



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **GABRIEL ALEJANDRO ROMERO ALIAGA** con **C.C. No. 0604481051** respectivamente, autores del trabajo de graduación intitulado: **“IDEACCIÓN SUICIDA Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE EL EMPLEO DEL COLUMBIA SUICIDE – SEVERITY RATING SCALE, EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, DURANTE EL PERIODO MARZO 2016 – SEPTIEMBRE 2016”**, previa a la obtención del título profesional de **Médico/a Cirujano/a** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 25 de octubre de 2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

“IDEACIÓN SUICIDA Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE EL EMPLEO DEL COLUMBIA SUICIDE-SEVERITY RATING SCALE, EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, DURANTE EL PERIODO MARZO 2016 - SEPTIEMBRE 2016.”

Tesis de Grado presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador previa a la obtención del título de Médico

AUTOR

GABRIEL ALEJANDRO ROMERO ALIAGA

QUITO, ECUADOR

2016

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

“IDEACIÓN SUICIDA Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA MEDIANTE EL EMPLEO DEL COLUMBIA SUICIDE-SEVERITY RATING SCALE, EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS, DURANTE EL PERIODO MARZO 2016 - SEPTIEMBRE 2016.”

Tesis de Grado presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador previa a la obtención del título de Médico

AUTOR

GABRIEL ALEJANDRO ROMERO ALIAGA

DIRECTOR DE TESIS

DR. FRANCISCO CORNEJO MOSCOSO

ASESORA METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACION

DRA. PAMELA CABEZAS

QUITO, ECUADOR

2016

DEDICATORIA

A mis padres por ser un apoyo fundamental durante todo mi proceso académico, siempre buscando mi desarrollo integral como profesional y persona, entregándose día a día con el fin de que pudiera cumplir esta meta

AGRADECIMIENTO

A mi familia que muy pacientemente me ha brindado los ánimos, la determinación y templanza para concluir este objetivo trazado en mi vida

A mis maestros por ser los encargados de haberme formado como médico durante todos estos años, siempre con la intención de que nos podamos convertir en profesionales al servicio de toda la sociedad

A mis amigos que han sido muy importantes durante los momentos buenos y malos que han venido junto a estos años de estudio y sacrificio

A los pacientes de infectología del Hospital General Enrique Garcés por bríndame la apertura y la confianza suficientes para llevar a cabo este proyecto

Resumen

Contexto: El diagnóstico de ser portador del virus de la inmunodeficiencia humana representa un gran impacto en la vida de una persona, por lo cual el individuo puede experimentar una gran diversidad de emociones al momento de recibir la noticia, esto incluye la presencia de conductas perjudiciales, tanto para sí mismo como para otros, la correcta y temprana evaluación de estos comportamientos favorece un abordaje precoz y la prevención de actos que puedan poner en riesgo la vida de la persona

Objetivo: con el presente estudio se busca determinar la incidencia de ideación y comportamiento suicida en los pacientes recientemente diagnosticados con el virus de la inmunodeficiencia humana

Diseño: estudio descriptivo exploratorio transversal

Lugar y sujetos: pacientes mayores de 18 años y menores de 55, con un diagnóstico definitivo de ser portadores del virus de la inmunodeficiencia humana, realizado en los 90 días previos, durante el periodo de marzo a septiembre del 2016, en el Hospital General Enrique Garcés

Instrumento: Columbia suicide-severity rating scale

Resultados

Durante el estudio se encontró una incidencia de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de VIH de 11,76%, se observó algún posible grado de depresión en el 100% de los pacientes con ideación suicida, y un rasgo de personalidad altamente impulsiva en el 50% de estos. Hubo un marcado predominio del sexo masculino y de grupos etarios jóvenes. Un 83.3% de pacientes con ideación suicida consume sustancias psicoactivas, la aceptación de la enfermedad, aceptación familiar y redes de apoyo no mostraron datos influyentes en este estudio

Conclusiones

Un importante porcentaje de pacientes puede presentar ideación suicida en los primeros 90 días de su diagnóstico, lo cual puede estar influido por la posible presencia de depresión en sus diferentes grados así como de un rasgo de personalidad altamente impulsiva

Índice

Declaración y autorización	II
Portada	IV
Portada	V
Dedicatoria	VI
Agradecimiento	VII
1. Resumen	8
2. Índice	10
3. Introducción	13
4. Revisión bibliográfica	16
4.1. Virus de la inmunodeficiencia humana	16
4.1.1. Agente etiológico	16
4.1.2. Estructura del virus	16
4.1.3. Proceso de replicación	17
4.1.4. Definición y estadios de la enfermedad	18
4.1.5. Transmisión del virus	21
4.1.6. Historia natural de la enfermedad	23
Epidemiología	24
4.1.7. Diagnóstico	26
4.2. Suicidio	27
4.2.1. Definición	27
4.2.2. Epidemiología	27
4.2.3. Factores de riesgo	29
4.2.4. Clasificación del suicidio	30
4.3. Depresión	35
4.3.1. Definición	35
4.3.2. Fisiopatología	35
4.3.3. Clasificación de los desórdenes depresivos	43
4.4. Depresión y enfermedades crónicas	48
4.5. Impulsividad	49
4.5.1. Definición	49
4.5.2. Fisiopatología	50
4.6. Suicidio en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	53
5. Metodología	57
5.1. Problema de investigación	57
5.2. Justificación	57

