



LICENCIATURAS

- Informática Administrativa
- Administración y Finanzas
- Psicopedagogía
- Trabajo Social
- Gerontología
- Psicología
- Derecho

COSTOS
BAJOS

Becas

INICIOS:

- Septiembre
- Enero
- Mayo

Inscripción: \$ 1,680.-
Mensualidad: \$ 1,680.-

Plantel Montevideo
Tel. (55) 6393 - 1100

Plantel Tláhuac
Tel. (55) 6819 - 2000

Plantel Tlalpan
Tel. (55) 6393 - 2000

www.impo.org.mx

DIRECTORIO
EDITOR RESPONSABLE
Marco Antonio Polo Scott

DIRECTORA DE PUBLICIDAD
DISEÑO Y EDICIÓN
Ana María Rico Cárdenas

DISEÑO GRÁFICO
Ivonne Cabrera Déciga
Laura Anai Barrón López

CORRECCIÓN DE CONTENIDOS
Leticia Salinas Hernández
Cinthia Calzada Sánchez
Susana Elizabeth Arreguín Guerra

OPINIONES Y SUGERENCIAS
marcoapolos@hotmail.com

INFORMES Y SUSCRIPCIONES
relaciones.publicas@impo.org.mx
Tel. 55 6393 - 1100 55 6819 - 2000
55 6393 - 2000

DERECHOS RESERVADOS
Marca Registrada THANATOS
ISSN 2007-3232

VOLUMEN 39

TANATOLOGÍA DEL SIGLO XXI THANATOS, Año 16, No. 39, MAYO-AGOSTO, 2023, editada por el Instituto Mexicano de Psicooncología S.C., Av. Montevideo No. 635, 1er. Piso, Col. San Bartolo Atepehuacan, Alcaldía Gustavo A. Madero, C.P. 07730, México, CDMX, teléfono 55 6393 1100, marcoapolos@hotmail.com, www.impo.org.mx, Editor responsable: Marco Antonio Polo Scott. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2009-120113514900-102. Licitud de Título y Contenido No. 14808, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Impresa por Impresos IMAGRAPHIC, S.A. de C.V. Poniente 110 Num.753, Magdalena de las Salinas, C.P. 07760 GAM CDMX, éste número se terminó de imprimir el 2 de mayo del 2022 con un tiraje de 5,000 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier medio de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del editor.

El editor considera sus fuentes como confiables, sin embargo puede haber errores en la exactitud de los datos, por lo que sus lectores utilizan su información bajo su propio riesgo.

El editor, la casa editorial, los empleados, los colaboradores o los asesores no asumen responsabilidad alguna por el uso del contenido editorial o de los anuncios que se publiquen dentro de la revista.

Todo material empleado para su publicación no será devuelto, y se entiende que se puede utilizar en cualquier publicación, y que cede todo su derecho para utilizarlo, editarlo, citarlo y comentarlo, en cualquier tipo de publicación.

Contenido

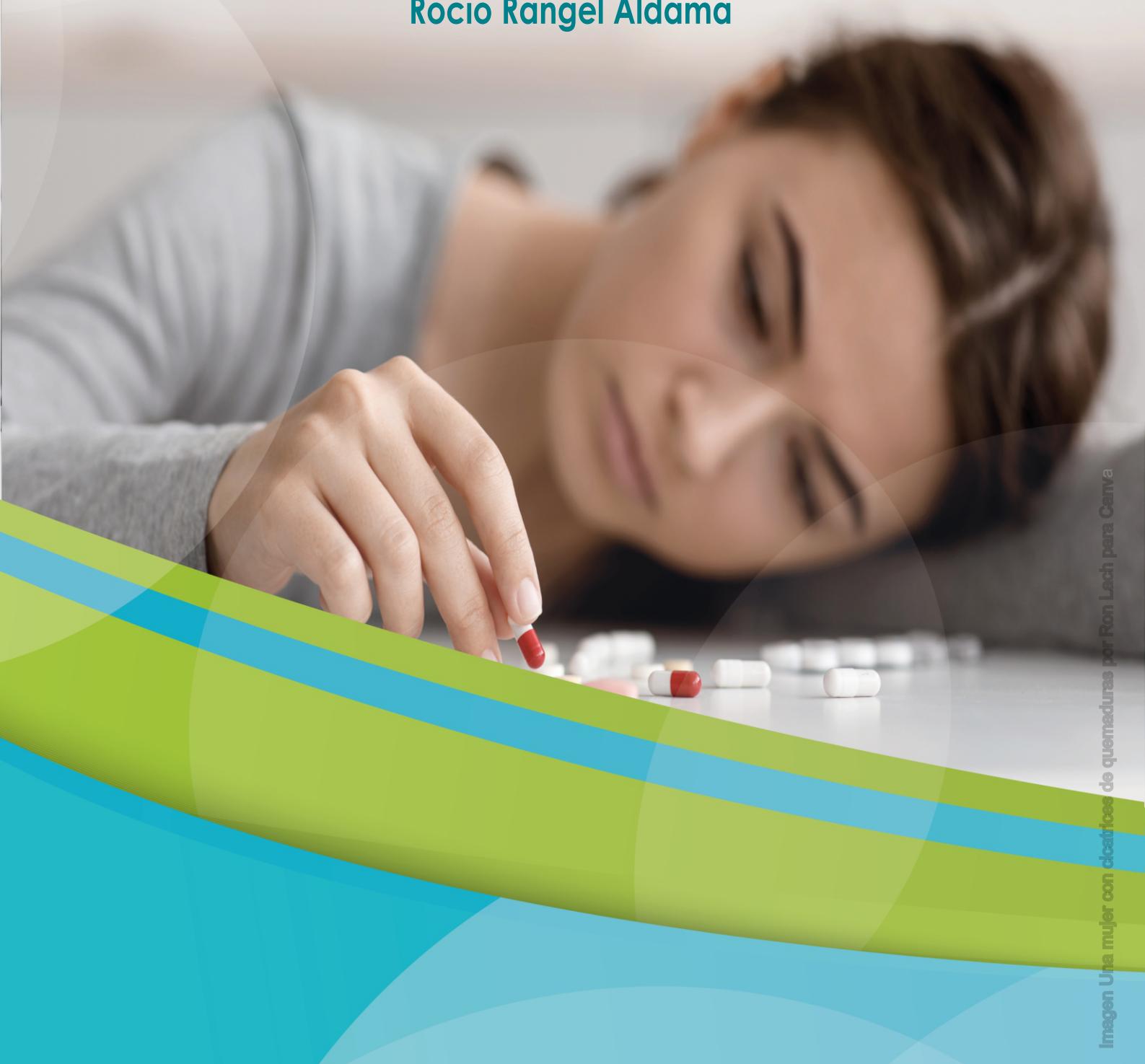
- 4 Estudio del riesgo suicidio en pacientes jóvenes con depresión, en un hospital privado de la Ciudad de México

Lizbeth Rodríguez Pérez



Estudio del riesgo suicidio en pacientes jóvenes con depresión, en un hospital privado de la Ciudad de México

Rocío Rangel Aldama



RESUMEN

El suicidio se considera un problema de salud pública, ya que representa una de las causas principales de muerte en el mundo que se pueden prevenir, en la población joven es la segunda causa de muerte. El suicidio está relacionado con la mayoría de los trastornos mentales siendo uno de los factores de riesgo más relacionados la depresión. En el presente estudio se busca conocer la prevalencia con que se presentan las conductas de riesgo suicida, en pacientes jóvenes con depresión, hospitalizados en el servicio de psiquiatría en un hospital privado de la ciudad de México, se realizó una investigación de tipo correlacional descriptiva, no probabilístico, la muestra estuvo conformada por 25 pacientes internados en dicho servicio, de los cuales 14 eran mujeres y 11 hombres diagnosticados con depresión mayor. El instrumento que se utilizó para evaluar la intencionalidad fue la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), que cuenta con 20 reactivos. Para evaluar la ideación suicida se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).

