

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultada de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría
Enero 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Silvia Paola Galindo Jolón

Carné Universitario No.: 100021240

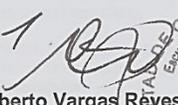
Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Psiquiatría, el trabajo de tesis "COMPONENTE PSICOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA"

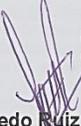
Que fue asesorado: Dr. Jorge Villar Anleu

Y revisado por: Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 26 de noviembre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 14 de octubre de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Ciudad.-

Doctor Ruiz Cruz:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del Informe Final de Tesis con el título "COMPONENTE PSICOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA" realizado en el Hospital Nacional de Salud Mental y durante el periodo enero 2012 – 31 de marzo 2013, presentado por la doctora: Silvia Paola Galindo Jolón; el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Psiquiatría del Hospital Nacional de Salud Mental y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

Dr. Jorge Villar Anleu
Docente Responsable
Maestría en Psiquiatría
Escuela de Estudios de Postgrado
Hospital Nacional de Salud Mental



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala 20 de noviembre de 2015

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela de Estudios de Postgrado
Ciudad.-

Doctor Ruiz Cruz:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título "COMPONENTE PSICOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA" realizado en el Hospital Nacional de Salud Mental y durante el periodo enero 2012 – 31 de marzo 2013, presentado por la doctora: Silvia Paola Galindo Jolón; el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Psiquiatría del Hospital Nacional de Salud Mental y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted

Atentamente,

Dr. Edgar Rolando Vásquez Trujillo
Docente Responsable
Maestría en Psiquiatría
Escuela de estudios de Postgrado
Hospital Nacional de Salud Mental

DR. EDGAR ROLANDO VÁSQUEZ TRUJILLO
MÉDICO PSIQUIATRA
Colegiado No. 6977

AGRADECIMIENTOS

- A DIOS
- Por la vida, por darme la oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo en la vida, gracias por sus bendiciones y por permitirme hacer realidad este sueño.
- A MIS PADRES
Y HERMANOS
- Mis padres, Marta Julia y Juan José, por el amor recibido, dedicación y paciencia con que cada día me apoyaron en cada decisión y proyecto, por ser los principales promotores de mis sueños, por construir mis alas y enseñarme el camino para poder alzar mi vuelo. Gracias a mis hermanos, Ana y Juan Jo, por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, por estar dispuestos a acompañarme en cada larga y agotadora jornada de estudios, por cada consejo, cada una de sus palabras de aliento y de luz que me han guiado durante mi vida,
- A MI FAMILIA
- En especial a estas dos grandes mujeres, María Teresa y María Ofelia, mujeres dedicadas y luchadoras por su familia, admirables mujeres que han sido y siguen siendo pilares y ejemplos de vida, de lucha, perseverancia, paciencia y sobre todo de AMOR. A mis tías/ tíos y mis primas/primos por ser apoyo en todo momento.
- A MI AMORE
- Que ha sido impulso durante toda mi carrera, por darme motivación cada día, por tenerme una enorme paciencia, por ser quien escuchaba cada una de mis historias, por cada una de tus palabras de apoyo, de aliento, de amor, has sido amigo, compañero, cómplice, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento, te agradezco tu amor, tu cariño incondicional y sincero, mil gracias Hugo.
- A MIS AMIGOS
- Siembra una buena y sincera amistad y muy probablemente el tiempo te permitirá disfrutar de una agradable cosecha. Que más que amigos se han convertido en mis hermanos, agradezco de corazón tenerles en mi vida, porque cada uno representa un momento y una vivencia diferente, por ser quienes me mostraban con hechos lo que es la verdadera amistad, por estar y permanecer en mi vida, por poder compartir y disfrutar con ustedes cada una de las experiencias buenas y malas, en especial a los que han estado desde el inicio: Diana, Jennifer, Selvin, Javier, Carmen, Eva, Anabella, y un largo etc. de personas que me han brindado su amistad y cariño.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	i
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. OBJETIVOS	19
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
V. RESULTADOS.....	24
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	53
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
VIII. ANEXOS	65

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 2.1	14
Cuadro No. 2.2	17
Cuadro No. 5.1	24
Cuadro No. 5.2	25
Cuadro No. 5.3	26
Cuadro No. 5.4	27
Cuadro No. 5.5	28
Cuadro No. 5.6	29
Cuadro No. 5.7	30
Cuadro No. 5.8	30
Cuadro No. 5.9	31
Cuadro No. 5.10	31
Cuadro No. 5.11	32
Cuadro No. 5.12	33
Cuadro No. 5.14	34
Cuadro No. 5.15	35
Cuadro No. 5.16	36
Cuadro No. 5.17	37
Cuadro No. 5.18	39
Cuadro No. 5.19	40
Cuadro No. 5.20	40
Cuadro No. 5.21	41
Cuadro No. 5.22	42
Cuadro No. 5.23	44
Cuadro No. 5.24	47

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No. 5.1.....	24
Gráfica No. 5.2.....	25
Gráfica No. 5.3.....	26
Gráfica No. 5.4.....	27
Gráfica No. 5.5.....	28
Gráfica No. 5.6.....	29
Gráfica No. 5.7.....	30
Gráfica No. 5.8.....	31
Gráfica No. 5.9.....	32
Gráfica No. 5.10.....	33
Gráfica No. 5.11.....	33
Gráfica No. 5.12.....	34
Gráfica No. 5.13.....	35
Gráfica No. 5.14.....	36
Gráfica No. 5.15.....	37
Gráfica No. 5.16.....	38
Gráfica No. 5.17.....	39
Gráfica No. 5.18.....	40
Gráfica No. 5.19.....	41
Gráfica No. 5.20.....	42
Gráfica No. 5.21.....	43
Gráfica No. 5.22.....	45
Gráfica No. 5.23.....	46
Gráfica No. 5.24.....	48
Gráfica No. 5.25.....	49

RESUMEN

El suicidio es un fenómeno humano universal presente en todas las épocas históricas considerado un problema social cada día cobra un número importante de vidas, actualmente se ha convertido en una de las principales causa de muerte en diversos países. *Objetivos:* Describir la asociación de trastornos psiquiátricos como componente psicopatológico e intento suicida en pacientes atendidos en el hospital de Salud Mental por tal causa. Medir la prevalencia de trastornos psiquiátricos e intento suicida. Caracterizar a los pacientes con intento e ideación suicida según edad, procedencia, religión, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación. *Tipo de estudio:* cuantitativo de tipo descriptivo, transversal. El procedimiento fue de captación de los pacientes que con ideación o intento suicida que consultaron al Hospital Nacional de Salud Mental, en el periodo del 01 de enero de 2012 al 31 de marzo de 2013. Se aplicó sistemáticamente instrumento diseñado para recolección de datos generales y la entrevista diagnóstica estructurada de breve duración: Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. *Resultados:* Se captaron 55 pacientes por intento suicida o ideación suicida, 53 accedieron a participar en el estudio. 58% de los pacientes fueron mujeres. Rangos de edades más frecuentes: entre los 18 a los 22 años con 26%, de estos, el 57.14% eran hombres y 42.86% mujeres. Pacientes entre 28 a 32 y 38 a 42 años: 21% cada uno, siendo género femenino un 63.64% y 54.55% respectivamente. Razón hombres/mujeres encontrada: 0.71. Procedencia y residencia en el área urbana de la ciudad capital el 49% y 62%, el 11% procedían y residían en Jutiapa. El 81% profesaban alguna religión. El 52% los pacientes eran solteros. En pacientes con intento suicida las psicopatologías de mayor prevalencia fueron Episodio Depresivo Mayor (11.32%) y Episodio Depresivo con síntomas psicóticos (11.32%), el Trastorno Afectivo Bipolar (13.20%) y el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol (9.43%). En ideación suicida las psicopatologías de mayor prevalencia fueron Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos (11.32%) y Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos (13.20%). El Trastorno de Pánico (7.55%) y el Trastorno Afectivo Bipolar (5.66%). *Conclusiones:* El género femenino representada en el estudio con 58%, realizaron intento suicida o tubo ideación suicida. La población adulta joven y soltera, entre 18 a 22años presentaron una mayor tendencia a las conductas suicida, el 49% procedían de la Ciudad Capital y el 62% residían en la misma, además el 81% profesaban alguna religión y el 94% eran alfabetos. Las enfermedades psicopatológicas más frecuentes asociadas a ideación e intento suicida fueron: Episodio Depresivo Mayor, el Trastorno Afectivo Bipolar y el Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos en ideación suicida y con síntomas psicóticos en intento suicida, así como del Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol y de Cannabis.

I. INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra suicidio proviene de las palabras latinas «sui» (sí mismo) y «caedere» (matar), y, por tanto, su significado literal es «acción de matarse a sí mismo» (1). El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas, no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero se le considera un problema social que cada día cobra un número importante de vidas, de manera que actualmente se ha convertido en una de las principales causas de muerte en diversos países, considerándose como un fenómeno complejo que incluye componentes biológicos, psicológicos, interpersonales, cognitivos, intrapsíquicos, conscientes e inconscientes, culturales, sociológicos, filosóficos y morales. En las enfermedades físicas crónicas o progresivas generan en el sujeto una alta desesperanza, sin embargo son en los trastornos mentales donde se encuentra como un factor muy importante asociado en los cuales existe hasta un 90% de prevalencia de trastornos mentales en suicidios consumados, principalmente en trastornos depresivos y alcoholismo (1,2,3,4).

Cada año se suicidan más de 1 millón de personas. Cada 40 segundos una persona se quita la vida en algún lugar del mundo, cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida de forma fallida y por cada persona que se quita la vida hay 20 que fallan en el intento. Para el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%. Aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por esta causa alrededor del mundo, siendo las sociedades que viven en el subdesarrollo y la pobreza, el blanco perfecto para el desencadenamiento de este tipo de problemática, además las estadísticas indican por cada muerte por suicidio se realiza de 10 a 20 intentos de autoeliminación llegando a sumar cifras verdaderamente exorbitantes de seres humanos que optan día a día por autoagredirse con el fin último de morir (5, 6, 7).

Los datos que se conocen sobre intentos de suicidio representan la punta del iceberg evidenciando un gran subregistro a nivel mundial que está más allá de la universalidad en el tiempo y las culturas, hay hechos en la actualidad que hacen de las conductas suicidas (ideación, intento y consumación) un problema de salud pública a nivel mundial y debe ser considerado una urgencia médica que suele llegar a los servicios de emergencias de los hospitales generales en mayor proporción que a las emergencias de hospitales psiquiátricos

y, por consiguiente, muchos de estos pacientes no reciben la evaluación ni tratamiento psiquiátrico correspondiente ni su seguimiento adecuado. Es por ello que conocer el comportamiento, los factores de riesgo, y principalmente los trastornos psiquiátricos (componente psicopatológico) asociados al suicidio en nuestra población es el primer paso, esencial y necesario, para emprender cualquier forma de prevención e intervención temprano. Sin embargo, la tasa de suicidios para Guatemala entre 2001-2003 fue de 2.0 por 100.000 habitantes, según datos que proporciona tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las estadísticas de salud de las Américas del 2006, mas no hay un sistema adecuado de reportes de los intentos de suicidios e ideas suicidas por lo cual el subregistro de estos se incrementa así mismo no existen estudios suficientes realizados con nuestra población que relacionen o describan los componentes psicopatológicos como causantes de los intentos o actos suicidas y por tanto en el Hospital Nacional de Salud Mental siendo el único hospital de referencia de pacientes psiquiátricos no se cuenta con estos datos que relacionen la información actual y pertinente para el país que haga referencia a este tema, de tal manera que este estudio pretende identificar los trastornos psiquiátricos como componentes psicopatológicos entre los pacientes que consultan por intento o idea suicida y que con ello obtener la prevalencia de los componentes psicopatológicos con el suicidio (ideación, planificación e intento) en estos pacientes atendidos en el hospital de salud mental y así se disponga de información adecuada, pertinente al tema y actualizada para nuestro país.

II. ANTECEDENTES

Un grave problema de salud pública actual y creciente es el suicidio así como las tentativas de suicidio, lo que implica la necesidad de establecer definiciones precisas, tomando en cuenta que las bases del mismo son multifactoriales y por tanto complejas.

Etimológicamente, la palabra suicidio deriva de la unión de dos palabras latinas Sui (sí mismo) y Caedere (matar), siendo su significado "Acción de matarse a sí mismo". La Real Academia Española define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, que es quitarse voluntariamente la vida, y en un segundo concepto como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. En 2001, Organización Mundial de la Salud (OMS) propone la definición de suicidio como "todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de su letalidad" (1, 2, 8, 9, 10, 11).

Sin embargo la OMS intenta unificar la amplia terminología y propone los términos concretos como (1, 2, 6, 8, 9, 10):

Acto suicida: "todo un acto, deber tal o aquella conducta, generalmente consciente, que va encaminada hacia la autodestrucción - por acción u omisión - del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independiente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida".

Intento suicida: "un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica cuyo resultado no fue la muerte".

No obstante una de las definiciones más utilizadas es la de Emile Durkheim, quien propone que el suicidio es "Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" (1, 2, 6, 10, 12, 13,14).

En los Estados Unidos se utiliza el término "intentos de suicidio", mientras que en Europa se utiliza el término "*parasuicidio*". También se ha usado el concepto "daño autoinfligido deliberado" y "comportamiento o conducta suicida mortal" y "comportamiento o conducta

suicida no mortal o no letal” entre otros conceptos relacionados por lo que se deben de distinguir del término suicidio algunas aclaraciones al respecto de los mismos son (1, 5, 6, 7, 8, 11, 14):

La ideación suicida: Se refiere a los pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Generalmente suele ser un paso previo a la conducta suicida, aunque no siempre se sigue de esta necesariamente.

Conducta suicida: Todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad y conocimiento de su letalidad.

Conducta suicida no letal: Es aquella conducta propiamente autolítica o autolesiva y su resultado no es mortal.

Suicidio consumado: Es la muerte producida por lesiones autoinfligidas en la que existía la intención de causarse la propia muerte.

Parasuicidio: Conductas cuya intención no es acabar con la propia vida, sino modificar el ambiente, suelen catalogarse de llamadas de atención y en ocasiones pueden tener carácter de chantaje emocional.

Conductas relacionadas con el suicidio: Son aquellas conductas o comportamientos cuya actuación a largo plazo acarrea a la muerte como en los trastornos de la alimentación, las conductas llamadas de riesgo y las drogadicciones, alcoholismo entre otras.

2.1. Historia:

A lo largo de la historia, el suicidio ha estado presente en todas las épocas, sin embargo las distintas sociedades han generado actitudes variables en función de sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura ha sido considerado desde un pecado en algunas religiones y como delito en ciertas culturas (12, 14).

Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En China (1.800 ac) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos, éste último considerado hoy día un delito criminal (12).

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales, mientras que en la Europa antigua, el suicidio era considerado incluso un acto honroso; en Grecia y Roma Antiguas, la actitud con respecto al suicidio era muy variada, desde su tolerancia y glorificación, hasta su condena más absoluta y estricta. Por ejemplo en Grecia, les amputaban la mano con la que habían cometido el acto, la enterraban aparte y el difunto no recibía ceremonia alguna; los atenienses que según su costumbre orientaban el rostro del difunto hacia el oriente, no lo hacían cuando se trataba de un suicida. En Europa, en la edad media, era costumbre arrastrar las cabezas de los suicidas y exponerlas en la plaza pública, en Zurich, si el suicidio era por apuñalamiento, se metía un taco de madera en el cráneo del difunto y allí se clavaba el puñal con el que se había cometido el acto. En Metz, Francia, se metía al suicida en un tonel y se arrojaba al río para que se alejara y no volviera (1, 2, 6, 12, 13).

Algunos filósofos consideraban que el suicidio era el medio ideal para evadir sufrimientos, mientras que otros como Platón lo rechazó por razones muy unidas al Cristianismo, lo consideró una agravio contra la sociedad, excepto en respuesta a acontecimientos muy graves. Aristóteles lo rechazaba considerándolo un acto de cobardía. Otros filósofos como Sófocles o Sócrates, eran partidarios del mismo. Los romanos admitían muchas razones para su práctica, calificándolo como honorable entre políticos e intelectuales, Cicerón lo condenaba, con las excepciones del acto heroico y el propio sacrificio en defensa del honor. Séneca lo engrandecía, diciendo que éste era el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. En los primeros concilios de la Iglesia Cristiana establecieron que aquellos que cometieran suicidio no se les aplicarían los rituales ordinarios después de su muerte y sus propiedades eran incautadas (1, 2, 6, 12, 13).

En el siglo XVII, en la literatura Inglesa fue un tema recurrente como una respuesta frente a la culpa o al desamor, siendo evidente en varios dramas de autores como Shakespeare, en 1621 Robert Burton, en su libro Anatomía de la melancolía, aportó la primera visión psiquiátrica del suicidio, viéndolo como la expresión de una depresión severa (melancolía) (1).

En el año de 1642 sir Thomas Brown, filósofo y médico inglés, asimiló el término de suicidio al homicidio debido a su etimología latina (sui: de sí mismo –caedere: matar), por tanto así, esta le da un matiz de violencia y agresividad por sí mismo y la Iglesia Católica le consideró que el suicidio era como un homicidio y que atentaba contra la facultad divina de disponer de la vida. Como consecuencia, el cuerpo del suicida no podía ser enterrado en suelo sagrado (2, 4, 6, 10, 12, 13, 14).

Durante el siglo XVIII, la mayoría de suicidios se atribuían a la enfermedad mental en sí y es a partir de la Revolución Francesa de 1789, que los castigos prescritos por el derecho penal y canónico para las tentativas de suicidio, fueron desapareciendo de las legislaciones europeas, finalmente en algunos países, la despenalización del suicidio no llegó hasta bien entrado el siglo XX. No obstante, estos países y la mayoría de los estados americanos crearon códigos penales para castigar severamente la inducción al suicidio. (1, 2, 4, 6, 10, 12, 13, 14).