5.3. Objetivos	58
5.3.1.Objetivo general	58
5.3.2.Objetivos específicos	58
5.4. Métodos	59
5.4.1.Criterios de inclusión	59
5.4.2.Criterios de exclusión	59
5.4.3.Operacionalizacion de variable de estudio	60
5.4.4.Definición operacional de variables empleadas en la investigación	60
5.4.5.Muestra	66
5.4.6.Procedimiento de recolección de la información	67
5.4.6.1. Cuestionarios	68
5.4.6.2. Entrevista semiestructurada	70
5.4.7.Análisis de datos	70
6. Resultados	72
6.1. Análisis univariado	72
6.1.1.Genero	72
6.1.2.Edad	73
6.1.3.Nivel socioeconómico	73
6.1.4.Nivel de estudio	74
6.1.5.Consumo de sustancias psicoactivas	75
6.1.6.Aceptación familiar	76
6.1.7.Aceptación de la enfermedad	76
6.1.8.Redes de apoyo	77
6.1.9.Depresión	77
6.1.10. Impulsividad	78
6.1.11. Ideación suicida	79
6.1.12. Comportamiento suicida	81
6.2. Análisis bi-variado	83
6.2.1.Genero e ideación suicida	83
6.2.2.Edad e ideación suicida	83
6.2.3.Nivel socioeconómico e ideación suicida	84
6.2.4.Nivel de estudio e ideación suicida	84
6.2.5.Consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida	85
6.2.6.Aceptación de la enfermedad e ideación suicida	85
6.2.7.Aceptación familiar e ideación suicida	86
6.2.8.Redes de apoyo e ideación suicida	86
6.2.9.Depresión e ideación suicida	87
6.2.10. Impulsividad e ideación suicida	87
6.3. Discusión	88
6.4. Conclusiones	90
6.5. Recomendaciones	91
6.6. Limitaciones	93

6.7. Bibliografía	94
6.8. Anexos	96

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un lentivirus, subgrupo de los retrovirus. Transmitido por medio de fluidos corporales, tanto de forma horizontal, de persona a persona, como verticalmente, de madre a producto. Debido a su reducida sintomatología y difícil diagnóstico diferencial mediante clínica, es poco frecuente que los pacientes infectados sean diagnosticados en las etapas iniciales de la enfermedad, por el contrario, esto sucede cuando su sistema inmunitario ya ha sido comprometido considerablemente, con la presencia concomitante de enfermedades oportunistas, indicando una etapa avanzada de la enfermedad. Debido a lo mencionado así como a otras razones, actualmente la enfermedad tiene una característica de pandemia y a pesar de existir medidas de prevención, la enfermedad sigue expandiéndose globalmente sobre todo en los países del continente africano.

Hoy en día, aunque la terapia antiretroviral ha mejorado considerablemente la expectativa de vida de las personas con esta condición, no se ha logrado conseguir un tratamiento que elimine el virus completamente del cuerpo de su hospedador. Por lo dicho anteriormente las personas que adquieren el virus, podrían ver su expectativa de vida reducida en mayor o menor cantidad de acuerdo al momento en el que es realizado el diagnóstico y las características de la enfermedad.

Además de que la persona se enfrenta a la noticia de poseer una enfermedad potencialmente fatal, encara distintos retos personales y sociales que no se dan con otras patologías crónicas como son la hipertensión arterial o la diabetes, que representan un impacto en la vida de las personas, pero hacia las cuales no existe el claro estigma social que pesa sobre los individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. La segregación y aislamiento tanto de la comunidad en general como de las personas cercanas y hasta los familiares, la falta de

oportunidades laborales al conocer su estado de portadores, la privación de atención médica en algunos establecimientos por el temor de contagiar a otras personas, además de otras dificultades, significa un duro golpe para la persona al ser diagnosticada.

Existe la errónea creencia que la adquisición del virus de la inmunodeficiencia humana es igual a presentar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lo cual se encuentra muy distante a la realidad, puesto que, la etapa de la infección llamada síndrome de inmunodeficiencia adquirida se produce el momento en el que se manifiestan enfermedades oportunistas y un conteo de linfocitos CD4 menor a 200, en lo que de otra manera sería una enfermedad prácticamente silenciosa. Debido a este pensamiento, una gran cantidad de individuos al diagnóstico piensa que ha desarrollado la etapa de SIDA y que su expectativa de vida es muy reducida, cuando no necesariamente es cierto, debido a lo cual, podrían considerar que el suicidio es una mejor manera de terminar con su vida, en lugar de pasar sus últimos días en un hospital.

Según la PAHO en el Ecuador desde el 2005 al 2010, ha existido un aumento de los casos, con un número de 1070 de VIH y de 474 de SIDA en el 2005, a 3966 de VIH y 1301 de SIDA en el 2010, afecta más a hombres que a mujeres con una razón de 2,65:1 (2010), la mayoría de las personas infectadas se encuentran entre los 25 – 40 años de edad; las provincias más afectadas son Guayas, Pichincha y Esmeraldas. La mortalidad asociada al SIDA se ha mantenido en alrededor de 700 fallecimientos anuales.

