

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



< Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con
Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos
en Área de Urgencias de Psiquiatría >

presentada por

<Alberto Guilebaldo Díaz Salinas>

para obtener el grado de

Especialidad en Psiquiatría <RPS>

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Secretaría de Salud del
Estado de Nuevo León

<Monterrey, Nuevo León 27 de noviembre 2020>

Glosario

TLP- Trastorno Límite de la Personalidad

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

OMS- Organización Mundial de la Salud

Tabla de contenidos

Resumen	3
Capítulo 1 – Planteamiento del problema.....	9
Antecedentes.....	9
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos de Investigación.....	15
Justificación.....	15
Alcance del estudio.....	16
Capítulo 2 – Marco teórico.....	17
Definiciones de conducta suicida.....	17
Conducta suicida en estudio de pacientes con consumo cocaína y/o opiodes en población de bajos recursos con antecedentes penales por hechos disruptivos.....	21
Automutilación relacionado con suicidio.....	22
Los Videojuegos Y Su Relación Con El Suicidio Y Agresividad: El Intenso Debate.....	25
Definición y relación del suicidio con el consumo de sustancias psicoactivas.....	33
Relación de conducta suicida con el estrés crónico.....	34

Íntima relación entre conducta suicida y violencia hacia terceros y hacia el mismo paciente. ¿Existe alguna escala en este momento que pueda lograr predecir que una persona vaya a lograr un suicidio consumado a corto o largo plazo?.....	35
Suicidio y Trastornos de la Alimentación.....	40
Disfunción neurocognitiva en pacientes con riesgo suicida.....	43
Intentos de Suicidio Impulsivos.....	44
Estudio precursor a este con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.....	45
Capítulo 3 – Metodología	57
Capítulo 4 –Resultados	75
Capítulo 5 – Análisis y discusión de resultados	76
Capítulo 6 – Conclusión	92
Apéndice.....	93
Consentimiento Informado.....	93
Escala de desesperanza de Beck.....	103
Escala de Hamilton para la Depresión.....	101
Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	103

Escala Ideación Suicida de Beck.....	105
Escala Agresividad Manifiesta Actual OAS.....	108
Prueba AQ de Buss y Perry. Cuestionario de Agresividad.....	110
Escala de Trauma de Davidson.....	113
Escala de Impulsividad de Barratt.....	114
Criterios DSM V Para Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	116
Escala de Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio.....	117
Referencias	121
Curriculum vitae.....	127

Síntesis (Resumen abstract)

Se evaluaron a los pacientes en urgencias en estado suicida psiquiátrico crítico. Se aplicaron escalas de impulsividad, depresión, ansiedad, agresividad como pilares del estudio. Se complementó todo eso con las escalas de desesperanza y suicida de Beck , con el fin de que quien vea los resultados comprenda con lujo de detalle cómo se presentó a urgencias el paciente que se incluyó en este estudio cuyo síntoma principal de consulta fue la ideación suicida. Las escalas de agresividad manifiesta e impulsividad de Barratt sirvieron para describir los casos en los que, en contexto de conducta suicida, el paciente se presentó a sala de urgencias de forma violenta actual o en el pasado. Se midió el consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al DSM V, se encontró correlación entre el consumo en trastorno por cocaína y alcohol aumenta parámetros de agresividad a terceros.

Capítulo 1 Planteamiento del Problema

Antecedentes

La fácil adquisición de armas en Estados Unidos se ha convertido en un problema mayor de seguridad pública cada vez más frecuente en dicho país, sin embargo ya se presentó un caso de homicidio combinado con suicidio en una escuela regiomontana. En Estados Unidos, la justificación de las leyes tan laxas para adquirir armas es un pensamiento probablemente nacionalista en el cual se pone a la defensa propia y de la propiedad como una de las garantías individuales del ser humano. Cada vez son más frecuentes que adolescentes, en un etapa tan vulnerable de la vida, participen en los lamentables episodios en los que hay asesinatos masivos fomentados por una conducta suicida.

A las 08:51 horas del 18 de enero de 2017, un estudiante de nivel secundaria del Colegio Americano del Noreste, ubicado en el fraccionamiento Del Paseo Residencial al sur de la ciudad de Monterrey, sentado en una silla al lado de la puerta del aula de clases, tomó un arma de fuego calibre 22 de su mochila y disparó a corta distancia a uno de sus compañeros, a su profesora Cecilia Solís y algunos de sus compañeros, de entre 13 y 15 años de edad. Luego, intentó dispararse, esto último sin éxito; recargó el arma usando cartuchos de una caja, y se disparó en la barbilla. Falleció más tarde en el hospital "Dr. José Eleuterio González" de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Más tarde, se informó que el arma que usó ese día era de su padre y que probablemente había afinado la gran puntería con que perpetró el atentado, ya que ambos practicaban la caza²⁹.

Otro famoso caso al respecto es el de Andreas Lubitz, ex piloto de Germanwings el cual se estrelló en los Alpes matando a 150 pasajeros a bordo. Se sospecha que Lubitz deliberadamente estrelló la aeronave Airbus 320. Según indican las grabaciones de la caja negra, Lubitz puso cerrojo a la puerta de la cabina para impedir la entrada del piloto -que había salido al baño- cuando inició el descenso mortal. El vuelo iba en la ruta desde Barcelona a Dusseldorf, en marzo 24 del 2015. Lubitz programó el descenso del avión cinco veces en un período de cuatro minutos y medio, durante el vuelo de Dusseldorf a Barcelona, y luego restableció la altitud del vuelo, dijo la investigación interina. Es muy inusual que un piloto cambie a una altitud tan baja repetidamente sin razón alguna, pero el informe no analizó por qué Lubitz lo hubiese hecho. "No puedo especular con lo que estaba pasando en su cabeza; todo lo que puedo decir es que él cambió ese botón al parámetro mínimo de 100 pies (30 metros) y que lo hizo varias veces", dijo Remi Jouty, director de la BEA. Se sabe que sufría de depresión y que había tomado medicamentos para esta condición en el pasado. En abril, la fiscalía en Alemania reveló que Lubitz realizó búsquedas en internet sobre métodos de suicidio y sobre la seguridad de las puertas de las cabinas de aviones⁶.

El suicidio con agresividad a terceros también se realiza con otras convicciones. Un ataque suicida es aquel en que el atacante sabe que casi con toda probabilidad morirá al realizarlo. Los ataques son normalmente llevados a cabo por individuos que tienen una motivación usualmente patriótica o religiosa y a veces una combinación de ambas (existe una posibilidad muy alta de que estos individuos hayan sido sometidos a un tipo de manipulación mental), que le permiten superar las pautas impuestas por el instinto de autopreservación. A veces se utiliza la expresión atentado suicida con el mismo significado.

Durante la Segunda Guerra Mundial se conocieron los ataques suicidas de los *kamikaze*, aviadores japoneses que estaban especialmente adiestrados para lanzarse con sus aviones contra barcos enemigos. Una tradición parecida siguieron los Voluntarios de la muerte vietnamitas, ya sea como bombas humanas contra los franceses o bien para cubrir la retirada de sus compañeros frente a Estados Unidos.. Los ataques perpetrados en las Torres Gemelas en Nueva York el 11/09/2001 son otro ejemplo notable.

A fines del siglo XX comenzaron a ser cada vez más comunes los bombazos suicidas llevados a cabo por extremistas que detonan explosivos que llevan, ya sea en su cuerpo o en su vehículo, cerca del blanco atacado, que puede ser civil o militar. Ataques de este tipo efectuados por grupos insurgentes en Oriente Medio y Sri Lanka, especialmente en el marco de la Intifada de Al-Aqsa y la resistencia iraquí, han tenido gran repercusión desde el año 2000. Cabe destacar el atentado en Madrid, España, y el atentado en Londres, Reino Unido, con reivindicaciones yihadistas y el atentado en Bogotá, Colombia.

El 16 de abril 2002 fue el primer atentado suicida en la historia del conflicto israelo-palestino. Ese día, Sahar Tamam Nabulsi, de 22 años, llenó una furgoneta Mitsubishi blanca de bombonas de gas para cocinar, colocó un ejemplar del Corán en el asiento del pasajero y, en nombre del grupo militante Hamás, embistió a dos autobuses: murieron otro palestino y él, y resultaron heridos ocho israelíes. En el mismo conflicto ha habido otras personas suicidas que han cobrado vidas. el hijo del próspero dueño de un restaurante, de 23 años, quien se suicidó y mató a 15 personas en la pizzería Sbarro de Jerusalén el pasado mes de agosto. Es Daoud Abu Sway, de 47 años, padre de ocho hijos sin convicciones políticas ni religiosas conocidas, que detonó una bomba delante de un hotel de lujo en Jerusalén en

diciembre, se mató e hirió a otros dos. Es, incluso, una chica. Ayat Ajras, de 18 años, era una estudiante magnífica a la que le quedaban unos meses para graduarse y casarse. El 29 de marzo mató a dos personas y murió ella misma ante un supermercado de Jerusalén. Los voluntarios tardan menos tiempo en brotar que sus jefes en atarles un cinturón de explosivos alrededor de la cintura y enviarles a matar y morir. Entre 1981 y septiembre de 2015, se produjeron un total de 4.814 ataques suicidas en más de 40 países, matando a más de 45,000 personas¹⁵.

Planteamiento del Problema

El suicidio es un tema central en las patologías psiquiátricas. 800,000 personas se suicidan cada año en todo el mundo y 45,000 lo hacen en Estados Unidos solamente^{18; 8}. México tiene una tasa de mortalidad por suicidio de 4.1 personas por cada 100,000 habitantes, considerada de nivel intermedio por la OMS. Se ha estudiado extensamente el tema de la prevalencia suicidio en contexto de pacientes con uso actual de sustancias psicoactivas o con síndrome de abstinencia. El uso de sustancias fue la causa de 175,000 de los 800 000 (casi 1 de cada 5) suicidios en todo el mundo en 2012 (OMS, 2015)¹.

El uso recreacional de sustancias ilícitas, sin patrón de abuso representa un riesgo importante de conducta suicida, curiosamente sin necesitar que existe un patrón de dependencia^{55; 74}. El hecho de tener una patología psiquiátrica comórbida escala importantemente la conducta suicida. Los pacientes con usos no médicos de las siguientes sustancias han presentado pensamientos suicidas durante el lapso de un año de evaluación: 20.9% con uso de sedantes, 18.1% con uso de estimulantes, 13% con

medicamentos de uso controlado para el dolor como tramadol, 9% marihuana, 9% uso de otra sustancia psicoactiva, 4% de todos los adultos sin uso de sustancias¹³.

Varios estudios han encontrado que la prevalencia de Ideación Suicida y los intentos de suicidio están relacionados con la severidad y la frecuencia del uso de sustancias. Se ha establecido que las personas que consumen sustancias psicoactivas tienen de 6 hasta 20 veces mayor riesgo de presentar conducta suicida que aquellas que no lo utilizan, según la fuente consultada. Se ha establecido el alcoholismo como uno de los predictores más importantes de la conducta suicida, aumentando el riesgo hasta 5 veces. Según la fuente, se ha reportado hasta un 45% de suicidio consumado en los pacientes con abuso de sustancias psicoactivas no tratado médicamente; además sólo el 11% de los pacientes adictos han recibido ayuda de algún tipo debido al estigma que existe sobre la atención psiquiátrica y por falta de entrenamiento apropiado en los profesionales de salud que están de primer contacto con el paciente. Algunas poblaciones que consuman el suicidio, vieron a algún profesional de la salud el año previo al acto⁷⁵.

En la literatura no está bien definido el nivel de heteroagresividad que puede presentar un paciente con y sin uso de sustancias psicoactivas en el contexto de que presente al mismo tiempo una conducta suicida. Solamente se ha reportado que hasta 75% de los usuarios de drogas, sin especificar el patrón de consumo, han sido implicados en comportamientos violentos que incluyen, asalto a mano, armada y robo⁴.

La Comorbilidad entre depresión, trastornos del comportamiento y el abuso de sustancias puede ser atribuible a factores de riesgo, como ser víctima de violencia o abuso de todo tipo, la exposición a la violencia familiar y ser testigo abuso de sustancias por parte de los padres. Los estudios longitudinales sugieren que la relación entre depresión y abuso de sustancias es bidireccional. Sin embargo, es bien conocido que el abuso de sustancias es más probable que conduzca a la depresión y no viceversa⁷⁰.

La agresividad, dependiendo de su intensidad y cualidad, puede aumentar la potencia de la ideación suicida y puede añadir a esta ideación un estímulo conductual importante que provoque intentos suicidas y puede, también, involucrar el impulso psicopático de añadir víctimas al intento suicida convirtiéndose así en un acto que involucra daños posiblemente muy graves a otras personas. En nuestra comunidad no se han realizado estudios que profundicen en la relación que el uso de sustancias psicoactivas pueda tener en el incremento o modificación de la ideación suicida en personas que acuden o son llevados a consulta psiquiátrica.

Queremos identificar además otras causas que expliquen y definan mejor la conducta suicida con énfasis en antecedentes del pasado del paciente, tipo de personalidad, comorbilidades médicas, incluyendo el uso de sustancias y definir cuáles pacientes con riesgo suicida presentan mayor riesgo de conducta heteroagresiva. Esto es importante de investigar debido a que hay personas que presentaron síntomas psiquiátricos de índole depresiva, ansiosa y utilizaron sustancias psicoactivas para mejorar sus síntomas a corto plazo.

Objetivos de Investigación

Objetivo Principal

Analizar de manera comparativa la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica

Objetivos Secundarios

1. Investigar la presencia, tipo y nivel de heteroagresividad en pacientes con ideación suicida, y su asociación con el consumo de sustancias.
2. Calcular el grado de ideación suicida con el que llega a urgencias un paciente con abuso de sustancias psicoactivas.
3. Comparar el comportamiento de los pacientes con conducta suicida que no consumen sustancias psicoactivas con los pacientes que las consumen en cantidades importantes.

Justificación

La agresividad, dependiendo de su intensidad y cualidad, puede aumentar la potencia de la ideación suicida y puede añadir a esta ideación un estímulo conductual importante que provoque intentos suicidas y puede, también, involucrar el impulso psicopático de añadir víctimas al intento suicida convirtiéndose así en un acto que involucra daños posiblemente muy graves a otras personas. En nuestra comunidad no se han realizado estudios que profundicen en la relación que el uso de sustancias psicoactivas pueda tener

en el incremento o modificación de la ideación suicida en personas que acuden o son llevados a consulta psiquiátrica.

La depresión mayor unipolar es un factor de riesgo importante que ocasionará suicidios en el futuro, sin embargo no es el único factor. La depresión tiene un componente genético de aproximadamente 50%, lo que indica que los efectos ambientales son una contribución significativa a la aparición de la enfermedad. En este estudio exploraremos otras causas de suicidio importantes que no son difundidas de manera masiva para el conocimiento del público en general. De hecho se estima que sólo suprimiendo por completo la depresión en la población se evitaría el 11,8% de los intentos de suicidio.

Pacientes con factor de riesgo suicida duplican las visitas al médico general en comparación con la población general, por lo que podrían ser detectados en el primer nivel de atención y canalizados para recibir el tratamiento apropiado. Este estudio podría ser educativo para el personal que labora en primer nivel de atención para realizar dicha acción. De esta manera se podría impactar en la economía del sector salud al bajar los costos de recursos humanos y materiales en el primer nivel de atención.

Alcance del Estudio

Se pretende que tenga impacto principalmente en el estado de Nuevo León debido a que en el hospital estatal donde éste se desempeñó es un centro de concentración de pacientes de todos los municipios tanto rurales como urbanos. Es también un preámbulo para posteriores estudios nacionales e internacionales.

Capítulo 2 Marco Teórico

Definiciones de conducta suicida

Ideación suicida: pensamientos sobre suicidarse, estos pensamientos pueden incluir un plan. La Organización Mundial de la Salud realizó encuestas comunitarias en 21 países (n> 100,000 individuos) y descubrió que la prevalencia de ideación suicida (pensamientos) durante 12 meses era aproximadamente del 2 por ciento, y que la prevalencia de por vida era del 9 por ciento ^{74; 55}.

- Intento de suicidio: comportamiento autolesivo que tiene la intención de suicidarse, pero no es fatal. Según encuestas de la comunidad en 21 países (n> 100,000 adultos), la prevalencia de intentos de suicidio no fatales en 12 meses es de aproximadamente 0.3 a 0.4 por ciento, y la prevalencia de por vida es de 3 por ciento^{74; 55}. Se estima que hay de 10 a 40 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio completado, y una historia previa de intento de suicidio es el factor predictivo más fuerte del suicidio ^{33, 34,35}.

- Suicidio: comportamiento autolesivo que tiene la intención de suicidarse y es fatal. Los patrones de suicidio relacionados con la edad varían según las regiones del mundo. En la mayoría de las regiones, las tasas de suicidio para hombres y mujeres son más altas en personas de 70 años o más⁴⁹. Sin embargo, en los Estados Unidos, la tasa anual de

intentos de suicidio es de tres a cinco veces mayor en adultos jóvenes de 18 a 25 años, en comparación con los grupos de mayor edad⁵⁷.

La tasa anual estimada de muertes por suicidio por cada 100,000 hombres y mujeres en los Estados Unidos, en diferentes grupos de edad, es la siguiente:

- 15 a 24 años - hombres 18, mujeres 5
- 25 a 44 años: hombres 24, mujeres 7
- 45 a 64 años - hombres 30, mujeres 10
- 65 a 74 años - hombres 27, mujeres 6
- 75 o más años - hombres 39, mujeres 4³⁵

- Amenaza de suicidio: pensamientos de participar en comportamientos autolesivos que se verbalizan y tienen la intención de llevar a otros a pensar que uno quiere morir, a pesar de que no tiene intención de morir (por ejemplo, "Si me dejas, me suicidaré").

- Gesto de suicidio: comportamiento autolesivo que pretende inducir a otros a pensar que uno quiere morir, a pesar de no tener la intención de morir.

- Pensamientos autolesivos no suicidas: pensamientos de participar en comportamientos autolesivos caracterizados por la destrucción deliberada de tejido corporal en ausencia de cualquier intento de morir y para fines que no están sancionados socialmente.

- Autolesiones no suicidas: comportamiento autolesivo caracterizado por la destrucción deliberada de tejido corporal en ausencia de cualquier intento de morir y para fines que no están sancionados socialmente.

El comportamiento autolesivo que se acompaña de cualquier intento de morir se clasifica como un intento de suicidio. Menos años de educación pueden estar asociados con mayores tasas de suicidio. Los trastornos psiquiátricos más comúnmente asociados con el suicidio incluyen depresión, trastorno bipolar, alcoholismo u otro abuso de sustancias, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de pánico, trastornos de estrés postraumático y delirium³³.

La mortalidad por suicidio es mayor en hombres que en mujeres. En 2012, la tasa global de suicidios estandarizada por edad en los hombres fue de 15 por 100,000 individuos y en las mujeres fue de 8 por 100,000, lo que arroja una proporción de hombres a mujeres de 1.9₂₀.

En todos los trastornos psiquiátricos, la desesperanza se asocia con ideas y comportamientos suicidas. Un metaanálisis de 166 estudios longitudinales (no se informó el tamaño de la muestra) encontró que la desesperanza se asociaba con un mayor riesgo de ideación. El suicidio ocurre con mayor frecuencia en personas que no están casadas que las que están casadas. En un metaanálisis de 36 estudios ($n > 100,000,000$ individuos) que ajustaron por varios factores de confusión potenciales, el riesgo de suicidio fue casi dos veces mayor en los no casados que en los casados (odds ratio 1.9, IC 95% 1.8-2.1). El riesgo de ideación y comportamiento suicida aumenta en las minorías sexuales. El suicidio puede ser mayor en pacientes que sirven en ocupaciones no calificadas que en ocupaciones calificadas. Sin embargo, entre los trabajadores altamente calificados, los médicos pueden tener un mayor riesgo de suicidio. Un metaanálisis de 25 estudios (aproximadamente 2100 suicidios entre médicos) encontró que la tasa de suicidios fue

mayor en las doctoras que en la población general (tasa de mortalidad estandarizada 2.3, IC 95% 1.9-2.7), y también fue mayor en los médicos varones que la población general (tasa de mortalidad estandarizada 1.4, IC 95% 1.2-1.7)^{2, 44, 45, 69, 64}.

El riesgo de suicidio aumenta con la enfermedad médica general, que incluye asma, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de la arteria coronaria, diabetes mellitus, trastornos de la columna vertebral (p. Ej., Trastornos del disco), accidente cerebrovascular, cirugía reciente y enfermedad crónica o terminal. El índice de masa corporal y el riesgo de suicidio están inversamente relacionados en los hombres.

El dolor crónico es frecuente en personas que mueren por suicidio. Un estudio retrospectivo de datos de vigilancia pública que abarca un período de 11 años encontró que entre los fallecidos suicidas ($n > 120,000$), el dolor crónico estaba presente en el 9 por ciento; sin embargo, la prevalencia es probablemente mayor porque los datos fueron recolectados después de la muerte. Los tipos de dolor más comunes asociados con el suicidio fueron dolor de espalda, dolor por cáncer y / o artritis^{21, 11, 50, 53, 36, 23, 42}.

La lesión cerebral traumática (LCT) está asociada con el suicidio completo [55,56]. Como ejemplo, en un estudio de registro nacional de pacientes que sufrieron un TBI ($n > 500,000$) y personas que no lo hicieron ($n > 7,000,000$), casi 35,000 personas murieron por suicidio durante los 35 años de seguimiento²⁷.

El riesgo de intentos de suicidio es de dos a cuatro veces mayor en adultos que sufrieron abuso infantil u otras experiencias infantiles adversas (por ejemplo, negligencia

física): Un metaanálisis de cinco estudios observacionales prospectivos (n> 7000 sujetos) encontró que los intentos de suicidio tenían casi el doble de probabilidades de ocurrir en adultos que sufrieron abuso sexual infantil, en comparación con los adultos que no fueron abusados (odds ratio 1.8, IC 95% 1.4-2.3)⁷⁴.

Historia familiar y genética: el riesgo de suicidio aumenta en pacientes con antecedentes familiares de suicidio⁷⁵.

Conducta suicida en estudio de pacientes con consumo cocaína y/o opiodes en población de bajos recursos con antecedentes penales por hechos disruptivos.

Podemos apreciar este estudio en el que de la muestra de 990 pacientes de este estudio de Cottler del 2006, hasta 50% de la muestra consumía opiodes y cocaína, el otro 50% se dividía entre los que no consumían (sólo 9%) y el consumo individual de cocaína u opiodes. En ese contexto, la mayoría de los usuarios eran afroamericanos, la mitad de ellos con educación menor al equivalente al bachillerato mexicano, la mitad solteros, más del 60% y 70% en mujeres desempleados, 70% aproximadamente con hijos. Sobre todo en el caso de hombres se observó que la gran mayoría, en 80% de los casos, han tenido historial de arrestos, lo cual nos hablaría de algún tipo de conducta disruptiva y de heteroagresión en estos pacientes además de presentar conducta suicida, por lo que es algo extremadamente importante a evaluar en el servicio de urgencias¹⁹.

En el mismo estudio de Cottler del 2006 podemos observar que los mismos 990 pacientes fueron evaluados en su conducta suicida. En el estudio de Cottler del 2006, se analizaron a 990 usuarios de cocaína y opiodes. Se encontraron los siguientes hallazgos:

las mujeres tenían el doble de incidencia de depresión (24% vs. 12%), los hombres tenían el doble de incidencia de trastorno antisocial de la personalidad (42% vs. 24%), mucho más común que las mujeres reportaran ideas de muerte que los hombres (50% vs. 31%), las mujeres con mayor ideación suicida sin planeación estructurada (47% vs. 33%), intentos de suicidio también fueron mayores en la población femenina (33% vs. 11%), en total 63 % de las mujeres y 47% de los hombres reportaron haber tenido en alguna ocasión conducta suicida de cualquier tipo. En general, todo aquel con ideación suicida reportaba ánimo depresivo, reunía criterios para trastorno de personalidad antisocial o problemas de alcohol en el pasado. En el caso de hombres, el uso de cocaína en el momento del estudio, aumentaba la posibilidad de presentar ideación suicida, 50% de la muestra en este estudio. Como se observa en este estudio, la ideación suicida aumenta significativamente al agregar comorbilidades y/o severidad en los cuadros clínicos: la dependencia actual, sobre todo a cocaína, aumentaba la posibilidad de presentar conducta suicida. Las mujeres más jóvenes y las mujeres que nunca se han casado tienen menos probabilidades de reportar la Ideación Suicida que las mujeres mayores y las mujeres que habían estado casadas. Además, las mujeres que cumplían con los criterios para el abuso o la dependencia del alcohol eran casi tres veces más propensas que sus contrapartes a informar Ideación suicida¹⁹.