Desde el punto de vista religioso, principalmente en las monoteístas era considerado como un pecado contra Dios. En los primeros cristianos en su mayoría se soportaba el sacrificio hasta la muerte infligido por otro como muerte ejemplar, pero no se aceptaba el suicidio voluntario. El Islam, rechaza el suicidio por considerar que es Alá quien elige el momento en que cada uno debe morir, no obstante tolera el suicidio como forma de sacrificio voluntario en “la guerra santa”. El Budismo, rechaza el suicidio, al entender que el tiempo de sufrimiento en la tierra no debe ser modificado, al ser consecuencia de tener que purgar pecados de una existencia anterior. El Hinduismo, es más tolerante, aceptando algunos rituales suicidas, como en viudas (tras fallecer el marido) como forma de expiar los pecados del mismo y ganar el honor para sus hijos. Aun hoy en día, el suicidio se condena en las religiones cristiana, judía e islámica (1).

A finales del siglo XIX se llevaron a cabo estudios sobre el suicidio desde un punto de vista social, médico y epidemiológico [Morselli (1852- 1929), Durkheim (1858-1917)]. En 1897 Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Este autor considera el suicidio como un hecho social estadísticamente valorable y su definición es utilizada con mayor frecuencia con fines científicos y clasifica la conducta en tres tipos (1, 2, 10, 12, 13,14):

- *Suicidio Egoísta* es típico de sociedades donde el individuo carece de integración social

- *Suicidio Altruista* es característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad
- *Suicidio Anómico* es característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.

2.2. Epidemiología:

Cada año se suicidan más de 1 millón de personas. Cada 40 segundos una persona muere por suicidio en algún lugar del mundo, cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida de forma fallida, mientras que se estima un subregistro cercano al 50% en la mayoría de los países, pero que por cada persona que se suicida hay 20 que fallan en el intento o con tentativas de suicidio y del 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. advirtieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, por sus siglas en inglés) (5, 6, 15, 16, 17).

Se calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general y que el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado (6, 15).

El suicidio se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años, de ambos sexos, si bien las cifras no incluyen los intentos de suicidio, se estima que estos intentos son hasta 20 veces más en número que los que llegan a consumarse con el fallecimiento del suicida. Para el año 2020 la OMS estima que el índice de suicidios a nivel global podría crecer en un 50%. Aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por esta causa alrededor del mundo, siendo las sociedades que viven en el subdesarrollo y la pobreza, el blanco perfecto para el desencadenamiento de este tipo de problemática, por otra parte, otros datos indican que en la raza caucásica la tasa de suicidio es aproximadamente el doble que en otras razas. En general, el pertenecer al mismo grupo étnico se asocia con tasas similares de suicidio, en tanto que en grupos étnicos diferentes, aunque vivan en un mismo lugar, suelen observarse tasas de suicidio diferentes (4, 6, 15, 16, 17).

La carga del suicidio puede estimarse en términos de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). De acuerdo a este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1.8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2.3% en los países

con altos ingresos y 1.7% en los ingresos bajos. A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. El suicidio es considerado la primera causa de muerte violenta en el mundo, en efecto en la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001, los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio 500,000 y por guerras 230,000, es decir que hay tantos muertos por suicidio como por homicidio y conflictos bélicos en conjunto. Para el año 2002 la tasa de mortalidad por suicidios registrada oficialmente por la OMS, fue de 14.5 por 100.000 habitantes al año. Las secuelas de suicidios fallidos constituyen la sexta causa de mala salud y de discapacidad, por otra parte los sobrevivientes al suicida están más expuestos al desarrollo de diversos trastornos psicopatológicos, esto se debe a la dificultad para elaborar el duelo, el miedo a la vulnerabilidad propia y familiar, la culpa y los sentimientos ambivalentes característicos; que son algunos de los factores que influyen en el desarrollo de trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y episodios depresivos mayores entre otros (6, 15, 16, 17).

El suicidio aunque es poco frecuente antes de la adolescencia, se observa que las cifras van en aumento es por ello que las tasas tienden a aumentar con la edad (a mayor edad hay tasas más altas de mortalidad por suicidio) siendo más evidentes en hombres pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años y exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres a diferencia del suicidio consumado, es decir que los *intentos de suicidio* son más habituales en la primera mitad de la vida, según se desprende del estudio WHO/EURO y son más frecuentes en mujeres entre los 15-24 años de edad, seguido por los 25-34 años y los 35-44 años. Para los hombres, las tasas más altas se encuentran entre los 25-34 años, seguido por los 35-44 años y los jóvenes de 15-24 años (1, 4, 6, 15, 16, 17, 18).

La razón entre conductas suicidas no mortales y las conductas suicidas mortales es de 20:1, pero se observa una gran variación según la edad, desde 2-3 intentos por cada suicidio en mayores de 65 años, hasta 200 intentos por cada suicidio en jóvenes menores de 25 años. En ancianos, la conducta suicida no mortal es menos frecuente, pero mucho más grave, de tal manera que la mayor parte de los casos se pueden considerar como suicidios fracasados. En hombres: su frecuencia aumenta con la edad, alcanzando su punto máximo a los 75 años,

mientras que en las mujeres: hay mayor incidencia entre los 55-65 años. En el anciano puede tomar la forma del Suicidio Silencioso, que incluye comportamientos autolesivos indirectos como el rechazo de alimentos o falta de adherencia a tratamientos. Existe una mayor proporción de intentos en las mujeres sobre los hombres relación 4:1 y hay más suicidios consumados en hombres que en mujeres relación de 2 -3 hombres: 1 mujer. En los viudos y viudas jóvenes, la tasa de suicidio es muy alta y en particular en los viudos jóvenes, tanto blancos como negros, en comparación con las viudas jóvenes de raza blanca, de acuerdo con el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2002 (1, 4, 6, 15, 16, 17, 18).

En algunos estudios hacen referencia a la relación de profesiones que se comportaban con un mayor riesgo suicida y entre ellas la profesión médica asociándose entre los factores de riesgo al estrés laboral, el acceso fácil a fármacos o métodos letales, la drogadicción, el alcoholismo, la competitividad en la profesión, el deterioro de la imagen del médico, la conflictiva conyugal y el divorcio, etc. Incluso en otros estudios sugieren que ciertamente, el suicidio es más frecuente entre los *médicos*, especialmente mujeres, sobre todo entre los psiquiatras, otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesistas. Intensivistas y dentistas que en el resto de la población general. Otros profesionales con mayor riesgo suicida son los *abogados* y *farmacéuticos* y parece que el riesgo de suicidio es menor en políticos y religiosos (1).

El Estudio de Intervención Multicentro sobre Comportamientos Suicidas –SUPRE-MISS de la OMS reveló que en los últimos 45 años, la mortalidad por suicidio ha experimentado en términos generales un incremento cercano al 60%. La tendencia se ha observado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Así mismo este estudio señala que los desórdenes mentales, especialmente la depresión y el abuso de sustancias, están asociados con más del 90% de todos los casos y el 50% de los pacientes suicidas han tenido intentos previos de acabar con su vida (4, 11, 18).

Según Blumenthal (1988) el comportamiento suicida se origina por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, esta interacción podría explicar por qué los trastornos mentales originan el mayor número de intentos y de suicidios consumados (19, 23, 24).

Así como la incidencia de suicidio varía entre países, también ocurre lo mismo con los factores de riesgo, por lo que se han realizado estudios en diversas partes del mundo para identificarlos. Al revisar los resultados de estas investigaciones, puede observarse que entre los factores que tienen relevancia universal están los trastornos mentales, los intentos previos de suicidio y los eventos vitales adversos recientes. La naturaleza de estos últimos puede diferir dependiendo de la cultura. En particular hay que tomar en cuenta los eventos vitales adversos como la ruptura con la pareja afectiva, dificultades económicas y desempleo pues estos aumentan el riesgo de suicidio, independientemente de la presencia de los otros factores, aunque falta aún analizar otros tipos de eventos vitales que se presentan con menor frecuencia (6,11, 19, 23, 24).

Si asumimos que el 50% de los suicidas tienen antecedentes de parasuicidio, aunque hay que destacar que el 1% de los parasuicidas se suicida en el transcurso del año siguiente al intento, lo cual constituye un riesgo 100 veces mayor que el de la población general, razón por lo cual es necesario considerar a toda conducta suicida, aunque no sea mortal, como un hecho que requiere ser evaluado seriamente y determinar sus factores de riesgo según sus propias características culturales (1, 6, 8, 11, 23, 24).

Para Guatemala, en el 2004, según el estudio El Comportamiento Suicida En Guatemala, “Registro y Estigma” realizado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Instituto de Ciencias Forenses (INACIF) y el Instituto Nacional de Estadística (INE) concluyeron que además de que existe subregistro de los casos de suicidios, en cubiertos por la violencia legitimada. (25).

El índice de suicidios según el INE para el año 2004 fue 3.38% X 100,000 habitantes hombres, 1.17% X 100,000 habitantes mujeres, y un 4.55% X 100,000 habitantes en total y los suicidios representan el 8% de los Homicidios y la proporción en el año 2004 según esas instituciones (INE, IGSS e INACIF). Con una relación según INE es de 2.78 hombres: 1 mujer, el IGSS es de 5 hombres: 1 mujer y el INACIF es de 5.63 hombres: 1 mujer. También reportaron que el Arma de Fuego y el Ahorcamiento son los métodos más utilizados, un 36% de los encuestados en ese estudio había intentado suicidarse por lo menos una vez y el 32% de los encuestados hubo un suicidio en la familia extensa (25).

Según la Procuraduría de los Derechos Humanos en el año 2012 se registró 397 suicidios, estando entre las 10 primeras causas de muerte en el ámbito nacional, por lo cual el departamento de Chiquimula se encuentra en primero lugar, seguido por el departamento de Zacapa (26),

2.3. Factores de Riesgo:

Existen diversas referencias bibliográficas sobre estudios clínicos que revelan que la impulsividad y el pesimismo están íntimamente ligados al comportamiento suicida, que los dos factores están presentes en individuos con trastornos de personalidad o en abusadores de sustancias psicoactivas, y pueden ser identificados en familiares de primer grado, lo cual sugiere la presencia de una vulnerabilidad neurobiológica, sin embargo aún se consideran que son múltiples las causas de suicidio y los factores (biológicos, psiquiátricos, sociales, ambientales, y relacionados con la historia personal del individuo, historia familiar y genética) que pueden influir en el comportamiento suicida, los cuales son muy variados e interactúan entre sí, siendo uno de los factores más importantes en la predicción del riesgo suicida son las conductas suicidas previas, seguidos de antecedentes familiares de suicidios, las enfermedades físicas graves y dolorosas, que alcanzan una prevalencia de hasta el 25% en suicidas en general, así mismo antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la niñez e inestabilidad social y familiar. (6, 19, 27).

Un factor de riesgo que se debe de considerar importante es la disponibilidad de medios para realizar el suicidio, en Inglaterra en los años sesenta, se suprimió el monóxido de carbono del gas doméstico y así disminuyeron las muertes por este, aunque la mortalidad por suicidios en general fue más baja, mientras que en otros países con tan solo controlar o regular la venta de insecticidas disminuyeron los suicidios por envenenamiento (6).

Otros factores de riesgo están relacionados a la cultura, son el *Harakiri* y el *Sati*, por ejemplo que son rituales de la cultura japonés e india, respectivamente en la cual debían ser cumplidos obligadamente pues de lo contrario eran discriminados o excluidos del grupo social al cual pertenecían, estos rituales originalmente eran una costumbre característica de los nobles y de la familia real pero que posteriormente se fue extendiendo al resto de la población, en particular a las mujeres. Mientras otros factores que se asocian a la inestabilidad laboral, migratoria y económica aumentan las tasas de suicidio, otros factores como la religión desempeñan un

papel protector según la religión profesada siendo considerados a los musulmanes, quienes menos se suicidan (6).

Algunos autores (Mann, Oquendo, Carballo entre otros) proponen un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida, al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) lo cual justificaría las mayores tasas de suicidio que se encuentran correlacionadas en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida y la diátesis (vulnerabilidad) se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad y además complementan el modelo agregando los endofenotipos clínicos que comprenden dimensiones como impulsividad, neuroticismo o desesperanza; los neuroquímicos se refiere a los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y neuroendocrinos se relacionan con la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) (19).

Existe una compleja relación entre el eje HPA y los sistemas de neurotransmisores que modulan la respuesta al estrés, las emociones, la atención, los sistemas de recompensa, el control de los impulsos y la motivación. Los factores estresores que activan la respuesta neuroendocrina en la infancia pueden asociarse con la vulnerabilidad heredada y ocasionar alteraciones en la corteza prefrontal que se manifiestan en comportamientos suicidas (19).

Las alteraciones neuroendocrinas y neuroquímicas sumadas al déficit cognoscitivo, a puntuaciones altas en neuroticismo, a la vivencia de desesperanza y al comportamiento agresivo hacen que el paciente suicida pueda encontrarse en lo que se denomina el triángulo letal caracterizado por tres factores predisponentes: odio contra sí mismo ocasionado por disminución importante de la autoestima, un estado de extrema agitación en el cual el individuo se encuentra tenso y no piensa claramente y, por último, limitación de las posibilidades intelectuales o visión .en túnel que determinan que el individuo no pueda pensar más allá de la situación inmediata según SCHNEIDERMAN (19).

Por otra parte se ha observado que un 41% de la población suicida, ha tenido hospitalización psiquiátrica un año previo a su muerte, un 4-11% han recibido atención psiquiátrica

ambulatoria y un 20-83% consulta con médico general en el año anterior de su muerte; además se sabe que la mayoría de los potenciales suicidas ha visitado al médico en el mes previo a su muerte y que en una proporción importante lo ha hecho la semana anterior, a menudo aportando indicios de su intención. Algo similar se observa en quienes han efectuado intentos de suicidio sin resultados de muerte (2, 6, 20, 21, 22, 27).

Empero, la proporción de personas que cometen suicidio, mueren sin haber consultado a un profesional en salud mental, es importante por lo tanto, el mejoramiento en el descubrimiento, la remisión y el manejo de trastornos psiquiátricos en la atención primaria en salud es un paso importante en la prevención del suicidio.

A pesar de la demostrada vinculación entre suicidio y enfermedad psiquiátrica y de los notables avances en el conocimiento de factores de riesgo y la terapéutica psiquiátrica, no hay evidencias de reducción de esta causa de mortalidad. Esto puede deberse en parte a la baja cobertura de los servicios psiquiátricos, pero también a problemas en la formación de recursos de salud, así como la carencia de programas de tratamiento a largo plazo de sujetos vulnerables. Esto es lamentable, dado que existen datos que demuestran el impacto epidemiológico de programas de educación médica en la detección y abordaje del riesgo suicida (21, 22).

2.4. Suicidio y enfermedad mental:

Estudios epidemiológicos demuestran que las tasas mayores de suicidio se encuentran en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad, sin embargo el factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y/o el suicidio consumado, es el padecimiento (diagnosticado o no) de una enfermedad y/o trastorno mental.

El 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de trastorno psiquiátrico, estos representan una alta prevalencia entre los suicidas, siendo los más frecuentes los trastornos depresivos 65%, trastornos unipolares y bipolar hasta un 60%, abuso de sustancias psicoactivas y/o abuso de alcohol u otras sustancias 40%, esquizofrenia 6%, trastornos de la personalidad, trastornos del control de impulsos y los de ansiedad 1%. También en los adolescentes existe patología mental en un 90-94% de los suicidios (1, 2, 6, 17, 20, 21, 22, 27).

Un hallazgo común en aquellos que cometen suicidio es la presencia de más de un trastorno psiquiátrico. Los trastornos comunes que ocurren al mismo tiempo son alcoholismo y trastorno del ánimo (depresión), trastornos de la personalidad, entre otros trastornos psiquiátricos, aunque en realidad todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio.

CUADRO 2.1

Factores de riesgo asociados al suicidio. Variables ordenadas según el riesgo

Edad mayor de 45 años
Alcoholismo
Irritación, ira, violencia
Conducta suicida previa
Sexo: varón
Rechazo de ayuda.
Mayor duración del episodio de depresión
Tratamiento psiquiátrico previo
Pérdida o separación reciente
Depresión
Pérdida de salud física
Desempleo o jubilación
Estado civil: soltera, viudo o divorciado

Fuente: Modificada de *La conducta suicida* de Ros Montalbán (Modificado de Beck H, Resnik LP, Lettieri DJ, 1974) (1).

- *Trastornos afectivos:*

Diversos trastornos se asocian a suicidio y los trastornos del ánimo están asociados con la mitad de todos los suicidios, entre estos incluyen a los trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastorno del ánimo persistentes (por ejemplo: ciclotimia y distimia) las cuales forman las categorías F31-F34 en la CIE-10. Por consiguiente, el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. La depresión tiene una alta prevalencia en la población general y muchos no la reconocen como enfermedad. Siendo más frecuentes los suicidios en las fases tempranas de la enfermedad. Los *suicidios precoces* (antes de un año del diagnóstico) se relacionan con síntomas de ansiedad, insomnio, anhedonia, pérdida de concentración y abuso de alcohol. Los *suicidios tardíos* se correlacionan con parasuicidios previos y altos niveles de desesperanza (1, 2, 4, 5,17, 23).