De acuerdo a la literatura existe mayor incidencia de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio completado en pacientes con VIH, de la misma manera existen épocas de la enfermedad en las que la tentativa de suicidio aumenta, dado que la enfermedad manifiesta pocos o ningún síntoma durante gran parte de su curso; existen dos momentos en los que el riesgo de suicidio incrementa,

estos son, al ser recientemente diagnosticados y al entrar en la fase de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (*HIV & Psych: A training and resource manual*).

Revisión bibliográfica

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Agente etiológico

El virus de la inmunodeficiencia humana es el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), este virus pertenece a la familia de *Retroviridae* dentro de los lentivirus, este tipo de virus generalmente presentan un curso de enfermedad crónico y lento, existe 2 virus, el VIH – 1 que es el agente etiológico más frecuente en la población y VIH-2 que se mantuvo dentro de las fronteras de África, pero que actualmente reporta casos en diversas partes del mundo.

Estructura del virus

El virion del VIH es una estructura isocábrica, que presenta proyecciones externas formadas por la proteína de cubierta GP120 (externa) y gp41 (transmembrana) durante la brotación, puede incorporar proteínas del hospedero como HLA I o II y proteínas de adhesión que facilitarían su adherencia a otras células objetivo. La proteína de matriz p17 se encuentra anclada dentro de la membrana lipoproteica, el antígeno p24 contiene dos copias de RNA de VIH-1, este es parte de un complejo ácido nucleico-proteína, compuesto por la nucleoproteína p7 y la transcriptasa inversa p66. La partícula viral contiene toda la maquinaria enzimática necesaria para la replicación: transcriptasa inversa, integrasa y proteasa.

Figura 4.1

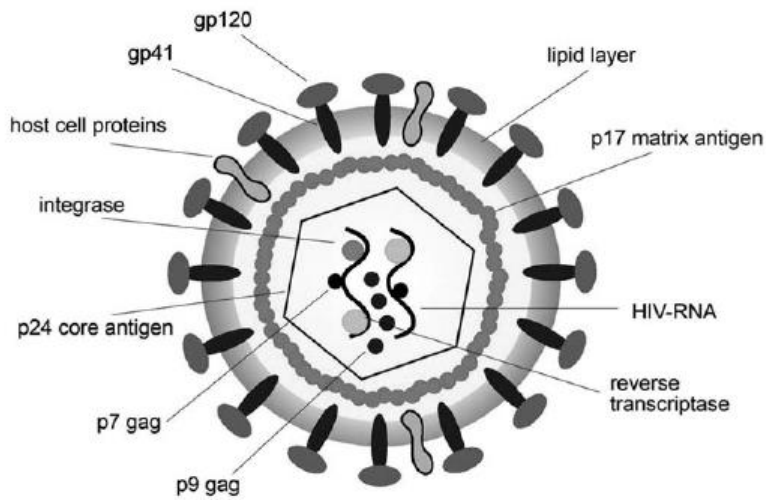


Figure 1: Structure of an HIV virion particle. For detailed explanations see text.

Fuente: Hoffman, C., & Rockstroh, J. (2012). *HIV 2012/2013*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag

Proceso de replicación

La molécula CD4 es una glicoproteína que puede detectarse en la superficie de linfocitos T helper, así como también en precursores de linfocitos T en médula ósea y el timo, además en eosinófilos, macrófagos, monocitos, células dendríticas y células de la microglia en lo que corresponde a sistema nervioso central. La molécula gp120 presenta una unión de alta afinidad con el CD4 de la célula hospedadora, al momento de esta unión se produce un cambio de conformación de la gp120 facilitando su unión a los principales correceptores CCR5 y CXCR4, así mismo en las células dendríticas el receptor DC-SIGN presenta una alta afinidad con la gp120 lo cual facilita la unión de estos y a su vez la unión a linfocitos T CD4 al darse interacción entre estas dos células inmunitarias.

Posterior a la anterior unión, ocurre la fusión de la envoltura del virión con la membrana plasmática de la célula hospedadora a través de la exposición de la gp41, permitiendo de esta

manera la liberación del complejo de pre integración, durante este proceso la transcriptasa inversa cataliza la transcripción del RNA viral en DNA de doble cadena, que se libera posteriormente

Para que el proceso de transcripción y replicación continúe es necesario que se produzca la activación de la célula, ya que en células no activadas, el DNA pro viral no integrado es almacenado y actúa como reservorio mientras la célula continúe quiescente, cuando se origina la activación, el DNA viral tiene la oportunidad de acceder a poros nucleares, permitiéndose su ingreso al núcleo de la célula, ya en este punto el DNA se integra a los cromosomas de la célula hospedadora con ayuda de la integrasa.