Automutilación relacionado con suicidio

El comportamiento suicida y la automutilación pueden ser considerados como la expresión de la agresión autodirigida. Automutilación es un comportamiento repetitivo intencional que resulta de la falla a resistir los impulsos a lastimarse físicamente. La

automutilación, como los intentos de suicidio, ha sido vinculada a un conjunto de características de la personalidad hereditaria, específicamente trastorno límite de la personalidad obsesiva introversión, neuroticismo / rasgos relacionados con la ansiedad y comportamiento antisocial. Las personas con intentos suicidas y con antecedentes de automutilación tienen mayores niveles de depresión, desesperanza, agresión, ansiedad e impulsividad y son más probables de haber estado expuesto a un trauma infantil que aquellos que intentaron el suicidio que no se auto mutilan³¹.

Dos metaanálisis tienen demostrado que 5-HTTLPR, un polimorfismo promotor funcional en SLC6A4, el gen que codifica el 5-HTT, está asociado con comportamiento suicida en una serie de poblaciones, como el caucásico, afroamericano, han chino e hispano. En Italia estudiaron a la población de una prisión con intentos de suicidio y sus respectivos controles sin intentos, la muestra total fue de 702. 309 de los 702 presos (45,4%) en Italia, donde se realizó este estudio, tenían historia de los trastornos psiquiátricos del eje I. Estos trastornos incluyen depresión mayor (35,4%), trastornos de ansiedad (9,4%), trastorno bipolar (9,4%) y un trastorno del eje I comórbido con abuso de sustancias (44,5%)³¹.

Un total del 33,5% de los 702 reclusos tuvo un diagnóstico de por vida del DSM-IV de dependencia de sustancias. Estos diagnósticos incluyeron dependencia sobre opiáceos (3,4%), alcohol (9,01%), cannabis (10,7%), cocaína (31,8%) y múltiples sustancias (44,64%). Un total de 145 (20,7%) de 702 presos habían participado en conductas agresivas autodirigidas: automutiladores (n = 57), intentos de suicidio (n = 41), automutiladores + suicidio intentos (n = 47) y controles (prisioneros que no se

autolesionan $n = 557$). Resultados: los controles tuvieron medidas significativamente más bajas de agresión / impulsividad, extraversión, neuroticismo ($p = 0.001$ para cada uno), psicoticismo ($p = 0.0003$), en comparación con los tres grupos de presos que se autolesionan ³¹.

En el próximo estudio más de 3200 sujetos fueron incluidos: 1954 controles, 403 pacientes con trastorno de personalidad, 383 pacientes con déficit de atención de adultos / trastorno de hiperactividad (TDAH), 151 con familiar TDAH, 189 intentos de suicidio, y 182 delincuentes. Un nuevo promotor funcional del polimorfismo en NOS1 se asoció con rasgos relacionados con la impulsividad incluyendo comportamientos hiperactivos y agresivos. Específicamente la variante corta de repetición fue más frecuente en adultos con TDAH, trastorno de personalidad del grupo B y comportamiento autoagresivos heteroagresivos. Esto se asoció con hipoactivación de la corteza cingulada anterior, que está involucrado en el procesamiento de la emoción y la recompensa en el control del comportamiento⁵⁸.

Las lesiones autoinfligidas sin fines letales se han visto del 49 al 90% de los pacientes con diagnóstico de TLP. Se ha observado que las lesiones autoinfligidas son más frecuentes en la población general que el mismo trastorno límite de la personalidad. Estudios previos han concluido que a mayor puntaje en escalas de diagnóstico de trastorno límite como la BSL-90 (lo comúnmente denominado como grados de trastorno límite, en los cuales entre mayor puntaje en las escalas se puede diagnosticar un grado más bajo o primitivo del trastorno), existe mayor frecuencia de lesiones autoinfligidas no

letales y hay mayor riesgo de presentar intentos suicida de mayor letalidad. Golpearse a uno mismo, interferir con la curación de heridas, pellizcar y morder son los métodos más comunes de autolesiones, mientras que los comportamientos más severos eran menos comunes (por ejemplo, cortar, quemar). Los pacientes que se autolesionan muestran una psicopatología significativamente mayor que los participantes no lo hacen; los primeros tienen más síntomas depresivos y de ansiedad actuales con mayor tiempo de intervención psicológica y psiquiátrica previa en promedio. La mayoría de las personas que se agreden a sí mismas lo hacen con el propósito de regular una situación interna, especialmente emociones intensas; realmente la mayoría no lo hace con el fin de obtener atención y manipular su entorno interpersonal, se trata más de una cuestión intrapersonal e interna. Los problemas interpersonales y de pareja impactan directamente en la iniciación de este tipo de conductas mucho más que en el mantenimiento de las mismas. En el estudio revisado de Daniel vega y Rafael Torrubia, las variables de impulsividad, la desregulación emocional, el exceso de ira no canalizada tuvieron una correlación débil con la incidencia de lesiones autoinfligidas. El miedo al abandono, la sensación de vacío crónico, la presencia de episodios micropsicóticos disociativos se asociaron más fuertemente con una tendencia suicida y de autolesiones; una de las motivaciones más fuertes fue la necesidad de autocastigarse⁷³.

Los Videojuegos Y Su Relación Con El Suicidio Y Agresividad: El Intenso Debate

El suicidio es la segunda causa de muerte entre los estudiantes universitarios estadounidenses. 4,878 suicidios consumados en el año 2013. Es conocido que el exceso de tiempo invertido en juegos de video incrementa el riesgo suicida, sin embargo se saben

pocos detalles en cuanto a las especificaciones de esto. Hasta 70% de los estudiantes reportan jugar videojuegos frecuentemente. Las investigaciones previas sugieren que la ideación y planificación suicida pueden estar elevados entre los jugadores frecuentes de Videojuegos (es decir, jugar más de 5 horas por día); sin embargo, se ha hecho poca investigación para explicar este enlace a través de un marco teórico del comportamiento suicida.

Esta teoría del suicidio con los videojuegos proponen un marco para el riesgo de suicidio que abarca tres factores clave de riesgo proximal: Percepción de la carga ante la vida, Un sentido de pertenencia frustrado y La Capacidad adquirida para el suicidio (ACS). La ACS define un menor miedo a la muerte y una mayor tolerancia para dolor físico y emocional. La misma teoría sugiere que los individuos que están experimentando la ideación de suicidio, pero tienen bajo ACS, no intentará suicidarse; Sin embargo, los individuos que están experimentando ideación suicida y han elevado su ACS están en el mayor riesgo de autolesiones letales o casi letales.

Un estudio reciente encontró que los participantes que jugaron un FPS (First Person Shooter) evidenciaron una mayor tolerancia al dolor y un comportamiento de riesgo en comparación con los participantes que jugaron juegos de carreras. La muestra fue de 228 estudiantes matriculados en una universidad pública no revelada en el sudoeste de los EE. UU. Todos los participantes tenían 17 años de edad o más. La muestra fue de 228 alumnos¹².

SEXO	HOMBRE 65% (147)
RAZA	CAUCÁSICA 74.1% (169)
	HISPÁNICOS 14.9% (27)
	AFROAMERICANOS 11.8%
	3.9% ASIÁTICOS
	2.6% INDIOS AMERICANOS
	1.3% OTRAS RAZAS
DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO PREVI	14%

Este Formulario evaluó la historia demográfica y psiquiátrica¹².

Adicionalmente, los participantes respondieron preguntas sobre su método para jugar, incluyendo cuántas horas pasaron típicamente jugando VGs por semana y las categorías de VGs que ellos jugaron. Se les pedía que seleccionaran las categorías de VG que jugaron de la siguiente Lista: First Person Shooter, Horror, Lucha, Deportes, Juegos de crimen / Guerra, Aventuras en Mundo Abierto, Simulación, Educativos, y género no especificado. ACCIÓN (First person shooter, horror, pelea, temática de crimen o guerra)- Call of Duty series, Halo series, Left 4 Dead, Resident Evil series, Street Fighter series, Mortal Kombat series, Tomb Raider, y Grand Theft Auto series. AVENTURA (Juegos de rol, Juegos multijugador masivos en línea, y juegos de aventura)- The Sims, World of Warcraft, y RuneScape. SIMULACIÓN (Wii / Playstation Move juegos, simulación de vehículos, Deportes, carreras y juegos de música)- Wii Fit, flight simulators, Madden NFL series, Midnight Club series, Guitar Hero, y Rock Band. EDUCATIVOS (Resolución de problemas)Solitaire, Minesweeper, Chess, Mahjong, y Tetris. Los participantes fueron reclutados de cursos de psicología general a través de un portal de registro de experimentos en línea como parte de un estudio más amplio¹².

No hubo criterios de exclusión; Sin embargo, solo se incluyeron los participantes que respaldaron jugar VG. Los Participantes completaron encuestas en línea después de proporcionar el consentimiento informado electrónico. Se les proporcionó a todos información de contacto para las líneas directas de crisis y servicios locales de salud mental al final de la encuesta. La Junta de Revisión Institucional de la universidad aprobó todos procedimientos.

La Escala de Eventos Provocativos y Dolorosos (PPES) es un autoinforme de 24 ítems, es una Medida de la frecuencia de participación en diversos EPI. Durante toda la vida, utilizando una respuesta ordinal de 5 puntos. Las opciones de respuesta incluyen Nunca, Una vez, 2–3 veces, 4-20 veces, o más de 20 veces. Algunas de las respuestas que se evalúan son: gustar de hobbies riesgosos como paracaidismo, piercings, tatuajes, manejar motocicleta, haber sido víctima o testigo de abuso de algún tipo, haber utilizado drogas intravenosas, haber lastimado animales en el pasado, haber saltado en bungee, haber tenido problemas judiciales, haber tenido peleas físicas, haber sido víctima de apuñalamiento o disparas con arma de fuego, haberse detenido a si mismo previo a cometer suicidio como evitar saltar de un puente o cargar una pistola pero no atreverse a dispararse¹².

La Capacidad Adquirida para el Suicidio (ACSS) es un autoinforme de 20 elementos que utiliza una respuesta ordinal de 5 puntos, métricas que van desde 0 (nada como yo) a 4 (muy parecido a mí). Las puntuaciones más altas indican mayor ACS y mayor capacidad de realizarse autolesiones con fines letales suicidas en contexto de tener una ideación suicida actual. Los artículos valoran que puntuaciones altas aumentan la

tolerancia al dolor y reducen el miedo a la muerte, las cuales son los componentes teóricos de suicidio. Algunos de los elementos que evalúa esta escala son: cosas que asustan a la mayoría de las personas, a mí no me asustan, la visión de mi propia sangre no me molesta, puedo tolerar mayor dolor que la mayoría de las personas, la gente me describe como temerario, el hecho de morir no me afecta, matar animales en un curso de ciencias no me afecta, no me incomoda hablar de muerte con otras personas, no me molesta el conocimiento de que la muerte es el final de la vida, me gustan los deportes violentos, las mejores partes de los juegos de hockey son las peleas, cuando veo una pelea me detengo a observar. Puntúan negativamente las respuestas opuestas a lo anterior como por ejemplo, taparse los ojos durante las escenas violentas en películas o vida real, asustarse con la visión de sangre¹².

La naturaleza de la interacción entre la categoría de VG y las horas de uso de los VG indicaron que había una: Relación positiva significativa entre las horas de juego totales y ACS cuando los participantes informaron jugar a los VG de categoría de acción ($b = 1.03$, $p = 0.003$), pero no existe una relación tan significativa entre los participantes que informaron haber jugado otras categorías de VGs ($b = 0.12$, $p = 0.62$). Es mayor el riesgo en hombres, a mayor número de horas en juegos de acción. No es la cantidad de horas totales en VGs en general lo que incrementa el riesgo mayormente. Es mayormente la cantidad de horas en juegos de violencia. Este estudio no pretende explicar la génesis de la conducta suicida. Sin embargo, lo importancia de este estudio es que en pacientes que ya la presentan o tienen carga genética o viven en ambientes hostiles, el uso de cierto género de videojuegos incrementará la letalidad de los métodos de suicidio. Es evidente

que la gente que decide cometer suicidio no son para nada cobardes, de hecho todo lo contrario, tienen menor miedo al dolor y a la muerte⁶⁶.

Al respecto, en septiembre del 2019 realicé un estudio previo a esta tesis titulado: Correlación entre videojuegos, drogas, autolesiones y suicidio en alumnos secundaria: 2019²⁵. Se aplicó instrumentos de conductas de riesgo al alumnado de la Secundaria No. 12 en Monterrey, Nuevo León, en razón en que en juntas de Padres de Familia se reportaron estas conductas. Se midieron variables sociodemográficas. Se aplicó el cuestionario *Self Harm Questionnaire* (SHQ) en español, en adolescentes de primer a tercer año de secundaria, en su versión en español validada para nuestro país. Además se aplicaron los cuestionarios en forma de escala *Capability for Suicide Scale* (ACSS) y el cuestionario *Painful and provocative events [PPEs]*. Se preguntó sobre categoría de videojuegos, poniendo atención a los juegos violentos y no violentos. Los resultados fueron los siguientes: a) Sobre ideación suicida actual: Pensar en autolesionarse con ideación suicida actual, tuvo una correlación significativa ($p=0.02$). Ejecutar las autolesiones con ideación suicida actual tuvo una correlación significativa ($p=0.015$). El consumo semanal de sustancias psicoactivas con ideación suicida actual, no tuvo una correlación significativa ($p=0.833$). La ideación suicida en el pasado con ideación suicida actual, se correlacionó significativamente ($p=0.01$). b) Sobre pensamientos suicidas intrusivos en el pasado: Pensar en autolesionarse y haber ejecutado la autolesión, se correlacionó significativamente ($p=0.01$). c) Sobre pensamientos auto lesivos presentes o pasados: No fue significativo el consumo semanal de sustancias psicoactivas con ideas intrusivas de autolesionarse ($p=0.855$). Haber probado drogas en alguna ocasión con pensamientos autolesivos se correlacionó significativamente ($p=0.05$). Haber probado

drogas con el consumo semanal de sustancias, no tuvo una correlación significativa ($p=0.405$). d) Sobre autolesiones ejecutadas actuales: Los alumnos que respondieron haber pensado en autolesionarse tuvieron una correlación significativa con los que ejecutaron dichas ideas ($p=0.01$). Consumir sustancias psicoactivas semanalmente se correlacionó significativamente con autolesiones actuales ($p=0.02$). e) Sobre videojuegos: No fue significativo el género/categoría de videojuegos con riesgo de autolesiones ni de ideación suicida actual ni en el pasado. El cuestionario Capability for Suicide Scale (ACSS) y el cuestionario Painful and Provocative events [PPEs]) no se correlacionaron significativamente con autolesiones pensadas ni ejecutadas, ideación suicida actual, ni ideación en el pasado. El mayor número de horas de uso de videojuegos con haberse autolesionado, tuvo una correlación significativa ($p=0.034$). Sobre el género de videojuegos, los que jugaban videojuegos de categoría violenta, sobre todo crimen, era más frecuente que habían consumido en alguna ocasión en su vida alguna sustancia psicoactiva, sobre todo alcohol. También fue más frecuente que consumieran semanalmente estas sustancias. Ligeramente significativo ($p=0.053$) a mayor cantidad de horas de uso de videojuegos más pensamientos en el pasado de suicidio. Es significativo ($p=0.034$) a mayor cantidad de horas de uso de videojuegos con autolesiones provocadas intencionalmente. CONCLUSIONES. 1) Las personas con ideación suicida actual y pasada, pensaron en autolesiones con fines no letales. 2) Las personas con ideación suicida se autolesionan. 3) Haber probado alguna sustancia psicoactiva, es un factor de riesgo para el tipo suicida de pensamientos. 4) Los que tienen mayor consumo de sustancias legales o ilegales se autolesionan. 5) No se encontró correlación significativa entre los cuestionarios ACSS y PPES con ideación suicida ni autolesiones.

Recomendación: No aplicar los cuestionarios ACSS y PPES en alumnos del grupo de

edad de 12-14 años. Los instrumentos ACSS y PPES fueron útiles para demostrar la presencia de comportamientos de riesgo indicativos de mayor riesgo de cometer suicidio en estudiantes universitarios que jugaban videojuegos violentos una mayor cantidad de horas, pero en el estudio que yo realicé quedó demostrado que en grupos de edad menores, pubertad/secundaria, no hubo tal correlación¹².

Según la página web oficial de la OMS, cerca de 800 000 personas se suicidan cada año. Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos como México⁷⁵.

Según la encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, la población mexicana de 12-65 años:

- 10.3% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; el 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones) y el 1.5% en el último mes.
- 0.6% presenta posible dependencia al consumo de drogas en el último año (546 mil).
- 9.9% ha consumido drogas ilegales alguna vez en la vida (15.8% hombres y 4.3% mujeres); 2.7% las ha consumido en el último año (4.4% hombres y 1.1% mujeres) y 1.4% en el último mes (2.6% hombres, 0.4% mujeres).

- 2.6% de los adolescentes en este país consumen marihuana, 0.6% cocaína, 0.6% inhalables.

Definición y relación del suicidio con el consumo de sustancias psicoactivas

Suicidio es definido por la Real Academia Española como: acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Suicidar significa quitarse voluntariamente la vida. La prevalencia de suicidio en pacientes con problemas de cualquier tipo ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas se ha estudiado extensamente, en particular, la asociación más fuerte entre el comportamiento suicida y el uso de drogas se encontró entre los usuarios de cocaína^{9, 17}. Además, Cornelius en 1998 encontraron que la ideación suicida era más prevalente en alcohólicos deprimidos que también usaban cocaína en comparación con alcohólicos deprimidos que no consumían cocaína³⁷. Estudios en admisiones de hospitales psiquiátricos han reportado una incidencia de conductas autolesivas de pacientes con antecedente de uso de sustancias psicoactivas al ingreso de 53%³⁸. La dependencia actual a cualquier sustancia psicoactiva, dramáticamente incrementa el riesgo de padecer ideación suicida, el estudio de Garlow en 2003 demostró que hasta 44% de su muestra lo presentaron. En hombres ha quedado demostrado que el trastorno de personalidad antisocial aumenta las posibilidades de presentar cualquier tipo de conducta suicida.

Estos pacientes duplican las visitas al médico general en comparación con la población general, por lo que podrían ser detectados en el primer nivel de atención y canalizados para recibir el tratamiento apropiado. Este estudio podría ser educativo para

el personal que labora en primer nivel de atención para realizar dicha acción. De esta manera se podría impactar en la economía del sector salud al bajar los costos de recursos humanos y materiales en el primer nivel de atención.

Relación de conducta suicida con el estrés crónico

Existe una relación conocida entre el estrés crónico y la depresión mayor que se desarrollará en un futuro en los pacientes que lo padecen. La explicación fisiopatológica puede tener su clave con el BDNF. El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) regula diversas funciones biológicas que van desde la supervivencia y diferenciación neuronal durante el desarrollo hasta la plasticidad sináptica y el comportamiento cognitivo en el adulto. La interrupción del BDNF tanto en roedores como en humanos se asocia con alteraciones neuroconductuales y trastornos psiquiátricos. Los ratones diseñados para interrumpir la señalización de BDNF muestran varios fenotipos, que incluyen obesidad inducida por hiperfagia, agresión aumentada, cambios en el comportamiento cognitivo y respuesta embotada a los tratamientos con antidepresivos, cual es consistente también con la manipulación de dicho factor en humanos.

Curiosamente, el BDNF parece ser un sustrato molecular de estrés, porque los datos han demostrado que la expresión de BDNF se reduce por el estrés, un factor de riesgo importante para el trastorno depresivo mayor. El factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) parece ser un sustrato molecular de estrés, ya que su expresión se reduce en esta condición y sería un factor de riesgo importante para la depresión. Dicho factor es

aumentado en el organismo por factores como tratamiento farmacológico crónico con antidepresivos o litio, además de la psicoterapia, incluso posterior a la terapia electroconvulsiva.

A nivel molecular, la interrupción del BDNF de cualquier promotor puede afectar a los componentes de señalización de 5-HT (serotonina). Los niveles bajos de 5-HT se asocian con un aumento de la impulsividad y la agresión, y las manipulaciones que aumentan la actividad de 5-HT se asocian con una agresión reducida. El vínculo entre BDNF y 5-HT y la agresión se fortalece mediante estudios que muestran que el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina fluoxetina mejora los síntomas de agresión tanto en los heterocigotos como en los ratones¹⁶. Es bien conocido además, que una deficiencia de serotonina en el líquido cefalorraquídeo y por resonancia magnética BDNF se descubrió está reducido que en corteza prefrontal e hipocampo de cadáveres humanos fallecidos por agresiones autoinfligidas, fue causa clara que motivó el desvío del juicio del marco de la realidad en la víctima⁶⁷.

Íntima relación entre conducta suicida y violencia hacia terceros y hacia el mismo paciente. ¿Existe alguna escala en este momento que pueda lograr predecir que una persona vaya a lograr un suicidio consumado a corto o largo plazo?

En nuestro estudio prospectivo estamos interesados en ver la presencia de violencia en el contexto de conducta suicida actualmente. Sin embargo la literatura existente cuando se busca en diversas bases de datos las palabras “violencia, suicidio” aparecen estudios como el de Stefansson, Nordstrom, Runeson, Asberg, Jokinen en el cual analizan la violencia previa a la que se expone una persona con la ideación suicida. Se ha visto que

un historial de intento de suicidio por un método altamente letal o violento aumenta el riesgo de mayores intentos en el futuro y mayores puntajes en escalas suicidas, sin embargo, no hay pruebas suficientes sobre el valor predictivo de las escalas estructuradas de evaluación del riesgo de suicidio. Guías clínicas como NICE, recomiendan, al evaluar el riesgo de repetición de la conducta suicida, la identificación de los riesgos específicos para el paciente, teniendo en cuenta los métodos y la frecuencia de la conducta suicida actual y pasada, la intención suicida actual y pasada, los síntomas depresivos o cualquiera de las enfermedades psiquiátricas comórbidas y su relación con la autolesión, así como el contexto personal y social y cualquier otro factor específico que preceda a la autolesión. No recomiendan el uso de herramientas y escalas de evaluación de riesgos para predecir el suicidio futuro o la repetición de conductas de autolesiones debido a la falta de pruebas en investigación, lo cual sería una herramienta sumamente útil. El "valor predictivo positivo" de las escalas que examinaron el riesgo de suicidio después de la autolesión osciló entre 1 y 13%, es decir, más del 80% de los pacientes con riesgo de suicidio salen del alcance de la predicción de estas escalas de riesgo a futuro. También entre el 87 y el 99% de los clasificados como de alto riesgo en estos estudios no murieron por suicidio, lo que dio una baja especificidad en la predicción del suicidio en pacientes con autolesión. En una revisión reciente de la práctica en evaluaciones de riesgo suicida, Fowler destacó la importancia de usar escalas de evaluación de riesgo con un enfoque multidimensional. Estudios comparativos de paciente con suicidios consumados y los sujetos de control informan una mayor expresión de los genes del receptor 2A de serotonina (5-HT_{2A}) en el área Brodmann 11 en los fallecidos deprimidos.

Se ha visto que puntajes altos en la escala de suicidio de Beck, la cual se utiliza en nuestro estudio, se le ha realizado seguimiento a personas que tuvieron puntajes altos en dicha escala durante 10 meses a 20 años y se estableció una relación directa con el suicidio consumado. También un puntaje alto en la escala de intencionalidad de Beck, utilizada en nuestro estudio, y un puntaje alto de la escala de planeación de intento suicida predice positivamente la presencia de una mayor cantidad de intentos de suicidio en el futuro. En el estudio de Stefansson, et al, se utilizan exposición a la violencia en la infancia y el comportamiento violento en la edad adulta, medidos con la Escala de Violencia Interpersonal de Karolinska (KIVS), para predecir el suicidio consumado en los intentos de suicidio que tenga la persona. Se utilizaron estas variables ante la necesidad de crear un instrumento que lograra predecir a futuro el riesgo de presentar un suicidio consumado. El estudio se llevó a cabo en Suecia entre 1993 y 1998, se evaluaron 81 intentos de suicidio (35 hombres y 46 mujeres, edad media 37 años) se incluyeron en el estudio de los departamentos de emergencia y salas de hospitalización. Los criterios de inclusión fueron: un intento de suicidio dentro de 1 mes de la evaluación, un límite de edad mínima de 18 años y la capacidad de comunicarse verbalmente y por escrito en sueco. Los criterios de exclusión fueron: psicosis del espectro de esquizofrenia, demencia, retraso mental y abuso de drogas por vía intravenosa. Se les aplicó el SCID II de personalidad igualmente; se definió como intento de suicidio como una lesión auto infligida en la cual la persona sobrevivió sin importar la letalidad de la misma; en el estudio de Steffanson dichos intentos tenían cierta intencionalidad suicida no especificada.