Palabras clave: riesgo suicida, suicidio, depresión, pacientes jóvenes, internamiento en psiquiatría.

PRESENTACIÓN GENERAL

El suicidio es un acontecimiento trágico y fatal en la vida de un ser humano, sigue siendo un tema tabú, lleno de mitos y verdades a medias rodeado de estigmas sociales y condenado por varias religiones. A la gente no le gusta hablar de él, es un tema que se evade y a pesar de ser la cuarta causa de muerte en nuestro país no se aborda de forma directa ni se trata de manera multidisciplinaria. El suicidio es definido por la Organización Mundial de la salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida, se considera un problema de salud pública, ya que representa una de las causas principales de muerte en el mundo que se pueden prevenir, en la población joven el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes de tránsito.

El suicidio está relacionado con la mayoría de los trastornos mentales siendo uno de los principales la depresión, esta patología afecta a todos los sectores de la población ya sea hombre o mujer, ricos o pobres, por lo que la OMS ha alertado sobre el aumento de dicha patología, pues se estima que 1 de cada 5 personas atendidas en emergencias se ve afectada por la depresión. La depresión es un trastorno altamente incapacitante ya que afecta todas las áreas de la vida de una persona, tanto a nivel familiar como en relación a las amistades, el trabajo, los estudios y los aspectos financieros, de hecho, la bibliografía señala que el 90% de las personas que cometen suicidio tenían un problema de salud mental, principalmente la depresión (Martín del Campo, 2019).

El problema es que en muchas ocasiones la depresión no es diagnosticada y por lo tanto no reciben el tratamiento adecuado los pacientes que la padecen, es importante considerar que la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas

La depresión es un trastorno psicológico del estado anímico, caracterizado por la presencia de episodios donde se produce un cambio en el estado afectivo, a grandes rasgos sus síntomas van desde la disminución del interés o pérdida del placer por las actividades que antes sí se disfrutaban, fatiga, pérdida o aumento del apetito etc. Según el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se establece como posible síntoma de la depresión mayor la presencia de pensamientos recurrentes relacionados con la muerte, ideas suicidas sin ningún plan específico, intento de suicidio o plan determinado para llevar a cabo esta conducta, según el manual nos dice que los pensamientos suicidas están presentes durante todos los episodios de depresión mayor.

La conducta suicida es un proceso, una dinámica psíquica, que se puede detectar por algunos indicadores, la mayoría de las personas que piensan en el suicidio muestran signos de desamparo, llamadas de auxilio, que debemos aprender a identificar, como profesionales de la salud debemos estar muy al pendiente sus cambios en su conducta.

JUSTIFICACIÓN

El comportamiento suicida se ha incrementado en los últimos años en todo el mundo, a partir de año 2021 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró al suicidio como un tema importante de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el fenómeno del suicidio es responsable de más muertes al año que las producidas anualmente por el conjunto de todos los conflictos bélicos que asolan el planeta, constituyéndose en una de las principales causas de muerte en el mundo.

Estas organizaciones estimaron que en el año 2000 se produjo una muerte por suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos. En México el suicidio en los jóvenes en edades entre los 20 a 30 años se ha incrementado, en el año 2021 se observaron 8,447 suicidios consumados, 1,224 más que en el año 2019 (INEGI; 2021) significando una tasa de 6.2 por cada 100 mil habitantes.

La depresión es una enfermedad cada vez más frecuente en México y en todo el mundo, según datos de la OMS se estima que afecta al 3.8% de la población mundial, que incluye un 5% de los adultos jóvenes y un 5.7% de los adultos mayores de 60 años, es decir, cerca del 10% de la población mundial padece dicha enfermedad.

Dado el incremento de suicidios en nuestro país, es de suma importancia profundizar en el análisis y solución de las múltiples motivaciones que alientan el suicidio, pero sobre todo realizar un diagnóstico temprano de la depresión, pues se estima que una persona con depresión tiene un riesgo de suicidio 21 veces más que la población en general por lo que es de suma importancia el diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión, medida que nos ayudaría a reducir el índice de suicidios, así como el detectar a tiempo la conducta suicida en los pacientes deprimidos ya que si estas conductas se prolongan en el tiempo hay que considerar un riesgo alto de suicidio.

MARCO TEÓRICO

SUICIDIO

El suicidio es toda muerte que resulta mediata o inmediata de un acto positivo o negativo realizado por la propia víctima, sabiendo ella que debía producir ese resultado; y puede ser resultado de diversas causas y factores. Este fenómeno se compone de tres elementos interrelacionados: ideación suicida, planificación del suicidio y riesgo suicida.

IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida se refiere a los pensamientos o ideas relacionadas con el suicidio. Puede incluir pensamientos sobre la propia muerte, deseos de morir o la creencia de que el mundo estaría mejor sin la persona. La ideación suicida es un factor de riesgo importante y puede ser un indicador de la necesidad de intervención y apoyo.

PLANIFICACIÓN DEL SUICIDIO

La planificación del suicidio implica la elaboración de un plan detallado sobre cómo llevar a cabo el acto suicida. Esto puede incluir la selección de un método específico, la identificación de un lugar y momento, y la recopilación de los recursos necesarios. La planificación del suicidio es un indicador grave de riesgo y requiere atención inmediata.

RIESGO SUICIDA

El riesgo suicida se refiere a la probabilidad de que una persona lleve a cabo un acto suicida. El riesgo suicida puede variar según diferentes factores, como la presencia de ideación suicida, la planificación del suicidio, la disponibilidad de medios letales, la falta de apoyo social, los antecedentes de intentos de suicidio previos y otros factores de riesgo individuales y contextuales. Es importante evaluar y abordar el riesgo suicida de manera adecuada para prevenir tragedias.

PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

En el servicio de Psiquiatría del hospital privado en la Ciudad de México, podemos también identificar este problema pues de cada diez pacientes que tenemos hospitalizados 8 son de depresión y 6 de ellos con riesgo alto de suicidio o intento de suicidio. Ante el aumento constante de suicidios en el país es necesario organizar las instancias de salud tanto públicas como privadas de tal manera que cuenten con las herramientas y el personal capacitado para atender dicha urgencia psiquiátrica, además se tiene que crear mayor conciencia en la población para que se puedan identificar las conductas de riesgo suicida no solo en los pacientes con depresión, sino en todos los pacientes con algún problema de salud mental.

LA DEPRESIÓN

Es un fenómeno frecuente que afecta a diferentes áreas de la vida de quien la padece y que puede presentarse en cualquier etapa de la vida. Es frecuente que los episodios depresivos al ser recurrentes, pueden volverse constantes o crónicos si no se realiza el tratamiento adecuado, en esos casos, cuando no hay un abordaje precoz de la enfermedad, comúnmente se pueden complicar e incluso puede desencadenar en suicidio. Algunos estudios hablan sobre la fuerte relación entre depresión y conducta suicida y, sobre todo, entre los grupos más vulnerables como ancianos y adolescentes, y cuando la depresión se cronifica, los estudios nos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión (Martín del Campo, 2019).