- *Trastorno Bipolar* tiene una tasa de intentos de suicidio del 30-40% y el suicidio consumado se da en el 10%. El mayor riesgo se encuentra en los pacientes en fase depresiva, siendo su riesgo mayor que el de las depresiones unipolares, sin embargo también se ha descrito que el riesgo suicida se incrementa considerablemente en las formas de manía disfórica o manía mixta frente a las formas puras de manía, con porcentajes de suicidabilidad (ideación suicida/intento de suicidio) de 54% para las formas mixtas frente al 2% para las formas puras (1).
- *Depresión*: Se estima que 30% de los pacientes atendidos por un médico sufren depresión. Alrededor de 60% de los pacientes que sí buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes sólo presentan enfermedad somática. Las características clínicas asociadas con un riesgo de suicidio en la depresión: Insomnio persistente; descuido consigo mismo; enfermedad severa (en especial depresión psicótica); deterioro de la memoria; agitación; ataques de pánico. Entre otros factores que aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión: edad menor de 25 años en varones; fase depresiva de un trastorno bipolar; estado mixto (maniaco-depresivo); manía psicótica. La depresión es un factor importante en el suicidio entre los adolescentes y personas de edad, pero aquéllos con iniciación tardía de depresión están en mayor riesgo (4, 5,17, 22).

La presencia de síntomas psicóticos se asocia a depresiones ya establecidas severas, y a recaídas en los suicidios más frecuentes. Esta suicidalidad suele ser particularmente violenta según se ha estudiado. Además, se ha observado tasas más elevadas de suicidio en depresivos psicóticos que no psicóticos, especialmente si estos son atípicos o incongruentes con el estado de ánimo (delirios de influencia y persecución, por ejemplo), lo que reafirma un exceso de pacientes delirantes en entre los depresivos suicidados. En general, son de muy alto riesgo las depresiones psicóticas, depresiones endógenas graves (melancólicas) y las depresiones seniles, no obstante en la distimia o depresiones neuróticas hay un menor riesgo de suicidio consumado en éstas y son más frecuentes los intentos de suicidio (1, 13).

- *Alcoholismo y otras adicciones:*

El Alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente entre aquéllos que han cometido suicidio, particularmente en jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación entre suicidio y alcoholismo (1, 2, 4, 5, 10, 17, 18, 22, 24, 27).

Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo
- Largo historial de bebida
- Alto nivel de dependencia
- Estado de ánimo depresivo
- Salud física deficiente
- Desempeño laboral pobre
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante
- Trastornos del estado de ánimo

El riesgo de suicidio en los alcohólicos es especialmente alto en los 6 primeros meses tras una pérdida afectiva. Hasta un 25% de los pacientes con dependencia al alcohol y otras toxicomanías se suicidan. El consumo de alcohol y otras sustancias es la principal causa de conducta autolítica.

Algunos autores opinan que los trastornos por abuso o dependencia de sustancias son el factor de riesgo para el suicidio más importante de todos los trastornos psiquiátricos y también destacan el carácter desinhibidor de las drogas, que además en ocasiones son usadas por los pacientes precisamente para “atreverse a suicidarse”, minimizando el miedo a morir (1, 6).

- *Esquizofrenia*

El suicidio es la mayor causa individual de muerte prematura entre los esquizofrénicos. Los factores específicos de riesgo de suicidio son: varón joven desempleado; recaídas recurrentes; temor al deterioro, en especial en aquéllos con alta capacidad intelectual; síntomas positivos de suspicacia e ilusiones falsas, síntomas depresivos (6, 13, 17).

El riesgo de suicidio es más alto en las siguientes épocas: Etapas tempranas de la enfermedad; recaída temprana; recuperación temprana.

CUADRO 2.2: Indicadores de Riesgo Inminente de Suicidio (6,13):

Enfermedad Depresiva	Esquizofrenia
Intentos Previos	Historia Individual Familiar
Sexo Masculino	Sexo Masculino
Ideación Egodistónica, ya no se lucha por evitarla	Funcionamiento Premórbido
Culpabilidad Centrada en sí mismo más que otros o en situaciones involuntarias	Alucinaciones exigentes
Escasa conmoción al imaginarse fuera de este mundo	Angustia presicótica, trema.
Ansiedad más que inhibición	Agresividad e Impulsividad
Información de Familiares de abuso de sustancias y alcohol	Abuso de alcohol y sustancias
Serenidad, señal de decisión revocable	Depresión y desesperanza post –brote
Despedida a familiares, reparto de objetos personales y envío de cartas.	Ideas de perjuicio, catastróficas

Fuente: Biblioteca Básica de Tanatología. El duelo: sobre el cómo ayudarnos y ayudar a otros a enfrentar la muerte de un ser querido. Muerte por suicidio: Un caso de Duelo Complicado. 2001. Mosquera, F. El comportamiento suicida. En Téllez-Vargas J, Forero J. (eds.). Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Suicidio y enfermedad mental 2006 (6, 13).

Tienen un riesgo de suicidio 20-50 veces mayor que el de la población general, especialmente en los primeros 10 años de enfermedad.

- *Trastornos de la Personalidad:*

Los trastornos de personalidad que están más frecuentemente asociados con el suicidio son la personalidad limítrofe y la personalidad antisocial. Los trastornos de personalidad histriónica y narcisista y ciertas tendencias psicológicas tales como la impulsividad y la agresión, están también asociadas con el suicidio (6, 10, 13, 17, 19).

- *Trastornos de ansiedad:*

De los trastornos de ansiedad, el trastorno de ataque de pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) están también asociados con el comportamiento suicida (2, 6, 17, 21, 27, 28).

- *Enfermedades neurológicas:*

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio, esto se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la inhabilidad crónica asociadas con la epilepsia. También aumentan el riesgo de suicidio las lesiones en la médula espinal y el cerebro así como ECV que presenten lesiones posteriores (secuelas) en un 19% desarrollan síntomas depresivos y presentan tendencias suicidas (6,17, 24).

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

- 3.1.1.** Describir la asociación de trastornos psiquiátricos como componente psicopatológico y suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Nacional de Salud Mental por tal causa.

3.2. Objetivos Específicos:

- 3.2.1.** Medir la prevalencia de trastornos psiquiátricos e intento suicida en pacientes atendidos en el hospital de salud mental por tal causa.

- 3.2.2.** Caracterizar a los pacientes con intento e ideación suicida atendidos en el hospital de salud mental según edad, procedencia, religión, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Tipo y diseño de la investigación: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, transversal.

4.2. Unidad de análisis: Hombres y mujeres de la población urbana y rural de Guatemala que consultaron en los Servicios de Unidad de Intervención en Crisis (UIC) en el Hospital Nacional de Salud Mental (HNSM) con ideación o intento suicida durante el período comprendido entre 01 de enero de 2012 al 31 de marzo de 2013.

4.3. Población: Debido a que en el Hospital Nacional de Salud Mental se encuentra un subregistro de pacientes con ideación o intento suicida, basándose en criterios para las diversas enfermedades psiquiátricas como episodio depresivo, trastorno límite de la personalidad, trastorno afectivo bipolar fase maniaca, depresiva o mixta, trastorno psicótico agudo, esquizofrenia, entre otras, razón por la cual se realizó un procedimiento de captación de los pacientes que con ideación o intento suicida consultaron al Hospital Nacional de Salud Mental, en el periodo del 01 de enero de 2012 al 31 de marzo de 2013, por lo cual se trabajó con la población universo de pacientes que consultó por ideación o intento suicida en ese período.

4.4. Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1. Criterios de inclusión: Hombres y mujeres, residentes de viviendas ubicadas dentro de la República de Guatemala con y/o sin diagnóstico de trastorno mental (psiquiátrico), con ideación y/o intento suicida actual, que consultaron al Hospital Nacional de Salud Mental atendidas en Unidad de Intervención en Crisis, durante el período comprendido entre 01 de enero de 2012 al 31 de marzo de 2013 y que accedieron voluntariamente a firmar el consentimiento informado y participar en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión: Personas que hayan consultado al Hospital Nacional de Salud Mental con idea o intento suicida cuya lengua madre no sea el castellano en ausencia de intérprete, y a todo aquel paciente que requiera estabilización de sus signos vitales y atención de urgencia médica y aquellos que no accedieron voluntariamente a participar en el estudio, así como personas que consultaron al Hospital Nacional de Salud Mental atendidas en Unidad de Intervención en crisis sin idea o intento suicida actual.

4.5. Variables:

- 4.5.1. Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento determinado.
Dato que proporcione el paciente en años
- 4.5.2. Sexo: Género referido Hombre o Mujer.
- 4.5.3. Estado Civil: Referido por el paciente
- 4.5.4. Grupo étnico: Auto identificación de la persona como Indígena o No indígena
- 4.5.5. Alfabetismo: Capacidad personal para entender y comprender literatura escrita y de la misma manera expresar ideas. Considerándose la persona Analfabeta o Alfabetada.
- 4.5.6. Escolaridad: Grados aprobados en algún establecimiento educativo reconocido legalmente.
- 4.5.7. Ocupación: Actividad laboral que realiza.
- 4.5.8. Antecedentes psiquiátricos familiares: Presencia de personas en la familia con algún trastorno mental, suicidio o intento de suicidio.
- 4.5.9. Antecedentes psiquiátricos personales: Presencia de algún trastorno mental diagnosticado antes de realizar este estudio, así como ideación o intentos suicidas previos.
- 4.5.10. Toxicomanías: Historia del paciente previa o actual de consumo, uso y abuso de sustancias sean éstas una bebidas alcohólicas, marihuana, hongos alucinógenos, cocaína, crack, éxtasis, solventes u otros.
- 4.5.11. Idea suicida: Presencia de idea de suicidio referido por paciente
- 4.5.12. Intento Suicida: Acto realizado deliberadamente, no habitual con resultado no letal realizado por el paciente con el fin de causarse autolesión.
- 4.5.13. Trastorno Mental: Según criterios diagnósticos del DSM -IV-TR descritos en la entrevista estructurada.

4.6. Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos: Para obtener la información requerida se aplicó de manera sistemática el instrumento diseñado para la recolección de datos generales y en el cual se realizó una entrevista psiquiátrica enfatizando en los datos generales del paciente, antecedentes psiquiátricos familiares y personales, antecedentes de suicidio o intentos fallidos de suicidio en familiares y/o del paciente, toxicomanías, y datos del episodio actual por el cual consultó, al finalizar esta entrevista, se realizó la entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM –IV y la CIE-10 llamada Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

La forma en que se llevó a cabo el estudio, fue realizando estas entrevistas a los pacientes que fueron ingresados en la unidad de intervención en crisis o en su defecto en pabellones en cuya historia de ingreso/consulta hayan referido ideas o intentos suicidas; llenándose como primer paso Hoja de Ubicación del paciente, la cual fue llenada por el médico que atendió en primera instancia dicha consulta y de la cual se obtuvo: fecha de consulta del paciente, datos personales del paciente, donde ubicar y localizar al paciente tanto dentro como fuera del hospital, en los pacientes que egresaron del hospital sin que se pudiera llevar a cabo la entrevista se les citó a los pacientes con la familia a la unidad de intervención en crisis de este hospital, donde se realizó las entrevistas siempre previa autorización y llenado de hoja de consentimiento informado en el que dejaron constancia que accedieron a participar en el estudio.

La entrevista estructurada se realizó en una única sesión en la clínica de la Unidad de Intervención en Crisis. En algunos casos se requirió de citar nuevamente al paciente y su familia para poder concluir la entrevista estructurada.

4.7. Aspectos éticos de la investigación: Esta investigación es solamente descriptiva, no se realizó ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, pero sí con las sociales y psicológicas de los participantes del estudio por lo que se considera grado II. Previo a responder el instrumento de recolección de datos para participar en la investigación, el paciente firmó o colocó su huella digital de manera voluntaria el formulario de consentimiento informado, en el cual se le explicó sobre la confidencialidad de la información brindada y que los datos serán utilizados con fines únicamente de investigación, haciéndose énfasis en la evaluación del mismo no influyó de manera alguna en el manejo del paciente intrahospitalariamente, así como también se manejó la información de manera anónima y confidencial del mismo (29).

4.8. Plan de análisis: Se realizó la recolección de datos en base a la entrevista estructurada, y luego se generó una base de datos utilizando el programa en Microsoft Office Excel 2007®. Estos datos fueron tabulados y graficados en cuadros estadísticos. Así mismo, se realizó un análisis descriptivo; se utilizaron cuadros para la presentación de resultados,

en forma porcentual y se determinó la prevalencia del trastorno mental más frecuente entre estos pacientes a través de la siguiente fórmula: (29).

$$\text{Prevalencia de (trastorno mental)} = \frac{\text{Tipo Trastorno mental}}{\text{Población en estudio}} \times 100$$

4.9. Recursos:

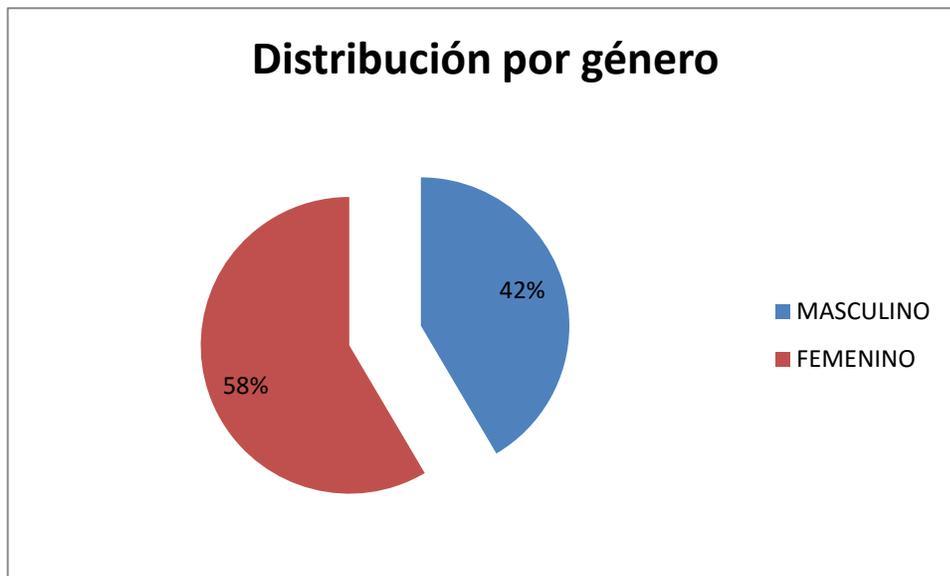
- 4.9.1. Humanos:** Personal médico entrevistador de Hospital Nacional de Salud Mental.
- 4.9.2. Físico:** Clínica de la Unidad de Intervención en Crisis y Clínica de Pabellones de Intensivos de Hombres y de Mujeres del Hospital Nacional de Salud Mental.
- 4.9.3. Materiales:** Registros clínicos, computadora, equipo de oficina.
- 4.9.4. Económicos:** Impresión de instrumento, fotocopias, gasolina, otros.

V. RESULTADOS

Cuadro No. 5.1
Distribución por Género del Paciente

MASCULINO	22
FEMENINO	31
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.



Gráfica No. 5.1

Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.1.

Cuadro No. 5.2

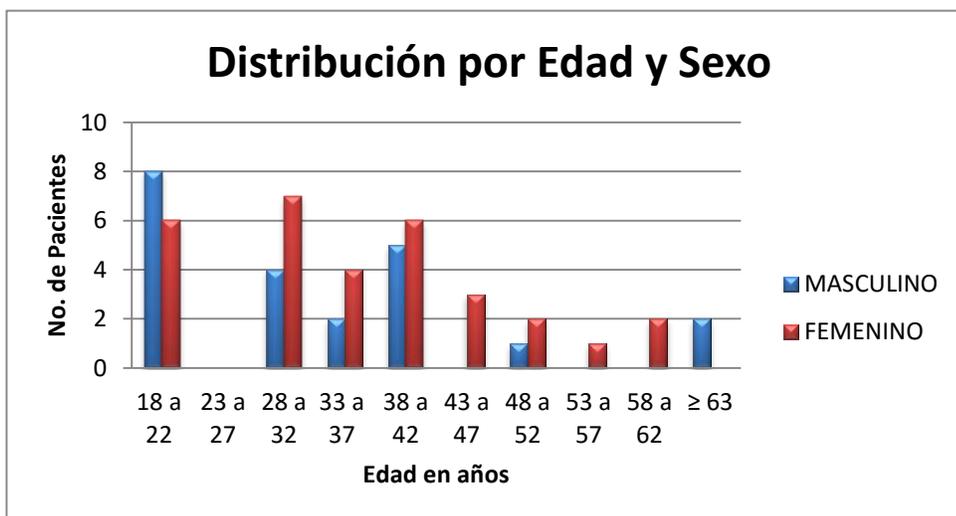
Grupo Etario y Distribución por Género del Paciente

Edad en años	MASCULINO	FEMENINO
18 a 22	8	6
23 a 27	0	0
28 a 32	4	7
33 a 37	2	4
38 a 42	5	6
43 a 47	0	3
48 a 52	1	2
53 a 57	0	1
58 a 62	0	2
≥ 63	2	0
Total	22	31

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.2

Grupo Etario y Distribución por Género del Paciente



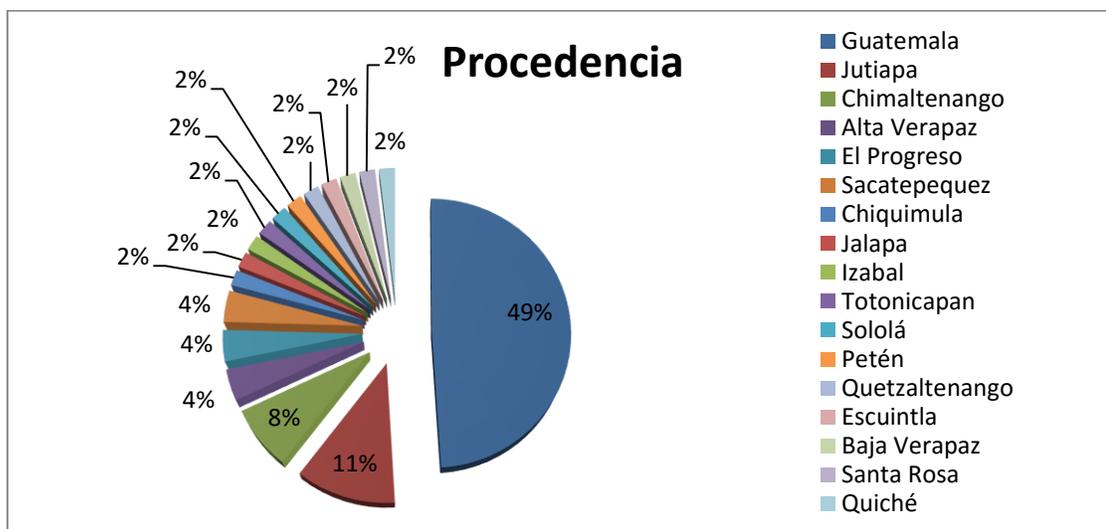
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.2.