Al generarse la transcripción del DNA proviral integrado en el genoma, el mRNA es traducido a proteínas en la célula hospedera, estas junto con las enzimas y el RNA genómico forman la partícula viral, que es liberada desde la membrana celular y tras la escisión del precursor gag-pol, se obtiene el virion maduro

Definición y estadios de la enfermedad

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana abarca diversos estadios de la enfermedad, ya que al ser una patología de larga duración y con múltiples manifestaciones, así como comorbilidades, no se la puede limitar a una definición estricta, se ha presentado un sistema de clasificación por el cual es posible ubicar a los sujetos en diferentes etapas de acuerdo a factores inmunológicos y clínicos

Se ha determinado 3 categorías

Tabla 4.1 Categorías clínicas de la infección por el VIH

Categoría A: uno o varios de los cuadros enumerados a continuación en un adolescente o aun adulto (>13 años) con infección por el VIH comprobada. No deben haberse producido cuadros pertenecientes a las categorías B o C

- Infección asintomática por el VIH
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Infección aguda (primaria) por el VIH con enfermedad acompañante o antecedentes de infección aguda por el VIH

Categoría B: aparición, en un adolescente o adulto con infección por el VIH, de cuadros sintomáticos que no están incluidos en los cuadros recogidos en la categoría C y que cumplen al menos uno de los siguientes criterios: 1) cuadros atribuidos a la infección por el VIH o que indican un defecto de la inmunidad celular, o 2) cuadros cuya evolución clínica o sus necesidades terapéuticas están complicadas por la infección por VIH, en opinión del médico.

Entre los ejemplos posibles se encuentran (aunque no se limitan a ellos) los siguientes:

- Angiomatosis bacilar
- Candidosis bucofaringea (muguet)
- Candidosis vulvovaginal; persistente, frecuente o que responde mal al tratamiento
- Displasia cervical (moderada o intensa)/carcinoma *in situ*
- Enfermedad inflamatoria pélvica, sobre todo complicada con abscesos tubo ováricos
- Herpes zoster con al menos dos episodios distintos, o que afecta a más de un dermatoma
- Leucoplasia vellosa bucal
- Listeriosis
- Neuropatía periférica
- Púrpura trombocitopenica idiopática
- Síntomas consuntivos, con fiebre (38.5°C) o diarrea de más de un mes de duración

Categoría C: cuadros mostrados en la definición de caso de vigilancia del sida

- Cáncer cervical invasora
- Candidosis de bronquios, tráquea o pulmones
- Candidosis esofágica
- Citomegalovirus, enfermedad por (no hepática, esplénica o ganglionar)
- Citomegalovirus, retinitis por (con pérdida de la visión)
- Coccidioidomycosis, diseminada o extra pulmonar
- Criptococosis extra pulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (más de un mes de duración)
- Emaciación, síndrome de, por VIH
- Encefalopatía relacionada con el VIH

- Herpes simple: úlceras crónicas (más de un mes de duración) o bronquitis, neumonía o esofagitis
- Histoplasmosis diseminada o extra pulmonar
- Isosporosis intestinal crónica (más de un mes de duración)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Linfoma cerebral primitivo
- Linfoma de Burkitt (o término equivalente)
- *Mycobacterium avium*, complejo, o *M. kansasii* sistémico o extra pulmonar
- *Mycobacterium tuberculosis* de cualquier localización (pulmonar o extra pulmonar)
- *Mycobacterium*, otras especies, o especies no identificadas, diseminada o extra pulmonar
- Neumonía de repetición
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*
- *Salmonella*, septicemia recidivante por
- Sarcoma de Kaposi
- Toxoplasmosis cerebral

Fuente: (Morbidity and Mortality Weekly Report_42(No. RR-17), 18 de diciembre de 1992.)

Tabla 4.2 Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del SIDA

CUADRO 189-1 Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida del sida

Categorías Linfocitos T CD4+	Categorías clínicas		
	A Asintomática, aguda (primaria) VIH o PGL	B Sintomática, cuadros no A ni C	C Cuadros definidores de sida
>500/ μ l	A1	B1	C1
200–499/ μ l	A2	B2	C2
<200/ μ l	A3	B3	C3

Abreviatura: PGL, linfadenopatía generalizada persistente (*progressive generalized lymphadenopathy*).

Fuente: (Morbidity and Mortality Weekly Report_42(No. RR-17), 18 de diciembre de 1992.)

Transmisión del virus

Transmisión sexual: la infección del virus de la inmunodeficiencia humana consta como parte de las enfermedades de transmisión sexual, siendo este el método más frecuente de transmisión, de estos la mayoría de casos se produce entre parejas heterosexuales, sin embargo este método es ineficiente para la transferencia, en países con bajos ingresos existe un riesgo general de transmisión de 0.38% mujer a hombre y 0.30% hombre a mujer

En pacientes en los cuales se presenta una carga viral alta, lo cual puede ocurrir al inicio de la infección o en las últimas etapas al momento en que los linfocitos CD4 se encuentran cerca de caer por debajo de 200, la posibilidad de contagio es mayor, además en presencia de otras enfermedades de transmisión sexual o infecciones que interfieran con la barrera epidérmica o mucosa normal aumentan la posibilidad de ingreso del virus al cuerpo. Prácticas como el coito anal receptivo han demostrado ser más efectivas para la transmisión del virus observándose un riesgo calculado de 0.1-7.5%