La depresión es un problema de salud mental multifactorial en el que diversas situaciones hace vulnerable a la persona para padecer depresión ya sea desde la infancia o en la vida adulta. Varios estudios recientes nos dicen que los niños pueden nacer con una disposición genética hacia la depresión (Luby, 2003). Los síntomas depresivos alteran la vida productiva de los sujetos, impidiendo el desarrollo de las potencialidades individuales y en los grados más severos el individuo puede atentar contra su vida, lo que hace de este trastorno algo potencialmente mortal.

Algunas variables asociadas a la depresión pueden hacer predecible una tendencia hacia el suicidio como; la severidad del episodio, la ideación suicida, los intentos de suicidio previos, el consumo de alcohol o drogas, la desesperanza, el aislamiento social, así como el tener acceso a los medios para matarse. (Pfeffer et al).

El suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves, y en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general (SEP 2015), por lo que es importante que el abordaje de la depresión tiene que ser multidisciplinario, teniendo en cuenta que es un problema crónico de salud. El suicidio y las autolesiones son frecuentes en las personas que sufren depresión, en Europa de las 60.000 personas que mueren por suicidio consumado, más de la mitad estaban deprimidas. Cada día cometen un acto suicida 10 personas en España y unas 20 lo intentan.

El 15% de la población presenta por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida adulta, lo suficientemente intenso como para afectar su funcionamiento y hacer necesario un tratamiento. El DSM-V clasifica de la siguiente manera los trastornos depresivos. Todo trastorno se define como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, regulación emocional o del comportamiento. Esta alteración afecta a las áreas funcionales de la persona como el área social, laboral o académica y son consecuencia de alguna alteración psicosocial, experiencial, neuronal, herencia o combinación de varios factores.

Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, acompañados al menos por otros cuatro síntomas de depresión).

- Trastorno distímico: se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para episodio depresivo mayor.

- Trastorno depresivo no especificado: se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria. El episodio depresivo mayor se caracteriza principalmente por un periodo de al menos dos semanas durante las cuales hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de la siguiente lista.

1. Cambios de apetito (peso) del sueño y de la actividad psicomotora;
2. Falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa;
3. Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y
4. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, planes o intentos suicidas.

La manifestación más grave de la depresión es el intento suicida o bien el suicidio consumado; para llegar a ello, se pasa inicialmente por la idea y la planeación del hecho. La ideación suicida se desarrolla lentamente; el DSM-V la describe como el último síntoma del episodio mayor, en el que frecuentemente hay pensamientos de muerte y tentativas suicidas. Estas ideas pueden variar desde la creencia de que los demás estarían mejor si uno se muriese hasta los pensamientos pasajeros, pero presentados en forma obsesiva, acerca del hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre como cometer el suicidio. Estas ideas, respecto a su frecuencia, intensidad y letalidad, pueden ser muy variables.

El suicidio, de acuerdo con Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998), es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. No necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Pero lo que sí resulta claro es que la ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de salvar vidas. Según González-Forteza y Jiménez (2010), por lo menos hasta 1990 en México poco se sabía sobre la ideación suicida y otras conductas encaminadas al suicidio, como los planes y los intentos suicidas.

Los signos que nos alertan de un riesgo de suicidio son diversos. Por una parte, cualquier verbalización de una visión negativa sobre uno mismo. Esto se traduce en expresiones como: «no valgo nada», «mi vida no tiene sentido». También debemos estar alerta a los cambios de conducta que denotan pérdida de interés por cosas que antes gustaban hacer. Algunas de las señales de alerta más comunes son: Hacer comentarios sobre la manera de matarse o planes para matarse a sí mismo o para hacerse daño.

Podemos distinguir 4 grupos de síntomas o conductas del suicidio:

1-SEÑALES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

* Desánimo, falta de motivación, apatía, pesimismo.

* Estado depresivo.

* Cansancio, pérdida de energía.

* Sentimiento de desespero, tristeza profunda, lloros.

* Poco control emocional, emociones contradictorias.

* Ausencia de emociones.

* Ansiedad, angustia, miedo, fobias temporales.

* Inestabilidad, cambios bruscos de humor.

* Agresividad, rabia, irritabilidad.

* Discurso incoherente, confuso.

* Pérdida de interés y de placer por las actividades y pasatiempos habituales.

* Dificultades para concentrarse y tomar decisiones.

* Problemas de memoria.

* Baja autoestima, sentimiento de culpabilidad.

* Incapacidad de hacer proyectos, falta de expectativas, percepción fatalista.

* Pérdida del deseo sexual.

2-SEÑALES BIOLÓGICAS

* Trastornos alimentarios: pérdida de apetito o bulimia.

* Pérdida de peso y del tono muscular.

* Cansancio inusual.

* Alteración del sueño: insomnio o exceso de sueño.

* Dolencias físicas frecuentes (dolor de cabeza, de estómago...).

3-DISCURSO, MENSAJES DIRECTOS E INDIRECTOS

* “Quiero morir”, “Si me suicido, se acabaron los problemas”, “Estaría mejor muerto”

* “No vale la pena vivir”, “¿Para qué vivir?”, “Ya no me retiene nada aquí”

* “No los molestaré por mucho tiempo”, “Estarán mejor sin mí”

* “No puedo más”, “Estoy cansado de luchar”

* “Ya no espero nada”, “Esto no se va a solucionar nunca”

* “Soy un estorbo”, “Decepciono a todo el mundo”, * “Todo me sale mal”, “Soy un inútil”

* “Nada me importa”, “No me gusta esta vida”

* “Mi vida es un fracaso”, “La vida no tiene sentido”

* “Nadie me entiende”, “No le importo a nadie”, “Nadie me quiere”

4-COMPORTAMIENTO

* Hablar de la muerte y el más allá.

* Informarse sobre sobre el suicidio y los diferentes métodos.

* Aislamiento, alejamiento de familiares y amigos.

* Abandono de las actividades habituales.

* Descuido del aspecto y la higiene personal.

* Deterioro de los resultados académicos o profesionales.

* Absentismo, fugas.

* Consumo excesivo de alcohol, droga, medicamentos...

* Conductas peligrosas.

* Redactar un testamento o una carta de despedida.

* Poner orden en las pertenencias y arreglar papeles (seguro, correo, etc.).

* Donar objetos queridos o de valor.

* Hacer las paces con el entorno, despedirse.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo de tipo correlacional descriptivo. En cuanto al muestreo, se empleó un método no probabilístico para la selección de participantes, enfocado en pacientes con trastorno de depresión mayor.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo suicida es la principal urgencia psiquiátrica en el mundo y también en México, lamentablemente este acontecimiento se ha vuelto un problema de salud pública pues ha ido en aumento, cada año hay más casos, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2020 hubo siete mil 896 suicidios en México, 700 más con respecto a 2019 y mil más que en 2018. Pero la población joven es la más vulnerable en México y en el mundo se mantendrá constante el riesgo de suicidio. Actualmente es la cuarta causa de muerte en jóvenes y en 2029 se calcula que será la segunda en la mortalidad juvenil si no se realizan más estrategias de prevención, se espera que la prevalencia de suicidios continue incrementándose. La depresión, relacionada con el riesgo suicida, es otro problema en los servicios de atención psiquiátrica.

¿La depresión se relaciona al riesgo suicida en pacientes jóvenes internos en el área psiquiátrica de un hospital privado de la Ciudad de México?.