Cuadro No. 5.3
Procedencia del Paciente

Procedencia	
Guatemala	26
Jutiapa	6
Chimaltenango	4
Alta Verapaz	2
El Progreso	2
Sacatepéquez	2
Chiquimula	1
Jalapa	1
Izabal	1
Totonicapán	1
Sololá	1
Petén	1
Quetzaltenango	1
Escuintla	1
Baja Verapaz	1
Santa Rosa	1
Quiché	1
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.3



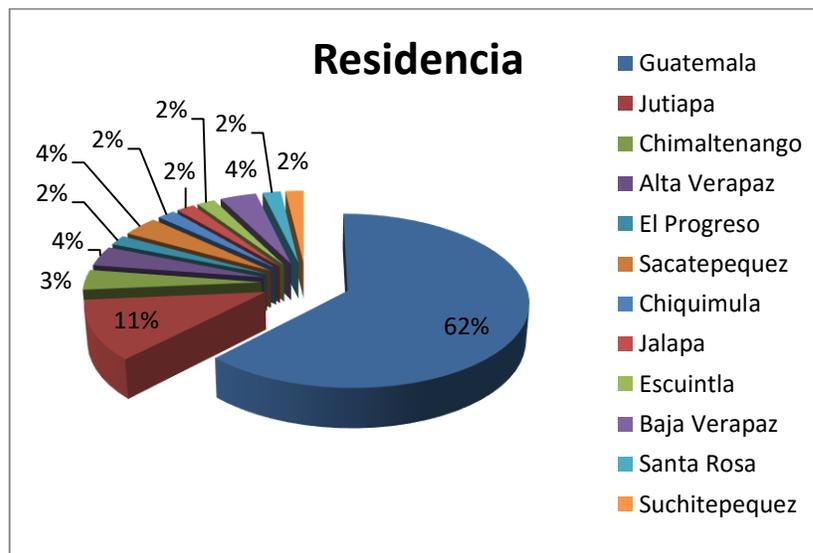
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.3.

Cuadro No. 5.4
Residencia del Paciente

Residencia	
Guatemala	33
Jutiapa	6
Chimaltenango	2
Alta Verapaz	2
El Progreso	1
Sacatepéquez	2
Chiquimula	1
Jalapa	1
Escuintla	1
Baja Verapaz	2
Santa Rosa	1
Suchitepéquez	1
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.4



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.4.

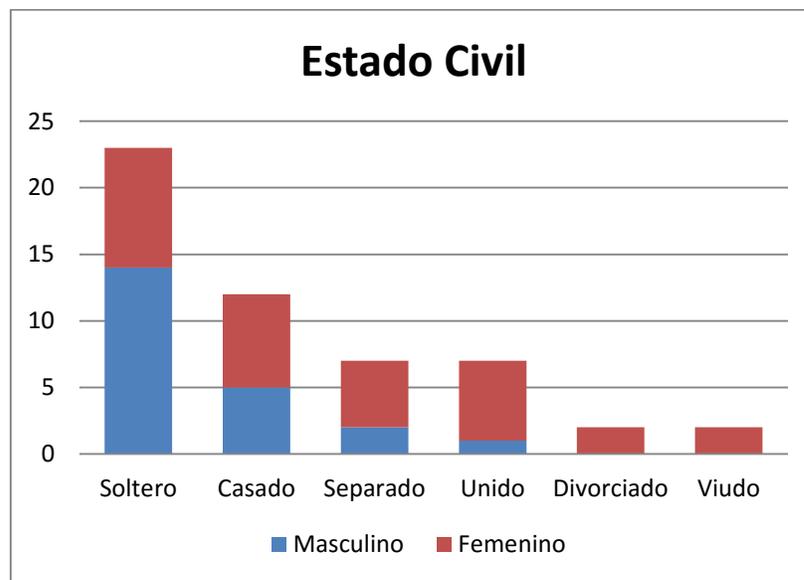
Cuadro No. 5.5

Estado Civil

Estado Civil	Masculino	Femenino	Total
Soltero	14	9	23
Casado	5	7	12
Separado	2	5	7
Unido	1	6	7
Divorciado	0	2	2
Viudo	0	2	2
Total	22	31	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.5



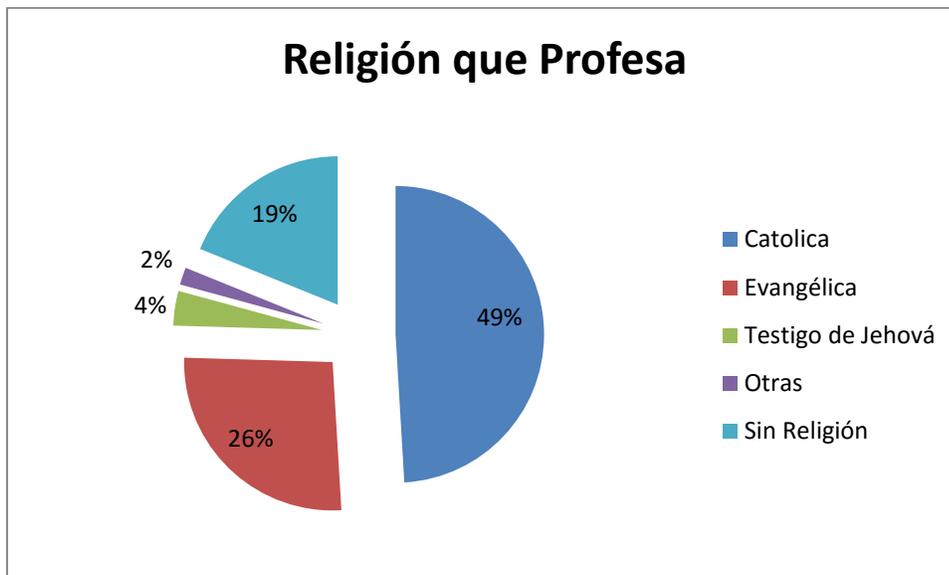
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.5.

Cuadro No. 5.6
Religión profesada

Religión	
Católica	26
Evangélica	14
Testigo de Jehová	2
Otras	1
Sin Religión	10
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.6



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.6.

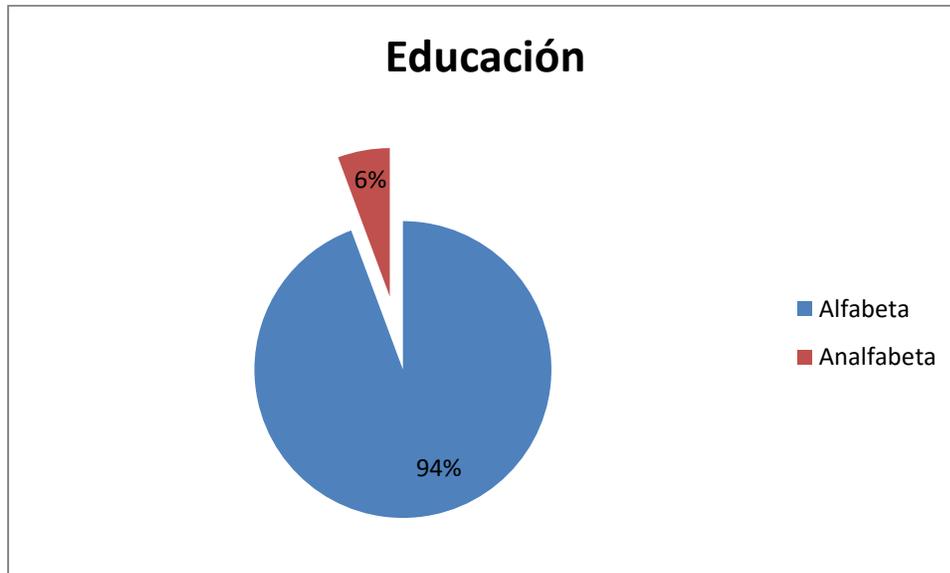
Cuadro No. 5.7

Educación

Alfabeta	50
Analfabeta	3
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.7



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.7.

Cuadro No. 5.8

Ocupación

Ocupación	Masculino	Femenino	Total
Ama de Casa	0	16	16
Estudiante	5	1	6
Sin Oficio	3	2	5
Oficios Domésticos	0	5	5
Agricultor	2	0	2
Comerciante	2	0	2
Administrador	1	1	2
Operador de maquila	0	2	2
Otros	9	4	13
	22	31	53

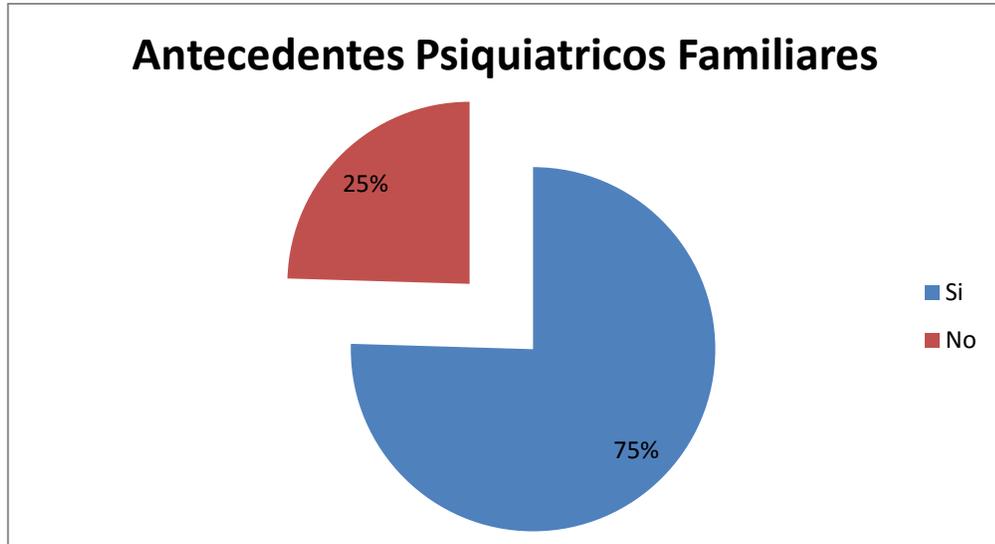
Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Cuadro No. 5.9
Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Si	40
No	13
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.8



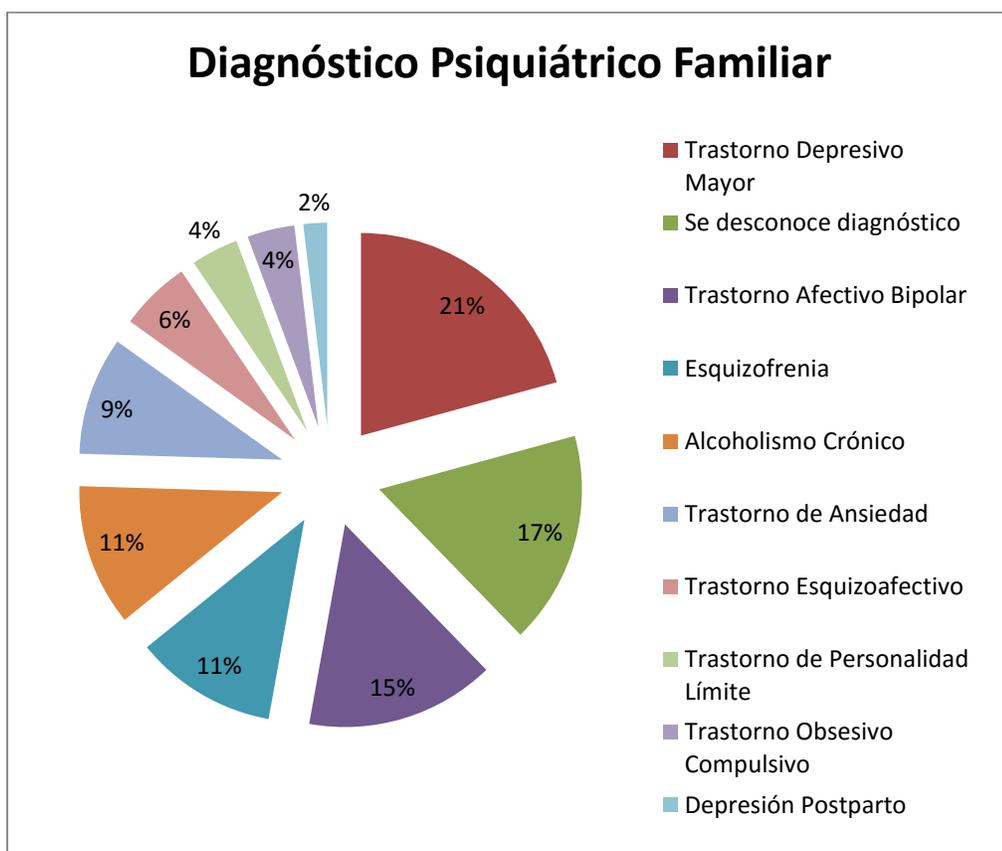
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.9.

Cuadro No. 5.10
Diagnóstico Psiquiátrico Familiar

Psicopatología	
Trastorno Depresivo Mayor	11
Se desconoce diagnóstico	9
Trastorno Afectivo Bipolar	8
Esquizofrenia	6
Alcoholismo Crónico	6
Trastorno de Ansiedad	5
Trastorno Esquizoafectivo	3
Trastorno de Personalidad Límite	2
Trastorno Obsesivo Compulsivo	2
Depresión Postparto	1

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.9



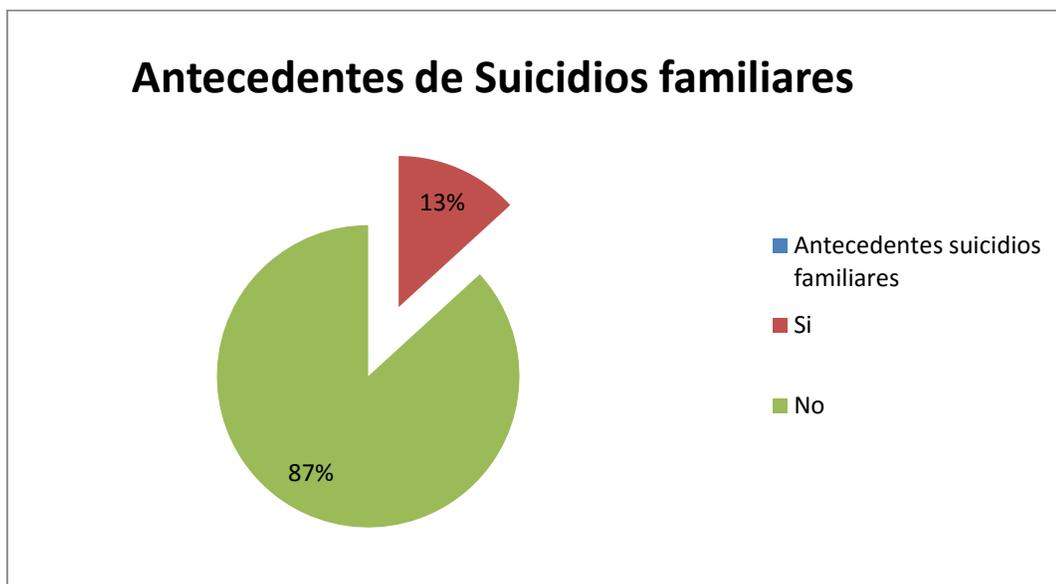
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.10.

Cuadro No. 5.11

Antecedentes de Suicidios familiares	
Si	7
No	46
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.10



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.11.

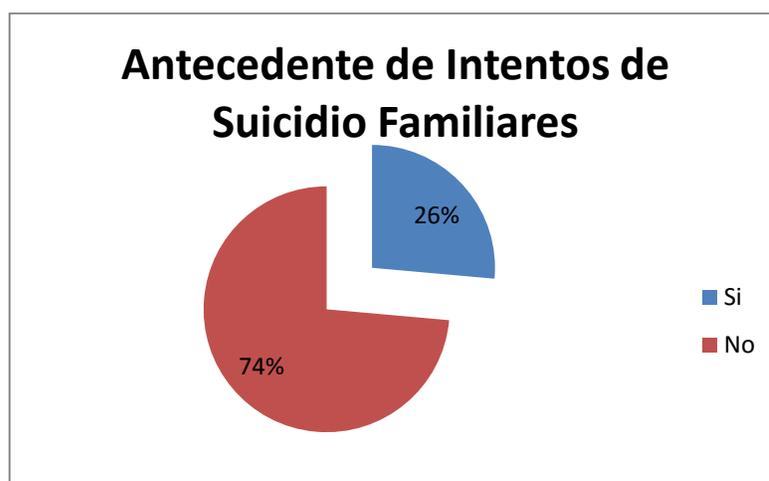
Cuadro No. 5.12

Antecedente de Intento Suicidio en Familiares

Si	14
No	39
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.11



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.12.