Transmisión por sangre y hemoderivados

Puede darse por transfusiones de sangre contaminada, hemoderivados, trasplantes o en usuarios de drogas intravenosas que comparten jeringuillas u otro material contaminado, los medios de contagio son cualquier tipo de punción, no solo la intravenosa. Debido a la aspiración que se realiza para confirmar la localización correcta de la jeringuilla, este medio de transmisión tiene un alto riesgo, por lo cual la implementación de programas para recambio de jeringuillas, máquinas

expendedoras de jeringuillas y otras estrategias han disminuido en gran cantidad la transmisión del virus por este medio

La mayor parte de infecciones por uso de productos hemoderivados se produjo previo a la primavera de 1985 posterior a lo cual fue obligatorio el tamizaje para VIH de los productos que serían utilizados en terceras personas, actualmente existe un riesgo de aproximadamente 1 en 1.5 millones de donaciones

Transmisión ocupacional

Debido a la posibilidad de accidentes durante el desempeño laboral con objetos cortantes, punzantes o por contacto con heridas en piel o mucosas, existe una posibilidad de contagio del personal de salud con el virus de la inmunodeficiencia humana, es riesgo general es de 0.3% para heridas con objetos punzantes y en exposición a mucosas de 0.09%, por lo cual la terapia antiretroviral profiláctica en las primeras 24 horas consiste en una estrategia que ha disminuido significativamente el contagio del virus

Transmisión vertical

Existen tres momentos en los cuales la madre puede transmitir el virus al producto, estos son: durante la vida fetal, en el parto y durante la lactancia. El paso del virus al producto depende de

varios factores, entre los cuales la carga viral al momento del parto parece jugar un papel muy importante, sin embargo no completamente decisivo.

La mayor parte de la transmisión ocurre en el tercer trimestre y en el periodo perinatal, aproximadamente un tercio se da intra útero y dos tercios durante la labor de parto y el parto en sí, el riesgo general de contagio de VIH al producto en una madre sin terapia antiretroviral es de 15-45% por lo cual, la intervención en este grupo de riesgo es de vital importancia con el fin de reducir el número de casos

Historia natural de la enfermedad

Durante la infección por el VIH en ausencia de terapia antiretroviral, se presentara inicialmente un síndrome agudo o primo infección por VIH en 50-70%, el cual está caracterizado por presentar un cuadro pseudogripal acompañado de linfadenopatias, fiebre, rash maculopapular generalizado, mialgias, decaimiento, aparece generalmente entre 2 y 4 semanas posterior a la infección pero puede extenderse hasta 8 semanas, usualmente el cuadro remite en 5 a 8 días posterior a lo cual el paciente entra en fase latente

En el estado latente las primeras manifestaciones de inmunodeficiencia tienen una gran variabilidad de aparición en el tiempo, con una mediana de 10 años desde la infección, esto depende de los niveles de RNA viral en la sangre, niveles elevados tendrán una progresión de la enfermedad con mayor rapidez

La fase sintomática puede surgir en cualquier momento de la infección y esto demuestra que la inmunidad de la persona presente se encuentra comprometida, las manifestaciones y las infecciones oportunistas dependerán del conteo de linfocitos CD4 al momento de la presentación

Figura 4.2 Curso natural de la infección por el VIH

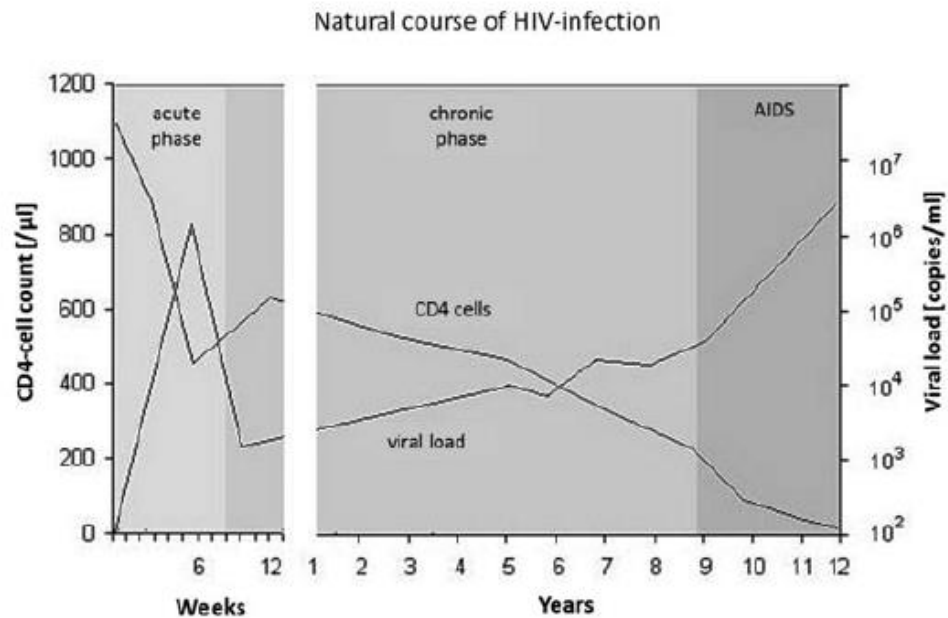


Figure 1: The natural course of HIV infection

Fuente: Hoffman, C., & Rockstroh, J. (2012). *HIV 2012/2013*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag

Epidemiología

Los primeros casos de síndrome de inmunodeficiencia humana, fueron documentados en 1981 cuando el CDC reportó 5 casos de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en 5 varones homosexuales previamente sanos, en los siguientes años fue posible aislar el agente causal de este síndrome, así como pruebas para su diagnóstico.