De la muestra total de 81 pacientes recopilada por Steffanson, la mayoría o, más precisamente, el 94% de los intentos de suicidio tuvieron al menos un diagnóstico psiquiátrico actual del Eje I; El 80% cumplió con los criterios para tener un trastorno del estado de ánimo, el 5% para un trastorno de adaptación y el 4% para los trastornos de ansiedad; un paciente tenía un trastorno relacionado con sustancias, uno tenía anorexia nerviosa y otro un trastorno psiquiátrico no especificado (no psicótico) como el diagnóstico principal del Eje I. El trastorno relacionado con sustancias comórbidas más habitual fue la dependencia del alcohol; El 21% de los intentos de suicidio tenían un trastorno relacionado con sustancias. Treinta y dos (39.5%) de los intentos de suicidio cumplieron con los criterios para un trastorno de personalidad; Ocho de ellos tenían un trastorno límite de personalidad. Catorce pacientes (17%) habían usado un método violento de intento de suicidio. Cuarenta y seis pacientes (57%) tenían antecedentes de intentos de suicidio, y 19 de ellos (23%) habían intentado suicidarse tres o más veces antes de la inclusión en el estudio⁶⁸.

Catorce pacientes habían fallecido durante el seguimiento del estudio de Steffanson, et al. Siete suicidios (8,6%), realizados por tres mujeres y cuatro hombres, se determinaron a partir de los certificados de defunción. Cinco víctimas suicidas cumplieron con los criterios de depresión mayor, una para el trastorno de adaptación, una víctima suicida no cumplió con los criterios para un diagnóstico del Eje 1 en la inclusión en el estudio. Dos de los siete que completaron el suicidio tuvieron un diagnóstico de abuso de alcohol comórbido y dos tuvieron un diagnóstico de trastorno de personalidad comórbido NOS. No hubo diferencia de edad entre las víctimas de suicidio y los sobrevivientes. Cinco pacientes se suicidaron dentro de los 6 años y dos pacientes

murieron por suicidio 11 años después de ingresar al estudio (tiempo hasta el suicidio: media de 4 años, media de 6 años, rango 1.7–12.8 años). El período de seguimiento osciló entre 15 y 20 años. La proporción con el suicidio como causa de muerte en la cohorte fue del 50% (7/14)⁶⁸.

Tanto la alta exposición a la violencia interpersonal como niño y el descontrol de la agresión acentuada medidos con el KIVS se asociaron con niveles bajos del metabolito de la serotonina 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los intentos de suicidio, mientras que el intento de suicidio de alta letalidad se midió se asoció con bajos niveles de oxitocina en el LCR. Esta escala KIVS nos revela su importancia dándonos este dato: si la infancia fue hostil va a ocasionar alteraciones neurobiológicas que van a promover el aumento de síntomas de ansiedad e impulsividad en los pacientes⁶⁸.

Como lo acabo de mencionar, es bien sabido que tanto en el comportamiento suicida como el agresivo, de acuerdo a múltiples estudios neurobiológicos, existen niveles bajos de neurotransmisión serotoninérgica. Un estudio alemán el cual aplicó la escala SCID II a 203 pacientes recién egresados de un hospital psiquiátrico tras un intento de suicidio, los resultados fueron los siguientes: 66% caen en el espectro afectivo, 20% en espectro de esquizofrenia, 14% en el espectro de trastorno límite ³⁰.

Se sabe que los receptores de serotonina-1A (5-HT1A) desempeñan un papel en el comportamiento relacionado con la impulsividad. El polimorfismo funcional C (1019) G (rs6295) ha sido sugerido con un papel para regular la expresión del gen del receptor

(HTR1A) en neuronas presinápticas del rafe, mayor concentración de receptores y menor cantidad de disparos neuronales pueden estar relacionadas con el alelo G. Estudios previos indican que este polimorfismo está asociado con la agresión, suicidio, y varios trastornos psiquiátricos, sin embargo, su asociación con la impulsividad rara vez ha sido investigada. En este estudio la relación entre la impulsividad y el polimorfismo C (1019) G del HTR1A en una muestra poblacional de 725 voluntarios usando el Subescala de impulsividad (IVE-I) de la Impulsividad de Eysenck, Venturesomeness (Aventura), y la escala de empatía y también el Barratt Escala de impulsividad (BIS-11). Los resultados indican que los sujetos con el genotipo GG (expresión completa) muestran impulsividad significativamente mayor, y sin solapamiento al 95% de confianza, en comparación con sujetos CC controles; los puntajes del GC heterocigotos que se encuentran aproximadamente a medio camino. Sobre la escala de Barratt, la impulsividad motora es una tendencia a actuar sin pensar, la impulsividad cognitiva está involucrada en hacer rápido las decisiones cognitivas y la impulsividad no planificadora se refieren a una falta de sentido del futuro. Específicamente la impulsividad cognitiva es la que más se ha asociado a intentos de suicidio de característica impulsiva o no planeada.

Suicidio y Trastornos de la Alimentación

Anorexia, Bulimia y EDNOS tienen diversos riesgos en la salud mental. Anteriormente categorizado como trastorno alimentario no especificado de otra manera (EDNOS), el diagnóstico de Otro trastorno alimentario y alimentario especificado se aplica cuando los síntomas de un individuo causan un malestar significativo pero NO se ajustan perfectamente a los criterios estrictos de anorexia, bulimia, ARFID o trastorno por atracón. EDNOS a veces se interpreta erróneamente como un diagnóstico "subclínico" o

"por debajo del umbral". Esto puede ser engañoso en términos de severidad. En el pasado, los estudios han demostrado que las personas a las que se les diagnosticó EDNOS experimentan patologías alimentarias y consecuencias médicas que son, si no más, graves que las personas que reciben un diagnóstico formal de anorexia o bulimia. Además, un estudio encontró que el 75% de los individuos con EDNOS tenían trastornos psiquiátricos concurrentes y el 25% apoyaba el suicidio.

En el presente estudio sobre EDNOS se tomaron en cuenta varios miles de personas en dos encuestas, una para adolescentes y otra para los adultos. Los datos para estos análisis se extrajeron del Suplemento para la replicación de la encuesta nacional de comorbilidad (NCS-A) 20, así como de la Replicación de la encuesta nacional de comorbilidad (NCS-R) .21 En la Tabla 1 se presenta información demográfica de las muestras de adolescentes y adultos.

El NCS-A fue una encuesta cara a cara representativa a nivel nacional de 10,123 adolescentes que viven en los Estados Unidos continentales. La encuesta incluyó una muestra de hogares representativa nacional ($n = 879$), así como una muestra escolar ($n = 9,244$); La tasa de respuesta global fue del 82,9%. Se pidió a un padre o padre sustituto de cada adolescente participante que completara un cuestionario autoadministrado (SAQ) que contenía preguntas sobre la salud mental y los servicios del adolescente; El SAQ tuvo una tasa de respuesta condicional del 83,3%. El NCS-R fue una encuesta representativa a nivel nacional de 9.282 participantes de habla inglesa mayores de 18 años; La tasa de respuesta fue del 70,9%. Se utilizó una encuesta de dos partes, con la Parte I que incluye la evaluación diagnóstica básica. La Parte II examinó trastornos adicionales y el trastorno

se correlaciona entre 5,692 participantes (todos los participantes que cumplieron con los criterios de por vida para una Parte I más una muestra probabilística extraída de otros participantes); se solicitó un sorteo al 50% de los participantes de la Parte II para proporcionar datos sobre trastornos de la alimentación ($n = 2,980$). Los análisis en NCS-R para este documento se basan en esta submuestra de 2,980 participantes.

En comparación con los adolescentes con AN, los adolescentes con EDNOS informaron trastornos del estado de ánimo más frecuentes [31.4% (SE = 4.3) vs. 10.9% (SE=4.6)], trastornos de ansiedad [58.7% (SE = 3.9) vs. 26.6% (SE = 9.9)], y planes de suicidio [6.7% (SE = 1.0) vs. 2.3% (SE = 1.4)] (todas las $p < 0.05$). No se observaron diferencias en cuanto al uso de sustancias, trastornos del comportamiento, trastornos comórbidos, ideas o intentos de suicidio.

Para los adultos, los participantes con EDNOS informaron más planes de suicidio que los participantes con AN [16.8% (SE = 3.1) vs. 2.1% (SE = 2.0), $p < 0.05$], pero no difirieron en otras medidas de psicopatología o suicidalidad comórbida. Los participantes con BN reportaron más comorbilidad que los participantes con EDNOS, en particular, trastorno del estado de ánimo [61.6% (SE = 7.8) vs. 40.1% (SE = 5.1)], trastorno de ansiedad [82.8% (SE = 6.5) vs. 60.9% (SE = 6.2)], trastornos del comportamiento [44.9% (SE = 8.0) vs. 20.3% (SE = 5.0)], y cualquier trastorno comórbido [94.0% (SE = 3.9) vs. 74.3 (5.8)] (todas las $p < 0.05$). Estos grupos no difirieron en los trastornos por uso de sustancias o en las medidas de suicidio. 38% de la muestra total fue de hombres, mientras que 62% fue de mujeres. De todos los trastornos de alimentación tipo EDNOS, el que tenía mayor ideación suicida es el de atracón subumbral, mayor cantidad de planes con

ideación estructurada es la anorexia subumbral y los pacientes con mayor número de intentos de suicidio son los que padecen atracón subumbral³².

Disfunción neurocognitiva en pacientes con riesgo suicida

Se encontró que el comportamiento suicida está asociado con múltiples alteraciones en la función neurocognitiva, incluida la ejecutiva, atención, fluidez verbal y toma de decisiones. En el test de toma de decisiones cuantitativamente definido en la tarea de juego de Iowa que compara la elección entre las opciones desventajosas por las que una gran cantidad de dinero generan, pero se pierde aún más (lo que resulta en una pérdida neta) y opciones ventajosas donde se gana menos pero se pierde aún menos (resultando en una ganancia neta). Se encontró una mayor tendencia hacia elecciones desfavorables en intentos de suicidio en comparación con individuos sanos. Un rendimiento más pobre en la prueba de interferencia de Stroop, que evalúa la atención selectiva, se encuentra en intentos de suicidio deprimidos de alta letalidad en comparación con los deprimidos que intentan suicidio de baja letalidad, deprimidos que no intentaron su suicidio y sujetos control sanos (Keilp et al. 2008). Tienen un control atencional deteriorado y fijación atencional caracterizada por la agitación, el estrechamiento de la atención en señales específicas de suicidio, y una preocupación por el suicidio como la única solución a los problemas también se observó en sujetos deprimidos con al menos un intento de alta letalidad comparado con sujetos deprimidos con más baja letalidad o sin antecedentes de intento de suicidio (Dombrowski et al. 2008). La desregulación de la función del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal está asociada con

comportamiento suicida. Las personas que no suprimen el cortisol en la prueba de supresión de dexametasona (dst) están en mayor riesgo de suicidio¹⁴.

Intentos de Suicidio Impulsivos

La proporción de intentos de suicidio impulsivos asciende hasta el 80% en algunas series. Un intento impulsivo se caracteriza por (a) criterios cronometrados; (b) ausencia de planificación/preparación proximal; y (c) ningún plan realizado durante el curso de la vida o el año anterior. Resultados de características de intentos de suicidio: realizado por medios menos violentos, por medios altamente disponibles, baja intencionalidad de suicidio, baja letalidad intentos, eventos agudos estresantes negativos casi siempre presentes previos al intento, más frecuente en mujeres, más común en jóvenes, más común en individuos intoxicados, más común en usuarios de sustancias psicoactivas, depresión menos severa, desesperanza es menos severa, ansiedad es más común, más común si se padece trastorno límite de la personalidad, menor cantidad de comorbilidades médicas o psiquiátricas, déficits en funciones ejecutivas, mayores puntajes en escalas de agresividad⁶¹.

A los pacientes evaluados en urgencias se les hará un interrogatorio enfocado a las variables de estudio. En el contexto de presentarse un paciente en consulta externa o urgencias localizado en algún punto del espectro de conducta suicida será sometido a evaluación como candidato a ingresar en el presente estudio. El motivo de consulta principal debe ser la conducta suicida. La heteroagresividad que presente el paciente, por tanto, sólo se evaluará si cumple con la condición principal de presentar conducta suicida.

Tal como se menciona en los objetivos de este estudio, se desea estudiar las variables que rodean a la conducta suicida de los pacientes. Una variable muy importante también es el uso de sustancias psicoactivas. No debe confundirse este estudio con un screening de la conducta suicida en pacientes adictos o ex adictos. Al contrario, en contexto de presentarse con ideas de muerte y de que el paciente o la familia se presenten a solicitar ayuda para dicha conducta suicida, se convierte en candidato para ingresar al presente estudio. Tal como se menciona en la hipótesis, creemos que la conducta autolesiva y heteroagresiva, es mucho más frecuente y grave en el contexto de los pacientes con alguna relación presente o futura con las distintas sustancias psicoactivas, incluyendo las drogas legales. Por tal motivo, un paciente que solamente fume tabaco, por ejemplo, es considerado como que presenta per se un factor de riesgo para aumentar sus conductas autolesivas o heteroagresivas.

Estudio precursor a este con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad

Realicé, un estudio previo a esta tesis, en Abril 2018 a Agosto 2018 titulado Análisis de la conducta, comorbilidades y riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad dentro del área de hospitalización de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica durante el periodo Enero – Diciembre del 2017, ganador del primer lugar del 21 Encuentro Estatal De Investigación En Salud 2018 de la Secretaría de Salud de Nuevo León, en el cual valoramos las siguientes variables de los pacientes con conducta suicida: Sexo, abuso sexual antecedente, violencia física/ psicológica antecedente, uso de drogas: recreacional, abuso, dependencia. Consumo promedio tabaco paquetes/año. Consumo promedio alcohol. Presencia de Intento suicida alta letalidad con y sin arrepentimiento: medicamentoso, cortes, intento de baja letalidad. Cutting para

aliviar ansiedad, nota o llamada suicida/repartir bienes previamente, cantidad de intentos previos , heteroagresión presente en urgencias o antes de acudir, ideación homicida, agitación psicomotriz en consulta o en días previos, golpes a terceros, comorbilidad enfermedad, ideas de referencia, ruptura amorosa/discusión con pareja recientes, planeación estructurada de suicidio sin intento actual, ideas de muerte sin intento actual y sin planeación estructurada, enfermedad médica actual, trastorno de identidad de género/ comunidad LGBT, división por edad y estación del año. Este estudio pretendió pretende realizar un análisis de los factores de riesgo suicida, aprender de las comorbilidades y ser un componente estadístico que agregue al conocimiento del comportamiento en pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Este estudio se realizó utilizando la información de los pacientes que son hospitalizados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de la Secretaría de Salud de Nuevo León, protegiendo su anonimato totalmente. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional, analítico y retrospectivo, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución mencionada. Primeramente, se realizó una revisión de los diagnósticos del total de pacientes ingresados en esta unidad y se aislaron a los pacientes diagnosticados con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3) en criterios del CIE 10 durante el período de Enero 01 de 2017 a Diciembre 31 de 2017 cuyo motivo de ingreso fue por intento suicida, riesgo de autoagresión, o conductas auto lesivas o heteroagresión. Se revisaron sus expedientes físicos y electrónicos haciendo énfasis en los antecedentes de los pacientes recabados por medio de la historia clínica, su examen mental y padecimiento actual registrados por el médico psiquiatra (adscrito o residente) que internó a los pacientes en el área de Urgencias²⁴.

La muestra utilizada fue de 51 mujeres y 1 varones. En cuanto a la parte estadística de este estudio: se realizó un análisis mediante regresión logística para analizar la relación entre las variables estudiadas y la probabilidad de cometer un intento suicida de alta letalidad sin embargo no se encontraron variables influyentes en este desenlace. Las demás conclusiones fueron que un mayor porcentaje de los sujetos que han golpeado a terceros presentaron agitación psicomotriz en la consulta en días previos en comparación con los que no (22.8% vs. 1.8%). ($p=0.048$). Los sujetos que golpearon a terceros presentan una mayor frecuencia de dependencia al alcohol (22.2% vs. 3.6%). ($p=0.031$). Aquellos sujetos que golpearon a terceros fueron diagnosticados con mayor frecuencia durante el otoño (66.7% vs. 21.4%) ($p=0.029$). Al comparar sujetos con intento suicida de baja letalidad con los que no se encontró que aquellos que tuvieron intento suicida de baja letalidad consumían tabaco con menos frecuencia (12.5% vs. 42.9%) ($p=0.027$). Se hizo una correlación de Spearman entre variable paquetes/año e intentos de baja letalidad y se encontró una relación inversamente proporcional. Aquellos sujetos que no tuvieron un intento suicida realizaron un mayor porcentaje de amenazas verbales sin autoagresión en comparación con aquellos sujetos que sí cometieron un intento suicida (0% vs. 24%). ($p=0.049$). Se realizó una comparación entre sujetos con intento suicida de alta letalidad con arrepentimiento, sin arrepentimiento y sujetos sin intento suicida evidenciándose que un mayor porcentaje de los sujetos con intento suicida de alta letalidad con arrepentimiento presentaron una mayor frecuencia de rupturas amorosas (54.5% vs 20% y 18.2%). ($p=0.041$). Los sujetos con dependencia a una droga presentaron con más frecuencia acciones de heteroagresión (57.1% vs 19%) ($p=0.044$)²⁴.

No se encontró la relación proporcional que se buscaba encontrar en nuestra hipótesis. No hubo ninguna variable cuya presencia determinara mayor cantidad o mayor letalidad en los intentos suicidas evaluados durante el año 2017 en este hospital. Tampoco la suma de dos o más variables aumentó la presencia ni la letalidad de los intentos suicidas²⁴.

Se encontró que los pacientes que presentaron episodios de agitación psicomotriz en la consulta de urgencia, ya sea en el consultorio o en la zona de observación temporal tenían antecedente de haber golpeado a otras personas durante los días previos. En el contexto de trastorno límite, un factor de riesgo para agitación psicomotriz y heteroagresión a terceros encontramos a la dependencia al alcohol. Los episodios de agitación psicomotriz ocurrieron con mayor frecuencia en otoño en un 66% de los casos, desconocemos la relación que represente la estación del año con estos hechos de violencia. Sin embargo creemos es importante interrogar dichos factores de riesgo antes de consultar a cualquier paciente en urgencias para protección del personal que brinda atención y tomar las debidas precauciones de seguridad dependiendo los protocolos que se tengan en la unidad²⁴.

Sobre los intentos de alta letalidad con arrepentimiento, sin arrepentimiento y, como grupo control, pacientes sin intentos suicidas se evidenció la presencia de una ruptura amorosa reciente como factor desencadenante del intento en el primer grupo. Nos habla esto de intentos suicida en contexto impulsivo, sin premeditación, sin embargo que no deben de ser tomados a la ligera. Tradicionalmente se le presta más atención a los intentos suicidas en pacientes deprimidos de larga evolución que viven solos, con menor

red de apoyo que los pacientes impulsivos quienes tradicionalmente son traídos a urgencias y generalmente apoyados por más familiares. Generalmente las caracteropatías que generan intentos impulsivos de suicidio son vistas por los psiquiatras que atienden la urgencia como de “menor riesgo de recurrencia”, sin embargo en este estudio presentamos 21 intentos suicidas de alta letalidad (11 con arrepentimiento) en pacientes con caracteropatías de base²⁴.

En cuanto a los intentos de baja letalidad, las personas que los presentaron con menor frecuencia consumían tabaco. Resultado que sorprende, ya que esperábamos generaría una diferencia a la alza en la cantidad y letalidad de intentos de suicidio además de aumentar el riesgo de violencia, sin embargo demostró ser un factor protector que reducía los intentos de suicidio. Como era esperado, los sujetos con dependencia a drogas presentaron con mayor frecuencia acciones de heteroagresión. Los sujetos que realizaron amenazas verbales suicidas, en mayor medida no cometieron ninguna forma de autoagresión previa a llegar a la consulta de urgencias.

Dicho estudio al ser retrospectivo se presta a diversos sesgos, el más importante es que la mayoría de los pacientes no fueron evaluados en el departamento de urgencias por los autores del presente estudio. Se dependió en gran medida del juicio clínico tanto del médico residente como del médico adscrito para realizar el diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Basamos el estudio en los datos recabados en el expediente electrónico de los pacientes, se revisaron antecedentes importantes de la historia clínica, la nota de urgencias la cual describe lo que sucedió durante el momento de la atención además de las condiciones en las que llegaron el paciente y sus familiares.

Por tanto, es probable que los pacientes hayan presentado más variables que nos interesaban en el presente estudio pero que no fueron interrogadas ni capturadas por los médicos que dieron la atención en urgencias.

No se encontró una correlación entre cantidad de intentos previos y riesgo de presentar un intento de baja letalidad²⁴.

Considerando las áreas de oportunidad de ese estudio, el presente estudio será prospectivo, continuando con la misma línea de investigación, y tendrá las siguientes diferencias a comparación del estudio anterior: se evaluará personalmente por el autor de este estudio todas las variables que nos interesan, se agregarán variables como nivel de ideación e intencionalidad suicida medidas por medio de escalas. Se aplicarán escalas de impulsividad, depresión, ansiedad, TDAH, diversas escalas de ansiedad, Hamilton de Depresión, BSL-23 (para evaluar síntomas característicos del trastorno límite), escalas de fobia social estrés postraumático, Barratt con sus subdivisiones de impulsividad motora, no planeada y cognitiva. Se complementará todo eso con la valiosísima información proporcionada por las escalas de desesperanza de Beck y el SAD PERSON SCORE, con el fin de que quien vea los resultados del presente estudio comprenda con lujo de detalle cómo se presentó a urgencias la persona que se incluirá en este estudio cuyo síntoma principal sean ideas de muerte y reúne criterios de inclusión por presentarse en algún peldaño de la estructura en forma de escalera ascendente que representa la conducta suicida. Además de eso se aplicará la escala SCID II para buscar una correlación entre el tipo de personalidad con la conducta suicida. Las escalas de agresividad manifiesta servirán para describir los casos en los que, en contexto de conducta suicida, el paciente se presenta a sala de urgencias de forma violenta, sobre todo

porque, al igual que en el estudio retrospectivo anterior que elaboré, están presentes las variables de una variedad importante de consumo de múltiples sustancias psicoactivas legales e ilegales. Queremos explorar la influencia de dichas sustancias en la conducta suicida y en la heteroagresividad con la que se presente a urgencias el paciente con síndrome suicida.

Dicho estudio retrospectivo mencionado anteriormente es importante debido a que se encontró que el trastorno límite de personalidad era un diagnóstico muy repetido en los pacientes que se presentaban al servicio de urgencias por conducta suicida. El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental común y complejo caracterizado por un patrón general de inestabilidad en regulación de las emociones, relaciones interpersonales, autoimagen y control de impulsos. Parece ser el resultado de una interacción entre factores biológicos (p. temperamental) y factores psicosociales (por ejemplo, infancia adversa), y se asocia con un deterioro funcional severo, altas tasas de abuso de sustancias psicoactivas, frecuentemente asociado a otras comorbilidades psiquiátricas, riesgo de autolesión y comportamiento suicida. El abuso sexual en la infancia está descrito como factor de riesgo para desarrollar una variedad de trastornos mentales, el trastorno límite no es la excepción a esta regla. El abuso sexual durante la infancia en pacientes diagnosticados con trastorno límite aumenta 10 veces el riesgo de que dicho paciente tenga intentos suicidas. No se ha encontrado relación entre automutilación y abuso sexual en la infancia. Asimismo, los pacientes con antecedente de abuso sexual en la infancia tenían más frecuencia de ideas sobrevaloradas paranoides²².