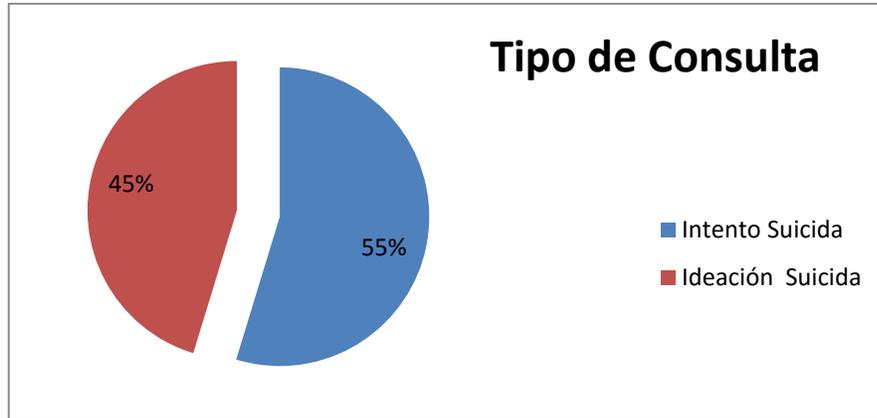
Cuadro No. 5.13

Tipo de Consulta

Intento Suicida	29
Ideación Suicida	24
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.12



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.13.

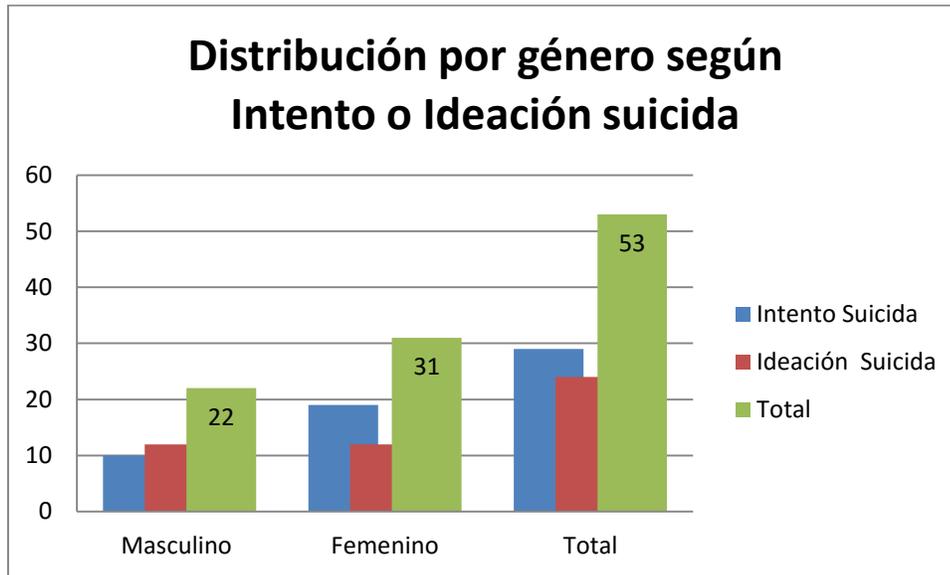
Cuadro No. 5.14

Distribución por género según Intento o Ideación Suicida

	Masculino	Femenino	Total
Intento Suicida	10	19	29
Ideación Suicida	12	12	24
Total	22	31	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.13



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.14.

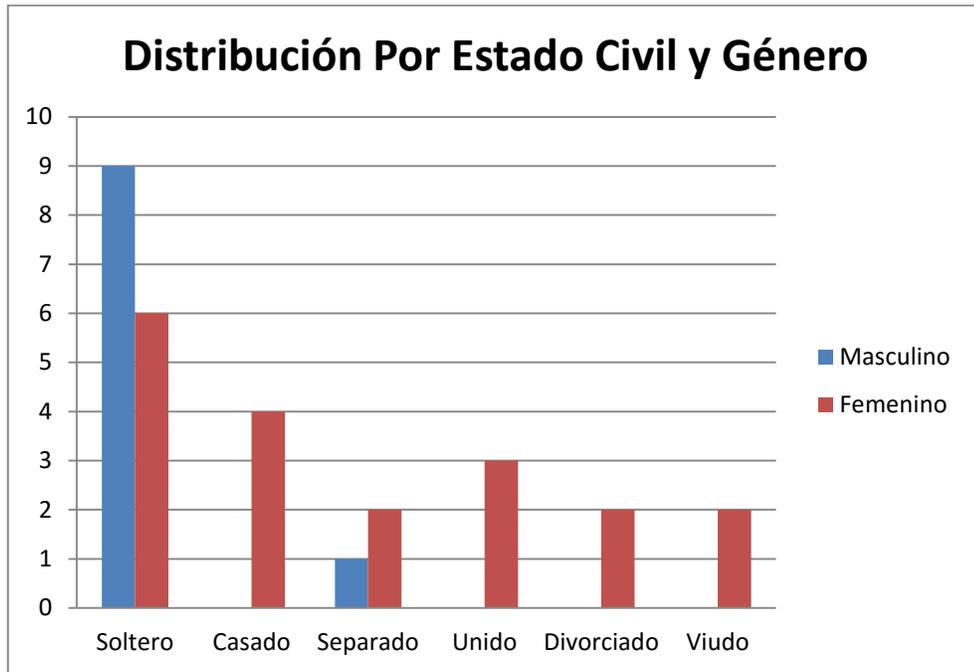
Cuadro No. 5.15

Distribución por Estado Civil y Género en Intento Suicida

Intento Suicida	Masculino	Femenino	Total
Soltero	9	6	15
Casado	0	4	4
Separado	1	2	3
Unido	0	3	3
Divorciado	0	2	2
Viudo	0	2	2
Total	10	19	29

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.14



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.15.

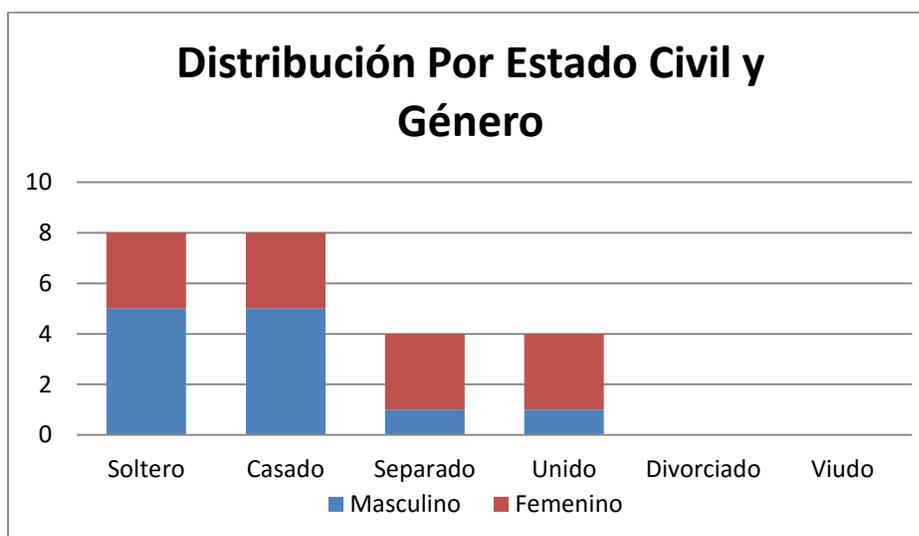
Cuadro No. 5.16

Distribución por Estado Civil y Género en Ideación Suicida

Ideación Suicida	Masculino	Femenino	Total
Soltero	5	3	8
Casado	5	3	8
Separado	1	3	4
Unido	1	3	4
Divorciado	0	0	0
Viudo	0	0	0
Total	12	12	24

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.15



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.16.

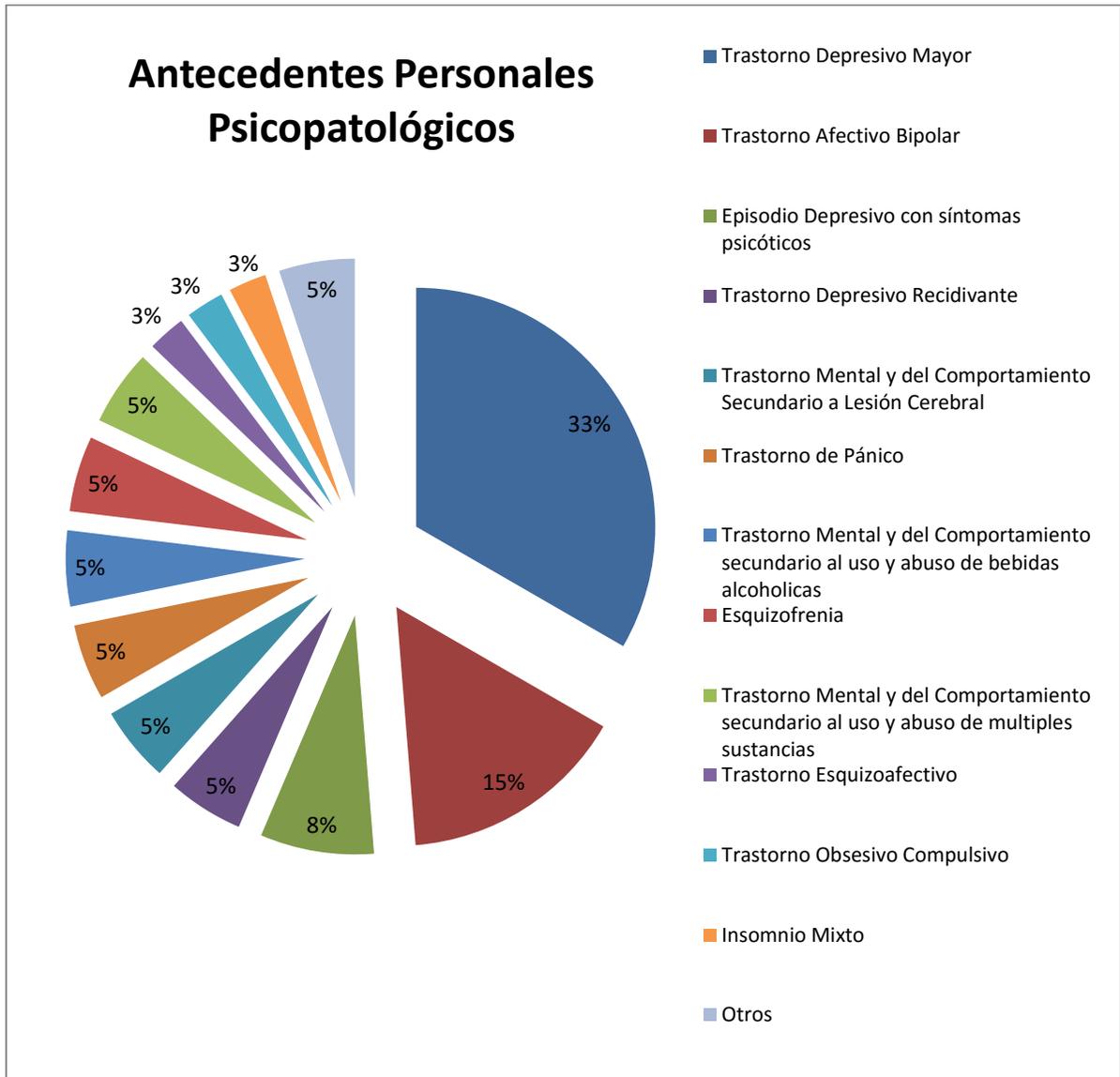
Cuadro No. 5.17

Antecedentes Personales Psicopatológicos

Trastorno Depresivo Mayor	13
Trastorno Afectivo Bipolar	6
Episodio Depresivo con síntomas psicóticos	3
Trastorno Depresivo Recidivante	2
Trastorno Mental y del Comportamiento Secundario a Lesión Cerebral	2
Trastorno de Pánico	2
Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de bebidas alcohólicas	2
Esquizofrenia	2
Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de múltiples sustancias	2
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1
Trastorno Esquizoafectivo	1
Insomnio Mixto	1
Otros	2

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.16



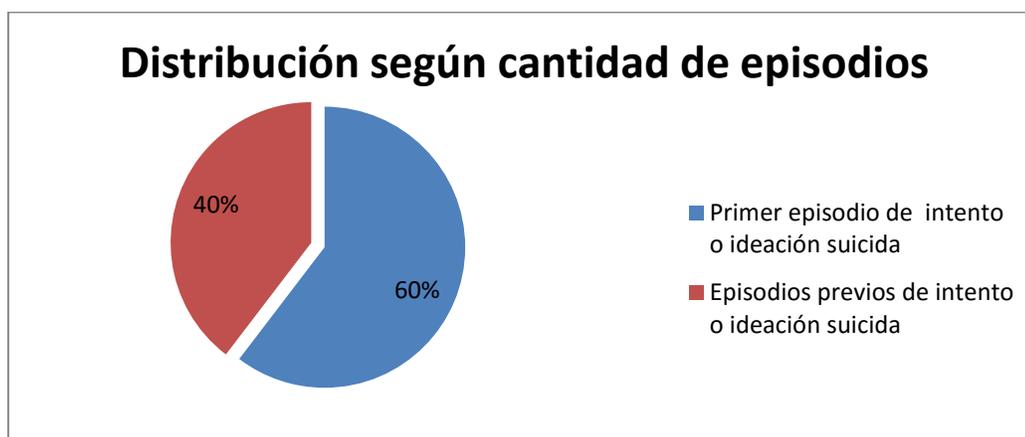
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.17.

Cuadro No. 5.18
Distribución según cantidad de episodios

Primer episodio de intento o ideación suicida	32
Episodios previos de intento o ideación suicida	21
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.17



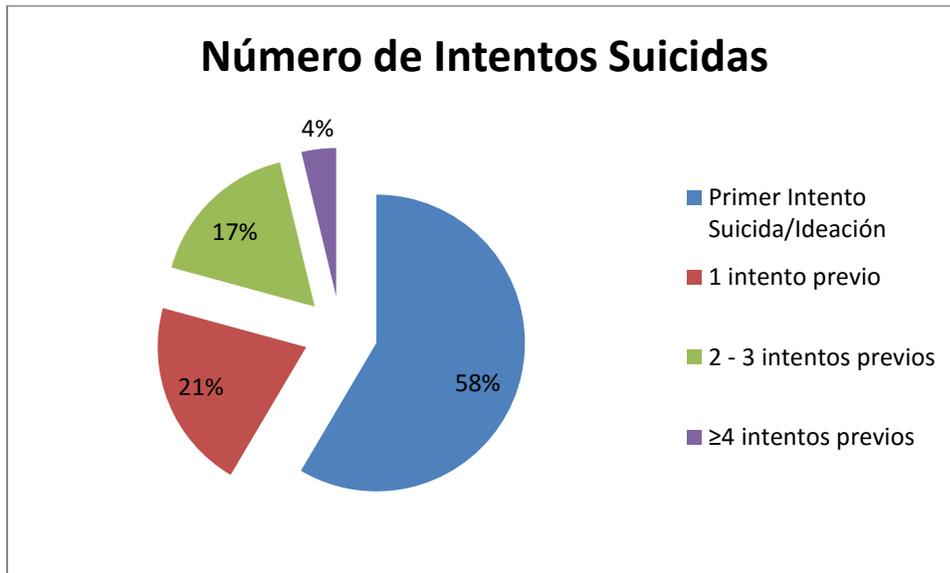
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.18.

Cuadro No. 5.19
Número de Intentos Suicidas

Primer Intento Suicida/Ideación	31
1 intento previo	11
2 - 3 intentos previos	9
≥4 intentos previos	2
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos

Gráfica No. 5.18



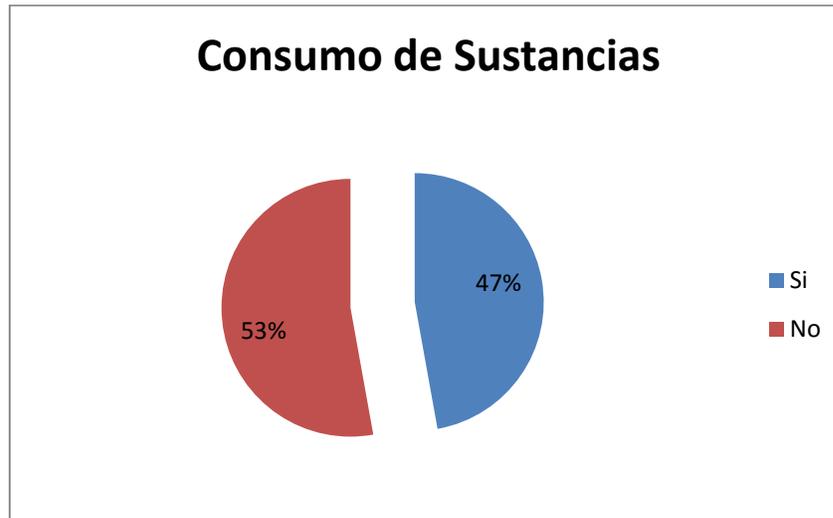
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.19.

Cuadro No. 5.20
Consumo de Sustancias

Consumo de Sustancias	
Si	25
No	28
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.19



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.20.