HIPÓTESIS ALTERNA

Los pacientes jóvenes con depresión internados en el área de psiquiatría si presentan alto riesgo de suicidio.

HIPÓTESIS NULA

Los pacientes jóvenes con depresión internados en el servicio de psiquiatría no presentan alto riesgo de suicidio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Son frecuentes las conductas de riesgo suicida en los pacientes jóvenes con depresión hospitalizados en el servicio de psiquiatría de un hospital privado de la Ciudad de México?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia con que se presentan las conductas de riesgo suicida, en pacientes jóvenes con depresión, hospitalizados en el servicio de psiquiatría de un hospital privado de la Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las principales conductas de riesgo suicida que presentan los pacientes con depresión.

Conocer la prevalencia de las conductas de riesgo suicida en pacientes con depresión.

HIPÓTESIS

El 90% de las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental y la más común de ellas es la depresión, una persona con depresión tiene un riesgo de suicidio mayor que la población en general, pues contempla la muerte como la única salida posible a su angustia, por lo que es de suma importancia el diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión, medida que ayudaría a reducir el índice de suicidios en pacientes hospitalizados.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Conductas de riesgo suicida

VARIABLE INDEPENDIENTE: Trastorno depresivo

SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

La muestra estuvo conformada por 25 pacientes internados en el área de psiquiatría de un hospital privado de la Ciudad de México de 20 a 30 años de edad de los cuales 14 eran mujeres y 11 hombres diagnosticados con depresión mayor.

CONTEXTO SOCIAL DONDE SE LLEVÓ A CABO LA INVESTIGACIÓN

La investigación se llevó a cabo en un hospital privado de la Ciudad de México, es hospital de tercer nivel que cuenta con todas las especialidades médicas, cuenta con la infraestructura para atender a pacientes desde recién nacidos hasta pacientes geriátricos y pacientes psiquiátricos.

TIPOS Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de diseño Cuantitativo, de tipo correlacional descriptiva, con un muestreo no probabilístico.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Instrumentos: el instrumento que se utilizó para evaluar la intencionalidad fue la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), que cuenta con 20 reactivos.

Para evaluar la ideación suicida se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI). Este instrumento cuenta con 19 reactivos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A fin de evaluar el grado de riesgo suicida, se implementó el instrumento Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), utilizada para evaluar la intensidad y la naturaleza de las ideas suicidas en los pacientes; y para evaluar la intención de una persona de llevar a cabo un acto suicida, se implementó la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), para comprender si el individuo tiene una intención seria de suicidarse o si las ideas suicidas son más superficiales.

RESULTADOS

Se encontró que cada 10 pacientes hospitalizados, 8 son diagnosticados con depresión y 6 de ellos presentan alto riesgo suicida o intento de suicidio. Se aplicaron 25 cuestionarios mediante entrevista directa.

A continuación, se presentan los resultados de los dos cuestionarios aplicados. Medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación típica y varianza).

Reactivos de la escala (R)		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19
N	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	
Media	1.20	1.44	1.04	1.12	92	96	92	1.20	.76	.84	1.32	.84	.88	.92	.64	.68	.76	.68	.92	
Mediana	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
Moda	1	1 ^a	1	2	1	0	0 ^a	1	0	0	1 ^a	0	0	1	0	0	0	0	0	
Desv. típica	.707	.583	.455	.833	.759	.889	.812	.645	.779	.943	.690	.943	.881	.759	.757	.802	.779	.852	.909	
Varianza	.500	.340	.207	.693	.577	.790	.660	.417	.607	.890	.477	.890	.777	.577	.573	.643	.607	.727	.827	
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

Escala de ideación suicida (scale for suicide ideation, ssi)

Del instrumento denominado Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), se pueden observar las medidas de tendencia central y de dispersión. Se observa que la mediana en casi todos los reactivos es de 1. La menor desviación típica, y menor varianza, es el reactivo 3 (razones para vivir/morir) y la mayor desviación son los reactivos 10 y 12 (Disuasivos para un intento activo -familia, religión, irreversibilidad; Método especificidad/planificación del intento contemplado-), de hecho, éstos dos reactivos presentan la mayor varianza de los 19 reactivos. En todos los reactivos, se observa que los valores mínimos son de 0 y los máximos son de 2.

R1. Deseo de vivir

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Moderado a fuerte	4	16%	16%	16%
1. Débil	12	48%	48%	64%
2. Ninguno	9	36%	36%	100%
Total	25	100	100	

Se observa que el mayor porcentaje de respuesta es la opción débil. Es decir, hay un deseo débil de desear vivir en los participantes encuestados (48%).

R2. Deseo de morir

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno	1	4%	4%	4%
1. Débil	12	48%	48%	52%
2. Moderado a fuerte	12	48%	48%	100%
Total	25	100%	100	

La tabla muestra que el deseo de morir se ubica en un mismo porcentaje en el nivel débil, así como moderado a fuerte (48% en ambos reactivos).

R3. Razones para vivir/morir.

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Porque seguir viviendo vale más que morir	2	8%	8%	8%
1. Aproximadamente iguales	20	80%	80%	88%
2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo	3	12%	12%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados responde que hay razones iguales tanto para vivir como para morir. (80%).

R4. Deseo de intentar activamente el suicidio

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno	7	28%	28%	28%
1. Débil	8	32%	32%	60%
2. Moderado a fuerte	10	40%	40%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre el deseo de intentar activamente el suicidio, se observa que el mayor porcentaje responde que es de moderado a fuerte (40%).

R5. Deseos pasivos de suicidio

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida	8	32%	32%	32%
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad	11	44%	44%	76%
2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

Los deseos pasivos de suicidio, los encuestados respondieron con mayor frecuencia el nivel medio (Puede dejar de vivir/morir por casualidad, 44%).

R6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Breve, periodos pasajeros	10	40%	40%	40%
1. Por amplios períodos de tiempo	6	24%	24%	64%
2. Continuo (crónico) o casi continuo	9	36%	36%	100%
Total	25	100%	100%	

Con relación a la dimensión temporal, muchos se ubican en Breve, periodos pasajeros (40%).

R7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Raro, ocasional	9	36%	36%	36%
1. Intermitente	9	36%	36%	72%
2. Persistente o continuo	7	28%	28%	100%
Total	25	100%	100%	

En relación a la frecuencia del suicidio (dimensión temporal) se ubican en la misma frecuencia el nivel Raro, ocasional y el Intermitente (36%).

R8. Actitud hacia la ideación/deseo

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Rechazo	3	12%	12%	12%
1. Ambivalente, indiferente	14	56%	56%	68%
2. Aceptación	8	32%	32%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados, manifiesta que su actitud hacia la ideación/deseo es Ambivalente/indiferente (56%).

R9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. Tiene sentido del control	11	44%	44%	44%
2. Inseguro	9	36%	36%	80%
3. No tiene sentido del control	5	20%	20%	100%
Total	25	100%	100%	

Al reactivos relacionados con el control sobre la actividad suicida/deseos de acting out, la mayoría tiene sentido del control (44%).

R10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo	13	52%	52%	52%
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo	3	12%	12%	64%
2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos	9	36%	36%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados, manifiesta que, en relación a los disuasivos para un intento activo, puede no intentarlo (52%).

R11. Razones para el intento contemplado.

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse	3	12%	12%	12%
1. Combinación de 0 y 2	11	44%	44%	56%
2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta	11	44%	44%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre las razones para el intento contemplado, se encuentran en el mismo nivel tanto el “Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta” (44%), como la combinación de: “Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse” (44%).