En cuanto a las comorbilidades del trastorno límite de la personalidad, han surgido dos propuestas principales de clasificación. Una sostiene que el TLP es una variante de los trastornos del espectro bipolar, la otra argumenta que el TLP debe permanecer como entidad separada de esa clasificación. Los síntomas de ambos trastornos se han llegado a solapar, existen estudios que mediante la aplicación de escalas han tratado de distinguir entre ambos trastornos, o en su defecto mencionar cómo se caracteriza un paciente en el cual existen múltiples comorbilidades. En el estudio realizado por Apfelbaum y colaboradores, los pacientes con trastorno bipolar y de la personalidad del grupo B comórbido, presentaron una edad de inicio más temprana y mayor severidad en cuanto a síntomas afectivos, intentos de suicidio, internaciones y conductas autolesivas. Mostraron significativamente más características de temperamento ciclotímico e irritable y rasgos de la personalidad del grupo A y B que los pacientes diagnosticados con TB únicamente. El grupo de comorbilidad representa un tipo de desregulación emocional más severa que los demás grupos en la muestra estudiada, incluyendo al TB y el TP-B por sí solos. Los pacientes con comorbilidad bipolar/límite obtuvieron puntajes intermedios en síntomas maníacos, es decir, mayor que pacientes con Depresión Mayor solamente y menor que pacientes con Trastorno Bipolar solamente. A pesar de esto, al aplicar el Índice de Bipolaridad claramente se distinguió a los pacientes con Trastorno Bipolar solamente o con comorbilidad de los otros grupos de diagnóstico (bipolar/límite o depresión solamente). Finalmente, el temperamento ciclotímico tuvo puntajes más altos en los pacientes con comorbilidad que en los demás grupos diagnósticos. El temperamento irritable mostró puntajes más elevados en pacientes con comorbilidad y en pacientes con trastorno de personalidad solo, en comparación a los que tienen Trastorno Bipolar o

Depresión Mayor, lo cual sugiere que el temperamento irritable es más propio de los trastornos de la personalidad que del propio trastorno bipolar³.

Con relación al riesgo de heteroagresión, se han conducido estudios en reclusos actuales de prisiones en los que se ha encontrado que los pacientes con TLP tienen el doble de posibilidad de tener incidentes disciplinarios e infracciones. No se encontró relación con el tiempo de permanencia en aislamiento (usualmente utilizado para pacientes muy agresivos) y agresividad en general. Este estudio se realizó en 184 reclusos y sus controles en Rhode Island, Massachusetts en los cuales se medían los incidentes disciplinarios en la forma de discusiones con el staff de vigilancia, cantidad de peleas en las que se han involucrado durante su estancia. 20% de las personas con trastorno límite tuvieron como comorbilidad un diagnóstico de depresión mayor sin síntomas psicóticos. Se encontró que los pacientes con trastorno límite reportaban ser víctimas de violencia física o psicológica que el resto de los reclusos. Los reclusos con trastorno límite con trastorno antisocial comórbido se reportaron como los más violentos. Hasta 55% de las mujeres y 27% de los hombres reclusos en prisiones reúnen criterios para el diagnóstico de trastorno límite de personalidad DSM IV ⁴⁹.

Las personas con trastorno límite de la personalidad tienen muchos problemas para controlar sus impulsos, particularmente en contextos estresantes o en acontecimientos emocionales negativos. Las personas con trastorno límite de la personalidad son difíciles de tratar debido, en parte, a las influencias de las emociones incontroladas en sus decisiones y comportamientos diarios. Los individuos con trastorno límite de personalidad están biológicamente predispuestos a un comportamiento de tipo

impulsivo. Estudios de imagen han revelado que la corteza cingular subgenual refleja una actividad disminuida en los individuos con trastorno límite de la personalidad, mientras que la corteza cingular anterior dorsal y regiones límbicas subcorticales indican una actividad aumentada en los individuos con trastorno límite de la personalidad. Los datos de RMf de los autores ayudan a entender este comportamiento.⁴ En las pruebas con palabras negativas en las que no debían pulsar el botón, los individuos sanos presentaron un incremento de la actividad en la corteza orbitofrontal y en la corteza cingular subgenual, regiones cerebrales asociadas a la regulación emocional y la inhibición de las regiones límbicas, incluida la amígdala. Además, en respuesta a las palabras negativas, los individuos con trastorno de la personalidad límite también presentaron un aumento de actividad en la corteza cingular anterior dorsal, región asociada a la detección de conflictos en la decisión de qué respuesta tomar. Esta actividad sugiere que aunque no eran capaces de ejercer el control de los impulsos, eran muy conscientes de que tenían que dedicar otros recursos para controlar la situación⁵².

Se ha observado hasta en 25% de pacientes con TLP y abuso sexual en la niñez, junto con las mujeres que sufrieron abuso durante la niñez, que presentan cambios en el volumen del hipocampo y la amígdala alteraciones en la flexibilidad cognitiva, la planeación, la atención y el estado de alerta, todo lo cual afecta su capacidad para procesar e integrar las experiencias traumáticas. Se ha llegado a proponer que el TLP es una variante del trastorno de estrés postraumático. El TLP se observa entre 11 y 40.4% de los pacientes psiquiátricos. En un estudio reciente se halló en 9.3% de los pacientes con trastorno depresivo mayor y distintos trastornos de ansiedad. Considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV se describen frecuencias de 22.5% a 33.3% y en pacientes con intentos suicida de 41%⁴⁰.

Con relación a los resultados sobre la letalidad del intento suicida las mujeres presentan mayor número de tentativas suicidas de menor letalidad y el método asociado principalmente por intoxicación de fármacos y mutilación²⁸.

Se ha estudiado la neuroquímica de los pacientes con TLP: el déficit de serotonina genera hipersensibilidad crítica, se ha visto un exceso de acetilcolina y un exceso de noradrenalina que va a provocar hiperreactividad ante estímulos que ocasionará estallidos de furia y una pobre capacidad para controlar los cambios bruscos de ánimo, aunado a una incapacidad para volver al estado basal previo al sometimiento de los estímulos molestos comparado con personas usadas como control. El paciente comúnmente escinde por una falta de relativización (dando una connotación de todo o nada los hechos o personas), cae en suspicacia, distorsiones interpretativas, ideación paranoide, ideas de referencia que pueden llevar a la persona, tras un estímulo estresante importante, a episodios disociativos o micropsicóticos. Un exceso de dopamina aumenta la impulsividad. Hay alteraciones en circuitos cerebrales que tienen que ver con la amígdala, sustancia reticular ascendente y la corteza orbitofrontal que tendría un papel de control inhibitorio de los impulsos. Todo esto provoca que los pacientes con este trastorno tomen decisiones precipitadas, entre las cuales se encuentran los intentos de suicidio por razones triviales. Hay una incapacidad para la reflexión, dificultad para resistir impulsos, precipitación en respuesta a estímulos y una respuesta impulsiva destructiva⁴⁸.

Se han realizado diversos estudios con características demográficas comparando pacientes con el diagnóstico de TLP con grupos controles. Se ha encontrado que es más

frecuente en mujeres, reportando una vida sexual insatisfactoria con problemas para el control de su impulsividad, con antecedentes de experiencias traumáticas en su mayoría; sin embargo sin antecedente de abuso físico ni sexual en su mayoría. Las comorbilidades más frecuentemente encontradas son los trastornos del humor y el abuso de sustancias psicoactivas. Elementos del pasado que nos hacen sospechar de un trastorno límite de personalidad son la presencia de abuso física o sexual en el pasado o alguna otra experiencia traumática. Se vio en el estudio de Molina Ramos que, aunque no admitieran ser parte de la comunidad LGTTBI, muchos pacientes con TLP tenían dudas en cuanto su identidad, sin embargo no especifica si esta identidad corresponde a la de género. Estos pacientes fueron reportados con problemas para controlar su impulsividad⁴⁸.

Factores de riesgo para el comportamiento suicida entre los jóvenes deprimidos incluyen mayor gravedad y cronicidad de la depresión, ideación actual con un plan o historial de un intento de suicidio, historial autolesiones en contexto no suicida, insomnio, ansiedad comórbida, Trastornos de abuso de sustancias , altos niveles de agresión e impulsividad mayor, niveles altos de desesperanza, historia familiar de comportamiento suicida, abuso familiar, pobre red de apoyo⁷⁰.

Desde enero de 2014 hasta diciembre de 2015, 990 residentes de la Ciudad de México murieron por suicidio (hombres: 78.28%, mujeres: 21.72%). Entre los hombres, las tasas de mortalidad más altas se encontraban entre los grupos de 20-24 y 75-79 años, mientras que en las mujeres, el grupo con la tasa de mortalidad más alta tenía entre 15 y 19 años. El 74% de la muestra utilizó el ahorcamiento como método suicida, 11% se disparó con un arma, 6% saltó de cierta altura y 3% se envenenó; 80% se quitaron la vida

en su casa, 84% no habían tenido intentos previos. Sin embargo, los hombres tuvieron tasas más altas de resultado positivo en la prueba de toxicología (40%) ($p < 0,05$). No hubo concordancia entre el suicidio masculino y femenino por parte de las jurisdicciones de la ciudad. Por último, con respecto a la prueba de toxicología, más hombres que mujeres resultaron positivos para el uso de sustancias (40 frente a 18.14%, respectivamente). Entre los positivos para cualquier sustancia, la principal sustancia utilizada en el momento de la muerte para hombres y mujeres fue el alcohol (83.09 y 74.36%, respectivamente), seguido de la cocaína (12.58%) y los inhalantes para hombres (8.06%) y sedantes (15.38%) y cocaína (12.82%) para mujeres⁶².

Capítulo 3 Metodología

Pregunta de investigación

¿En los pacientes con ideación suicida, existe mayor gravedad en sus intentos de agresividad contra ellos mismos y contra terceros a mayor cantidad de consumo de sustancias psicoactivas?

Hipótesis

Hipótesis nula.

El consumo de sustancias no modifica el nivel/tipo de agresividad del paciente con ideación suicida.

Hipótesis alterna

En un paciente con conducta suicida que acude al servicio de urgencias, encontraremos que a mayor cantidad de sustancias psicoactivas consumidas en su vida, se encontrarán más episodios de conducta agresiva y mayor ideación suicida.

Diseño del Estudio

Este es un estudio sin fases, al no ser un estudio experimental.

Descripción del estudio

- **Clasificación Del Estudio:** Descriptivo
- **Tipo De Investigación:** Observacional
- **Características Del Estudio:** Transversal
- **Tipo De Análisis:** Analítico

Proceso al recibir un paciente con Criterios de Inclusión

- Se evaluará al paciente en el área de Urgencias o de Consulta Externa en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Por obvias razones, si el paciente se encontraba en este último departamento, se le canalizará a Urgencias una vez

terminada la valoración del paciente, obtención de consentimiento informado, aplicación de escalas, elaboración de la nota y hoja de referencia.

- Se descartarán todos los criterios de exclusión.
- Se atenderá la Urgencia Suicida del paciente en ese momento o se apoyará al compañero residente o médico adscrito que la esté atendiendo en ese momento.
- Se explicará con naturalidad el motivo del estudio explicando a paciente y familiares que la información recabada es útil tanto para el caso de ellos como para el tratamientos de pacientes a futuro con la misma conducta del espectro suicida.
- Se solicitará la firma del familiar y del paciente del consentimiento informado. Se aclararán dudas y se dará el tiempo que necesiten para su lectura. Se hará énfasis en que la atención del paciente no está condicionada a la firma del consentimiento.
- Se empezará a interrogar primeros los datos demográficos, eventos sensibles como historial de abusos y sobre su conducta suicida a lo largo de la vida. Se le solicita encarecidamente al paciente que si se siente incómodo/a con las respuestas que debe de proporcionar, en cualquier momento puede solicitar brindar cierta información de manera individual (sin el familiar). Si al hacer la evaluación por separado entre familiar y paciente hubo discrepancias severas, se excluirá al paciente del estudio sin mermar con ello la calidad en la atención otorgada.
- Se aplicarán las escalas de: patrón de consumo de sustancias psicoactivas del DSM V, Escala de Desesperanza de Beck, Ideación Suicida de Beck, Depresión de Hamilton, Ansiedad de Hamilton, Impulsividad de Barratt BIS, Agresividad Actual OAS, Agresividad de Buss y Perry, Severidad de Conducta Suicida de Columbia C-SSRS, Gravedad Médica de Conducta Suicida.

- Por fines ecológicos, solamente se imprimirá el consentimiento informado para cada uno de los 42 pacientes del estudio y se obtendrá la firma física de familiar y de paciente. 42 consentimientos en total.
- Las escalas aplicadas se llenarán en forma electrónica. En las computadoras de Urgencias y Consulta Externa se encuentran carpetas donde aparecen las escalas genéricas vacías de manera electrónica. Una vez llenado el paquete de escalas con el programa Paint, se guardarán en una memoria extraíble sin incluir datos que identifiquen al paciente. Se hará la transferencia de información a una computadora Laptop, en la cual los pacientes serán identificados por sus siglas y se vaciarán en el Paquete Estadístico IBM SPSS 22. Tanto la computadora como la carpeta con las escalas de los pacientes identificadas por siglas estarán protegidas por contraseña. Se correrá un análisis correlacional con método chi cuadrada y reporte de prevalencias.
- La información recabada antes será analizada por medio del software paquete estadístico SPSS para obtener una estadística descriptiva de las frecuencias y porcentajes relativos de cada variable demográfica. Además, se realizará un análisis univariado, bivariado y multivariado. Las variables reportadas como media y desviación estándar en caso de ser numéricas y como frecuencias y porcentajes en caso de ser categóricas. Para el análisis bivariado se utilizará la prueba de chi cuadrada. Se utilizará el paquete estadístico SPSS Versión 24 tomando como significancia estadística un valor de p menor a 0.05.

Variables

- Las variables sociodemográficas se obtendrán de manera dicotómica.

- Las escalas aplicadas se colocará un puntaje de acuerdo a lo establecido para la suma de los puntos establecido por los autores de la escala. Se respetarán los puntos de corte de las siguientes escalas:
 - a) Ansiedad de Hamilton: <17 leve, 18-24 moderada, 25-30 moderada a severa.
 - b) Depresión de Hamilton: 0-7 no deprimido, 8-13 depresión ligera/menor, 14-18 depresión moderada 14-18, depresión severa 19-22, depresión muy severa >23.
 - c) Gravedad Médica de la Tentativa Suicida de la escala de Columbia de Severidad del Suicidio C-SSRS: de nulo, moderado a grave, al borde de morir dependiendo el deterioro fisiológico.
 - d) Muchas escalas fueron creadas por sus autores con el fin de obtener un puntaje numérico, cuyo valor es una calificación total del riesgo de la presencia de la variable.
 - e) Escalas cuyo resultado a la alza significa mayor presencia de la variable estudiada, se tuvieron que hacer las siguientes subdivisiones en este estudio:
 - f) En general se tuvo que dividir en tercios o en cuartos dependiendo el resultado total del puntaje.
 - g) Ideación Suicida de Beck: leve, moderada y grave. Puntaje total 38 puntos.
 - h) Ideación Suicida Grave: Se corre paquete estadístico esta variable. Se consideran quienes tienen ideación suicida grave para correlacionar con variables independientes.
 - i) Riesgo de Agredir a Entrevistador por cúmulo de Agresividad Actual OAS + Agresividad Buss y Perry: Se considera positivo apoyándonos en los antecedentes de heteroagresión previo a la consulta. Escala de Agresividad de Buss y Perry de mínimo 30 puntos de 200 posibles junto a puntaje positivo de un punto de escala

OAS de Agresividad Actual en Consulta. (Todos excepto dos pacientes ya habían tenido conducta agresiva en casa o en calle).

- j) Impulsividad de Barratt: Motora, Cognitiva, No planeada. Máximo 120 puntos. Mínimo, Leve, Moderado, Grave, Severa. 0-20, 20-40, 41-80-,81-100, 101-120
- k) Riesgo de Agredir a Entrevistador por Impulsividad de Barratt: Puntaje total de las 3 subdivisiones de mínimo 81 puntos.
- l) Variable de consumo de dos o más sustancias psicoactivas: Es positiva cuando paciente consume en cualquier patrón dos sustancias consideradas ilícitas, incluyendo marihuana en esta categoría, a pesar de la reciente reforma a la ley de cantidad de gramos que se pueden portar (28 gramos).
- m) Alcohol en patrón de al menos trastorno por consumo combinado con cualquier sustancia ilícita en cualquier patrón desde recreacional, trastorno o tolerancia.

Heteroagresión como término/ cómo la mediremos en este estudio

La heteroagresividad es un tipo de agresividad que se refiere a todas esas conductas agresivas que se caracterizan por dirigirse hacia otra persona. En este sentido, la heteroagresividad abarca un conjunto de patrones de actividad que pueden manifestarse a través de una intensidad variable. Dichos comportamientos incluyen conductas como la pelea física, los gestos, cambios en el tono de voz o las expresiones verbales. A nivel cognitivo, la heteroagresividad suele motivar la aparición de obsesiones, fantasías destructivas, planes agresivos o ideas de persecución. La agitación es un elemento de la

heteroagresividad que se caracteriza por originar un cuadro de hiperactividad motora acompañada de alteraciones emocionales como ansiedad, angustia o miedo. La intensidad de estos cuadros puede variar notablemente, desde una leve inquietud hasta una agitación muy marcada y violenta. Las alteraciones de agitación motriz pueden ser la manifestación de una gran variedad de trastornos físicos y mentales como la intoxicación por sustancias, las reacciones secundarias de los medicamentos, las infecciones sistémicas o del sistema nervioso central, los trastornos neurológicos, etc.

Por lo que respecta a las enfermedades mentales, las alteraciones que suelen presentar heteroagresividad con mayor frecuencia dentro de sus manifestaciones son:

1. La esquizofrenia.
2. El trastorno bipolar.
3. La depresión.
4. El trastorno negativista desafiante.
5. El trastorno disocial.
6. El trastorno antisocial de la personalidad.
7. El trastorno límite de la personalidad.

Es conocida la asociación entre trastorno depresivo y caracteropatías como el trastorno disocial y límite con el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio. A diferencia de los estudios citados anteriormente, en el nuestro pensamos colocar como variables un mayor número de sustancias psicoactivas además de ofrecer conocimiento adicional como la correlación de este tipo de pacientes con ciertos rasgo de personalidad establecidos por las escalas de personalidad aplicadas.

La autolesión autoinfligida en adultos jóvenes puede estar asociada con un mayor riesgo de agresión hacia los demás. Un estudio de registro nacional identificó una cohorte de individuos de 15 a 32 años ($n > 1,850,000$), que incluyó pacientes que fueron tratados por autolesión deliberada ($n > 50,000$), y examinó la asociación entre la autolesión no fatal y la condena posterior por un crimen violento. El período medio de seguimiento fue de ocho años; Los crímenes violentos incluyeron homicidio, asalto, robo y amenazas. Después de controlar los posibles factores de confusión (edad, trastorno psiquiátrico y estado socioeconómico), los análisis encontraron que la condena por un delito violento ocurrió el doble de veces en pacientes tratados por autolesiones, en comparación con la población general (razón de riesgo 2.2, 95% CI 2.1-2.2). Además, la tasa entre hombres y mujeres con autolesiones fue similar³⁹.

En este estudio utilizaremos para medir la heteroagresión de los pacientes con conducta suicida por medio de dos escalas: la escala de agresividad manifiesta y la escala de agresividad manifiesta modificada, ésta última enfocándose a la conducta que el paciente presentó previo a llegar al consultorio de urgencias psiquiátricas. Emplearemos la escala de Barratt con sus subdivisiones de impulsividad motora, no planeada y cognitiva. Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee. Además preguntaremos a la familia del paciente si el mismo ha manifestado tener ideación homicida, si ha golpeado, asesinado o abusado sexualmente de terceros o ha amenazado con realizarlo.

Cómo definiremos en este estudio las variables sobre el nivel de adicción a sustancias psicoactivas

Muy pocas personas en su vida nunca han consumido una sustancia psicoactiva. ¿Cómo definiremos el nivel de consumo de una persona? La respuesta es en base a los problemas que le haya generado en diversos ámbitos de su vida diaria. La adicción se define como un trastorno recurrente crónico caracterizado por la búsqueda compulsiva de drogas, el uso continuo a pesar de las consecuencias dañinas y los cambios duraderos en el cerebro. Se considera tanto un trastorno cerebral complejo como una enfermedad mental. La adicción es la forma más grave de un espectro completo de trastornos por uso de sustancias, y es una enfermedad médica causada por el uso indebido repetido de una sustancia o sustancias.

El National Institute of Drug Abuse estadounidense (NIDA) usa el término adicción para describir la búsqueda compulsiva de drogas a pesar de las consecuencias negativas. Sin embargo, la adicción no es un diagnóstico específico en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), un manual de diagnóstico para médicos que contiene descripciones y síntomas de todos los trastornos mentales clasificados por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) . En 2013, APA actualizó el DSM, reemplazando las categorías de abuso de sustancias y dependencia de sustancias con una sola categoría: trastorno por uso de sustancias, con tres subclasificaciones: leve, moderada y grave. Los síntomas asociados con un trastorno por uso de sustancias se dividen en cuatro grandes grupos: control deficiente, deterioro social, uso riesgoso y criterios farmacológicos (es decir, tolerancia y abstinencia).

El nuevo DSM describe un patrón problemático de uso de una sustancia intoxicante que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos con 10 u 11

criterios de diagnóstico (dependiendo de la sustancia) que ocurren dentro de un período de 12 meses. Se considera que los que tienen dos o tres criterios tienen un trastorno "leve", cuatro o cinco se consideran "moderados" y seis o más síntomas, "severos". Los criterios de diagnóstico son los siguientes:

1. La sustancia a menudo se toma en grandes cantidades o durante un período más largo de lo previsto.
2. Existe un deseo persistente o un esfuerzo fallido para reducir o controlar el uso de la sustancia.
3. Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, usarla o recuperarse de sus efectos.
4. Antojos, o un fuerte deseo o impulso de usar la sustancia, se produce.
5. El uso recurrente de la sustancia da como resultado el incumplimiento de las principales obligaciones de roles en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. El uso de la sustancia continúa a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandonan o reducen debido al uso de la sustancia.
8. El uso de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, como se define por cualquiera de los siguientes:

11. La necesidad de cantidades notablemente aumentadas de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado
12. Un efecto notablemente disminuido con el uso continuo de la misma cantidad de la sustancia.
13. Retiro, como se manifiesta por cualquiera de los siguientes:
 - a) El síndrome de abstinencia característico de esa sustancia (como se especifica en el DSM-5 para cada sustancia).
 - b) El uso de una sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia⁴³.

Se realizará la obtención de información sobre patrón de consumo de sustancias psicoactivas preguntando al paciente y al familiar en privado por separado. Se hacen antidopings al azar a los pacientes.

Café y tabaco no se considerarán como sustancias psicoactivas tras no haber encontrado literatura y haber preguntado exhaustivamente a expertos obteniendo la respuesta de que dichas sustancias no generan alteraciones en sistema nervioso central a largo plazo.

Definición de letalidad en contexto de intento de suicidio

La escala para la evaluación de la letalidad del intento de suicidio (SALSA) tiene dos componentes: el primer componente tiene cuatro ítems que indican la seriedad del intento y sus probables consecuencias, y el segundo componente es la impresión global de letalidad. Todos los ítems se puntúan de 1 a 5, puntajes más altos sugieren una mayor letalidad. La letalidad se considera como el grado de peligro para la vida resultante de un comportamiento auto lesivo. Este es un parámetro importante en la evaluación de los

pacientes que se autolesionaron, no solo por las implicaciones físicas, sino también para contribuir a una mayor comprensión sobre el comportamiento de auto lesivo. En el estudio consultado para evaluar la letalidad se tomó una muestra de pacientes con diversos intentos de suicidio y se estableció la cantidad de pacientes que sobrevivieron tras un año de seguimiento, para establecer la letalidad de la conducta suicida. Se encontraron las siguientes conclusiones:

- Las personas que llevan más intentos suicidas en su vida tienen mayores probabilidades de presentar intentos de suicidio de mayor letalidad.
- La letalidad se define como la posibilidad o grado en el que un cambio biológico en el organismo puede provocar la muerte. Esto es determinado por un equipo multidisciplinario de medicina forense, psiquiatría y medicina interna y de urgencias.
- Entre mayor sea de edad la persona, mayor probabilidad hay de que sus intentos suicidas sean de letalidad más elevada.
- Muy pocas personas dejan nota suicida. En el presente estudio sólo 4 de 81, de los cuales todos sobrevivieron al año de seguimiento.
- Escala de letalidad SALSA: (Puntuación 1) no se requiere intervención médica o solo observación; (puntaje 2) primeros auxilios; (puntaje 3) intervención médica específica para el método de suicidio a nivel de atención de emergencia; (puntaje 4) cuidados adicionales como pacientes hospitalizados que pueden implicar el ingreso a unidades especializadas y (puntuación 5) cuidados intensivos, intentos de necesitar medidas de soporte vital; o intervenciones médicas vigorosas, a menudo inmediatas, se codifican como puntaje 5. Entre más alto el puntaje, mayor necesidad de posterior internamiento psiquiátrico tras la estabilización médica.