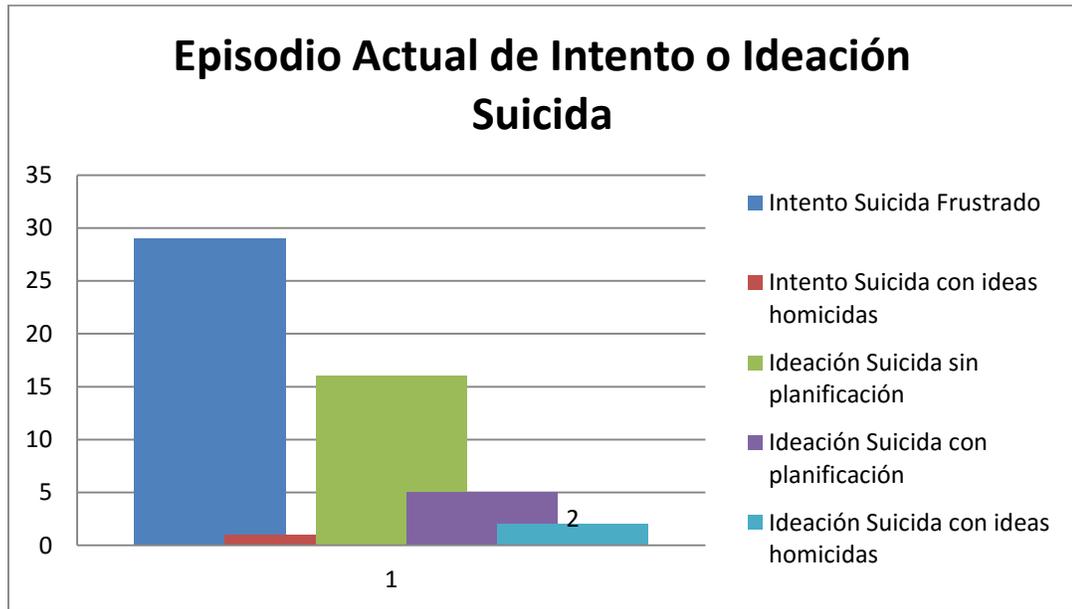
Cuadro No. 5.21

Episodio Actual de Intento o Ideación Suicida

Intento Suicida Frustrado	29
Intento Suicida con ideas homicidas	1
Ideación Suicida sin planificación	16
Ideación Suicida con planificación	5
Ideación Suicida con ideas homicidas	2
Total	53

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.20



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.21.

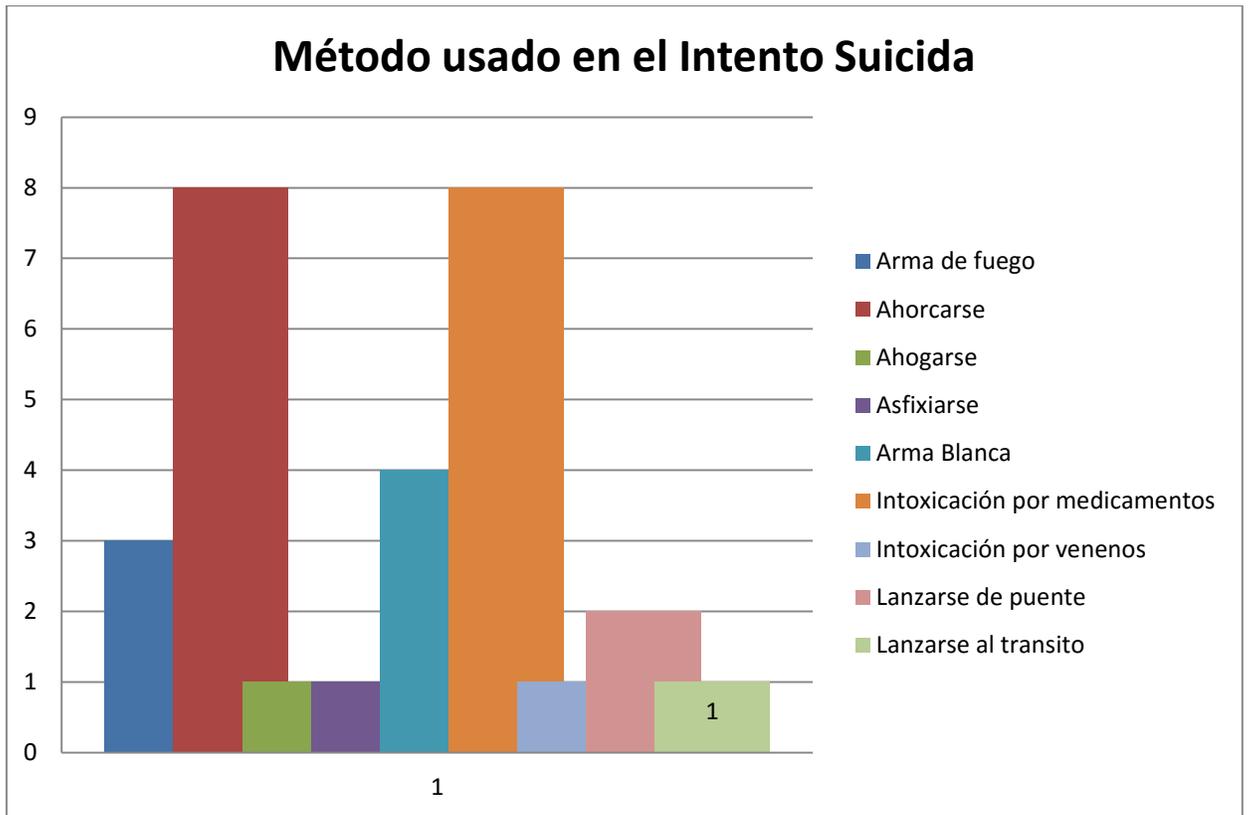
Cuadro No. 5.22

Método Utilizado en el intento suicida

Arma de fuego	3
Ahorcarse	8
Ahogarse	1
Asfixiarse	1
Arma Blanca	4
Intoxicación por medicamentos	8
Intoxicación por venenos	1
Lanzarse de puente	2
Lanzarse al tránsito	1
Total	29

Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.21



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.22.

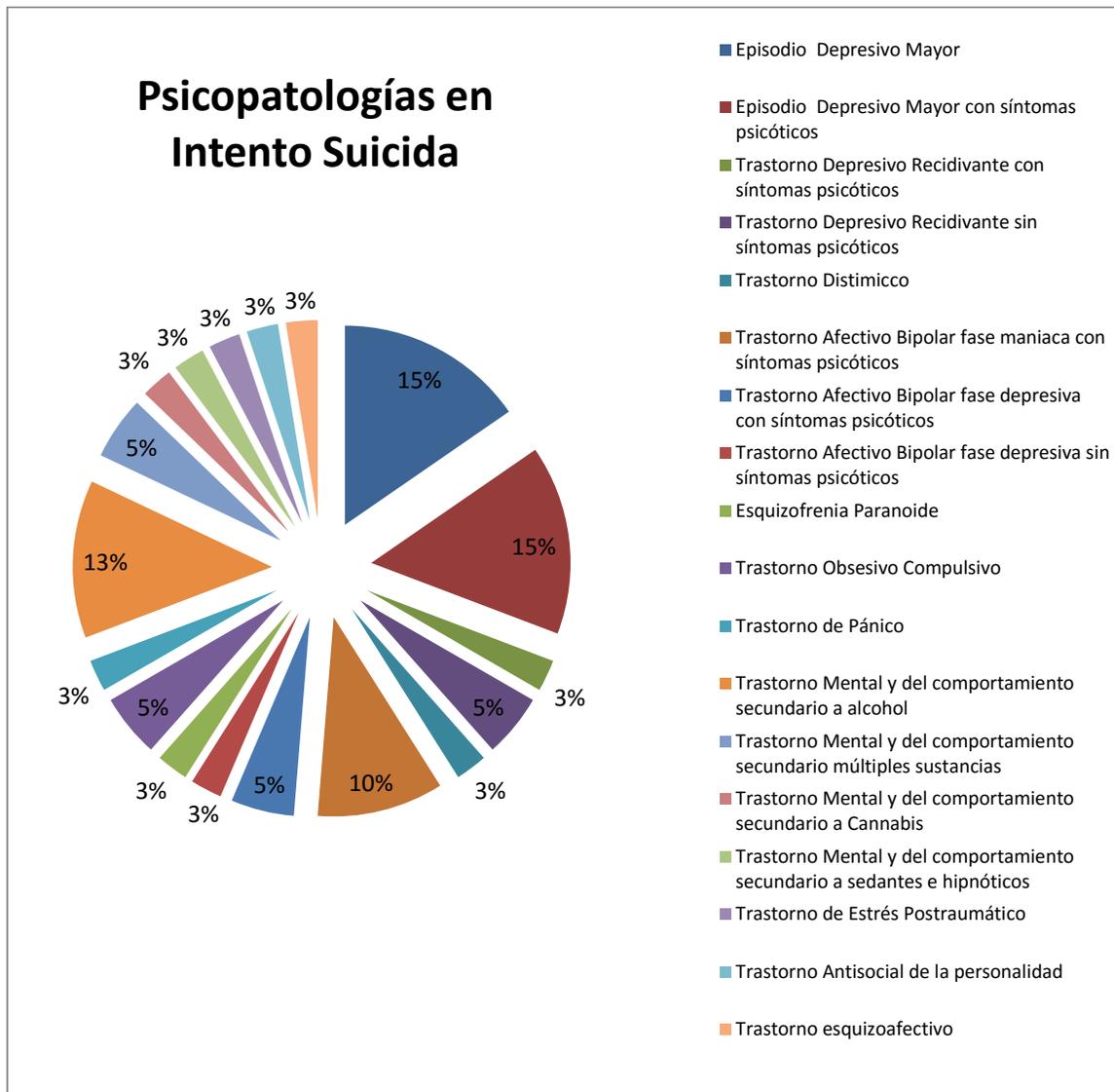
Cuadro No. 5.23

Psicopatologías en Intento Suicida identificadas a través del Diagnóstico clínico y MINI

Dx clínico y MINI		masculino	femenino	Total
Episodio Depresivo Mayor		2	4	6
Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos		2	4	6
Trastorno Depresivo Recidivante con síntomas psicóticos		1	0	1
Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos		1	1	2
Trastorno Distímico		0	1	1
Trastorno Afectivo Bipolar	Total	2	5	7
	<i>Fase maniaca con síntomas psicóticos</i>	1	3	4
	<i>Fase depresiva con síntomas psicóticos</i>	1	1	2
	<i>Fase depresiva sin síntomas psicóticos</i>	0	1	1
Esquizofrenia Paranoide		0	1	1
Trastorno Obsesivo Compulsivo		1	1	2
Trastorno de Pánico		1	0	1
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a alcohol		4	1	5
Trastorno Mental y del comportamiento secundario múltiples sustancias		2	0	2
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a Cannabis		1	0	1
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a sedantes e hipnóticos		0	1	1
Trastorno de Estrés Postraumático		0	1	1
Trastorno Antisocial de la personalidad		1	0	1
Trastorno esquizoafectivo		0	1	1

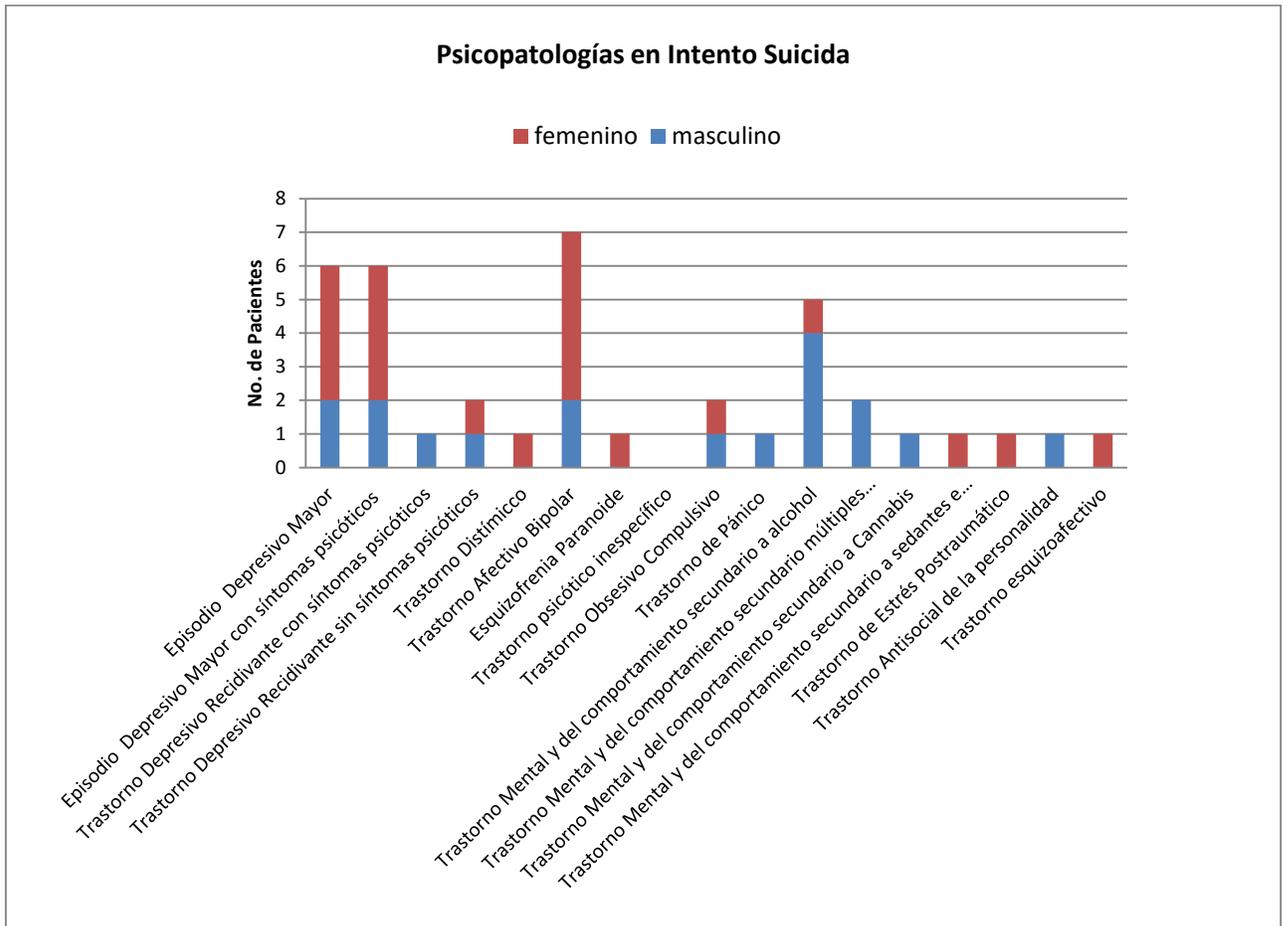
Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.22



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.23.

Gráfica No. 5.23



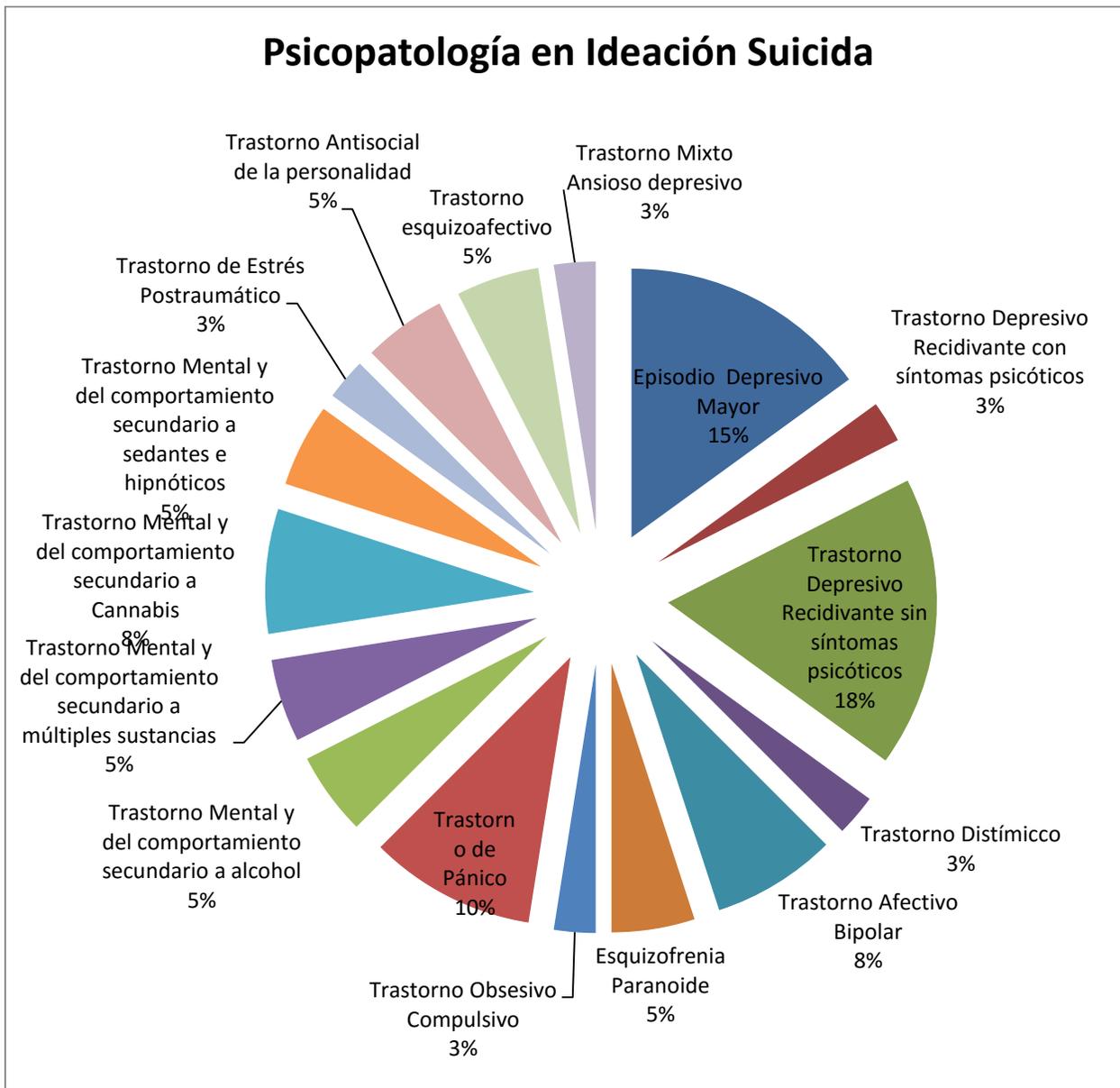
Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.23.