Al momento actual el VIH es una pandemia, presente en todas las naciones del planeta, que desde su inicio ha infectado a 78 millones de personas y de las cuales 35 millones han muerto. Para el año 2015 aproximadamente 36.7 millones de personas eran portadoras del virus a nivel mundial, 2.1 millones de persona fueron infectadas con VIH, 1,1 millones de personas fallecieron por complicaciones relacionadas al SIDA, solo el 46% de los adultos portadores han podido acceder a tratamiento antiretroviral para diciembre del 2015, lo cual a pesar de no ser una meta totalmente satisfactoria es un gran avance desde el 2010 en el que solo un 23% pudo tener acceso (UNAIDS)

En lo concerniente a latino américa, en el 2013 existió aproximadamente 1.6 millones de personas viviendo con VIH en esta región, de los cuales en el año 2014 se diagnosticaron 87 mil casos nuevos y se produjo 41 mil muertes relacionadas a SIDA, una de las barreras para la lucha contra el control de la enfermedad es el estigma y la discriminación que sufren los portadores del virus por parte de la sociedad y que en muchos casos disminuye la posibilidad de buscar atención medica en etapas tempranas

Según la PAHO en el Ecuador desde el 2005 al 2010, ha existido un aumento de los casos, con un número de 1070 de VIH y de 474 de SIDA en el 2005, a 3966 de VIH y 1301 de SIDA en el 2010, afecta más a hombres que a mujeres con una razón de 2,65:1 (2010), la mayoría de las personas infectadas se encuentran entre los 25 – 40 años de edad; las provincias más afectadas son Guayas, Pichincha y Esmeraldas. La mortalidad asociada al SIDA se ha mantenido en alrededor de 700 fallecimientos anuales.

Diagnostico

El diagnóstico temprano del VIH es de vital importancia tanto para el manejo del paciente como para prevenir el contagio de parejas en el futuro, sin embargo aproximadamente un tercio de personas diagnosticadas presentan ya una inmunodeficiencia o enfermedades definatorias de SIDA. Debido a que esta patología no tiene un cuadro clínico específico y en muchos casos totalmente asintomático, se requiere exámenes de laboratorio con el fin de confirmar la presencia del virus en el cuerpo del hospedero.

Inicialmente se puede emplear un test de tamizaje en cualquier paciente, generalmente el tipo de estudio elegido es el ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) en el cual se presenta el plasma del paciente a un medio en el que existen antígenos y anticuerpos de VIH, posterior a lo cual si en el plasma del paciente existen anticuerpos estos se unirán a los antígenos, se añadirá un anticuerpo marcado que reconocerá y realizara una unión a los anticuerpos humanos, finalmente se añadirá un substrato y se observara una reacción colorimétrica que será medida

Generalmente la confirmación del teste de tamizaje es dada por un análisis Western Blot, en este estudio mediante electroforesis las proteínas virales serán separadas de acuerdo a su peso molecular y relocalizadas a una membrana, se incubara con plasma del paciente e igualmente como en el anterior si existe anticuerpos para estas proteínas se producirá la unión, este complejo ser hará visible por medio de la utilización de otro anticuerpo marcado y un sustrato. Un resultado confirmatoria estará expresado en la presencia de 2 a 3 bandas mínimo.

Suicidio

Definición

Los centros para el control de enfermedades (CDC) define al suicidio como la muerte causada por comportamiento lesivo auto dirigido con la intención de morir como resultado de tal comportamiento, esto se diferencia de otros comportamiento auto lesivos por el hecho de tener como fin terminar con la vida de la persona mientras en los demás casos no necesariamente ese es el objetivo

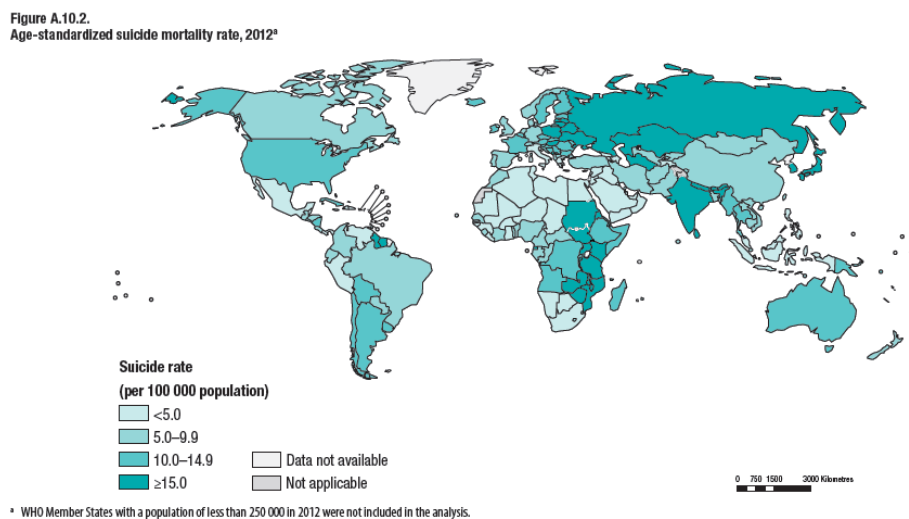
Epidemiología

Cada año alrededor de 800 mil personas fallecen debido a suicidios en todo el mundo representando 1.4% de la mortalidad mundial, localizando al suicidio como la décimo quinta causa de muerte. Puede presentarse en cualquier etapa de la vida, aunque se ha observado que presenta una gran frecuencia entre los 15 y 29 años, de la misma manera países con bajos recursos económicos han presentado un mayor número de suicidios, sin esto significar que los países con altos ingresos no lo puedan presentar también.