- También se debe considerar el grado de esfuerzo externo necesario para rescatar al que lo intentó. Los intentos en lugares públicos, dentro del alcance de una intervención médica accesible o de un intento de buscar ayuda ellos mismos pueden considerarse altamente rescatables (puntaje 1); mientras que los intentos sin la posibilidad del descubrimiento, en situaciones remotas, se consideran de baja capacidad de resolución (puntaje 5). El puntaje 3 tendría una probabilidad de rescate de 50/50.
- Se ha informado que los intentos impulsivos se asociaron con un nivel de letalidad similar a los intentos premeditados y su importancia no debe minimizarse. ¹⁴
- El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es uno de los Trastornos de Personalidad (TP) más frecuentemente asociado con el Trastorno por Uso de Sustancias. Pacientes con alteraciones en el comportamiento por uso de múltiples drogas y sustancias psicoactivas y trastornos mentales como psicosis debido al uso de dichas sustancias son diagnósticos comunes de pacientes internados en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica. Hay una prevalencia media de hasta 50% de los pacientes con TLP que han probado alguna sustancia psicoactiva vs 35% de las personas sin TLP que han probado dichas sustancias. Es importante la detección temprana de pacientes con TLP para prevenir que caigan en una patología de peor pronóstico como lo es la farmacodependencia o un trastorno psicótico residual por un daño orgánico severo inducido por un consumo intenso de sustancias psicoactivas en el pasado. La asociación entre TLP y el trastorno de uso de sustancias podría implicar una peor evolución y pronóstico, un patrón más grave de abuso de sustancias, mayor número de conductas autodestructivas, y más intentos suicidas¹⁰.
- Las razones para automutilarse sin intención de suicidarse son las siguientes: manejo de estrés, desregulación afectiva (“para tranquilizarme”, “para evitar pensar en

cosas terribles”, “para aliviar el dolor emocional”, “la sangre que sale limpia mi cuerpo”, “olvidarme de algo”, “para evitar flashbacks”), ejercer influencia manipuladora sobre los demás (“para demostrar cuánto amo a alguien”, “para que los demás vean externamente mi dolor interno”), para castigarse “es una manera de sentirme despierto otra vez”, búsqueda de una sensación “sólo lo hago por la adrenalina”, para prevenir el suicidio, por razones sexuales o dificultades para expresarla, como práctica de ritos religiosos/satánicos²⁶.

Criterios De Inclusión

- Pacientes evaluados en el área de Urgencias Psiquiátricas de Hospital Psiquiátrico de Segundo Nivel de Atención.
- De entre 18 y 70 años y que cumplan con el siguiente criterio: Motivo principal de consulta Ideas de muerte actuales (ideación suicida actual por escala de Beck de mínimo 5 puntos).
- Antecedente de intento de suicidio con intencionalidad de muerte realizado máximo 3 días previos a presentarse en el consultorio de urgencias (escala de intencionalidad de Beck de mínimo 5 puntos), sin importar la letalidad en términos de escalas médicas de deterioro fisiológico, aunque niegue ideación suicida en el momento presente de la evaluación.

Criterios De Exclusión

- Paciente cuyo estado mental no permita la entrevista. Si este estado es por intoxicación a alguna sustancia psicoactiva y el paciente manifieste ideación suicida se atenderá la urgencia médica y se citará posteriormente a Urgencias Psiquiátricas.
- Se observa fenómeno de ganancia secundaria en el paciente o u familia. A juicio del clínico hay incongruencias graves entre el discurso mencionado por uno de los involucrados evaluados. La actitud de los entrevistados no es congruente con la problemática por la que están acudiendo.
- Pacientes con brote psicótico actual, intoxicación, abstinencia, reacción a estrés agudo, manía, hipomanía; debidos a que estas condiciones alterarán los resultados de las escalas a aplicar.
- Sin diagnóstico previo de trastorno bipolar pero que cumpla con criterios clínicos de haber presentado manía en alguna ocasión. Cambios de estado de ánimo de tristeza a irritabilidad/euforia con temporalidad muy regular de meses/semanas, información obtenida por interrogatorio al familiar. Sin diagnóstico previo de esquizofrenia pero con alta sospecha clínica al momento de la evaluación.
- Trastorno del espectro autista clínicamente observable o interrogado al familiar.
- Pacientes con retraso en hitos del neurodesarrollo.

Recursos Humanos

- Dr. Alberto Guilebaldo Díaz Salinas aplicará las pruebas, recopilará la información de los pacientes de interés, correrá el paquete estadístico y reportará los resultados obtenidos.

- Dr. Carlos Alberto Treviño Terán se encargará de asesorar al Dr. Alberto Guilebaldo Díaz Salinas respecto a la selección de pacientes, la aplicación de las pruebas y la elaboración del resumen con los resultados.
- Dra. Marytza Leal se encargará de asesorar al Dr. Alberto Guilebaldo Díaz Salinas sobre el panorama del suicidio a nivel estatal de acuerdo a Comisiones Estatales a las cuales se integrará a este último desde Enero 2020. Revisión y redacción de resultados.
- Máster José Juan Góngora Cortés asesor estadístico y colaborador en la redacción de resultados.

Tamaño de la muestra

Según el estudio descriptivo llevado a cabo por el Dr. Rodolfo Pezoa titulado ‘‘Urgencias Psiquiátricas en el Sector Público de Nuevo León’’, en el cual se establece la frecuencia con la que se veía cada diagnóstico de la Unidad de Urgencias del Hospital Psiquiátrico del Estado de Nuevo León (mismo de nuestro estudio). Entre Diciembre 2015- Diciembre 2016, entre médicos adscritos y residentes de la unidad, se vieron un total de 5021 consultas, 47% hombres y 53% mujeres, siendo el grupo de edad de los 18 a los 35 años el más frecuentemente atendido⁵⁴.

Cálculo Del Tamaño De La Muestra Conociendo El Tamaño De La Población

La fórmula para calcular el tamaño de muestra cuando se conoce el tamaño de la población es la siguiente:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción). **N= 357 si se estudiara un año.**

Como nuestro estudio será durante 6 meses, se divide entre resultando nuestro tamaño de muestra final sería: **178**. Considerando un cálculo basado de un hospital general español. En el dicho estudio español se contabilizaron los ingresos al área de psiquiatría, perteneciente a un hospital general, por intento de suicidio a manera retrospectiva durante los últimos 2 años. Se admitieron 2,376 pacientes al área de psiquiatría en los últimos 2 años (2014 y 2015), siendo 427 las admisiones por intentos de suicidio⁴⁶.

Aplicando la misma fórmula como lo hicimos anteriormente obtenemos que el tamaño de muestra debería de ser de 202 pacientes si se estudiara durante los mismos 2 años que el anterior estudio. Como nuestro tiempo para el estudio actual será de 6 meses, es decir medio año, dividimos esa cifra entre cuatro y obtenemos: **50 pacientes**.

La información recabada antes será analizada por medio del software paquete estadístico SPSS para obtener una estadística descriptiva de las frecuencias y porcentajes relativos de cada variable demográfica. Además, se realizará un análisis univariado, bivariado y multivariado. Las variables reportadas como media y desviación estándar en

caso de ser numéricas y como frecuencias y porcentajes en caso de ser categóricas. Para el análisis bivariado se utilizará la prueba de chi cuadrada. Se utilizará el paquete estadístico SPSS Versión 24 tomando como significancia estadística un valor de p menor a 0.05.

Para la medición del patrón de consumo de sustancias psicoactivas se utilizarán los criterios del DSM5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Recursos Materiales

- Laptop o PC con el programa SPSS
- Memoria USB

Financiamiento

El establecimiento, el investigador o co-investigador no recibirán ningún beneficio económico o material para la realización de este estudio por parte de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica o del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Los recursos materiales y electrónicos para la realización de esta investigación no supondrán ningún costo adicional para los investigadores.

Se declara que no existe ningún conflicto de intereses.

Capítulo 4 Resultados

Se rechaza hipótesis nula, se acepta hipótesis alterna donde se demuestra que algunas sustancias psicoactivas, en contexto de ideación suicida o de intentos suicidas con alta intencionalidad de morir (con ideación suicida importante durante un breve periodo de tiempo aunque se presente sin ideación suicida en urgencias) hay una correlación estadísticamente significativa entre el aumento en las escalas de Agresividad a terceros con el trastorno por consumo de cocaína con una $p=0.032$, y con el trastorno por consumo de alcohol igualmente una p significativa de 0.032.

A mayor sea el consumo de sustancias psicoactivas, es decir a mayor cantidad se combinen, habrá mayor riesgo de heteroagresión ya que las escalas de agresividad se correlacionaron con consumir dos o más sustancias psicoactivas con una $p= 0.026$. A mayor puntaje de escalas de Agresividad habrá una ideación suicida más grave según la escala de Ideación Suicida de Beck con una $p=0.026$.

Para el resto de las sustancias psicoactivas recabadas no se encontró una correlación estadísticamente significativa. Las escalas de riesgo de agresividad hacia terceros estaban correlacionadas con una $p= 0.009$ con las escalas de impulsividad. Fue la única correlación que hubo en las escalas de impulsividad con el resto de las variables del presente estudio.

Capítulo 5 Análisis y Discusión de Resultados

Como podemos ver en los resultados de la muestra, una ligera mayoría de los pacientes fueron mujeres, reuniendo un 60% de los casos, lo cual es congruente con la literatura donde se menciona que, aunque los suicidios consumados pueden llegar a ser mucho más frecuentes en hombres (15 de hombres vs 8 de mujeres por cada 100,000 habitantes) la mayor cantidad de intentos de suicidio pertenecen a mujeres, al igual que las atenciones totales de consultas en Urgencias Psiquiátricas perteneciendo a mujeres en un 53% de los casos en nuestro hospital regiomontano. Esto suele obedecer probablemente a que el varón regiomontano, de manera cultural enseñado por su medio donde habita, no suele externar los síntomas que le aquejan ni buscar ayuda. Tuvimos 23 adultos jóvenes, 14 adultos y 5 adultos maduros en nuestra muestra.

	Frecuencia	Porcentaje
Adulto joven	23	54.8
Adulto	14	33.3
Adulto maduro	5	11.9
Total	42	100.0

Sexo:

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	17	40.5
Mujer	25	59.5

Total	42	100.0
-------	----	-------

Abuso sexual:

	Frecuencia	Porcentaje
NO	21	50.0
SI	21	50.0
Total	42	100.0

Antecedente de violencia:

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	45.2
Si	23	54.8
Total	42	100.0

Consumo sustancias ilícitas

	Frecuencia	Porcentaje
Sí Consume	16	38.1
No Consume	26	61.9
Total	42	100.0

Coincidiendo con la literatura también, podemos observar que tanto los antecedentes de violencia física y sexual, aunque fueron una ligera mayoría en los pacientes de nuestro estudio con un 50% de los casos para abuso sexual y un 54% de abuso físico contra los que no presentaron estas condiciones, se deben de considerar como un factor de riesgo. Interrogando síntomas de estrés postraumático someramente (como hipervigilancia, flashbacks, pesadillas y conductas evitativas que recuerdan evento)

ocasionados por estos eventos, 31% de la muestra los presentaba sin especificar frecuencia ni intensidad.

Según los parámetros del DSM-V reporto los resultados de prevalencia de la muestra dependiendo el grado de consumo. Podemos apreciar que 14 de 42 pacientes presentaron un consumo recreacional a sustancias psicoactivas ilícitas, también conocido como otro consumo, lo cual comprende el 33% de la muestra. 12 de 42 pacientes presentaron los criterios compatibles del DSM V con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, lo cual comprende el 28% de la muestra. Solamente 2 pacientes se encontraron con criterios de tolerancia para sustancias ilícitas. Solamente un paciente de la muestra, tras una suspensión previa, nos reportó y se integran criterios para remisión inicial de sustancias ilícitas. Sin importar el grado de consumo y en términos generales, 38% de la muestra total consumía alguna sustancia ilícita y 62% que no lo realizaba. Se reportaron los siguientes consumos: 10 marihuana, 6 cocaína, 2 alucinógenos, 1 inhalantes, 2 metanfetaminas, 3 anfetaminas, 6 benzodiazepinas sin uso médico. 12 pacientes (28% de la muestra) declararon consumir 2 o más sustancias psicoactivas.

Ideas referencia

	Frecuencia	Porcentaje
No	13	31.0
Si	29	69.0
Total	42	100.0

Ruptura amorosa reciente

	Frecuencia	Porcentaje
No	31	73.8
Si	11	26.2
Total	42	100.0

Diez pacientes de la muestra nos reportaron un consumo de alcohol recreacional, otro consumo. 4 pacientes tuvieron criterios de trastorno por consumo de alcohol y 3 más para tolerancia a alcohol (16% ambos). De los consumidores, ninguno presentó remisión al consumo de alcohol. 7 pacientes eran fumadores de tabaco actualmente (16%).

Dos pacientes tuvieron un gesto suicida en forma de ahorcamiento o amenazar con arrojarse de un puente, esto se explica debido a que nuestros criterios de inclusión incluían ideación suicida importante o un intento de alta letalidad, estos gestos suicidas se presentaron en un paciente con ideación suicida que cumplía con el mínimo para ser incluido en el estudio. Muy buena cantidad de pacientes se realizaban conductas autolesivas tipo cortes superficiales sin intención suicida en ese momento de dicha conducta, 42% de la muestra. 31% de la muestra se realizaba autolesiones de otro tipo: golpes a la pared, se golpea su cuerpo con sus manos, se quema y se rasca con el fin de lastimarse sin ideación suicida presente en dicho acto, lo más frecuente de lo anterior con

4 pacientes de prevalencia fueron los golpes al cuerpo con propias manos y golpear la pared. Sobre pacientes que tuvieron intentos de suicidio previos en el pasado, la media de los mismos fue de 1.3.

Durante la evaluación en urgencias 10 pacientes reunieron puntaje para conducta agresiva, aunque 70% de este puntaje de violencia sólo es para agresiones verbales, sin riesgo de agresión física. Además de que previo a la consulta ya habían declarado heteroagresividad familiares o pacientes en 4 elementos de la muestra: uno con insultos, uno con golpes físicos a terceros y 2 pacientes con ideación homicida y golpes a terceros en conjunto. 7 pacientes manifestaron cierta ideación con y sin planificación de querer agredir, o al menos declarar que se meten en peleas seguido si son provocados, con pocas probabilidades de controlar sus impulsos de ira, 2 de ellos sólo con insultos verbales y 4 de ellos con deseo de agredir físicamente.

Intento suicida actual con alta intención de morir c-ssrs (escala de evaluación de severidad suicida de columbia)

	Frecuencia	Porcentaje
No	22	52.4
Sí	20	47.6
Total	42	100.0

Intento suicida actual suspendido por un tercero c-ssrs (escala de evaluación de severidad suicida de Columbia)

	Frecuencia	Porcentaje
No	25	59.5
Sí	17	40.5
Total	42	100.0

Intento suicida abortado por el propio paciente c-ssrs (escala de evaluación de severidad suicida de Columbia)

	Frecuencia	Porcentaje
No	39	92.9
Si	3	7.1
Total	42	100.0

Haciendo un destilado de lo anterior, de acuerdo a la escala de Agresividad Actual y la escala de Agresividad de Buss y Perry, los puntajes más altos son considerados con alta posibilidad de agredir al entrevistador. 14% tiene riesgo de agredir al entrevistador aunque no se le estimule para hacer esto. Este destilado tuvo una correlación significativa con el consumo con patrón de trastorno para cocaína y de alcohol. Con la prueba de chi cuadrada hubo una correlación significativa entre las escalas de agresividad conjuntas con el trastorno por consumo de cocaína con una $p=0.032$, y con el trastorno por consumo de alcohol igualmente una p significativa de 0.032.

Ideación Suicida Niveles

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene Ideación Suicida	12	28.6
Ideación Leve	1	2.4
Ideación Moderada	17	40.5
Ideación Grave	12	28.6

Total	42	100.0
-------	----	-------

Sobre comorbilidades psiquiátricas, exactamente 61% de la muestra presentó diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor sin Síntomas Psicóticos. 69% de la muestra admite ideas de referencia. 26% de la muestra presentaron una ruptura amorosa reciente previa a la consulta de urgencias. 4 pacientes nos notifican de padecer Hipotiroidismo, 1 con Cáncer, 1 paciente con VIH.

16 pacientes (38%) declararon no tener ninguna religión sin negar la existencia de un ser superior, un paciente es ateo al negar fervientemente la presencia de un ser superior, 16 pacientes Católicos (38%), 6 pacientes Cristianos, 2 pacientes Testigos de Jehová, un paciente Agnóstico quien se somete a la evidencia para creer en un ser superior. 38 pacientes, es decir el 90% de la muestra no acude actos religiosos.

En cuanto a la escala de Hamilton de Ansiedad: 5 pacientes sin ansiedad, 21 pacientes con ansiedad leve, 6 pacientes con ansiedad moderada, 10 pacientes con ansiedad grave. En escala de Hamilton de Depresión, 31% no estaban deprimidos; de los deprimidos 14% era un episodio leve, 21% depresión moderada, 12% depresión severa, 21% depresión muy severa. En cuanto al nivel de impulsividad de la muestra de acuerdo a la escala de Barratt y dividiendo el puntaje total de 120 en grupos de 20 y 40: 14% de ellos tienen impulsividad mínima, 23% leve, 26% moderado, 14% grave, 21% severa. En escala de Desesperanza de Beck, el 52% de la muestra se encontraba desesperanzada.

Tomando en cuenta los niveles de Impulsividad más graves: el 35% de la muestra tendría riesgo de agredir si se le estimulara reiteradamente a hacerlo, aunque no lo harían sin ser estimulados ya que la reacción al ambiente es un elemento clave de las escalas de impulsividad. Sin embargo, por el tamaño de la muestra, haciendo este destilado de la escala de impulsividad de manera nominal y no numérica como se tenía pensado, no hay correlación entre el riesgo de agredir por impulsividad y el consumo de sustancias psicoactivas.

Al momento de la evaluación en urgencias: 28% no tenían ideación suicida, 2% tenían ideación leve, 40% ideación moderada y 28% ideación grave de acuerdo a la escala de Beck de Ideación. En cuanto al otro criterio de inclusión para este estudio, 47% de la muestra tuvo un intento suicida con alta intención de morir por el mismo. A 40% de la muestra se lo abortó un tercero y 7% de la muestra lo abortaron ellos mismos.

Los intentos de alta letalidad (definidos por escala de gravedad médica del intento) con arrepentimiento al momento de la evaluación en urgencias fueron 6 medicamentosos, uno con cortes y otro con ahorcamiento. Los intentos sin arrepentimiento al momento de la llegada a urgencias y ser evaluados: 2 fueron medicamentosos y uno con cortes. Un intento sin arrepentimiento pero de baja letalidad, según la escala ya mencionada fue de tipo medicamentoso. Intentos de baja letalidad con pocas alteraciones fisiológicas resultantes y con arrepentimiento cuando llegaron a urgencias, 6 fueron medicamentosos, uno por ahorcamiento y uno por cortes.

Sobre la gravedad médica de los pacientes 20 pacientes que realizaron un intento suicida representan el 48% de la muestra, los resultados en la forma de porcentajes con respecto del 100% de la muestra: 2.4% no se realizaron daño alguno, 23% Daño Físico Mínimo (discurso letárgico tras el intento, quemaduras de primer grado, sangrado leve, esguince), 21% Daño Físico Moderado (Consciente pero somnoliento, sangrado Importante, quemaduras de segundo grado).

Barratt

Cognitiva

Motora

Impulsividad no planeada

	Frecuencia	Porcentaje
Mínimo	6	14.3
Leve	10	23.8
Moderado	11	26.2
Grave	6	14.3
Severa	9	21.4
Total	42	100.0

Solamente 9% de la muestra acudió a urgencias sin haber tenido un tratamiento en salud mental previo. 7% tuvieron tratamientos en el pasado, 43% no tiene esperanza en mejoría futura con el tratamiento médico coincidiendo con la escala de desesperanza de Beck aplicada y reportada en párrafos anteriores, 33% tienen un visión neutral del tratamiento futuro y nunca han tenido apego al tratamiento previo, 7% han tomado su tratamiento prescrito con buen apego al momento de la evaluación. Igualmente en urgencias, 45% de los pacientes no lograron identificar razones para seguir viviendo (no

tienen factores protectores), 16% identifican razones para vivir, 9% tiene el miedo al abandono de seres queridos como factor protector, igualmente 9% de los pacientes tienen como factor protector las siguientes tres variables: miedo a la muerte o al dolor, pensamiento que el suicidio es inmoral por su religión, poseen metas laborales o escolares.

Este estudio prospectivo cumple con brindar información demográfica y sobre los factores de riesgo para que un paciente con ideación o intentos de suicidio graves agrede a terceros. En la experiencia del entrevistador, se recabó la información del grado de consumo de las sustancias psicoactivas de los pacientes de manera correcta. Ningún paciente tuvo respuestas distintas en cuanto a su patrón y tipo de sustancia consumida a las proporcionadas por sus familiares. Este fenómeno de falsear información de parte del paciente se da en casos en los cuales acuden éstos con problemas legales, se encuentran psicóticos o cuyo motivo de consulta real sea la hetroagresividad y el paciente en esos casos tiene una tendencia a minimizar sus síntomas de consumo.

No hubo nerviosismo por parte de ningún miembro de la familia a la hora de proporcionar información ni ningún dato clínico que nos indicara que estuvieran mintiendo a la hora de proporcionar información al entrevistador.

En el presente estudio, no hubo dificultad para obtener la información ni de los pacientes ni de los familiares. Pensamos esto es porque no es conocido realmente por la población que el consumo de sustancias impacte en la conducta suicida y lo mencionan naturalmente como cualquier otra información demográfica. La población que acude a

urgencias a esta unidad, en general, es muy cooperadora a la hora de proporcionar información; su concepto es que entre más información nos den a los entrevistadores mayor será el beneficio para su familiar. Todo esto agrega puntos de confiabilidad a los resultados del estudio. Se preguntó con mucha naturalidad los cuestionarios sobre la conducta agresiva hacia terceros, enfatizando que el motivo de consulta principal es la conducta suicida y que no se le castigará por sus respuestas, motivando así que los pacientes otorguen dicha información.

La veracidad de la palabra de los pacientes y/o familiares es uno de los pilares de este estudio. Ninguno de los pacientes de nuestro estudio, cuyo motivo de consulta en urgencias fue una conducta suicida, estaba inmiscuido en algún conflicto legal que le motivara a falsear datos. Es de resaltar que lo ideal hubiera sido haberle realizado un antidoping en orina a todos los pacientes. El hospital donde se realizó el estudio contaba con existencia de Kits de Antidoping de 5 sustancias de manera esporádica, hasta el último mes de la toma de la muestra se notó que hubo una afluencia importante de estas pruebas. Para mantener la homogeneidad de la muestra se decidió no tomarle el Antidoping a ningún paciente.

No se pueden generalizar mundialmente los resultados a todo tipo de poblaciones. Primero que nada porque estos resultados se limitan solamente al estado de Nuevo León por las características intrínsecas culturales y demográficas que dictaminan el tipo de pensamiento y comportamiento de los pacientes. En nuestro estudio solamente incluimos 6 pacientes con enfermedades crónicas médicas declaradas, 4 de los cuales fueron Hipotiroidismo y el resto VIH y Cáncer. Sabemos que Psiquiatría de Enlace es una alta

especialidad muy importante para el estudio del comportamiento humano y es bien sabido que estas enfermedades pueden aumentar los síntomas depresivos y heteroagresivos en cierta medida no bien dilucidada ni cuantificada ya que es difícil saber en qué porcentaje la conducta del espectro suicida tiene que ver directamente por factores pro inflamatorios propios de la enfermedad, situaciones adversas de la vida o por psicopatología de base.

Valdría la pena realizar este mismo diseño de estudio en poblaciones más conflictivas como las propias de los penales, donde es probable toparse con individuos que aumenten la frecuencia positiva y la intensidad de las escalas de agresividad. Hacer un estudio a la inversa del nuestro, donde en vez de recibir pacientes en urgencias por conducta suicida, indaguemos elementos del espectro suicida donde nosotros vayamos a buscar y a entrevistar a los pacientes con problemas de consumo de sustancias, significaría obtener unos resultados completamente diferentes con sus sesgos importantes. Si se retira el grupo control de los no consumidores, y sea un estudio en el cual todos los pacientes de la muestra sean consumidores de sustancias, se podría focalizar la atención en mayor medida a la influencia del consumo sin tomar en cuenta otras variables. El sesgo de estos últimos diseños de estudio sería que la información obtenida de los elementos de la muestra no sea tan confiable debido a que haya mayor presencia de fenómenos de ganancia secundaria por la mayor prevalencia de rasgos sociopáticos que probablemente se encuentren en la población.