Cuadro No. 5.24
Psicopatologías en Ideación Suicida identificadas a través del Diagnóstico
clínico y MINI

Dx clínico y MINI		masculino	femenino	Total
Episodio Depresivo Mayor		1	5	6
Trastorno Depresivo Recidivante con síntomas psicóticos		0	1	1
Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos		5	2	7
Trastorno Distímico		1	0	1
Trastorno Afectivo Bipolar	Total	0	3	3
	<i>Fase maniaca con síntomas psicóticos</i>	0	1	1
	<i>Fase depresiva con síntomas psicóticos</i>	0	1	1
	<i>Fase depresiva sin síntomas psicóticos</i>	0	1	1
Esquizofrenia Paranoide		1	1	2
Trastorno Obsesivo Compulsivo		1	0	1
Trastorno de Pánico		2	2	4
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a alcohol		2	0	2
Trastorno Mental y del comportamiento secundario múltiples sustancias		0	2	2
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a Cannabis		3	0	3
Trastorno Mental y del comportamiento secundario a sedantes e hipnóticos		0	2	2
Trastorno de Estrés Postraumático		0	1	1
Trastorno Antisocial de la personalidad		1	1	2
Trastorno esquizoafectivo		0	2	2

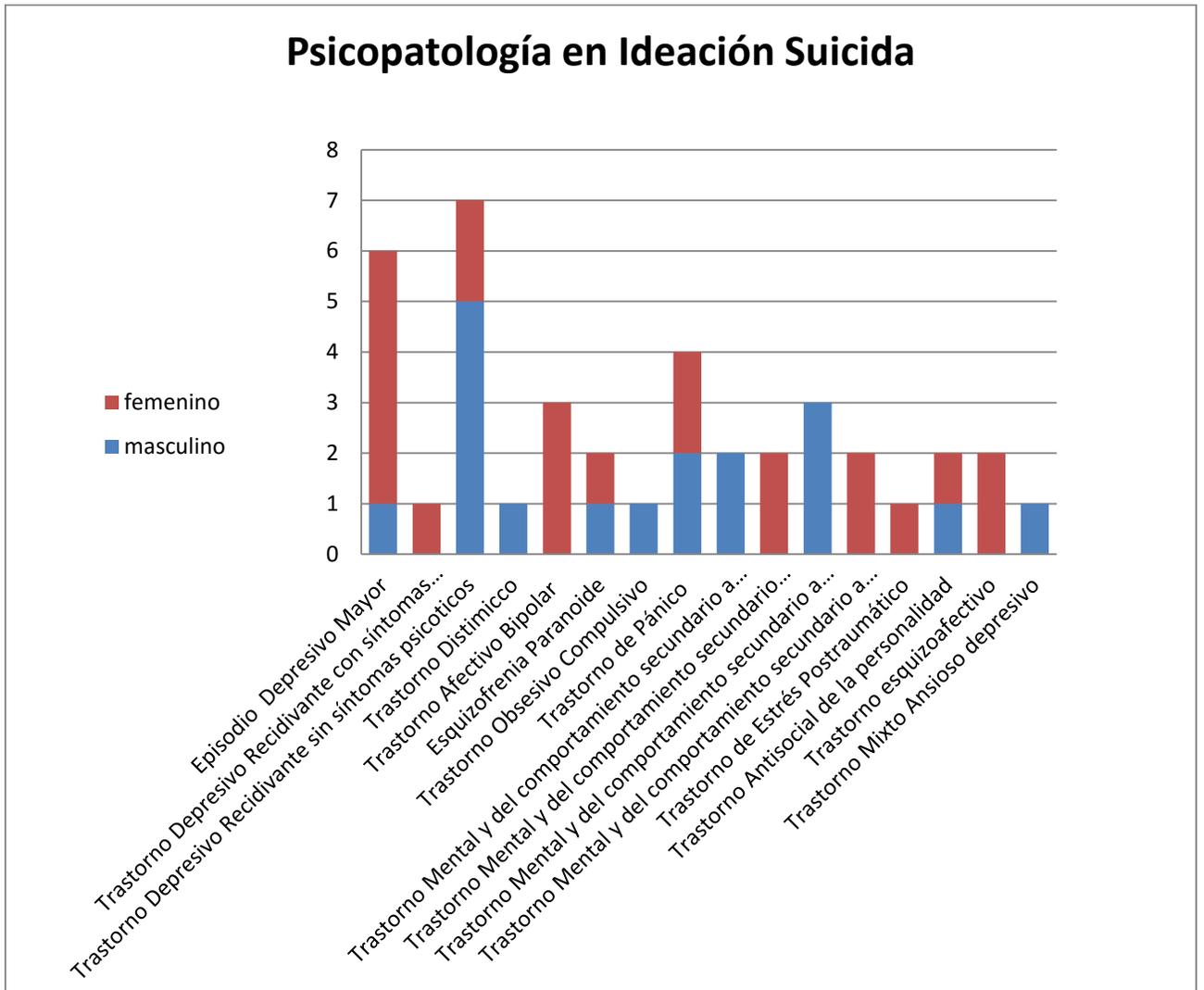
Fuente: Instrumentos de recolección de datos.

Gráfica No. 5.24



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.24.

Gráfica No. 5.25



Fuente: Instrumentos de recolección de datos. Cuadro No. 5.24.

El 58% de los pacientes captados por ideación o intento suicida correspondían al género femenino y 42% género masculino.

Los rangos de edades más frecuentes son predominantemente de la población comprendida entre los 18 a los 22 años con un 26% de los cuales el 57.14% eran hombres y 42.86% mujeres, seguida del rango entre 28 a 32 y 38 a 42 años con un 21% cada uno, sobresaliendo principalmente el género femenino 63.64% y 54.55% respectivamente. Razón hombres/mujeres es: 0.71.

El 49% de los pacientes captados proceden de la Ciudad Capital, y el resto se distribuye en las áreas rurales del país siendo un porcentaje importante el de los pacientes que proceden de Jutiapa con un 11% y Chimaltenango con 8%. El lugar de residencia de los pacientes sigue predominando la Ciudad Capital con un 62 % y Jutiapa con 11%.

El 52% de los pacientes que consultaron eran solteros, de los cuales el 60.87% eran hombres y el 39.13% mujeres; el 23% estaba casado correspondiendo un 58.33% mujeres y 41. 67% hombres; separado o unido estaba un 13% y un 4% se distribuyen entre los divorciados o viudos.

El 49% de los pacientes con intento o ideación suicida que consultaron, profesaban la religión Católica, un 26% Evangélica y un 19% no tenía religión alguna.

El 94% de los pacientes con ideación o intento suicida que consultaron eran alfabetos y un 6% restante carecían de instrucción educativa alguna.

Las amas de casa fue la ocupación con mayor frecuencia que presentaron los pacientes que consultaron con ideación o intento suicida, representadas con el 30%, Estudiantes un 11% y Sin Oficio el 9% de los pacientes al igual que Oficios Domésticos.

El 25% de los pacientes refirió tener familiares con algún diagnóstico psiquiátrico. Encontrando que la psicopatología más frecuentemente fue el Trastorno Depresivo Mayor con un 21%, sin embargo el 17% de los entrevistados desconocía el diagnóstico psiquiátrico del familiar y un 15% tenían diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, el 11% esquizofrenia o alcoholismo crónico y el de menor frecuencia fue con un 2% de Depresión postparto.

Los pacientes entrevistados, un 13% referían tener familiares que se habían suicidado y un 26% referían tener familiares que habían intentado suicidarse.

El 55% de participantes en el estudio, consulto por un Intento Suicida y el 45% restante presento ideación suicida, haciendo una proporción de pacientes con intento suicida del 54.72% y una proporción de pacientes con ideación suicida de 45.28%.

Los pacientes que consultaron por un intento suicida, el 66% eran mujeres y el 34% hombres. De total de pacientes con intento suicida, el 52% corresponde a pacientes solteros, de predominio del género masculino (60%), un 14% correspondía a pacientes casados siendo el 100% género femenino en este rango y un 10% unido o separado y 7% viudo o divorciado.

El 50% de los pacientes que consultaron por una ideación suicida eran hombres y 50% mujeres, del total de estos pacientes el 33% correspondían a pacientes solteros o casados con predominio de hombres solteros y casados (62.5%), mientras que el 17% eran unidos o separados con predominio de mujeres (75%) en ambos estados civiles.

Los participantes que referían tener antecedente personal psicopatológico, el más frecuentes fue el Trastorno Depresivo Mayor con un 33%, seguido del 15% de Trastorno Afectivo Bipolar y en menor frecuencia fueron el Trastorno esquizoafectivo y el Insomnio mixto, entre otros.

Según la cantidad de episodios de intento suicida o ideación, un 40% de los pacientes refirió tener episodios previos de ideación o intento suicida, y el 60% restante los pacientes refirieron tener por primera vez intento suicida o la primera vez que tenían ideación suicida.

En relación al número de episodios de intento o ideación suicida, el 58% refirió fue su primer intento o ideación suicida, el 21% refería al menos 1 episodio previo y el 17% restante de 2 a 3 episodios previos y el 4% restante refirió más de 4 episodios previos de ideación o de intento suicida.

Un 47% de los pacientes refirieron consumir sustancias, y el 53% lo negó.

En relación al episodio actual de intento o ideación suicida, el 55% presentó un intento suicida frustrado mientras que el 30% fue ideación suicida sin planificación del mismo, un 9% presentó ideación suicida con planificación, el 4% presento ideación suicida con ideas homicidas y en menor medida se encontró con un 2% de los pacientes que presentaron intento suicida con ideas homicidas.

El método más frecuentemente utilizado por los pacientes con intento suicida fue Ahorcarse y la Intoxicación por medicamentos con un 28% cada uno, el 14% utilizó arma blanca y el 10% prefirió arma de fuego, mientras que el 7% decidió lanzarse de algún puente y el menos frecuente fue asfixiarse, ingerir venenos, ahogarse o lanzarse al tránsito con un 3% cada uno.

El Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos y el Episodio Depresivo Mayor con síntomas psicóticos cada uno con un 15% correspondiente y con un predominio en el género femenino en ambas psicopatologías (66.67%), son las psicopatologías identificadas por diagnóstico clínico y el MINI más frecuentemente encontrada en los pacientes con intento suicida, seguidas con el 18% de Trastorno Afectivo Bipolar en sus diferentes fases (fase maniaca con psicosis 10%, fase depresiva con psicosis 5%, fase depresiva sin psicosis 3%) con un predominio de género femenino (71.43%) y el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol con un 13% con predominio de género masculino (80%) . De las psicopatologías identificadas por diagnóstico clínico y el MINI más frecuentemente encontrada en los pacientes con ideación suicida, el Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos presento el mayor porcentaje con un 18% (destacando en el género masculino con 71.43%), el Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos se representó en un 15% (destacando con 83.33% en mujeres), un 10% para Trastorno de Pánico (distribuido en 50% para hombres y mujeres), el Trastorno Afectivo Bipolar un 8%, al igual que el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al consumo de Cannabis.

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Durante el periodo de estudio se registraron 55 pacientes que fueron captados en la Unidad de Urgencias o fueron referidos a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Salud Menta por intento suicida o ideación suicida pero de estos solo 53 accedieron a participar en el estudio, esto también llama la atención pues a nivel nacional se reportan más casos de intento suicida que acuden a los hospitales nacionales y sin embargo la cantidad de pacientes que fueron remitidos o que consultaron al Hospital Nacional de Salud Mental es mínima, aunado a que no existe un sistema adecuado para el reporte estandarizado para este hospital pues en el libro de urgencias se indica únicamente el diagnóstico de ingreso principal mas no especifican si hubo intento suicida o ideación suicida en el mismo lo que determino el ingreso generalmente lo que conlleva al aumento del subregistro de esta problemática debido a que no es reportada o documentada más que en las evoluciones y evaluaciones de los pacientes.

Uno de los objetivos de este trabajo es describir la relación o asociación de los diversos trastornos psiquiátricos con la ideación e intento suicida y que lo hacen al mismo tiempo parte de sus factores de riesgo para reincidir en estos episodios, tomando en cuenta lo que la literatura internacional ha descrito al suicidio como un fenómeno complejo que como podemos observar con estos pacientes va de la mano con varios de estos factores, tomando en cuenta datos como los graficados de los primeros 4 cuadros en los cuales se grafican las distribuciones de pacientes por género, grupo etario y género, así como la procedencia y residencia de los mismos, observándose que predomina la población femenina en el estudio, encontrándose en un 58% con una razón hombre : mujer de 0.71. La población estudiada corresponde principalmente al grupo de adultos jóvenes y en su mayoría radican en el área urbana al menos 62% y que cuya procedencia es principalmente de la ciudad capital con un 49%. Sobresaliendo el 11% procedente y residente de Jutiapa. Estos datos podrían ser congruentes con los de otros estudios previos, donde se ha encontrado que las tasas de suicidio se incrementan en el área urbana más que en el área rural y podemos observar que el grupo etario donde se reportaron más intentos e ideaciones suicidas fue el rango de los 18 a los 22 años, donde se agruparon el 26% de todos los casos y según la literatura internacional los mayores índices de suicidio se dan después de los 45 años, sin embargo, también se observa que las cifras van en aumento y es por ello que las tasas tienden a aumentar con la edad (a

mayor edad hay tasas más altas de mortalidad por suicidio) siendo más evidentes en hombres pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años por lo cual es posible que en la población estudiada, la mayoría de personas se concentren en estos rangos de edades y esto explique el fenómeno, se sugiere más investigación al respecto.

Los pacientes con intento o ideación suicida que consultaron, un 81% profesaban alguna religión (predominantemente religión católica 49% y evangélica 26%) y un 19% no tenía religión alguna, sin embargo aunque según la historia desde el punto de vista religioso, era considerado el suicidio como un pecado contra Dios y que en la actualidad el suicidio se condena en las religiones cristiana, judía e islámica pudiéndose considerar así como el profesar algún culto como un factor protector para suicidio, más eso no exime a los mismos de presentar ideación o intentos suicida, por lo cual se debe considerar en estos pacientes en particular los factores de riesgo para suicidio que presentan de manera integral.

El comportamiento de los casos de intentos de suicidio e ideación suicida, la proporción de pacientes con intento suicida corresponde a 54.72% y la proporción de pacientes con ideación suicida fue de 45.28%, y la proporción de pacientes femeninas con intento suicida correspondía al 61.29%, y la de pacientes masculinos fue de 45.45%. Mientras que para ideación suicida para mujeres fue de 38.71% y para varones del 54.55%, encontrando que de los pacientes evaluados los varones son quienes han presentado una mayor tendencia de ideación suicida respecto a las mujeres y que cabe a bien mencionar que este hecho también se relaciona a que los mismos realizan intentos más letales que los de las mujeres, siendo esto aún evidente también en el estudio pues no difiere en cuanto a lo reportado en la literatura internacional, donde se menciona que las personas de sexo masculino completan el suicidio más que las mujeres pero las mujeres son quienes tienen mayores intentos de suicidio. En el estudio la razón de intento de suicidio hombres/mujeres es de 0.53 y de ideación suicida 1 hombres/mujeres, sin embargo cabe mencionar que el género femenino es quien más consulta en psiquiatría y esto fue evidente también en el estudio pues acudieron al hospital 31 mujeres por estas causas y solamente 22 hombres lo cual puede explicar estos datos obtenidos en el estudio, aunque se deberá realizar un mayor sondeo al respecto.

Otros factores de riesgo que menciona la literatura internacional es el estado civil de los individuos, siendo los pacientes solteros los que presentan mayores tasas de suicidio respecto a los demás estados civiles en general y las tasas de intentos de suicidio son similares, por lo tanto en este estudio coincide la información al respecto pues el 52% los pacientes que presentaron intento suicida corresponde a pacientes solteros, siendo de estos el 60% hombres y 40% mujeres, sólo un 14% de pacientes casados presentaron intento suicida, sin embargo el 100% correspondía al género femenino en este rango. Mientras que los pacientes que consultaron por una ideación suicida, el 33% correspondían a pacientes solteros o casados, y el 17% eran unidos o separados predominando en estos últimos el género femenino lo cual se ve reflejado en el predominio de ocupaciones en la cual sobresalen las amas de casa con mayor frecuencia presentaron los pacientes que consultaron con ideación o intento suicida, sin embargo debe tenerse en cuenta que la cantidad de pacientes que acude al Hospital Nacional de Salud Mental por esta causa es mínima, en comparación con los datos que reportan los hospitales regionales y nacionales en general.

Aunque sólo el 13% de los pacientes referían tener familiares que se habían suicidado y el 26% referían tener familiares que habían intentado suicidarse, tomando en cuenta que por cada persona que se suicida hay al menos 20 personas alrededor de ellas afectadas, aunque en estos pacientes el porcentaje restante corresponde a los que no tenían familiares con historias de suicidio o intentos de suicidio, se debe considerar que el porcentaje de la población que acude a atención psiquiátrica es menor de la que acude a hospitales generales de referencia pese a ser este un hospital de tercer nivel por lo cual con esto se vuelve a evidenciar parte de la problemática que arrastra el suicidio en cuanto al subregistro existente en el sistema de salud en general de nuestro país al igual que en otros países latinoamericanos donde no existe un sistema adecuado que reporte y refleje las cifras de ideación e intento suicida por completo por lo cual se sugiere más investigación al respecto incluyéndose a los hospitales regionales y de referencia.

Otro punto que se considera importante recalcar es que de los pacientes que consultaron que ya refirieron durante la evaluación sus antecedentes personales psicopatológicos, cuyo predominio fue el Trastorno Depresivo Mayor en un 33% y el 15% Trastorno Afectivo Bipolar, psicopatologías que según refiere la literatura internacional representan una alta carga como factor de riesgo para los intentos suicidas y además en el porcentaje de

pacientes que por criterios clínicos y de la entrevista estructurada MIN correspondientes se identificó con un 15% en pacientes con intento suicida así como en los pacientes con ideación suicida, sin embargo el Trastorno afectivo bipolar sólo se representa con un alza en la intención suicida con 18% mientras que en ideación suicida presento un 8%, siendo esto en la literatura internacional referido como uno de los principales diagnósticos asociados tanto a la ideación como en el intento suicida.