A pesar de que las tasas de suicidio han disminuido en comparación de los primeros años del milenio, en gran cantidad de casos no se da una atención adecuada o puntual a las personas que la necesitan, se ha visto que en países con altos ingresos económicos el reconocimiento de la depresión permanece bajo tanto por pacientes como por profesionales de la salud, apenas la

mitad de los pacientes reciben tratamiento, de los cuales 40% mantiene un manejo considerado como mínimamente adecuado. Mientras que en países con bajos ingresos económicos apenas un quinto de las personas con episodios depresivos reciben algún tipo de tratamiento

Figura 4.3 Tasa de mortalidad por suicidio



Fuente: World Health Organization. (2016). *Monitoring health for sustainable development goals*. Switzerland: World Health Organization

La situación en nuestro país durante el 2014 se encuentra en 734 muertes al año debido a suicidio, presentando según la OMS una tasa de suicidio de 8.9 por 100.000 habitantes, con lo cual representa la décimo novena causa de mortalidad en la república.

Factores de riesgo

Existen una gran cantidad de factores de riesgo para el suicidio, pero la depresión es el desorden psiquiátrico mayormente asociado, aproximadamente 400 de 100 mil pacientes masculinos y 180 de 100 mil pacientes femeninos que se encuentran deprimidos cometen suicidio

La desesperanza o la personalidad ansiosa están igualmente relacionadas con un posible desenlace fatal para los individuos, los sujetos ansiosos pueden estar inclinados a actuar debido a un impulso suicida. Además los antecedentes de comportamiento suicida o intentos previos influyen en la posibilidad de presentar un nuevo episodio, se estima que la mitad de las personas que logra su objetivo, ha cometido previamente un intento de suicidio

Existen diferentes factores demográficos que pueden estar en mayor o menor medida relacionados con el suicidio, como el sexo masculino, el estado civil soltero, personas de bajos recursos económicos y con trabajos poco satisfactorios o desempleados, así como ciertas profesiones en las que el riesgo de suicidio es superior a comparación de la población general tal como oficiales de policía, trabajadores sociales, médicos, dentistas, músicos entre otros

Existen otros factores necesario a considerar en el espectro ya que igualmente pueden jugar un papel fundamental al predisponer a la persona a un intento auto lítico, y entre las cuales cabe recalcar la presencia de enfermedades especialmente cuando estas son de diagnóstico reciente, crónicas o que generen una importante cantidad de dolor, entre las que se pueden citar enfermedades cardiacas, EPOC, problemas oncológicos, VIH/SIDA entre otros. La exposición del sujeto a comportamiento suicida de otras personas sea directamente o a través de los medios, una historia familiar con antecedentes de suicidio y el acceso a métodos auto líticos con gran potencial

de letalidad o daño también integran variantes de importancia al momento de valorar la posibilidad de este tipo de comportamiento en un paciente

De la misma forma que existen factores de riesgo, pueden encontrarse factores posiblemente protectores tales como las creencias religiosas, se ha encontrado que los practicantes del catolicismo romano son menos propensos a cometer suicidio que los protestantes y judíos, el apoyo social y familiar indudablemente pueden disminuir este riesgo al proveer un ambiente de comprensión, soporte y resolución de los conflictos del paciente, finalmente poseer una pareja estable o ser responsable por otras personas, especialmente en el caso de hijos pequeños, es un gran disuasorio

Clasificación de suicidio

De acuerdo a Emile Durkheim existen 4 tipos de suicidio que se pueden cometer, cada cual con sus propias características

En primer lugar tenemos al suicidio egoísta, este sucede cuando el grado de integración social es bajo, el momento en que un individuo comete este tipo de suicidio generalmente no se encuentra con un apoyo del colectivo social hacia él, pueden experimentar la sensación de ser extraños o solitarios y que las únicas personas que ellos poseen en este mundo son ellos mismos, durante tiempos de gran estrés en sus vidas tendrán la sensación de sentirse aislados e indefensos. En este grupo se ha visto mayor número de suicidios en personas de género masculino, solteros sin hijo u otro vínculo familiar o social, así como también un número mayor entre protestantes en

comparación con católicos o judíos posiblemente por el grado de control que puede ejercer las creencias de la persona