R12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No considerado	13	52%	52%	52%
1. Considerado, pero detalles no calculados	3	12%	12%	64%
2. Detalles calculados/bien formulados	9	36%	36%	100%
Total	25	100%	100%	

Con relación al método, la mayoría de los encuestados, señala que no ha sido considerado (52%).

R13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad	11	44%	44%	44%
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa	6	24%	24%	68%
2. Método y oportunidad accesibles. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto	8	32%	32%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre el método, la mayoría no tiene un método disponible, es inaccesible o no hay oportunidad. (44%).

R14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento.

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente	8	32%	32%	32%
1. Inseguridad sobre su valor	11	44%	44%	76%
2. Seguros de su valor, capacidad	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre la “capacidad de llevar adelante el intento”, la mayoría tiene inseguridad sobre su valor (44%).

R15. Expectativas/espera del intento actual

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No	13	52%	52%	52%
1. Incierto	8	32%	32%	84%
2. Si	4	16%	16%	100%
Total	25	100%	100%	

El 52% de los encuestados, señala que No tiene una expectativa /espera del intento actual (52%).

R16. Preparación actual para el intento contemplado

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguna	13	52%	52%	52%
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)	7	28%	28%	80%
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)	5	20%	20%	100%
Total	25	100%	100%	

En relación a la preparación actual para el intento contemplado, la mayoría de los encuestados (52%), no considera ninguna.

R17. Nota suicida

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguna	11	44%	44%	44%
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada	9	36%	36%	80%
2. Nota terminada	5	20%	20%	100%
Total	25	100%	100%	

El 44% de los encuestados no tiene una nota suicida, la mayoría.

R18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno	14	56%	56%	56%
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos	5	20%	20%	76%
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

El 56% de los encuestados, no tiene un acto final en anticipación a la muerte (56%).

R19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Reveló las ideas abiertamente	11	44%	44%	44%
1. Frenó lo que estaba expresando	5	20%	20%	64%
2. Intentó engañar, ocultar, mentir	9	36%	36%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados, engaño/encubrió el intento contemplado (44%)

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA DE BECK (SUICIDE INTENT SCALE, SIS)

	Reactivos de la escala (R)																											
	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15	R16	R17	R18	R19	R20								
No.	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25								
Media	1.12	.64	.96	.64	.72	.80	1.04	1.44	1.44	1.32	1.00	1.36	1.08	1.52	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.08	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00			
Mediana	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00								
Moda	1	0	1	0	0	0	0	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0							
Desv. tip.	.781	.860	.735	.841	.907	.843	.866	.539	.651	.768	.802	.764	.700	.759	.823	.702	.572	.746	.757	.748								
Varianza	.610	.740	.540	.707	.823	.710	.750	.290	.423	.590	.643	.583	.490	.577	.677	.493	.327	.557	.573	.560								
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0								
Máximo	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2								

El instrumento denominado Escala de Intencionalidad Suicida (Suicide Intent Scale, SIS), se pueden observar las medidas de tendencia central y de dispersión. La menor desviación típica es el reactivo 8 (Comunicación verbal -ideas, preocupaciones o planes suicidas-), y menor varianza, es el reactivo 9 (Propósito supuesto del intento). En todos los reactivos, se observa que los valores mínimos son de 0 y los máximos son de 2.

Circunstancias objetivas (reactivos 1-8)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Alguien presente	6	24%	24%	24%
1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)	10	40%	40%	64%
2. Nadie cerca o en contacto	9	36%	36%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados (40%), considera que, sobre el aislamiento, "Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)".

R2. Medición del tiempo

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. La intervención es muy probable	15	60%	60%	60%
1. La intervención es poco probable	4	16%	16%	76%
2. La intervención es altamente improbable	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre la intervención en caso de intencionalidad suicida, la mayoría (60%), considera que la es muy probable.

R3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguna	7	28%	28%	28%
1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención)	12	48%	48%	76%
2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los 25 encuestados, considera que "Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros, pero no hace nada para prevenir su intervención)", contra el descubrimiento y/o intervención de otras personas -48%--.

R4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda	9	36%	36%	36%
1. Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado	8	32%	32%	68%
2. No contactó, ni avisó a nadie	8	32%	32%	100%
Total	25	100%	100%	

En relación a la actuación para conseguir ayuda durante o después del intento, hay una dispersión entre aquellos que “Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda” (36%), Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado (32%) y No contactó, ni avisó a nadie (32%).

R5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno	16	64%	64%	64%
1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa	2	8%	8%	72%
2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales	7	28%	28%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados (64%), no considera actos finales en anticipación de la muerte.

R6. Preparación activa del intento

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguna	13	52%	52%	52%
1. Mínima o moderada	6	24%	24%	76%
2. Importante	6	24%	24%	100%
Total	25	100%	100%	

A la pregunta sobre la preparación activa del intento, la mayoría (52%), no tiene ninguna preparación.

R7. Nota suicida

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguna	12	48%	48%	48%
1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla	6	24%	24%	72%
2. Presencia de nota	7	28%	28%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados (48%), de los encuestados, no ha hecho tal nota suicida.

R8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No comunicación verbal	3	12%	12%	12%
1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estás mejor sin mí»)	18	72%	72%	84%
2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme»)	4	16%	16%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría a quienes se encuestó (72%), tuvieron una comunicación ambigua.

Autoinforme (reactivos 9-15)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza	2	8%	8%	8%
1. Componentes de O y 2	10	40%	40%	48%
2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas	13	52%	52%	100%
Total	25	100%	100%	

En relación al propósito supuesto del intento, la mayoría de los encuestados (52%), señala que “Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas”.

R10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Pensó que era improbable	4	16%	16%	16%
1. Posible pero no probable	6	24%	24%	40%
2. Probable o cierta	15	60%	60%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre la probabilidad de muerte, la mayoría (60%) señaló que es probable o cierta.

R11. Concepción de la letalidad del método

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal	5	20%	20%	20%
1. No estaba seguro si lo que hacía era letal	7	28%	28%	48%
2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal	13	52%	52%	100%
Total	25	100%	100%	

Relacionado con el método y su concepción de letalidad, la mayoría Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal (52%).

R12. Seriedad del intento

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No intentó seriamente poner fin a su vida	7	28%	28%	28%
1. Inseguro	11	44%	44%	72%
2. Intentó seriamente poner fin a su vida	7	28%	28%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados, manifiesta que sobre la seriedad del intento, se siente inseguro (44%).

R13. Actitud hacia el vivir/morir

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. No quería morir	3	12%	12%	12%
1. Componentes de O y 2	10	40%	40%	52%
2. Quería morir	12	48%	48%	100%
Total	25	100%	100%	

Un porcentaje significativo (48%) considera que la actitud hacia vivir/morir, sería hacia morir.

R14. Concepción de la capacidad de salvamento médico

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica	6	24%	24%	24%
1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica	11	44%	44%	68%
2. Seguro de morir, aunque recibiese atención médica	8	32%	32%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre la concepción de la capacidad de salvamento médico, la mayoría (44%) Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.

R15. Grado de premeditación

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno, impulsivo	5	20%	20%	20%
1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento	2	8%	8%	28%
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento	18	72%	72%	100%

La mayoría de los encuestados (72%), manifiesta que, sobre el grado de premeditación, el suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento, prevalece.

