la calidad de la atención médica que voy a recibir posteriormente. ***Esta investigación no me proporcionará ningún beneficio directo***, sin embargo se me ha explicado que mi participación será importante ya que podré contribuir al conocimiento que los médicos tienen acerca del curso, evolución y tratamiento de la depresión. Además se me ha explicado que esta evaluación no me genera ningún costo. *El tiempo establecido para la realización de la entrevista será de aproximadamente 1 hora. He hablado directamente con el investigador clínico responsable y este ha contestado todas mis preguntas* en términos que he podido entender. Además entiendo que en cualquier momento puedo consultarlo para aclarar dudas que me pudieran surgir durante el transcurso del estudio; así mismo, se me ha explicado que *como efectos indeseados de la entrevista de investigación podría presentar síntomas depresivos o de ansiedad en forma reactiva*, que de ser así, el investigador está comprometido de darme contención por medio del diálogo en forma inmediata y me ha explicado que *en caso necesario será canalizado para atender algún problema detectado durante la entrevista*, misma atención que será cubierta económicamente por mí y/o mis familiares.

Contacto:

Si tengo alguna pregunta, puedo contactar al Investigador responsable de este estudio, Dr. Rafael V. Rangel Malo, al teléfono 4160-5300: o bien, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Edificio de Servicios Clínicos, Planta baja de Especialidades, consultorio 4, de lunes a viernes en horario de 8 am a 5 pm.

Nombre del Paciente

Firma

Fecha_____

Nombre del investigador

Firma

Fecha_____

Nombre del Testigo 1

Firma

Fecha_____

Nombre del Testigo 2

Firma

Fecha_____