El Episodio Depresivo Mayor que coincide con la información recabada, sin embargo se observa un predominio de Trastorno del Estado de Animo con psicosis y el Episodio Depresivo Recidivante, así como del Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol que no eran predominantes en lo referido por los pacientes y que en algunos casos algunos de los diagnósticos fueron identificados en la entrevista como comorbilidades de algunos pacientes pese a que sólo el 47% de los pacientes refirieron consumir sustancias, y el 53% restante lo negó por completo y que está demostrado que el consumo de sustancias es un factor importante que contribuye a los intentos suicidas y en algunos casos por la impulsividad de los efectos de las mismas pase de ser un intento a un suicidio consumado, sin embargo al sacar la prevalencia de estos trastornos, tomando en cuenta que la población total evaluada fue 53 pacientes y en base a la tabla de datos de los trastornos mentales encontrados en pacientes con intento suicida tenemos que para el Episodio Depresivo Mayor hay una prevalencia del 11.32% igual al Episodio Depresivo con síntomas psicóticos, mientras que para el Trastorno Afectivo Bipolar es de 13.20% y para el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol es de 9.43%,

De los datos recabados se obtuvo que en estos pacientes en el episodio actual fuera de intento o ideación suicida, el 55% presento un intento suicida frustrado, por lo cual se debe considerar algunos factores como el método que utilizaron para el intento suicida así como la letalidad del mismo, que además se relaciona según la intencionalidad del paciente de morir o no, y principalmente se da en los pacientes que presentan una ideación suicida sin planificación de la misma. Además de lo obtenido llama la atención que aunque en la literatura esta descrito que un porcentaje menor de pacientes puede llegar a presentar acciones homicidas para así llevar a cabo su intención suicida posteriormente y dentro de los datos obtenidos en este estudio se encontró al menos en un 2% de los pacientes que

presentaron intento suicida con ideas homicidas y en un 4% en pacientes con ideación suicida con ideas homicidas.

La prevalencia para pacientes con ideación suicida para el Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos es de 11.32% y para el Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos, fue de 13.20%. Para el Trastorno de Pánico: 7.55% de prevalencia y para el Trastorno Afectivo Bipolar la prevalencia fue del 5.66% misma que para el Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de Cannabis:

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. El 58% de los entrevistados que realizaron intento suicida o tubo ideación suicida, correspondía al género femenino.
- 6.1.2. La población adulta joven y soltera, entre 18 a 22 años son quienes presentaron una mayor tendencia a las conductas suicida, el 49% de los pacientes entrevistados procedían de la Ciudad Capital y el 62% residían en la misma, además el 81% profesaban alguna religión y el 94% eran alfabetos.
- 6.1.3. Los antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio de familiar, de los pacientes que presentaron ideación o intento suicida fueron representados sólo por un 13% y 26% respectivamente.
- 6.1.4. Las enfermedades psicopatológicas más frecuentes asociadas a la ideación suicida y al intento suicida es el Episodio Depresivo Mayor, el Trastorno Afectivo Bipolar y el Trastorno Depresivo Recidivante sin síntomas psicóticos en ideación suicida y con síntomas psicóticos en intento suicida, así como del Trastorno Mental y del Comportamiento secundario al uso y abuso de alcohol y de Cannabis.
- 6.1.5. Los métodos más frecuentemente utilizados en intento suicida es el Ahorcarse y la intoxicación por medicamentos.

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Mejorar el registro y análisis de la información de pacientes con intento de suicidio en los hospitales nacionales para tener un mejor control sobre el comportamiento de este evento.
- 6.2.2. Elaborar una historia clínica detallada para que todo aquel paciente que acuda a la Unidad de Urgencias como en la Consulta Externa con ideas suicida o intención suicida para que reciba el manejo y tratamiento psiquiátrico oportuno.
- 6.2.3. Crear una ficha epidemiológica oficial para pacientes con intento suicida que permita registrar con mayor precisión el tipo de residencia, actividad laboral, nivel educativo y tratamiento por algún intento previo.
- 6.2.4. Realizar más investigaciones para actualizar el perfil epidemiológico del paciente y conocer mejor el riesgo y encausar medidas adecuadas así como realizar más investigaciones sobre los pacientes con intento e ideación suicida que acuden de manera aguda a los hospitales generales o de referencia para atención para obtener datos más completos y actualizados de este fenómeno que se está convirtiendo en uno de los principales problemas de Salud Pública.
- 6.2.5. Brindar apoyo humano y técnico a las direcciones del Ministerio de Salud y educación para reforzar el programa de prevención del suicidio en la población guatemalteca en general.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. El Suicidio. Salud Mental Atención Primaria, Salud Global (Madrid) [revista en línea] 2002 [accesado 25 de febrero de 2011]; 2 (4), [1-16]. Disponible en: <http://dc141.4shared.com/doc/mIN53JN1/preview.html>
2. Ortiz Herrera H. La crisis suicida. 2011. Educación Médica Continua del Hospital Nacional de Salud Mental, 29 de abril 2011; Guatemala, Guatemala: 2011.
3. Fundación Medicina y Humanidades Médicas [sede Web]. España: Humanitas: Humanidades Médicas; noviembre de 2006 [accesado 25 de abril de 2011]. Jiménez Treviño L, Sáiz Martínez P, Bobes García J. Suicidio y depresión. 9, [1-16] Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero9/revista.html
4. Suicidología [sede Web]. Argentina; 2007 [accesado 23 de abril de 2011]. Huaracaya Bandini R. La estrategia de salud pública en la prevención del suicidio. Disponible en: <http://www.suicidologia.org.ar/?textos.99>
5. Belfort E. La Crisis Suicida. Red Mundial de Suicidólogos, Grupo de Expertos en Suicidio de APAL y la WPA. 2009.
6. Mosquera, F. El comportamiento suicida. En Téllez-Vargas J, Forero J. (eds.). Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio. 2006 [accesado 03 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
7. Eguiluz L. Ideación suicida. Perspectivas Sistémicas: La nueva comunicación. Juventud, suicidio, violencia y familia 2003: (78). Sitio web [accesado 15 octubre de 2011; actualizado Septiembre- Octubre del 2003] <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>

8. Oficina de Información Pública, OMS. Centro de Noticias OPS/OMS Bolivia. Muertes por suicidio podrían alcanzar millón y medio de personas en el 2020 en comparación con las 900.000 registradas en 1995. Sitio Web [accesado 15 febrero]. <http://www.ops.org.bo>
9. Algunas consideraciones cognitivas, afectivas y Conativas alrededor del acto suicida. (Some Cognitive, Emotional And Attemptive Considerations About The Suicidal Act.) Máximo Eredio Hernández Pérez; Mauricio Gil Espinosa Robaina. Centro Comunitario De Salud Mental Caibarién. Villa Clara. Cuba. Hospital Oftalmológico Docente "Ramón Pando Ferrer". Ciudad Habana. Cuba 2011, [actualizado 06 de octubre de 2006.]. www.paho.org Washington DC - Estados Unidos.
10. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. Revista Anales del sistema sanitario de Navarra. 2002; 25(3): 87-96. Sitio web [accesado 23 de Junio de 2011]. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7.html>
11. García- Valencia J, Palacio- Acosta C, Diago J, Zapata C, López G, Ortiz J, et. al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Rev. Colomb. Psiquiat [revista en línea] 2008 [accesado 14 de abril de 2011]; 37 (1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80637102.pdf>
12. León Silva J, Sección de Psiquiatría: Fundación Santa Fe de Bogotá. GUÍAS PARA MANEJO DE URGENCIAS: Intento de suicidio. Cap V. 2002.
13. Biblioteca Básica de Tanatología. El duelo: sobre el cómo ayudarnos y ayudar a otros a enfrentar la muerte de un ser querido. Muerte por suicidio: Un caso de Duelo Complicado. 2010. Sitio web [accesado 17 junio de 2011; actualizado 15 de junio de 2010] <http://montedeoya.homestead.com/suicidio.html>
14. Guimón J. Aspectos psicosociales del suicidio y la inmolación. ASMR [revista en línea] 2011 abril [accesado 08 de agosto de 2011]; 10(1). Disponible en: El suicidio. Viña del Mar: <http://www.InstitutoCIEC.org>

15. Taborda Ramírez L, Téllez-Vargas J. El Suicidio en Cifras. En: Téllez-Vargas J, Forero V J (Eds). Suicidio - Neurobiología, Factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio, 2006. [accesado 03 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
16. Morales Lavin G. La prevención del suicidio. Suicidio crónico: Alcoholismo y raps4 prueba de detección rápida de problemas de alcohol. Asociación Mexicana de Tanatología, A. C. Asociación Mexicana de Educación Continua y a distancia, A. C. Noviembre de 2008.
17. OMS. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generales. Suicidio – Neurobiología: Factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio, 2006. [accesado 03 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
18. Oficina de Información Pública. OMS. Centro de prensa. [new.paho.org](http://www.paho.org) El suicidio es una de las tres primeras causas mundiales de muerte de jóvenes, dice la OMS. Washington – Estados Unidos 14 de septiembre de 2009. [accesado 28 de mayo 2011] <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=18130&SE=SN>
19. Oficina de Información Pública, OMS. Centro de prensa. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. 8 de septiembre de 2004. GINEBRA. [accesado 26 de abril de 2011] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
20. Colimón N, Téllez-Vargas J, Cisneros C. Neurobiología del suicidio. En Téllez-Vargas J. Forero J. (eds.). Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio. 2006 [accesado 03 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
21. PAIDOPSIQUIATRIA.COM: <http://www.paidopsiquiatria.com/> (Página del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Almería, dirigida por el Dr. Joaquín Atienza. Contiene artículos sobre suicidio infanto-juvenil). Contiene libro en PDF sobre adolescencia y suicidio descargable

22. López Salazar F, López Munguía F, López S. Ideación suicida y desesperanza en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Alcmeon, Rev. Argentina de Clínica Neuopsiquiátrica. [revista en línea] 2008 [accesado 4 de agosto de 2011]. XVII. 14 (3): 33-41. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/14/55/06_lopez.pdf
23. Tondo L, Ghiani C, Albert M. Pharmacologic interventions in suicide prevention. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 25:51-5.
24. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª. ed. México: McGraw Hill Interamericana editores, S. A; 1997. (143-594).
25. Téllez-Vargas J. Impulsividad y Suicidio. En: Téllez – Vargas J, Forero J. (eds.) Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica; 2006 [accesado 10 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
26. Salazar Gutiérrez I. El Comportamiento Suicida en Guatemala. Registro y Estigma. Guatemala. 2004. [accesado el 12 de abril de 2011]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/solodeinteres/estudio-del-suicidio-en-guatemala-dr-ismael-salazar-gutierrez>
27. Gutiérrez Recinos E, Lee Franco J, Rivera Orellana R. Intencionalidad Suicida En La Pubertad Y Adolescencia. [tesis Médico y Cirujano]. Chiquimula, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2014
28. Téllez-Vargas J, Forero J. Suicidio y enfermedad mental. En Téllez-Vargas J, Forero J. (eds.). Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. [monografía en línea]. Bogotá, Colombia: Nuevo milenio. 2006 [accesado 05 de septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/>
29. Ferrando L, Franco–A L, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, Gibert J. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV Instituto IAP. Madrid, España 1998. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>

30. Canales F.H. de, Alvarado E.L. de, Pineda E.B. "Metodología de la Investigación" 2da edición. Organización Panamericana de la Salud.

VIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional de Salud Mental
Post grado de Psiquiatría
Investigación

No. De Instrumento:

Consentimiento Informado

Yo _____ de _____ años de edad, identificado con cédula de vecindad/documento personal de identificación (DPI) No. _____ extendida en _____. Autorizo a la Dra. Silvia Paola Galindo Jolón, con profesión de Médica y Cirujana y en proceso de formación en la especialización de Psiquiatría para la realización de la entrevista estructurada, aceptando con ello mi participación en la investigación Componente psicopatológico en pacientes con ideación o intento suicida a realizarse en Hospital Nacional de Salud Mental.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me han sido leídos y explicado y que comprendo su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Firma:

Huella:

Guatemala ____ de _____ de 201__.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional de Salud Mental
Post grado de Psiquiatría
Investigación

No. De Instrumento: _____

Ubicación de pacientes con ideación/ intento suicida

Nombre de paciente: _____

No. De Expediente: _____

Fecha de consulta: _____

Edad: _____ **años**

Dirección actual: _____

Teléfono: _____

Ingreso: Si _____ **No** _____ **Pabellón donde ingreso:** _____

Muchas Gracias por su colaboración
Silvia Paola Galindo J.

Instrumento de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Nacional de Salud Mental
Encuesta Suicidio y Trastornos Mentales
Guatemala, Enero del 2012 – Enero 2013

No. De Instrumento: _____

BOLETA DE ENCUESTA

Fecha de la entrevista ____ / ____ / ____

Sección 1: Datos de la Encuesta

Edad: _____ años

Estado Civil: soltero/a casado/a unido/a
 divorciado/a separado/a viudo/a

Procedencia: _____

Residencia: _____

Ocupación: _____

Grupo étnico al que pertenece: Indígena ____ No indígena ____

Religión que profesa: _____

Alfabeta: _____ Analfabeta: _____

Ultimo grado de estudios que completó (años ganados): _____

Sección 2: Antecedentes Psiquiátricos Familiares

Hay Antecedentes Psiquiátricos en familiares: Si ____ No ____

Diagnósticos	Tratamientos	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hay Antecedentes de familiares con Intentos suicidas: Si: ____ No: ____

Número de intentos	Relación/ parentesco	Método utilizado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hay Antecedentes de Suicidios en la familia: Si: ____ No: ____

Número de Suicidios

Relación/ parentesco

Sección 3: Antecedentes psiquiátricos personales

Este es el Primer episodio de enfermedad: Si: ____ No: ____

Si no es el primer episodio responder:

Cuál es el Diagnóstico del paciente: _____

Cuál es el Tratamientos actual: _____

Número de episodios previos: _____

Este es el Primer intento suicida: Si: ____ No: ____

Si ha tenido Intentos suicidas previos responder:

Número: _____ Método utilizado: _____

Planeaciones previas: Si ____ No: ____ con que: _____

Sección 4: Toxicomanías

Ha consumido sustancias (drogas) y/ o ingerido bebidas alcohólicas: Si ____ No: ____

¿Cuál? Alcohol Tabaco Marihuana Cocaína

Crack Benzodicepinas Otros _____

Cuando inicio el consumo (edad): _____

Duración del consumo (años): _____

Patrón de consumo (frecuencia y cantidad): _____

Sección 5:

Información del Episodio Actual:

Ideación:

Planeación:

Intento:

No. De intento: _____

Método: _____

IC de ingreso: _____

Tratamiento: _____

Sección 6:

Informar al paciente que se procederá a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus síntomas y signos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no. Se iniciará la entrevista diagnóstica estructurada de breve duración MINI.

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

No. De
Instrumento:

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____ Número de protocolo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Hora en que inició la entrevista: _____
 Nombre del entrevistador: _____ Hora en que terminó la entrevista: _____
 Fecha de la entrevista: _____ Duración total: _____

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único 296.30-296.36 recidivante	F32.x F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el periodo de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encimada (↗) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., periodo de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 París, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@lander.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--	--	--	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALCUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO SÍ
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL**

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL,
CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO SÍ
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	→ NO	SÍ	

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

B. Trastorno distímico

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	➔ NO	SÍ	17				
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	➔ SÍ	18				
B3	Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19				
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20				
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21				
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22				
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23				
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	➔ NO	SÍ					
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	➔ NO	SÍ	25				
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			→ NO	SÍ	

D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			→ NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p>EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	<p>NO SÍ 12</p> <p>↓ ↓</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>HIPOMANÍACO MANÍACO</i></p>								
	<p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
	<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO MANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

E. Trastorno de angustia

(→ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			Trastorno de angustia de por vida		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			Crisis actual con síntomas limitados		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			Trastorno de angustia actual		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19				
SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.								
F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20				
	¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</i></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</i>	
NO	SÍ							
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL</i>								
	Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?							
	¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</i></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</i>	
NO	SÍ							
<i>TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL</i>								
	Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?							
	¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</i></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</i>	
NO	SÍ							
<i>AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia</i>								
	Y CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?							

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	→ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	→ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	→ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO → H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO → H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	→ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	→ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6
				TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.	→ NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(→ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALCUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?			
		NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?			
		NO	SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1 a ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? → NO SÍ

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nítrico (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL				
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL				
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

L. Trastornos psicóticos

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

				EXTRAÑOS		
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DISTRIBUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	SÍ	11
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → 18b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ		
			TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	NO SÍ		18
			TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO					
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?			
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	→ NO SÍ		
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SÍ		19
			TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

M. Anorexia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> pulgadas
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	→ NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2		¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	→ NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	→ NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	→ NO	SÍ	
M6		SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	→ NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un periodo de 2 horas?	→ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	→ SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SI	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SI
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan ME, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenhell, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenhell
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schötze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Español	L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonio		J. Shlik, A. Aluoja, E. Khil
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finés	M. Heikkinen, M. Ljeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Ljeström, O. Tuominen
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandés/Flamenco	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglés	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandés		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonés		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letón	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Noruego	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugués	P. Amorim, T. Guterres	
Portugués-brasileño	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Rumano		O. Driga
Ruso		A. Bystritsky, E. Selvra, M. Bystritsky
Serbio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

Un estudio de validez de este instrumento fue posible, en parte, por una beca del SmithKline Beecham y la European Commission. Los autores dan su agradecimiento a la Dra. Pauline Powers por sus recomendaciones en las secciones sobre anorexia nerviosa y bulimia.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "COMPONENTE PSICOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.