Circunstancias subjetivas (Reactivos 16-20)

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Arrepentido/a de haber hecho el intento.	5	20%	20%	20%
Sentimientos de ridículo, vergüenza				
1. Acepta tanto el intento como su fracaso	13	52%	52%	72%
2. Rechaza el fracaso del intento	7	28%	28%	100%
Total	25	100%	100%	

La reacción frente al intento, la mayoría (52%) acepta tanto el intento como su fracaso.

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos	3	12%	12%	12%
1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas	17	68%	68%	80%
2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte	5	20%	20%	100%
Total	25	100%	100%	

Las preconcepciones de los encuestados indican que el 68%, lo considera como “Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas”.

R18. Número de intentos de suicidio previos

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Ninguno	9	36%	36%	36%
1. 1 O 2	11	44%	44%	80%
2. 3 O MAS	5	20%	20%	100%
Total	25	100%	100%	

El porcentaje de intentos previos de suicidio, de los 25 encuestados, señalan que han sido 1 o 2 intentos (44%)

R19. Relación entre ingesta de alcohol e intento

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento	20	80%	80%	80%
1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio	1	4%	4%	84%
2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento	4	16%	16%	100%
Total	25	100%	100%	

Sobre la relación de ingesta de alcohol e intento, la mayoría de los encuestados (80%), señala que ha tenido alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento.

R20. Relación entre ingesta de drogas e intento

Opción de respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0. Alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento	21	84%	84%	84%
2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento	4	16%	16%	100%
Total	25	100%	100%	

La mayoría de los encuestados (84%), manifiesta que ha tenido alguna ingesta previa, pero sin relación con el intento.

Puntaje total SSI

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	1	4.0	4.0	4.0
2	1	4.0	4.0	8.0
6	1	4.0	4.0	12.0
7	3	12.0	12.0	24.0
8	1	4.0	4.0	28.0
9	2	8.0	8.0	36.0
11	1	4.0	4.0	40.0
15	1	4.0	4.0	44.0
16	1	4.0	4.0	48.0
17	1	4.0	4.0	52.0
18	1	4.0	4.0	56.0
19	1	4.0	4.0	60.0
21	1	4.0	4.0	64.0
25	1	4.0	4.0	68.0
27	2	8.0	8.0	76.0
30	2	8.0	8.0	84.0
32	1	4.0	4.0	88.0
35	2	8.0	8.0	96.0
38	1	4.0	4.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

PUNTAJE TOTAL

Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) Medidas de tendencia central SSI

	SSI
No.	25
Media	18.04
Mediana	17.00
Moda	7
Desv. típ.	11.356
Varianza	128.957
Mínimo	0
Máximo	38

El mayor puntaje observado es de 7 puntos (12%)

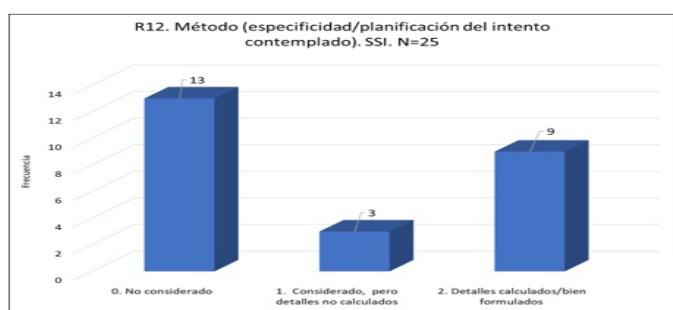
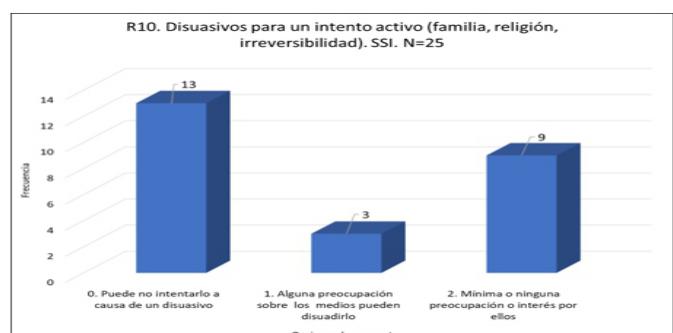
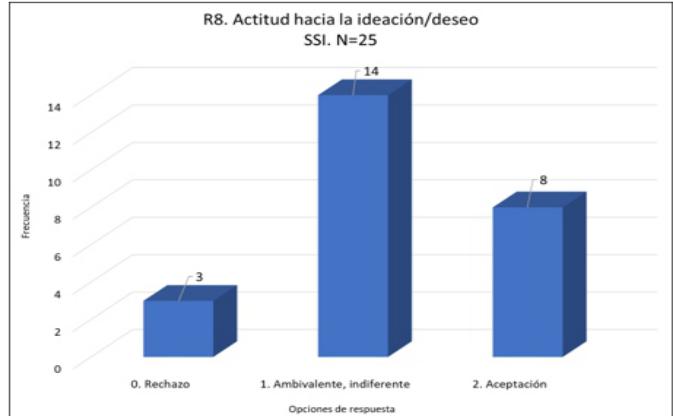
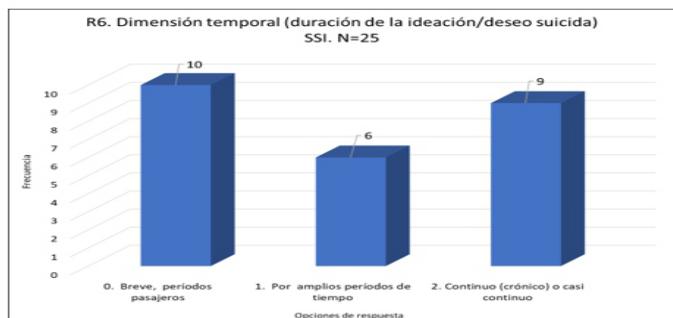
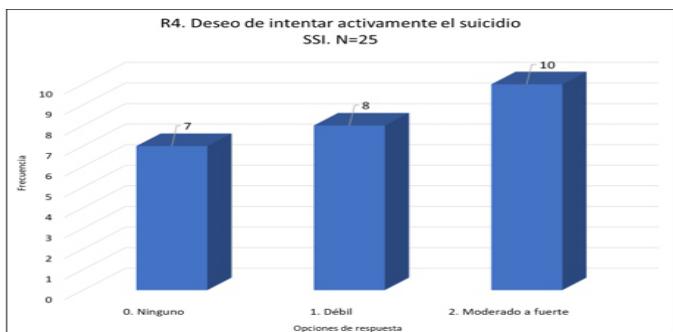
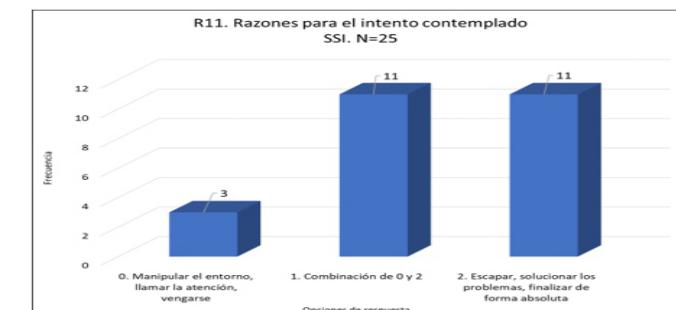
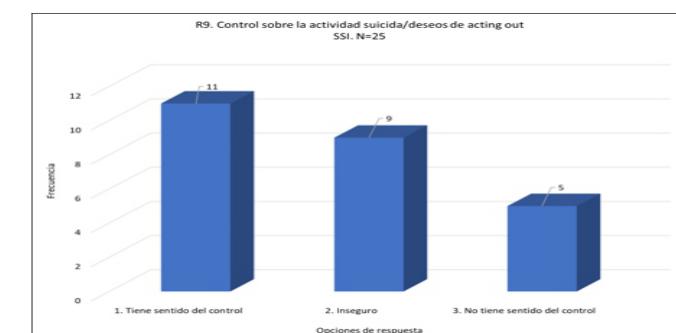
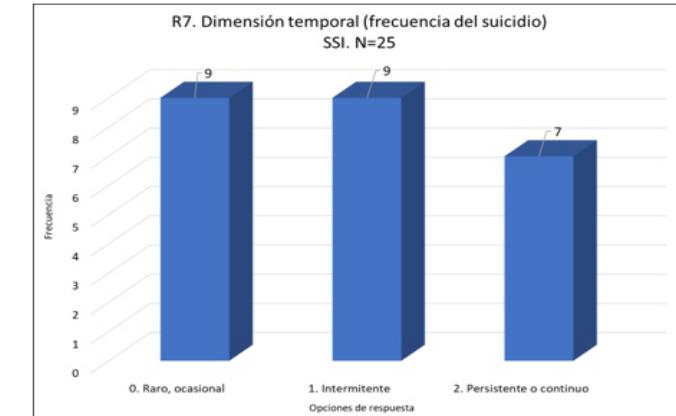
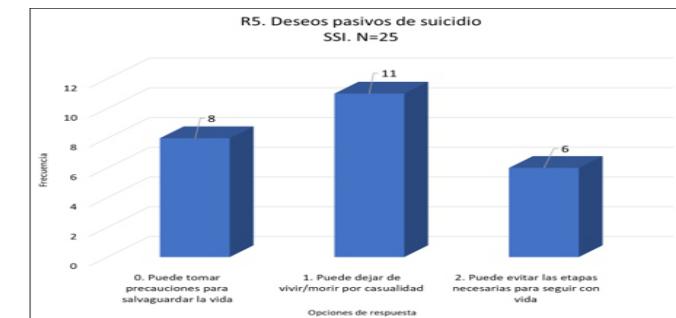
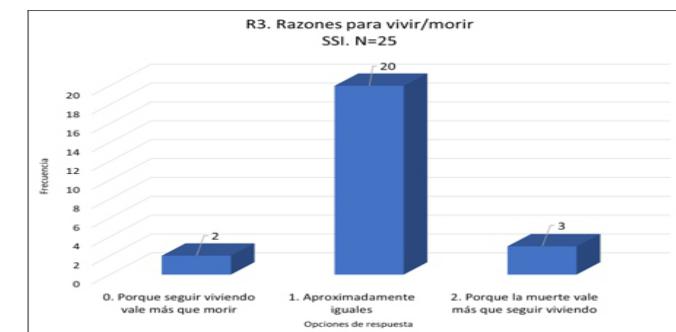
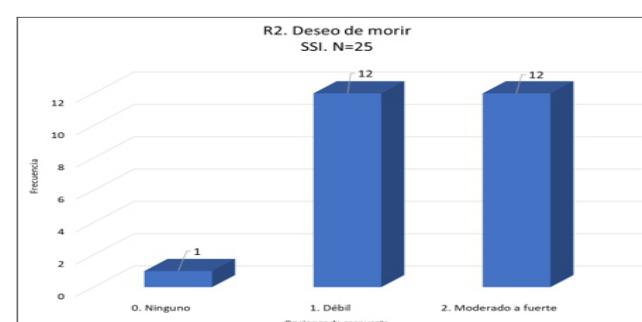
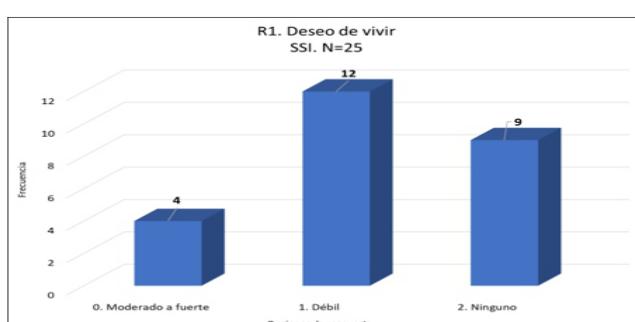
Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