Se tenía pensado alcanzar una meta de como mínimo 50 pacientes para que nuestro estudio fuera considerado significativo para el tamaño total de la población/universo. A partir de marzo del 2020, la afluencia de pacientes por este motivo

de consulta se redujo dramáticamente, al igual que la consulta total de pacientes para todos los diagnósticos (fórmulas de cálculo de muestra para consultas por todos los diagnósticos y consultas por intentos de suicidio expresadas en metodología).

Hamilton depresión

	Frecuencia	Porcentaje
No deprimido	13	31.0
Depresión leve/menor	6	14.3
Depresión moderada	9	21.4
Depresión severa	5	11.9
Depresión muy severa	9	21.4
Total	42	100.0

Síntomas de estrés postraumático: hipervigilancia, flashbacks y pesadillas sin especificar intensidad.

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	31
No	29	69

Por situaciones de seguridad profesional se restringieron importantemente las horas laborales en el área de urgencias en el hospital donde se llevo a cabo este estudio. Sin duda, de no haber ocurrido esta pandemia por SARS CoV-2, se hubiera logrado una

muestra mucho más grande. Aún así la muestra obtenida es significativa y adaptada a la nueva realidad, esto debido a que en las fórmulas para cálculo de la muestra se está tomando en cuenta una afluencia de pacientes bajo circunstancias normales; en esta época de cambios se deben de generar transformaciones en todas las áreas y probó al máximo nuestras capacidades de adaptación.

Incluso al reincorporarnos en horario normal para cubrir turnos y estar en el área de Urgencias al pendiente de todos los pacientes que eran vistos diariamente, los pacientes totales acudieron en mucha menor cantidad y también notamos que los pacientes con los criterios de inclusión y sin criterios de exclusión llegaban a cuentagotas. La población se la piensa dos veces para ingresar a un área hospitalaria por el riesgo de contagio a coronavirus. Nuestro estudio, al no comprender la conducta suicida de la población total, al tener selectos criterios de inclusión y múltiples de exclusión significó desde el diseño del mismo, que habría una muestra final menor, sin embargo sería una muestra selecta, privilegiada; lo que los mercadólogos denominan como “nicho de mercado”. Un grupo pequeño extremadamente nutrido y homogéneo muy útil para estudiar a la población regiomontana. Se sugiere repetir este estudio bajo circunstancias normales mundialmente, no pandémicas ni de guerra.

Escala desesperanza de Beck

	Frecuencia	Porcentaje
No desesperanzado	20	47.6

Desesperanzado	22	52.4
Total	42	100.0

Religión profesada

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	16	38.1
Católica	16	38.1
Cristiano	6	14.3
Testigo de Jehová	2	4.8
Agnóstico	1	2.4
Ateo	1	2.4
Total	42	100.0

Acude a actos religiosos

	Frecuencia	Porcentaje
No	38	90.5
Sí, a veces	2	4.8
Sí, frecuentemente	2	4.8
Total	42	100.0

Riesgo de Agredir por Niveles de Impulsividad

	Frecuencia	Porcentaje
No	27	64.3
Sí	15	35.7
Total	42	100.0

Consume dos o más sustancias

	Frecuencia	Porcentaje
No	30	71.4
Sí	12	28.6
Total	42	100.0

Riesgo de agredir entrevistador por escalas de Agresividad

	Frecuencia	Porcentaje
No	36	85.7
Sí	6	14.3
Total	42	100.0

Trastorno de Consumo de Cocaína

	Frecuencia	Porcentaje
NO	38	90.5
SI	4	9.5
Total	42	100.0

Trastorno por consumo de Alcohol

	Frecuencia	Porcentaje
NO	38	90.5
SI	4	9.5
Total	42	100.0

Capítulo 6 Conclusión

Congruente con la literatura es el hecho de encontrar que el trastorno por consumo de cocaína y por alcohol como entidades separadas aumentan las escalas de agresividad. Nuestro estudio aporta que esta agresividad de parte de los pacientes con conducta suicida es hacia terceros. Estando en auge los asesinatos masivos en escuelas o en lugares públicos con posterior suicidio del agresor, entender las características demográficas y psicopatológicas, como lo pretende propiciar este estudio, podría ayudar a detectar temprano pacientes tanto con riesgo de agredirse a si mismos como a terceros y salvar millones de vidas. Los resultados no se pueden generalizar a todas las poblaciones ni se puede descartar que un patrón de consumo de sustancias sea de mayor peligro que el otro, debido a que se encontraron pocos casos de consumo de ciertas sustancias psicoactivas en ciertos patrones, motivo por el cual no se encontraron correlaciones con las variables. El trastorno por consumo fue algo que se encontró como hallazgo frecuente de diversas sustancias psicoactivas y se logró correlacionar satisfactoriamente con las escalas de agresividad hacia terceros y de ideación suicida. Por los hallazgos, se contribuyó a eliminar el tabú de que los pacientes impulsivos son siempre agresivos hacia terceros. Aunque en este estudio hubo una correlación muy significativa entre las escalas de impulsividad con riesgo de agredir a terceros, las escalas de impulsividad no tuvieron ninguna otra correlación con cualquier otra sustancia psicoactiva ni con ideación suicida como si las tuvieron las escalas de agresividad. Lo que pudiera significar que, al unísono de la literatura, la impulsividad y la agresividad son dos constructos diferentes

Apéndice

Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Protocolo: _Suici123_____

Título: “_Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel_____”

Centro del estudio:	1) Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica
Domicilio:	Calle Cap. Mariano Azueta 680, Buenos Aires, 64800 Monterrey, N.L.
Número telefónico de oficina:	
Número telefónico de atención las 24 horas al día	81 1640 1450
Médico del estudio:	Investigador principal: Carlos Alberto Treviño Terán Co-investigador: Alberto Guilebaldo Díaz Salinas
Comité de Ética:	Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.
Persona de contacto:	Dr. Víctor Lara Díaz Presidente del Comité de Ética en Investigación Dr. Carlos Jerjes Sánchez Díaz Presidente del Comité de Investigación
Domicilio:	Av. Ignacio Morones Prieto 3000 Pte. Col. Los Doctores CP: 64710 Monterrey, Nuevo León México
Número telefónico:	81 88 88 21 07

Introducción

(Invitación y El objetivo del estudio)

A través de este documento queremos hacerle una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tiene como **objetivo realizar un Análisis comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.**

Antes de que usted acepte participar en este estudio, se le presenta este documento de nombre "Consentimiento Informado", que tiene como objetivo comunicarle de los posibles riesgos y beneficios para que usted pueda tomar una decisión informada.

El consentimiento informado le proporciona información sobre el estudio al que se le está invitando a participar, por ello es de suma importancia que lo lea cuidadosamente antes de tomar alguna decisión y si usted lo desea, puede comentarlo con quien desee (un amigo, un familiar de confianza, etc.) Si usted tiene preguntas puede hacerlas directamente a su médico tratante o al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud.

Una vez que tenga conocimiento sobre el estudio y los procedimientos que se llevarán a cabo, se le pedirá que firme esta forma para poder participar en el estudio. Su decisión de que es voluntaria, lo que significa que usted es totalmente libre de ingresar a o no en el estudio. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones sin que esto signifique una disminución en la calidad de la atención médica que se le provea, ni deteriorará la relación con su médico. Si decide no participar, usted puede platicar con su médico sobre los cuidados médicos regulares. Su médico puede retirarlo o recomendarle no participar en caso de que así lo considere.

Propósito del Estudio

Tratamiento(s) del estudio y la probabilidad de una asignación Aleatoria a cada tratamiento.

Tiene como objetivo estudiar la conducta suicida y evaluar si el uso de sustancias psicoactivas aumenta la conducta agresiva en los pacientes.

Se le ha pedido que participe en este estudio porque se le ha diagnosticado síndrome suicida

¿Cuántos pacientes participaran en el Estudio?

130 pacientes.

¿Cuánto durará la Participación?

Durante su estancia en el área de Urgencias.

¿Qué sucederá durante el estudio de Investigación?

Después de firmar el consentimiento informado se verificará que usted cumpla con todos los Criterios de Inclusión que son:

- Pacientes evaluados en el área de urgencias y consulta externa.
- De entre 18 y 70 años y que cumplan con el siguiente criterio: Motivo principal de consulta Ideas de muerte actuales (ideación suicida actual por escala de Beck de mínimo 5 puntos).
- Antecedente de intento de suicidio actual con intencionalidad de muerte realizado máximo 3 días previos a presentarse en el consultorio de urgencias (escala de intencionalidad de Beck de mínimo 5 puntos), sin importar la letalidad en términos de escalas médicas de deterioro fisiológico, aunque niegue ideación suicida en el momento presente de la evaluación.
- Pacientes con heteroagresión en el contexto de presentar ideas de muerte (ideación suicida actual por escala de Beck de mínimo 5 puntos) o antecedente de intento suicida actual con alta intencionalidad realizado máximo 3 días previos a presentarse a consultar en urgencias (escala de intencionalidad de Beck de mínimo 5 puntos) como principal motivo de consulta.

Y que no presente ningún criterio de Exclusión:

- Pacientes que tengan diagnósticos de Trastornos mentales y del comportamiento debidos a lesión o disfunción cerebral (F06.8) de nacimiento o adquiridos, Trastornos orgánicos de la personalidad (F070-

- F79) o un trastorno mental de causa orgánica (trastorno mental debido a causas médicas, tales como epilepsia (G40), retraso mental observable clínicamente (F70), demencia (F03), accidente cerebrovascular (F010) y enfermedades autoinmunes,
- Enfermedades médicas en descontrol referido por familiar como falta de seguimiento, cifras de signos vitales y glucosa capilar alteradas medidas en urgencias por personal de enfermería.
 - Paciente cuyo estado mental no permita la entrevista. Paciente cuyo estado mental no permita la entrevista. Si este estado es por intoxicación a alguna sustancia psicoactiva y el paciente manifieste ideación suicida se atenderá la urgencia médica y se citará posteriormente a Urgencias Psiquiátricas.
 - Paciente que no coopere con el interrogatorio por cualquier motivo incluyendo oposicionismo, mutismo selectivo, paciente minimiza su sintomatología con el fin de manipular su entorno y evitar un internamiento psiquiátrico por miedo al internamiento, etc.
 - Ideas obsesivas o compulsivas con temas de la muerte que ocurre en el contexto de ciertos diagnósticos como el trastorno obsesivo compulsivo.
 - Se observa manipulación del paciente.
 - Pacientes con brote psicótico actual, intoxicación, abstinencia, reacción a estrés agudo, manía, hipomanía; debidos a que estas condiciones alterarán los resultados de las escalas a aplicar.
 - Paciente que no cuente con diagnósticos previos, pero se sospeche de trastorno orgánico debido a antecedentes de sospecha clave, tales como: prematuridad al nacimiento extrema, estancia en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, padres, hermanos o hijos con diagnóstico de organicidad, inicio de patología actual a raíz de un traumatismo craneoencefálico o evento vascular. Datos clínicos observables o interrogados como: conducta pueril, discurso perseverante, antecedente de no haber aprendido a leer, haber reprobado años de primaria o secundaria y/o que por sistema de educación pública les hayan permitido avanzar de año sin reunir los mínimos necesarios.
 - Sin diagnóstico previo de trastorno bipolar pero que cumpla con criterios clínicos de haber presentado manía en alguna ocasión. Cambios de estado de ánimo de tristeza a irritabilidad/euforia con temporalidad muy regular de meses/semanas, información obtenida por interrogatorio al familiar.
 - Trastorno del espectro autista clínicamente observable o interrogado al familiar. Déficit en lectura de lenguaje no verbal, no entender sarcasmo, intolerancia a la relación en sociedad extrema, problemas motores y de lenguaje clínicamente evidente o referidos por el familiar como déficit severo en la integración social reportado por maestras del paciente.
 - Pacientes con retraso en hitos del neurodesarrollo, con estereotipias y manierismos propios de varios trastornos psiquiátricos del desarrollo.

Procedimientos del Estudio

Interrogatorio por parte del médico hacia usted y su familia. Dicha información se capturará en un programa estadístico para su debido análisis. Solamente se identificará su información por un código de letras y números, en ningún momento se revelará su identidad a nadie.

Sus Responsabilidades como Paciente

- Proporcionar información acerca de su salud durante el estudio, especialmente cualquier evento adverso/cambios benéficos y embarazo.
- Reportar todos los síntomas independientemente de que estén relacionados o no con el estudio
- Reportar cualquier medicamento agregado o cambios a sus medicamentos durante el estudio.
- Seguir las instrucciones del investigador respecto al medicamento y procedimientos del estudio

Riesgos

Ninguno

Beneficios

Entender la influencia de sustancias psicoactivas en la conducta agresiva de pacientes con un síndrome suicida actual.

¿Qué Opciones que están disponibles aparte de participar en este estudio?

Compensación por lesiones

No hay riesgo de lesiones

¿Participar en el estudio es voluntario?

La participación suya en el estudio es voluntaria y puede rehusarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin penalización o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho. Participar en este estudio de investigación es decisión de usted. Usted puede decidir no participar o cambiar de opinión y después retirarse (abandonar). No habrá ninguna penalidad y usted no perderá ningún beneficio que reciba ahora o que tenga derecho a recibir de su atención médica solicitada.

Le diremos si tenemos información nueva que pueda hacerlo cambiar de opinión acerca de su participación en este estudio de investigación. Si usted desea abandonar, deberá decirnos.

El médico del estudio o el patrocinador del estudio pueden decidir retirarlo del estudio sin su consentimiento si:

- Usted no sigue las instrucciones del equipo del estudio;
- El médico del estudio decide que el estudio no es lo mejor para usted;
- El estudio es interrumpido por el patrocinador del estudio, el Consejo de Revisión Institucional (CRI) o el Comité de Ética Independiente (CEI), un grupo de personas que revisan la investigación para proteger sus derechos, o por una agencia regulatoria;

Costo de la participación

No habrá ningún costo por su participación en este estudio.

¿Me pagarán por participar en este estudio?

No recibirá ningún pago por participar en este estudio.

Si participo en este estudio de Investigación, ¿Cómo se Protegerá mi privacidad?

Confidencialidad

Los registros que identifican a su caso se mantendrán en forma confidencial y, hasta donde lo permitan las leyes y/o regulaciones aplicables, no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad suya se mantendrá confidencial.

Con su consentimiento, su médico entrevistador será informado que usted decidió participar en este estudio de investigación.

Sus registros obtenidos mientras usted participa en este estudio, así como los registros de salud relacionados, permanecerán estrictamente confidenciales en todo momento. Sin embargo, tendrán que estar disponibles para, los miembros del Comité de Ética Independiente y las Autoridades Médicas Regulatorias.

Al firmar la forma de consentimiento, usted otorga este acceso para el estudio actual y cualquier investigación posterior que pueda llevarse a cabo utilizando esta información. Sin embargo, el Investigador del estudio tomará las medidas necesarias para proteger su información personal, y no incluirá su nombre en ningún formato, publicaciones o divulgación futura. Si se retira del estudio, no obtendremos más información personal acerca de usted, pero podremos necesitar continuar utilizando la información ya recopilada.

Usted no será identificado en ninguno de los reportes o publicaciones que resulten de este estudio. Para clasificar los datos se le asignará un nombre compuesto por letras y números que no tienen relación alguna con su nombre. Todos los archivos estarán protegidos por contraseña conocida sólo por los investigadores principales.

¿A quién podré contactar si tengo preguntas?

Antes de que usted firme este documento, deberá preguntar acerca de cualquier cosa que no haya entendido. El equipo del estudio responderá sus preguntas antes, durante y después del estudio. Si usted piensa que su pregunta no ha sido contestada completamente o si no entiende la respuesta, por favor continúe preguntando hasta que esté satisfecho.

No firme este formato a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y de que haya obtenido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

SUS DERECHOS NO SON AFECTADOS BAJO NINGUNA LEY DE PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

¿A quién poder contactar si tengo preguntas sobre mis derechos?

Este Consentimiento ha sido revisado por Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.

Si tiene alguna preocupación o queja acerca de este estudio o sobre cómo se está realizando, o alguna pregunta con respecto a sus derechos como un paciente de investigación, usted puede comunicarse con el director del hospital o solicitar la presencia del investigador por medio del personal de admisión de las áreas de Consulta Externa o Urgencias.

FIRMAS:

Marcar con una X si se cumplió con lo que se menciona.

He sido informado acerca del estudio y tuve mi primer diálogo con el médico del estudio o el personal de la investigación acerca de dicha información el (Fecha) _____ a la hora (si es necesario) _____. (La hora es necesaria solamente si la información y el consentimiento fueron entregados el mismo día.)

He leído y entendido la información en este documento de consentimiento informado.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción.

Consiento voluntariamente participar en este estudio. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

Entiendo que recibiré una copia firmada y fechada de este documento, que tiene # páginas.

Nombre del participante

Firma del Participante

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

Nombre del representante legalmente autorizado

Parentesco

Firma del representante
legalmente autorizado

Fecha de la firma

Hora (si es necesaria)*

Testigos Imparciales

Nombre del Testigo Imparcial 1

Dirección del Testigo Imparcial 1

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 1 Fecha (dd-mmm-aa) Hora

Nombre del Testigo Imparcial 2

Dirección del Testigo Imparcial 2

Parentesco

Firma del Testigo Imparcial 2 Fecha (dd-mmm-aa) Hora

Persona que Obtiene el Consentimiento

Nombre de la persona que condujo el Proceso del consentimiento

Firma Fecha de la firma Hora (si es necesaria)*

- **Certifico que me han entregado una copia de este documento firmado, así como he entregado una copia de mi identificación oficial.**

Firma del Paciente

7.3.1. Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Artículo Original

https://www.academia.edu/38614119/ESCALA_DE_DESESPERANZA_DE_BECK

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexier, L. (1974). "The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865

Artículo de Validación

Córdova Osnaya, & Rosales Pérez. (2011). Consistencia interna y estructura factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes mexicanos . *Revista De Psicología (PUCP)*, 29(2). doi:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472011000200005

Estadística

En una muestra de 971 estudiantes de ambos sexos elegidos en forma aleatoria de la ciudad de México con un promedio de edad de 16.75 años, se aplicó la Escala de

Desesperanza de Beck. Se calculó la consistencia interna y la estructura factorial con el procedimiento reportado por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) en muestra total y por sexo. Los resultados indicaron confiabilidad adecuada ($\geq .70$) en la muestra total y por sexo, estructura factorial coincidente solo en el factor Afectivo en la muestra total, y diferencias de saturación y de estructura factorial en ambos sexos. Se concluyó que la Escala de Desesperanza de Beck registra diferente estructura factorial en muestra total y de acuerdo con el sexo.

Anexo 1: Escala de Desesperanza de Beck. Protocolo: Suici123 Titulado: “Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel” Versión 1. Fechado 20/01/2020.

6.1.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

1

Items	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche: cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Artículo Original

Hamilton M. A Rating Scale for Depression. Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry [Internet]. 1960;23:56–62. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14399272>

Artículo de Validación

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización de Inventario de Depresión de Beck para los residente de la ciudad de México. Salud Mental, 21, 26-31.

Estadística

En una muestra de 1508 habitantes. En su estandarización, la prueba mostró un alfa de Cronbach de .87; señaló adicionalmente validez de constructo y validez concurrente con la Escala de Depresión de Zung.

Anexo 2: Escala Hamilton de Depresión. Protocolo: Suici123 Titulado: “Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel” Versión 1. Fechado 20/01/2020.

8.1.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Artículo Original

Maier W, Buller R, Philipp M. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord [Internet]. 1988Jan;14(1):61–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2963053> http://shoreclinicaltms.com/wp-content/uploads/2019/07/HAMA_RatingScale.pdf

Artículo de Validación

Lobo, A., & Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-

Asberg Depression Rating Scale and the Hamilton Anxiety Rating Scale for the assessment of depression and anxiety]. *Medicina Clínica*, 118(13). doi: 10.1016/S0025-7753(02)72429-9

Estadística

En el 2002, Lobo y col., evaluaron por primera vez las propiedades psicométricas de las versiones en español de la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en una muestra de 214 pacientes (108 con trastornos del estado de ánimo y 106 con trastorno de ansiedad), de entre 40 y 50 años de edad.

Referente a la HARS, la determinación de la validez de constructo se efectuó a través del análisis factorial observando que un único factor de la HARS explicó 42% de la varianza, explicando con el segundo factor hasta un 51% de la varianza.

Aunque las puntuaciones de la HARS no presentaron una relación estadísticamente significativa con las características basales sociodemográficas o clínicas de los pacientes, sí lo hizo con la impresión clínica de gravedad del trastorno, lo que indicó que era capaz de discriminar adecuadamente entre los distintos grados de gravedad de los síntomas. En relación con la consistencia interna, los valores del coeficiente alfa de Cronbach fueron superiores al estándar psicométrico exigido (0,7), lo que indica que posee una elevada homogeneidad interna. Asimismo tanto la fiabilidad entre observadores como la fiabilidad test-retest de ambas escalas presentaron CCI superiores a los mínimos requeridos.

Anexo 3: Escala Hamilton de Ansiedad. Protocolo: Suici123 Titulado: "Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel" Versión 1. Fechado 20/01/2020.

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

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

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

Artículo Original

Beck AT. Assessment of suicidal intention: The Scale of Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology [Internet]. 1979May;47(2):343–52. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/22673360_Assessment_of_suicidal_intention_The_Scale_of_Suicide_Ideation

Artículo de Validación

Córdova Osnaya, M., & Rosales Pérez, J. C. (2012). Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior*. Facultad De Estudios Superiores Iztacala, UNAM, 26. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v16n26/n26a02.pdf>

Estadística

971 estudiantes de preparatoria elegidos aleatoriamente mediante un muestreo por conglomerados de una escuela oficial (Colegio de Ciencias y Humanidades Naucalpan, UNAM): 410 hombres (42.2%) y 561 mujeres (57.8%).

El α de Cronbach para los hombres fue de 0.70. El análisis factorial arrojó tres factores, con una varianza total explicada de 61.46%.

El α de Cronbach para las mujeres fue de 0.83. La varianza total explicada fue de 59.59%.

Anexo 4: Escala Ideación Suicida de Beck. Protocolo: Suici123 Titulado: "Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel" Versión 1. Fechado 20/01/2020.

- The Modified Overt Aggression Scale. American Journal of Psychiatry [Internet]. [cited 4AD];146(8):1081–2. Disponible en:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.146.8.1081b>

Cancelada hasta encontrar una versión validada en Español

4.5. Escala de Agresividad Manifiesta (Overt Aggression Scale, OAS)

Agresión verbal	N.º de veces
1. No presenta	
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	
3. Insultos personales sin gran importancia (p. ej., «Eres tonto!»)	
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo («te voy a matar»), o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	
Agresión física contra uno mismo	
1. No presenta	
2. Se rasga o punza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo (en ausencia de daño o cuando éste es mínimo)	
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	
Agresión física contra objetos	
1. No presenta	
2. Da portazos, desparra la ropa, lo desordena todo	
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos, hace marcas en las paredes	
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	
5. Prende fuego, arroja objetos peli grosamente	
Agresión física contra otras personas	
1. No presenta	
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarr a de la ropa	
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves (huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	

Artículo Original

Silver JM. The Overt Aggression Scale: Overview and guiding principles. Journal of Neuropsychiatry [Internet]. 1991Feb;3(2):522–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/21335197_The_Overt_Aggression_Scale_Overview_and_guiding_principles

Artículo de Validación

Rivera, M., & Navia, M. del P. (2017). Validación de la Escala de Agresividad Manifiesta en pacientes psicóticos atendidos en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas Universitario. Scielo, 58(2). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/pdf/chc/v58n2/v58n2_a05.pdf

Estadística

El tamaño de muestra, se realizó en el programa estadístico EPIINFO versión 6, para estudios poblacionales, teniendo como dato, la cantidad de pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital de Clínicas Universitario, siendo estos un total de 1200, el dato de sensibilidad y especificidad por referencia bibliográfica de 90% y 88% respectivamente y un error aceptable menor del 50%, se obtiene una muestra de 132 pacientes. El estudio es de tipo analítico "Test Diagnostico", que por metodología cuenta con Gold Estándar o Estandar de oro que es el Índice de Violencia de Plutchik, el cual se analizó como eje diagnóstico de agresividad, frente a la nueva prueba que se valida, que es la Escala de Agresividad Manifiesta,

La sensibilidad de la prueba de agresividad manifiesta es de 97.8%, representa que en el 97.8 % de los pacientes que presenta agresividad, el test puede diagnosticar de manera positiva, siendo altamente sensible en relación a la especificidad que resulta ser baja, dando un 41.9%.