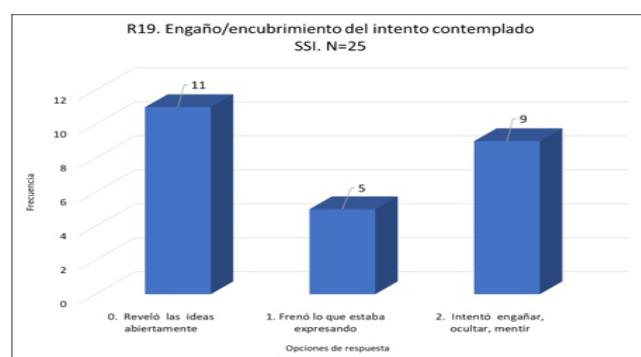
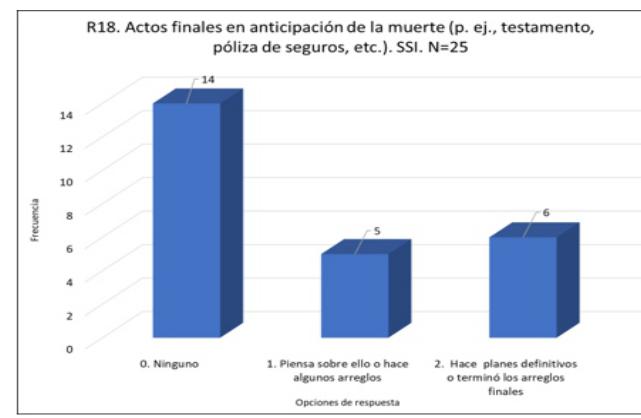
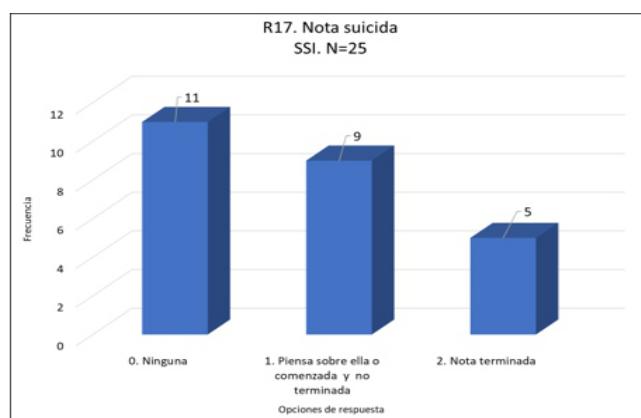
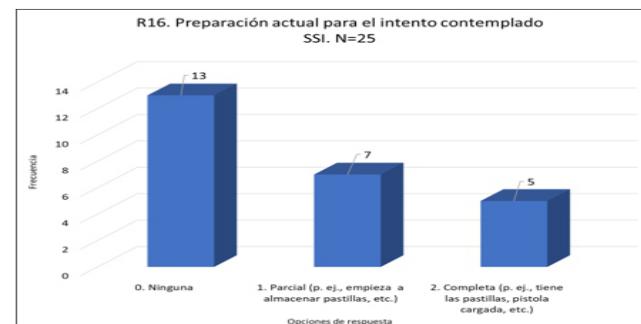
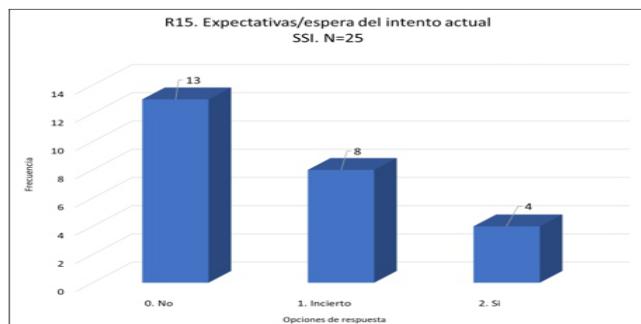
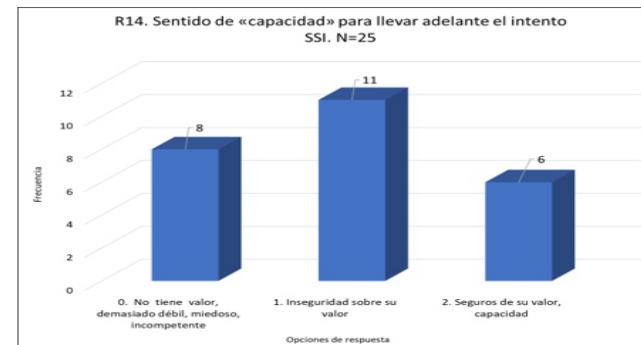
Medidas de tendencia central SIS

	SIS
No.	25
Media	19.68
Mediana	19.00
Moda	19
Desv. típ.	11.172
Varianza	124.810
Mínimo	0
Máximo	40

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	1	4.0	4.0	4.0
1	1	4.0	4.0	8.0
2	1	4.0	4.0	12.0
6	1	4.0	4.0	16.0
10	1	4.0	4.0	20.0
13	1	4.0	4.0	24.0
15	1	4.0	4.0	28.0
16	1	4.0	4.0	32.0
19	6	24.0	24.0	56.0
20	2	8.0	8.0	64.0
21	1	4.0	4.0	68.0
22	1	4.0	4.0	72.0
25	2	8.0	8.0	80.0
27	1	4.0	4.0	84.0
36	1	4.0	4.0	88.0
39	1	4.0	4.0	92.0
40	2	8.0	8.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

El puntaje con mayor porcentaje es 19 puntos.





CONCLUSIONES

- El 90% de los pacientes con depresión, presentan conductas de riesgo suicida.
- Aproximadamente entre el 25% y 30% de personas que intentan suicidarse cometerán más intentos en el futuro de forma más planificada.
- El 48% de los pacientes presenta una ambivalencia en el deseo de morir así como en el deseo de vivir, como nos dice Alejandro Rocamora, que en esta etapa de ambivalencia, es donde más se puede intervenir y ayudar a prevenir las ideas e intentos de suicidio en la población.
- En la idea de acabar con el sufrimiento aparece la idea del suicidio, convirtiendo a la depresión en un peligro potencial.
- Una intervención rápida adecuada y mantenida en el tiempo reduce la posibilidad de un suicidio posterior.
- Dentro de la depresión mayor este tipo de comportamientos puede variar de forma significativa dependiendo de la gravedad.
- El diagnosticar a tiempo así como aplicar el tratamiento adecuado y oportuno a la depresión, podrían prevenir y por lo tanto reducir la ideación suicida, intentos de suicidio, así como el suicidio consumado

RECOMENDACIONES

Ante el aumento constante de suicidios en el país es necesario organizar las instancias de salud tanto públicas como privadas de tal manera que cuenten con las herramientas y el personal capacitado para atender dicha urgencia psiquiátrica, además se tiene que crear mayor conciencia en la población para que se puedan identificar las conductas de riesgo suicida no solo en los pacientes con depresión sino en todos los pacientes con algún problema de salud mental.

El personal de enfermería es el profesional de la salud que está en mayor contacto directo con el paciente y con quien el paciente pasa el mayor número de horas durante su estancia en el hospital, por lo que es de suma importancia que el personal se capacite en el trato de este tipo de pacientes y conozca e identifique las conductas de riesgo Suicida, a fin de atender adecuadamente los pacientes con riesgo suicida y prevenir, en lo posible, suicidios consumados.

ANEXOS

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

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estás mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme
9. <i>Propósito supuesto del intento</i> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida
13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impidiida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

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

BIBLIOGRAFÍA

- Algoritmos AEPap. (s/f). Aepap.org. Recuperado el 27 de abril de 2023. <https://algoritmos.aepap.org/index.php>
- Aumentan suicidios en México. (2022, June 23). Gaceta UNAM. <https://www.gaceta.unam.mx/aumentan-suicidios-en-mexico/>
- Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental* (Mexico City, Mexico), 37(5), 373. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.044>
- Carrión, O. (2021, October 15). Depresión y suicidio: Riesgos silenciosos a tomar en cuenta. *NeuroClass*. <https://neuro-class.com/suicidio-y-depresion/>
- Comunicación, infancia y adolescencia: guía para periodistas. (n.d.). Unicef.Org. Retrieved April 27, 2023. <https://www.unicef.org/argentina/informes/comunicaci%C3%B3ninfancia-y-adolescencia-guia-para-periodistas>
- Conducta suicida. (n.d.). Manual Merck Versión Para Profesionales. Retrieved April 27, 2023. <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/trastornospsiqu%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida>
- Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. (2013, febrero). *Pediatría integral*. [https://consaludmental.org/centrodocumentacion/depresion-suicidio-2020/](https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-12/depresion-ysuicidio-en-la-infancia-y-adolescencia/ documentacion. (2020, October 7). </p><p>Depresión y suicidio 2020 - Confederación Salud Mental España. Confederación Salud Mental España. <a href=)
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082015000200006>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S., García-Pascual, R., Servicio de Salud del Principado de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Sanitaria, M. P. G., & Universidad de León. (2020). SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL: UNACRÍTICA NECESARIA. *Papeles del psicólogo*, 41(1), 35–42. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2919>
- Mateo Cervera, A. M., & Galarza Mateo, A. (2020). Manejo enfermero del paciente con ideas suicidas en el ámbito extrahospitalario. *Ene*, 14(1), 14116. <https://doi.org/10.4321/s1988348x2020000100016>
- Pérez de Albéniz, A., Fonseca-Pedrero, E., Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad de Oviedo, & Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). (2020). EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE LA ESCALA PAYKEL DE SUICIDIO. *Papeles del psicólogo*, 41(1), 106–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

Doctorado en Tanatología

Avalado por la Secretaría de Educación Pública, según acuerdo RVOE 20180488 de fecha 12/Abril/2018



Con 2 modalidades a elegir:

En línea - vía zoom

Con profesores en tiempo real
impartiendo tus asignaturas

PRESENCIAL

Curso Propedéutico

(REQUISITO INDISPENSABLE)

Inicio: semestral

Costo del curso: \$ 4,480.-

Tels. 55 6393 - 1100

55 6393 - 2000

Dirigido a todas las personas interesadas en el tema, con nivel de estudios de Maestría.

Inicio de Doctorado

Inicio: semestral

Duración: 2 años

Inscripción: \$ 4,480.-
Mensualidad: \$ 4,480.-

Asistiendo a clases
¡Sólo día a la semana!

www.impo.org.mx