El valor predictivo positivo muestra una probabilidad de tener un resultado positivo cuando en realidad hay agresividad de 78.3% y la probabilidad de tener un resultado negativo en la nueva prueba cuando en realidad no hay agresividad del 90%.

La razón de probabilidad positiva es de 1.68 interpretada como la probabilidad de diagnosticar agresividad con la nueva prueba de 1,68 veces más en relación a otras pruebas y menos de 1 cuando no existe agresividad (LR (-) 0,05).

Anexo 5: Escala Agresividad Manifiesta Actual OAS. Protocolo: Suici123 Titulado: "Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel" Versión 1. Fechado 20/01/2020.

ANEXO 1

Prueba original AQ de Buss y Perry (1992)

Valorar en qué medida cada afirmación representa tu forma de ser:

1	2	3	4	5
completamente FALSO	bastante FALSO	ni VERDADERO ni FALSO	bastante VERDADERO	completamente VERDADERO

1 De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona (F)	1	2	3	4	5
2 Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos (V)	1	2	3	4	5
3 Me enfado rápidamente, pero se me pasa en seguida (I)	1	2	3	4	5
4 A veces soy bastante envidioso (H)	1	2	3	4	5
5 Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona (F)	1	2	3	4	5
6 A menudo no estoy de acuerdo con la gente (V)	1	2	3	4	5
7 Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación (I)	1	2	3	4	5
8 En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente (I)	1	2	3	4	5
9 Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también (F)	1	2	3	4	5
10 Cuando la gente me molesta, discuto con ellos (V)	1	2	3	4	5
11 Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar (I)	1	2	3	4	5
12 Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades (H)	1	2	3	4	5
13 Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal (F)	1	2	3	4	5
14 Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos (V)	1	2	3	4	5
15 Soy una persona apacible (I)	1	2	3	4	5
16 Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas (H)	1	2	3	4	5

17 Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago (F)	1	2	3	4	5
18 Mis amigos dicen que discuto mucho (V)	1	2	3	4	5
19 Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva (I)	1	2	3	4	5
20 Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas (H)	1	2	3	4	5
21 Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos (F)	1	2	3	4	5
22 Algunas veces pierdo los estribos sin razón (I)	1	2	3	4	5
23 Desconfío de desconocidos demasiado amigables (H)	1	2	3	4	5
24 No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona (F)	1	2	3	4	5
25 Tengo dificultades para controlar mi genio (I)	1	2	3	4	5
26 Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas (H)	1	2	3	4	5
27 He amenazado a gente que conozco (F)	1	2	3	4	5
28 Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán (H)	1	2	3	4	5
29 He llegado a estar tan furioso que he roto cosas (F)	1	2	3	4	5
30 En ocasiones no puedo controlar las ganas de golpear a alguien	1	2	3	4	5

31 A menudo discuto con los demás	1	2	3	4	5
32 Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	1	2	3	4	5
33 Me pregunto por qué algunas veces me siento tan hostil con lo que me rodea	1	2	3	4	5
34 Hay gente que me molesta tanto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
35 Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	1	2	3	4	5
36 Sé que mis "amigos" hablan de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
37 He amenazado físicamente a otras personas	1	2	3	4	5
38 Soy una persona que no suele enfadarse mucho	1	2	3	4	5
39 Algunas veces siento que la gente me critica a mis espaldas	1	2	3	4	5
40 Algunos de mis amigos piensan que me enfado fácilmente	1	2	3	4	5
Nota: En negrita aparece la adaptación psicométrica española de 29 ítems					

Artículo Original

Buss, A. H. & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63(3), 452-459.

Artículo de Validación

Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psychotheme*, 14(2). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/28079805_Adaptacion_psicometrica_de_la_version_espanola_del_Cuestionario_de_Agresion

Estadística

A tenor de los resultados obtenidos, la escala de agresión física presentó una mayor precisión, consistencia interna u homogeneidad en su medida, alcanzando un coeficiente alpha de 0,86. El resto de las escalas presentaron unos índices de consistencia interna menos elevados. En concreto, la escala de la ira presentó un coeficiente alpha de 0,77, la escala de agresión verbal obtuvo 0,68 y la de hostilidad de 0,72. Estas dos últimas escalas fueron, respectivamente, las que presentaron una menor consistencia interna. Sin embargo, los índices obtenidos son semejantes a los de la escala original, y tal y como también afirman los autores (Buss y Perry, 1992), la fiabilidad obtenida puede considerarse suficiente de cara a la evaluación de dichos constructos con el objeto de determinar su relación con otros tipos de variables asociadas al comportamiento agresivo en sujetos humanos. No obstante, se ha de tener en cuenta que un aumento del número de ítems en estas escalas mejoraría notablemente sus índices de fiabilidad. Respecto a la validez de constructo presentada por el instrumento, el análisis factorial confirmatorio, realizada a través de un modelo tetra dimensional de ecuaciones estructurales, confirmó que, en términos generales, este cuestionario permite medir de forma válida la agresión física y verbal, la ira y la hostilidad en sujetos españoles. Aunque, tres de sus ítems deben ser re-elaborados en esta muestra dada su baja correspondencia con el modelo planteado, se puede afirmar que, por el momento, es un instrumento con suficiente y contrastada validez de constructo.

Anexo 6: Prueba AQ de Buss y Perry. Cuestionario de Agresividad. Protocolo: Suici123
Titulado: "Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel" Versión 1. Fechado 20/01/2020.

8.6.2. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta _____

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante *la última semana*. Escriba en los cuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>
0. Nunca	0. Nada			
1. A veces	1. Leve			
2. 2-3 veces	2. Moderada			
3. 4-6 veces	3. Marcada			
4. A diario	4. Extrema			

	<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o ha permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Artículo Original

J.R.T. Davidson, S.W. Book, J.T. Colket, L.A. Tupler, S.Roth, D. David, M. Hertberg, T. Mellman, J.C. Beckham, R.D. Smith, R.M. Davidson, R. Katz, M.E. Feldman (1977)
https://www.academia.edu/37176920/Escala_de_Trauma_de_Davidson_DTS

Artículo de Validación

Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. *Evaluar* 2003;julio:80-93.

Estadística

La Escala de Trauma de Davidson (DTS) mide la gravedad y frecuencia de 17 síntomas en individuos que han experimentado un trauma. Posee una consistencia interna de $\alpha=.99$ general. Para la subescala de frecuencia, $\alpha=.97$ y para la de gravedad, $\alpha=.98$. Respecto a su estructura factorial, la gravedad explica el 24.79% del total de varianza en sujetos sin TEPT; con TEPT, resultaron seis factores con una varianza explicada de 26.91%. Para la frecuencia, los ítems fueron de intrusión, evitación y embotamiento.

Anexo 7: Escala de Trauma de Davidson. Protocolo: Suici123 Titulado: “Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel” Versión 1. Fechado 20/01/2020.

10.12. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aborro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Terminó lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Artículo Original

Stanford M, Mathias C. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences* [Internet]. 2009Oct;47(5):385–95.

Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/223309927_Fifty_years_of_the_Barratt_Impulsiveness_Scale_An_update_and_review

Artículo de Validación

Urrego Barbosa, S., & Valencia Casallas, O. (2017). Validación de la escala barrat de impulsividad (bis-11) en población bogotana. *Diversitas Perspectiva Psicológicas*, 13(2).

Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v13n2/1794-9998-dpp-13-02-00143.pdf>

Estadística

Por ello el presente estudio se aproxima a una interpretación adecuada de la escala bis-11, sugiere usar la calificación 1, 2, 3, 4 y tener en cuenta para su análisis las calificaciones por sub escalas, no únicamente por el total.

Tabla 3
Fiabilidad para la escala y sub escalas.

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Total	.75	30
No planeada	.54	12
Motora	.69	10
Atencional	.40	8

Anexo 8: Escala de Impulsividad de Barratt. Protocolo: Suici123 Titulado: “Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de

Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel” Versión 1. Fechado 20/01/2020.

Criterios del DSM 5 para trastorno por consumo y dependencia a sustancias psicoactivas: alcohol, estimulantes, depresores, inhalantes, cannabis, alucinógenos, sedantes

Artículo Original

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA; 2014.

Artículo de Validación

Criterios utilizados internacionalmente.

Estadística

Anexo 9: Criterios DSM V Para Consumo de Sustancias Psicoactivas. Protocolo: Suici123
Titulado: “Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel” Versión 1. Fechado 20/01/2020.

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, Fisher, Zelazny, Burke, Oquendo, & Mann
© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

RISK ASSESSMENT VERSION

Instructions: Check all risk and protective factors that apply. To be completed following the patient interview, review of medical record(s) and/or consultation with family members and/or other professionals.			
Suicidal and Self-Injurious Behavior (Past 3 months)		Clinical Status (Recent)	
<input type="checkbox"/>	Actual suicide attempt	<input type="checkbox"/>	Lifetime
<input type="checkbox"/>	Interrupted attempt	<input type="checkbox"/>	Lifetime
<input type="checkbox"/>	Aborted or Self-Interrupted attempt	<input type="checkbox"/>	Lifetime
<input type="checkbox"/>	Other preparatory acts to kill self	<input type="checkbox"/>	Lifetime
<input type="checkbox"/>	Self-injurious behavior without suicidal intent	<input type="checkbox"/>	Lifetime
Suicidal Ideation (Most Severe in Past Month)		<input type="checkbox"/>	Substance abuse or dependence
<input type="checkbox"/>	Wish to be dead	<input type="checkbox"/>	Agitation or severe anxiety
<input type="checkbox"/>	Suicidal thoughts	<input type="checkbox"/>	Perceived burden on family or others
<input type="checkbox"/>	Suicidal thoughts with method (but without specific plan or intent to act)	<input type="checkbox"/>	Chronic physical pain or other acute medical problem (AIDS, COPD, cancer, etc.)
<input type="checkbox"/>	Suicidal intent (without specific plan)	<input type="checkbox"/>	Homicidal ideation
<input type="checkbox"/>	Suicidal intent with specific plan	<input type="checkbox"/>	Aggressive behavior towards others
Activating Events (Recent)		<input type="checkbox"/>	Method for suicide available (gun, pills, etc.)
<input type="checkbox"/>	Recent loss or other significant negative event	<input type="checkbox"/>	Refuses or feels unable to agree to safety plan
	Describe:	<input type="checkbox"/>	Sexual abuse (lifetime)
		<input type="checkbox"/>	Family history of suicide (lifetime)
<input type="checkbox"/>	Pending incarceration or homelessness	Protective Factors (Recent)	
<input type="checkbox"/>	Current or pending isolation or feeling alone	<input type="checkbox"/>	Identifies reasons for living
Treatment History		<input type="checkbox"/>	Responsibility to family or others; living with family
<input type="checkbox"/>	Previous psychiatric diagnoses and treatments	<input type="checkbox"/>	Supportive social network or family
<input type="checkbox"/>	Hopeless or dissatisfied with treatment	<input type="checkbox"/>	Fear of death or dying due to pain and suffering
<input type="checkbox"/>	Noncompliant with treatment	<input type="checkbox"/>	Belief that suicide is immoral; high spirituality
<input type="checkbox"/>	Not receiving treatment	<input type="checkbox"/>	Engaged in work or school
Other Risk Factors:		Other Protective Factors:	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Describe any suicidal, self-injurious or aggressive behavior (include dates):			

SUICIDAL BEHAVIOR <i>(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)</i>	Past X Years or Lifetime												
<p>Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, <i>as a result of act</i>. Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is <i>any</i> intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. <i>There does not have to be any injury or harm.</i> just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. <i>Have you made a suicide attempt?</i> <i>Have you done anything to harm yourself?</i> <i>Have you done anything dangerous where you could have died?</i> <i>What did you do?</i> <i>Did you _____ as a way to end your life?</i> <i>Did you want to die (even a little) when you _____?</i> <i>Were you trying to end your life when you _____?</i> <i>Or did you think it was possible you could have died from _____?</i> <i>Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)?</i> (Self-Injurious Behavior without suicidal intent) If yes, describe:</p>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total # of Attempts</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total # of Attempts		_____		Yes	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yes	No												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Total # of Attempts													

Yes	No												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>Has subject engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior?</p> <p>Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act (<i>if not for that, actual attempt would have occurred</i>). Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. <i>Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything?</i> If yes, describe:</p>	<table border="0"> <tr> <td>Yes</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total # of interrupted</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Yes	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total # of interrupted		_____					
Yes	No												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
Total # of interrupted													

Aborted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. <i>Has there been a time when you started to do something to try to end your life but you stopped yourself before you actually did anything?</i> If yes, describe:			Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of aborted _____
Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). <i>Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)?</i> If yes, describe:			Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suicidal Behavior: Suicidal behavior was present during the assessment period?			Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Answer for Actual Attempts Only			Most Recent Attempt Date:
Actual Lethality/Medical Damage: 0. No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1. Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2. Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3. Moderately severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4. Severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5. Death			Most Lethal Attempt Date:
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality=0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care			Initial/First Attempt Date:
			<i>Enter Code</i> _____
			<i>Enter Code</i> _____
			<i>Enter Code</i> _____

Artículo Original:

Posner, K.; Brent, D; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.; The Columbia Protocol for Research.
<https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/cssrs-for-research/>

Artículo de Validación:

Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., . Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, 9(3), 134-142. doi:10.1016/j.rpsm.2016.02.002

Estadística:

La Sp-C-SSRS es un instrumento fiable y válido para evaluar la ideación y la conducta suicidas en la práctica clínica y en contextos de investigación. Validez del constructo: el coeficiente de Pearson entre la subescala de gravedad (C-Grave) y la de intensidad (C-Int) de la Sp-C-SSRS fue 0,44 ($p < 0,000$). El coeficiente de Pearson entre C-Grave y el ítem 3 de la HDRS fue 0,56 ($p < 0,000$). Para la submuestra de pacientes con tentativa de suicidio previa, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre C-Grave y la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck ($r = 0,22$; $p = 0,001$). Validez discriminante: se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de C-Grave y de C-Int entre pacientes con tentativa de suicidio y sin ella ($p < 0,000$). La

puntuación de la C-Grave clasificó adecuadamente a los pacientes en función de su puntuación en el ítem 3 de la HDRS ($p < 0,009$). Sensibilidad al cambio: la regresión lineal mostró que la disminución de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con la disminución de 5,08 unidades en la C-Grave ($p = 0,141$). El cambio de una unidad en el ítem 3 de la HDRS se correspondió con un cambio de 13,51 unidades en la C-Int ($p = 0,007$). El alfa de Cronbach fue 0,53. El análisis factorial de la C-Int identificó 2 componentes que explicaron el 55,66% de la varianza total.

Anexo 10: Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio. Protocolo: Suici123
Titulado: "Análisis Comparativo de la Conducta Agresiva en Pacientes con Ideación Suicida con y sin uso de Sustancias Psicoactivas atendidos en Área de Urgencias de Psiquiatría y de Hospitales de Segundo Nivel" Versión 1. Fechado 20/01/2020.

Referencias

1. Addressing substance use and suicidal behaviours. (2015). Obtenido en Febrero 20, 2019, de https://www.who.int/substance_abuse/activities/meeting_substance_abuse_suicide/en/
2. Adults B. Differences in Substance Use Disparities Across Age Groups in a National Cross-Sectional Survey. 2019;6(2):68–76.
3. Apfelbaum S, Regalado P. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. Dialnet [Internet]. 2013;41:269–78. Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4395778>
4. Artenie AA, Bruneau J, Zang G, Lespérance F, Renaud J, Tremblay J, Jutras-Aswad D. Drug Alcohol Depend. 2015 Feb 1; 147():208-14.
5. Bayes A, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. ResearchGate [Internet]. 2014;27(1):14–20. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/258854479_Clinical_differentiation_of_bipolar_II_disorder_from_borderline_personality_disorder
6. BBC Mundo. (2015, Mayo 6). Piloto suicida de Germanwings ensayó el descenso para estrellar el avión. BBC. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150506_germanwings_piloto_suicida_ensayo_descenso_wbm
7. Benko A, Lazary J, Molnar E, Gonda X, Tothfalusi L, Pap D, et al. Significant Association Between the C (À 1019) G Functional Polymorphism of the HTR 1A Gene and Impulsivity. 2009;(September):592–9.
8. Borges G, Nock MK, Abad JMH, Sampson NA, Alonso J, Helena L, et al. Attempts in the WHO World Mental Health Surveys. 2011;71(12):1617–28. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008; 192:98.
9. Burge V, Felts M, Chenier T, Parrillo A V. U.S. High. 1995;65(6):222–7. Garlow SJ. Age, gender and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. Am J Psychiatry. 2002;159:615–619.
10. Calvo, N., Valero, S., & Ferrer, M. (2016). Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias comórbido. Actas Esp Psiquiatr, 44(4), 145-152. Accedido Abril 8, 2018
11. Campbell G, Darke S, Bruno R, Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. 2015;
12. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Leading Causes of Death Reports 1981 - 2016. Atlanta, GA. U.S department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html> (Accedido on April 17, 2018).

13. Center for Substance Abuse Treatment. (2009). Addressing Suicidal Thoughts and Behaviors in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 50. HHS Publication No. (SMA) 09-4381. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
14. Chekhonin, Vladimir P. Endophenotypes as a Measure of Suicidality. 2012, pp. 389–413, doi:10.1007/s13353-012-0113-1.
15. Chicago Project on Security and Terrorism. Suicide Attack Database" Cpostdata.uchicago.edu.
16. Cloud AMC, Barnaby BEN, Omu N, Drummond C, Aboud A. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population In-patient prevalence study. 2001;
17. Cornelius JR, Thase ME, Salloum IM, Cornelius MD, Black ANN, Mann JJ. BRIEF REPORT COCAINE USE ASSOCIATED WITH INCREASED SUICIDAL BEHAVIOR IN DEPRESSED ALCOHOLICS. 1998;23(1):119–21.
18. Collaborators D. Global , regional , and national life expectancy , all-cause mortality , and cause-specific mortality for 249 causes of death , 1980 – 2015 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. 2016;1980–2015.
19. Cottler LB, Campbell W, Krishna VAS, Cunningham- RM, Abdallah A Ben. NIH Public Access. 2006;193(7):431–7.
20. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief 2016; :1.
21. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic , psychiatric and somatic risk factors for suicide : a Swedish national cohort study. 2014;279–89.
22. de Aquino F, Queiroz P. Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. . Elsevier [Internet]. 2018Feb1 [citado 2019Apr8];:70–7. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29407572>
23. Devries KM, Mak JY, Child JC, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics* 2014; 133:e1331.
24. Díaz A. Análisis de la conducta, comorbilidades y riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad dentro del área de hospitalización de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica durante el periodo Enero – Diciembre del 2017. . 21 Encuentro Estatal De Investigación En Salud 2018. 2018;
25. Correlación entre videojuegos, drogas, autolesiones y suicidio en alumnos secundaria: 2019. Congreso Nacional de Psiquiatría, Monterrey 2019. 2019.
26. Edmondson, A. J., & Brennan, C. (2015). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. Elsevier, 191, 109-117. Accesado Abril 8, 2018.
27. Egeland JA, Sussex JN. Suicide and family loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254:915.

28. Espinosa J, Grynberg B, Mendoza R, Patricia M, Espinosa JJ, Grynberg BB, et al. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. 2009;
29. Fallece menor que atacó a maestra y alumnos en NL» El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2017/01/18/fallece-menor-que-ataco-maestra-y-alumnos-en-nl#imagen-1>
30. Giegling, Ina, et al. Anger- and Aggression-Related Traits Are Associated with Polymorphisms in the 5-HT-2A Gene. Vol. 96, 2006, pp. 75–81, doi:10.1016/j.jad.2006.05.016.
31. Gorodetsky, E., et al. Predictors for Self-Directed Aggression in Italian Prisoners Include Externalizing Behaviors , Childhood Trauma and the Serotonin Transporter Gene Polymorphism 5-HTTLPR. 2016, pp. 465–73, doi:10.1111/gbb.12293.
32. Grange D Le, Swanson SA, Crow SJ, Merikangas R, Health M. HHS Public Access. 2015;45(5):711–8.
33. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167:1155.
34. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lo J. Original Contribution Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide : A Nationwide Study in Finland , 1996 – 2003. 2008;167(10):1155–63.
35. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.
36. Ilgen M. Pain, Opioids, and Suicide Mortality in the United States. *Ann Intern Med* 2018; 169:498.
37. Investigation O. Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. 2015;164:1179–84.
38. Kessler RC, Borges G. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 56(7):617–26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10401507>
39. Kyung-sook W, Sangsoo S, Sangjin S, Young-jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017; Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>
40. León C, Uribe O, Patricia M. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229503>. 2006;
41. Tratamiento DEL. Tratamiento biológico del trastorno límite de la personalidad. 2008;36(1):39–49.
42. Madsen T, Erlangsen A, Orlovska S, et al. Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. *JAMA* 2018; 320:580.
43. Maynard KR, Hill JL, Calcaterra NE, Palko ME, Kardian A, Paredes D, et al. Functional Role of BDNF Production from Unique Promoters in Aggression and

- Serotonin Signaling. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2015;1–13. Obtenido de: <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2015.349>
44. McIntosh WL, Spies E, Stone DM, et al. Suicide Rates by Occupational Group — 17 States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:641–660.
 45. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2013; 203:409.
 46. Miranda JJF, Ortiz DFF. Acute psychiatric involuntary admissions in a general hospital after suicidal behavior. A 2-year follow-up. 25th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry. 2017;
 47. Molero Y, Rydell M, Hedman E, Runeson B, Jokinen J. Association Between Deliberate Self-harm and Violent Criminality. 2018;74(6):615–21.
 48. Molina Ramos, R., & Carrasco Perera, J. (2002). Factores asociados al diagnóstico de trastorno o límite de la personalidad en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet], 30(3), 153-159. Accesado Abril 8, 2018.
 49. Moore KE, Gobin RL, Mccauley HL, Kao W, Anthony SM, Kubiak S, et al. The Relation of Borderline Personality Disorder to Aggression, Victimization, and Institutional Misconduct among Prisoners. 2018; Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.03.007>
 50. Mukamal KJ, Kawachi I, Miller M, Rimm EB. Body mass index and risk of suicide among men. *Arch Intern Med* 2007; 167:468.
 51. National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Use and Addiction: The Basics. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-use-addiction-basics>.
 52. Ochsner KN. For better or for worse: neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. Elsevier [Internet]. 2014;:483–99. Obtenido de: https://www.researchgate.net/publication/8229201_For_better_or_for_worse_neural_systems_supporting_the_cognitive_down_and_up-regulation_of_negative_emotion
 53. Petrosky E, Harpaz R, Fowler KA, et al. Chronic Pain Among Suicide Decedents, 2003 to 2014: Findings From the National Violent Death Reporting System. *Ann Intern Med* 2018; 169:448.
 54. Pezoa R. Urgencias Psiquiátricas en el Sector Público de Nuevo León: Estudio Descriptivo. Encuentro Estatal de Investigación. 2018;
 55. Piscopo K, Lipari RN, Cooney J, Glasheen C. Suicidal thoughts and behavior among adults: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review, Obtenido de <http://www.samhsa.gov/data/>. September, 2016.
 56. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002; 360:1126.

57. Reducing suicide: A national imperative. Goldsmith, SK, Pellmar, TC, Kleinman, AM, Bunney, WE (Eds). Institute of Medicine National Academies Press, Washington 2002.
58. Reif, Andreas, et al. Influence of Functional Variant of Neuronal Nitric Oxide Synthase on Impulsive Behaviors in Humans. Vol. 66, no. 1, 2009, pp. 41–50.
59. Reports C, Editorial G, Article R, Articles O, Archives FTHE, Editor LTO. Volume 56, Number 4. 2014;56(4).
60. Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, Franklin JC. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry* 2018; 212:279.
61. Rimkeviciene, Jurgita, et al. Impulsive Suicide Attempts : A Systematic Literature Review of de Fi Nitions , Characteristics and Risk Factors. Vol. 171, 2015, pp. 93–104, doi:10.1016/j.jad.2014.08.044.
62. Romero-pimentel AL, Mendoza-morales RC, Fresan A. Demographic and Clinical Characteristics of Completed Suicides in Mexico City 2014 – 2015. 2018;9(September):1–10.
63. Roy-byrne P. Prediction of Suicide Ideation and Attempt Among Substance-Using Patients in Primary Care. HHS Public Access. 2018;30(2):150–60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5505267/>
64. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians : A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). 2003;2295–302.
65. Silbersweig D, Clarkin JF, Goldstein M, Kernberg OF, Tuescher O, Levy KN, Brendel G, Pan H, Beutel M, Pavony MT, Epstein J, Lenzenweger MF, Thomas KM, Posner MI, Stern E: Failure of Frontolimbic Inhibitory Function in the Context of Negative Emotion in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 164:1832-1841
66. Smith PN, Ph D, Cukrowicz KC, Ph D, Poindexter ÅEK, Hobson V, et al. Research Article THE ACQUIRED CAPABILITY FOR SUICIDE : 2010;877(March):871–7.
67. Silva N, Daniel, Vicente P, Benjamín, & Valdivia P, Mario. (2015). Factor neurotrófico derivado del cerebro como marcador de conducta suicida en pacientes con trastorno depresivo mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 44-52.
68. Steffanson, J., and B. Runeson. “Combining the Suicide Intent Scale and the Karolinska Interpersonal Violence Scale in Suicide Risk Assessments.” *BMC Psychiatry*, vol. 15, ser. 226, 23 Sept. 2015. 226, doi:http://sci-hub.tw/10.1186/s12888-015-0607-6.
69. Stuckler D, Yip P. Impact of 2008 global economic crisis on suicide : time trend study in 54 countries. 2013;5239(September):1–15.
70. Thapar, A., & Pine, D. S. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6ta ed.). West Sussex: JohnWiley & Sons. Capítulo 63 Trastornos Depresivos en Niñez y Adolescencia

71. Urug RP. Actos violentos en patología mental. 2010;74(1):11–21.
http://www.spu.org.uy/revista/ago2010/02_ACTOS%20VIOLENTOS.pdf
72. Vega, Daniel, and Rafael Torrubia. “Exploring the Relationship between Non Suicidal Self-Injury and Borderline Personality Traits in Young Adults.” *Psychiatry Research*, vol. 256, 2017, pp. 403–411. Accesado Mayo 30, 2018.
73. Vega D, Sintes A, Soler J. Review and update on non-suicidal self-injury : who , how and why ? 2018;(Septiembre).
74. World Health Organization. *Preventing Suicide: A Global Imperative*. Geneva, Switerland. 2014. www.who.int.
75. World Health Organization. *Suicide data*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Curriculum Vitae Investigadores

CV Investigador Principal/Co Investigador

Caserta #1203 Teléfono (81)11-67-62-36
Col. Cumbres San Celular : 811-47-54-643
Agustín, CP 64340 Correo electrónico:
Monterrey, N.L. trevinotorres@ hotmail.com y
México carlostreviteran@yahoo.com.mx
Fecha: 20 de Junio de 2019.



Carlos Alberto Treviño Terán

INFORMACION PERSONAL

Estado civil : Casado

Nacionalidad : Mexicano

Edad : 44 años

EDUCACION UNIVERSITARIA (MEDICINA)

**1992-1994 Facultad de Medicina,
Campus C. U.**

**Universidad Nacional Autónoma de
México**

México, D. F.

**1994-1995 Hospital Español de
México**

México D. F.

**1995-1996 Hospital General Centro
Médico La Raza**

México D.F.

1997 Internado de Pregrado

Hospital Juárez de México. SSA

1998 Servicio Social

Comunidad Rancho Viejo, La Misión,

Hidalgo México

CÉDULA PROFESIONAL MÉDICO

CIRUJANO 2838907

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA

DE MÉXICO

**ESPECIALIDAD
MEDICA
(PSIQUIATRIA)**

1999-2003

1999-2004 Hospital Psiquiátrico Fray

Bernardino Álvarez S.S. A.

México, D. F.

2000 Rotación Psiquiatría Infantil

Instituto Nacional de Pediatría

México, D. F.

2001 Rotación Psiquiatría de Enlace

Instituto Nacional de Ciencias

Médicas y Nutrición

Salvador Zubirán

México D. F.

2002 Rotación de Neuroimàgen
**Instituto Nacional de Neurología y
Neurocirugía**
Manuel Velasco
México D. F.

**2002 TERMINACIÓN DE
RESIDENCIA MÉDICA**
CÉDULA DE ESPECIALISTA 3873477
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

OTROS

2014 DIPLOMADO
**“SEGURIDAD Y CALIDAD EN LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE”**
Institute of Healthcare Improvement
Instituto Tecnológico y de Estudios
Superiores de
Monterrey

2016- 2017 MAESTRÌA
ANTROPOLOGÌA Y ETICA
**(Reconocimiento al promedio más alto
en la generación)**
Centro Panamericano de Humanidades
Monterrey, N.L.

**EXPERIENCIA
LABORAL**

De Julio 2018 a fecha actual
Psiquiatra adscrito al Servicio de
Urgencias
Hospital Psiquiátrico Estatal
Monterrey, N.L.

De Junio de 2014 a fecha actual

Presidente Del Comité de Investigación
Hospital Psiquiátrico Estatal SSNL
Monterrey, N.L.

De Noviembre de 2015 a fecha actual

Director clínico
Servicios Humanísticos de Asistencia
Espiritual y Emocional, ESTIMA A.B.P.
Monterrey, N.L.

De Agosto de 2011 a fecha actual

Psiquiatra adscrito y Responsable clínico
Instituto Vida Nueva A.C., Monterrey,
N.L.

De Marzo de 2018 a Junio 2018.

Gestor de Calidad,
Hospital Psiquiátrico Estatal SSNL
Monterrey, N.L.

De Septiembre 2017 a Junio 2018

Psiquiatra adscrito y Responsable clínico
Brain Treatment Center Monterrey
San Pedro Garza García, N.L.

De Noviembre de 2011 a Febrero 2018

Jefe de Enseñanza, Capacitación e
Investigación
Hospital Psiquiátrico Estatal SSNL
Monterrey, N.L.

De Junio 2009 a Noviembre 2016

Psiquiatra adscrito
Hospital Clínica Nova de Monterrey
San Nicolás de los Garza, N.L.

De Noviembre de 2010 a Noviembre de 2011.

Gestor de Calidad,
Hospital Psiquiátrico Estatal SSNL
Monterrey, N.L.

De Marzo 2004 a Julio de 2011

Coordinador del área de Hospitalización
Instituto Vida Nueva AC

Centro de Adicciones Allende, N. L.

De Marzo 2003 a Junio 2011

Psiquiatra adscrito. Clínica de Neuropsiquiatría “Nuestra Señora de las Mercedes”. Linares, N. L.

De Junio 2003 a Noviembre 2010

Psiquiatra adscrito a Servicio de Urgencias y Hospitalización.

Hospital Psiquiátrico del Estado SSNL
Monterrey, N.L.

De Febrero de 2008 a Enero de 2010

Director General

Programa de adicciones Municipio San Pedro Garza García, N.L.

San Pedro Garza García, N.L.

ASOCIACIONES Y
CERTIFICACIONES

Certificado y Recertificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría. No. 3261239

- Miembro de Asociación Psiquiátrica Mexicana
- Miembro de la Asociación Psiquiátrica del Noreste
- Fundador e Integrante del Consejo Directivo del Colegio de Psiquiatría y Psicofarmacología de Nuevo León desde Abril 2008
- Fundador de la Asociación de Especialistas en Psiquiatría de Nuevo León
- Vicepresidente Colegio de Psiquiatría y Psicofarmacología de Nuevo León 2019-220

ACTIVIDADES DE
DOCENCIA Y
RECONOCIMIENTOS

Reconocimiento Excelencia profesional 2017 (Tercer psiquiatra a quien se otorga este reconocimiento en el Estado).

Federación de Colegios Profesionales del Estado de Nuevo León

Reconocimiento como Profesor Distinguido de la Especialidad de Psiquiatría Ciclo 2013-2014

Servicios de Salud de Nuevo León e Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Reconocimiento EGREGIUS como profesor de Excelencia Académica 2012 (Licenciaturas Ejecutivas).

Universidad del Valle de México, Campus Monterrey

De Agosto de 2019 a fecha actual

Catedrático de Posgrado en la Maestría de Antropología y Etica

Centro Panamericano de Humanidades, Monterrey, N.L.

De Julio 2003 a fecha actual

Catedrático y Coordinador de la Materia de Psiquiatría Clínica

Escuela de Medicina

Universidad de Morelos,
Morelos, N.L.

De Enero 2013 a 2016

Catedrático Materia de Psiquiatría

Facultad de Ciencias de la Salud.

Medicina

Universidad de Monterrey

De Diciembre 2011 a Febrero 2018

Director del Programa Operativo de la Especialidad Médica en

Psiquiatría

Programas Multicéntricos de SSNL-
ITESM

Escuela Nacional de Medicina- Área de
Posgrado

Instituto Tecnológico y de Estudios
Superiores de Monterrey

De Junio 2011 a 2015.

Catedrático de Pregrado y Posgrado en
Neurociencias

Facultad de Psicología

Universidad del Valle de México. Campus
Monterrey

De Agosto 2019 a la fecha actual

Miembro del Claustro de Maestros de
Posgrado

Centro Panamericano de Humanidades

**Sinodal en exámenes para obtener el
Título de Psiquiatra en el
Instituto Tecnológico y de Estudios
Superiores de Monterrey**

Dr. José Antonio Malfavon Ruiz

“Análisis de acontecimientos positivos y
negativos del viaje migratorio y su
relación con trastornos mentales en
migrantes centroamericanos en
situación ilegal en tránsito por
México” .2011

Dra. María Teresa Laurencia Perales
Blum

“Asociación de disfunción familiar con
suicidabilidad en adolescentes con

diagnóstico de trastorno depresivo mayor”.2012

Dr. Isaac Salvador Fernández Castillon
“Impacto del modelo de atención
psiquiátrica en la percepción de los
Pacientes de un hospital público:”
CESAME. Centro Estatal de Salud
Mental del Estado de Coahuila.2013

Dra. Ana Laura Tejero Santaella
“Análisis correlacional de Hospitalización
y período premenstrual en pacientes
de la Unidad de Rehabilitación
Psiquiátrica de los Servicios de Salud
de Nuevo León”.2014.

Dr. Roberto Llanes Ortiz
“Análisis del impacto de los factores
psicosociales en la calidad de vida de
pacientes con Esquizofrenia atendidos
en la Unidad de Rehabilitación
Psiquiátrica de los Servicios de Salud
de Nuevo León. 2015

**Participación en “CÍRCULO DE MÉDICOS
NEUROCIENCIAS” para publicación
médica** Tema “Diagnóstico clínico en
Trastorno Bipolar”. ELSEVIER. Masson
Doyma México, S.A. 27 de Abril 2013.

**Miembro del Comité Organizador del
“Primer Simposium de Residentes de
Psiquiatría de la Unidad de Rehabilitación
Psiquiátrica de los Servicios de Salud de
Nuevo León e Instituto Tecnológico y de
Estudios Superiores de Monterrey”.**
Monterrey, N.L. 27 y 28 de Marzo 2014.

**Miembro del Comité Organizador y
Responsable de la Logística del**

“Primer Congreso de Psiquiatría para no Psiquiatras del Colegio de Psiquiatría y Psicofarmacología de Nuevo León”

Avalado por Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, N.L. 15 y 16 de Noviembre 2013.

Desde Enero 2012.

Miembro de Comité Organizador
“Cátedra Dr. Manuel Camelo Martínez”
Universidad de Monterrey. Fundación Manuel Camelo e Instituto Nacional de Psiquiatría.

CONGRESOS Y
CONFERENCIAS
RECIENTES

- Actualización en Neurociencias LIVEMED, Monterrey, 20 Julio 2007.
- Curso “Intervención Médica de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por cocaína y Crack” 6–12 Agosto 2007. Centros de Integración Juvenil A. C. Unidad de Internamiento Nuevo León. UNAM
- **“Evidence based Medicine in Schizophrenia” 5 – 9 November 2007. Copenhagen, Dinamarca. Avalado por European Comission Academic**
- XX Congreso Nacional Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C. 16 – 20 Noviembre 2007. Mérida, Yucatán.
- XXII Aniversario Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Valle bueno” **Ponente** “Antipsicóticos de Tercera Generación” 12 Marzo 2008 Durango, Durango.
- **Serdolect Educational Conference 24 – 25 April 2008, Munich, Alemania. Lundbeck Institute**
- Congreso Vicepresidencia Noreste, Asociación Psiquiátrica Mexicana 19 – 22 Junio 2008, Tampico, Tamaulipas.
- Curso de Detección y Orientación en adicciones para Promotores “Nueva Vida”. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia Consejo Nacional contra las adicciones Agosto 2008. México, D. F.

- Juzgado para el tratamiento de adicciones (Cortes de Drogas) 2009.Procuraduría General de Justicia y Drug Courts U.S.A.
- XXVI Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina. Puerto Vallarta, Jalisco .29 de Octubre a 2 de Noviembre 2010.
- Cátedra de Psiquiatría Dr. Manuel Camelo “Avances de las Neurociencias en las Psicosis “. Monterrey, N.L. 12 y 13 de Mayo 2011.Universidad de Monterrey, Instituto Nacional de Psiquiatría y Fundación Manuel Camelo
- Participación como **Ponente** en Campaña “Patología Dual” en el Estado de Nuevo León. SSNL y Fundación Rio Aronte. 21 de Septiembre 2011.
- XXII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.”Psiquiatría: Hacia una Nueva Conciencia Social”. Veracruz, Ver. 18 a 22 de Noviembre de 2011
- Curso “Epilepsia”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León, Monterrey, N.L. 22 y 26 de Marzo de 2012.
- Curso “Actualización en Psicofármacos”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. Monterrey, N.L. 22 y 23 de Mayo 2012.
- Curso “Manejo y Prevención de Adicciones”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León, Monterrey, N.L. 8 y 9 de Noviembre 2012.
- Cátedra “Dr. Manuel Camelo Martínez” Retos del Nuevo Milenio en la Salud Mental, Avances de la Psiquiatría en la Investigación. Universidad de Monterrey, Instituto Nacional de Psiquiatría y Fundación Manuel Camelo, Monterrey, N.L. 17 y 18 de abril 2013.
- Curso “Intervención en Crisis”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León Monterrey N.L. 19 y 26 de Junio de 2013.
- Curso- Taller “Buenas Prácticas en la Investigación Clínica”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. Monterrey, N.L. 14, 21,28 de Junio y 5 de Julio 2013.
- Seminario de Actualización en Tópicos Selectos de conocimientos médicos, Laboratorio Lundbeck. México, D.F. 25 a 27 Julio 2013.

- Curso- Taller: “Salud Mental y apoyo psicosocial en Emergencias, Crisis y Trauma”. Comisión Estatal de Derechos Humanos de Nuevo León, Secretaría de Salud de Nuevo León y Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N.L. 11 a 13 de Septiembre 2013.
- Curso “Terapia Breve Sistémica”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. Monterrey, N. L. 25 y 26 de Septiembre 2013.
- Participación como **Ponente** con el tema “Patología Dual: cuando las adicciones no llegan solas”. Primer Congreso de Psiquiatría para no Psiquiatras. Universidad Autónoma de Nuevo León y Colegio de Psiquiatría y Psicofarmacología de Nuevo León, Monterrey, N.L. 15 y 16 de Noviembre 2013.
- Curso “Introducción a la Bioética”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica de los Servicios de Salud de Nuevo León. Monterrey, N. L. 29 y 30 de Enero 2014.
- Curso de capacitación para miembros y formación de comités de Bioética Hospitalaria y Ética en Investigación. Instituto de Bioética de Nuevo León. 2014.
- Asistente Curso “Bioética y Salud Mental”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, Servicios de Salud de Nuevo León. 13 Mayo 2015.
- Asistente “Simposium Los Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos”. Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, Servicios de Salud de Nuevo León 3 y 4 Septiembre 2015.
- **Ponente** en el Programa de Capacitación en Telemedicina de los Servicios de Salud de Nuevo León con el Tema “Insomnio y Trastornos del sueño” 12 de Noviembre 2015.
- **Coordinador del Modulo de Psiquiatría del Programa de Capacitación en Telemedicina de los Servicios de Salud de Nuevo León. 12-17 de Noviembre de 2015.**
- Asistente Curso “Anxiety Today Summit” Asociación Psiquiátrica Mexicana. Playa del Carmen, Quintana Roo 25 a 27 de Febrero 2016.
- Asistente. Cátedra de Psiquiatría “Dr. Manuel Camelo” con el tema “La Salud Mental Comunitaria en nuestros días”. UDEM, Monterrey, 28 y 29 de Abril 2016.
- Asistente, Evaluación de Estudios clínicos y Protocolos de Investigación. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. 30 de julio de 2016

PARTICIPACION
CON INDUSTRIA
FARMACEUTICA EN
PROTOCOLOS DE
INVESTIGACION
CLINICA.

- **Ponente** “Modelos de Atención Psiquiátrica Hospitalaria”. Unidad de rehabilitación psiquiátrica, Servicios de Salud de Nuevo León, 26 y 27 de Octubre 2016.
- Asistente “Encuentro estatal de Investigación de ciencias en la Salud 2016”. UANL, CIDICS, SSNL, 1,2,3 Diciembre 2016.
- **Evaluador “Encuentro estatal de Investigación de ciencias en la Salud 2016”. UANL, CIDICS, SSNL, 1, 2,3 Diciembre 2016.**
- Cátedra Dr. Manuel Camelo” con el Tema “Conceptos equivocados de la Salud Mental”. UDEM, Monterrey, 26 y 27 abril 2017.
- **Ponente** con el Tema “Estructura del Hombre desde una perspectiva de Unidad”. Unidad de Rehabilitación psiquiátrica, Servicios de Salud de Nuevo León, 14 y 15 Junio 2017.
- Asistente al Programa “Estancia y Actualización Académica en Psiquiatría” **Instituto Clinic de Neurociencias, Servicio de Psiquiatría, Hospital Clinic de Barcelona, 13, 14 junio 2019.**

PARTICIPACION
CON OTRAS
INSTITUCIONES

- **INVESTIGADOR PRINCIPAL.** “Respuesta a la utilización de Olanzapina intramuscular en pacientes esquizofrénicos y en estado de manía”. Laboratorio Eli Lilly 2004-2005.
- **SUBINVESTIGADOR CLÍNICO.** “Estudio doble ciego comparando la utilización de Olanzapina de depósito intramuscular, Olanzapina oral y dosis bajas de Olanzapina de depósito intramuscular en el mantenimiento de pacientes con esquizofrenia”. Laboratorio Eli Lilly. 2004-2006.
- **SUBINVESTIGADOR CLÍNICO.** “Estudio abierto con la utilización de Olanzapina de depósito intramuscular en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo”. Laboratorio Eli Lilly. 2005-2007.
- **SUBINVESTIGADOR CLÍNICO.** “Estudio sobre la utilización de galantamina en Demencia Alzheimer” Laboratorio Jansen 2004
- **INVESTIGADOR PRINCIPAL.** “Factores que afectan la Respuesta clínica y recuperación en pacientes en estado de

Manía con enfermedad Bipolar que utilizan antipsicóticos atípicos". Laboratorio Eli Lilly 2006-2007.

- INVESTIGADOR PRINCIPAL. "Factores que influyen en el cambio de peso en pacientes con Esquizofrenia y Enfermedad Bipolar que inician tratamiento con Olanzapina". Laboratorio Eli Lilly. 2005-2006
- SUBINVESTIGADOR CLÍNICO. "Utilización de SR58611A en pacientes con depresión". Sanofi-Aventis. 2007.
- SUBINVESTIGADOR CLÍNICO. "Estudio multicéntrico doble ciego, controlado con placebo de determinación de dosis de LY2140023 en pacientes hospitalizados con esquizofrenia de acuerdo a DSM- IV". Laboratorio Eli Lilly. 2008.
- SUBINVESTIGADOR CLÍNICO. "Estudio abierto multicéntrico de 52 semanas para evaluar eficacia de Aripiprazol intramuscular de depósito como tratamiento de mantenimiento en pacientes con esquizofrenia. Bristol 2010-2011.
- SUBINVESTIGADOR CLÍNICO. "Estudio abierto de seguridad a largo plazo de LY2216684 12 a 18 mg. Una vez al día como tratamiento adyuvante para pacientes con Trastorno Depresivo Mayor con respuesta parcial al tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina. Eli Lilly. 2011-2012.
- SUBINVESTIGADOR CLÍNICO. "Estudio aleatorizado doble ciego, de no inferioridad de Palmitato de Paliperidona en formulaciones de 3 meses y 1 mes para tratamiento de Sujetos con Esquizofrenia. Eli Lilly 2013-2014.

Meetings para revisión de protocolos en Neurociencias realizados en México, Estados Unidos, Argentina, Perú, Malta, Grecia y República Checa.

- Desde Junio 2007 a fecha actual
Colaborador y Conferencista Programa Ingenium.
Educación para Familias con pacientes con
Enfermedad
Mental
Monterrey, N. L.
- Speaker en el Área de Neurociencias Instituto Lundbeck
2007-2010

Alberto Guilebaldo Díaz Salinas CVU CONACYT: 824777

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha de Nacimiento: Julio 24, 1990

Lugar de Nacimiento: Monterrey, Nuevo León

Nacionalidad: Mexicana

Sexo: Masculino

EDUCACIÓN

(1997-2006) Primaria y Secundaria: **Necali Centro Educativo**

(2006-2009) Preparatoria Bicultural: **Prepa Tec Santa Catarina Campus del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey**

(2009- 2015) Carrera Médico Cirujano: **Ignacio A. Santos Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM).**

HONORES & Reconocimientos

(2006)

Primer Lugar de Generación. Promedio 97/100

Necali Centro Educativo Secundaria

(2009)

Mención Honorífica. Promedio 93/100

Prepa Tec Santa Catarina Campus del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

EXTRACURRICULAR

2006

Proyecto Niño Feliz. Visita a pacientes pediátricos del Hospital San José Tec de Monterrey para acelerar su recuperación mediante la risoterapia de Hunter Doherty "Patch" Adams.

2009

Comité Organizador. Programa de Medicina Preventiva y Educación en Salud. MEDITEC Proyecto Octubre 2009. Monterrey, NL. Brigadas médicas en sectores marginados de Nuevo León sin centros de salud cercanos.

- 2010** **Comité Organizador. Jefe de Stand de Gastroenterología.** Programa de Medicina Preventiva y Educación en Salud. MEDITEC Proyecto Octubre 2010. Monterrey, NL. Brigadas médicas en sectores marginados de Nuevo León sin centros de salud cercanos.
- 2010** **Comité Organizador.** XXVI Congreso Internacional de Medicina: Salud Global. Auditorio Luis Elizondo. Monterrey, NL
- 2011** **Comité Organizador.** XXVII Congreso Internacional de Medicina: Medicina de Vanguardia. Auditorio Luis Elizondo. Monterrey, NL
- 2018** **Comité Organizador.** 3er Simposium de Actualidades en Psiquiatría. Retos De La Salud Mental En El Siglo XXI.
- 2018** **Póster Ganador del XXI Concurso Estatal de Investigación.** Análisis de la conducta, comorbilidades y riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad dentro del área de hospitalización de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica durante el periodo Enero – Diciembre del 2017

ROTACIONES CLÍNICAS

Enero 2013- Junio 2015

Monterrey, Nuevo León:

- Medicina interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia y Pediatría (2013) en: Hospital Regional Materno Infantil, Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Hospital San José Tec de Monterrey, Hospital SNTE Sección 50 de Maestros, Hospital Zambrano Hellion.
- Traumatología y Ortopedia, Radiología, Medicina de Urgencias, Neurología, Psiquiatría, Dermatología, Geriatria, Otorrinolaringología, Reumatología, Oftalmología, Medicina Legal (2014, 2015) en: Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda, Hospital San José Tec de Monterrey, Hospital Regional ISSSTE, Hospital Zambrano Hellion, Swiss Hospital, Hospital Universitario, IMSS clinica 33, Centro Médico Christus Muguerza de Alta Especialidad, Hospital Universitario Dr José Eleuterio Gonzalez, Clínica Nova, Clínica de Atención Médica (CAM) de la Fundación Santos y De la Garza Evia.
- Psiquiatría Rotación Obligatoria (Enero 2014) y Rotación Electiva (Marzo 2015) en Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud Nuevo León.

Dallas, Texas:

Medicina Familiar. (Julio 2014- Septiembre 2014) Clínicas Mi Doctor.

SERVICIO SOCIAL

(Agosto 2015- Julio 2016) Secretaría de Salud Nuevo León.

Urgencias/Consulta Medicina General Primer Nivel de Atención.

Cadereyta Jiménez, Nuevo León.

RESIDENCIA MÉDICA

Programa Muticéntricos Residencias Médicas de Psiquiatría del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y de la Secretaría de Salud de Nuevo León (Marzo 2017 a la fecha).

PERSONAL

- Idiomas: Español, Inglés (Fluyente), Alemán (Nivel A2)