El siguiente es el suicidio altruista, el cual ocurre cuando el grado de integración social es demasiado alto, generalmente los sujetos que cometen este tipo de suicidio están altamente integrados en un grupo, por lo que las mayores prioridades para la persona son los ideales, normales y metas del grupo por lo que pueden actuar con gran negligencia hacia sus propias necesidades o metas, estos sujetos llegan al punto de dar sus vidas por una causa, existen diferentes ejemplos de este tipo de comportamiento, por un lado se pueden citar a los kamikazes, a los terroristas que cometen atentados con bombas en su cuerpo u otros medios para causar destrucción, mientras que también se ha visto lo que se puede referir como suicidio heroico, aquí se menciona a padres que al encontrarse en un accidente fatal inminente toman el lugar de su hijo, soldados que sacrifican sus vidas por el bien y la supervivencia de sus compañeros o policías que fallecen al salvaguardar la vida de otras personas

El suicidio anómico está relacionado con un bajo nivel de regulación social, generalmente es cometido durante periodos de gran estrés o cambio, una persona anómica es alguien que no se ajusta a las normas sociales o que la sociedad es incapaz de proveerles normas o estructura social para que puedan lograr metas en la sociedad, por lo que al no poder cumplirlas la persona se frustra, experimentan sentimientos de que la vida es demasiado difícil de manejar y por lo tanto se convertirá en algo sin sentido para ellos. Ejemplos de este tipo de comportamiento se pueden observar cuando se presentan catástrofes naturales o sociales, la pérdida de un empleo, la crisis o despunte del mercado financiero entre otros

Finalmente tenemos al suicidio fatalista, este se encuentra relacionado con una alta regulación social, generalmente son personas que viven bajo normas altamente estrictas y con grandes

expectativas, pueden encontrarse igualmente con oportunidades o pasiones bloqueadas, en varias ocasiones por disciplina muy opresiva, entre los ejemplos se pueden observar a los esclavos, prisioneros, estudiantes sobrecargados de trabajo y presión, empleados Japoneses sobre explotados

Entre las formas de suicidio se puede mencionar a las siguientes:

Intento de suicidio: se lo describe como el cometimiento de un acto potencialmente auto lesivo con al menos algún deseo de morir como consecuencia de ese acto, el intento no debe ser 100% eficaz, si existe algún intento o deseo de morir asociado al acto, se lo puede considerar como intento de suicidio, no necesariamente debe resultar en algún tipo de lesión o daño, solo la potencialidad para el mismo

Intento inferido: se da cuando a pesar de que la persona niega el haber tenido un deseo de morir a consecuencia de un acto cometido, este puede ser inferido clínicamente debido al comportamiento o las circunstancias, por ejemplo un acto altamente letal que claramente no se dio por accidente, o cuando la persona niega el hecho de querer morir, pero acepta que el acto tenía una gran potencial de letalidad

Intento de suicidio interrumpido: cuando la persona es interrumpida por una persona o circunstancia externa, de iniciar el acto potencialmente auto lesivo, una vez que ha iniciado el acto, ya no califica como intento interrumpido sino solamente como intento de suicidio

Intento abortado: se da cuando el individuo toma los pasos necesarios hacia el cometimiento de un intento de suicidio, sin embargo, se detienen por su cuenta antes de engancharse en cualquier

comportamiento autodestructivo. Una vez que ha iniciado el acto, ya no califica como intento abortado sino solamente como intento de suicidio

Comportamiento o actos preparatorios: se describo como actos o preparación hacia la realización de un intento de suicidio inminente, esto puede incluir cualquier comportamiento aparte de la verbalización o pensamiento del acto, por ejemplo, el ensamble de un método específico (compra de un arma de fuego o pastillas) o la preparación para la muerte inminente (realizar testamentos, hacer notas para seres queridos)

Comportamiento auto lesivo no suicida: esta descrito como la realización de un acto auto lesivo no potencialmente letal sin ningún deseo de morir como consecuencia de este, puede producirse lesión o daño físico en la persona, pero está en ningún momento tuvo intento o deseo de morir a causa del daño

Para suicidio: el para suicidio es difícil de distinguir del suicidio propiamente dicho, generalmente la diferencia recae en el deseo de morir como consecuencia del acto, se describe al para suicidio como el cometimiento de un acto con un desenlace no fatal que el individuo realiza con el objetivo de obtener cambios en su propia situación vital a través de las consecuencias físicas esperadas o derivadas del propio acto

En lo referente a la ideación suicida existen igualmente niveles en los que se la puede clasificar, los cuales son:

Ideación suicida: la persona mantiene pensamiento de no seguir viviendo o un deseo de morir, de los cuales no se logra especificar un método o un plan para llevarlos a cabo, solamente el deseo de acabar con su vida, sin la intención de actuar

Ideación suicida con método: el sujeto ratifica su deseo de acabar con su vida pero al menos cuenta con un método para llevar a cabo el intento, sin embargo, no ha planificado el lugar la hora o la forma como lo haría, igualmente no presenta una intención de actuar

Ideación suicida con método e intención de actuar: la persona mantiene sus pensamientos de terminar con su vida, posee un método y además ha manifestado un deseo de actuar sobre este pensamiento, sin embargo, no posee un plan específico para llevarlo a cabo todavía

Ideación suicida con un plan específico e intención de actuar: el sujeto ha planificado una tiempo, lugar y forma de llevar a cabo el intento auto lítico y manifiesta una intención de actuar sobre sus pensamientos.

Además de lo presentado existen otros tipos de suicidios como el que puede aparecer en pacientes psicóticos, se ha visto que existe un mayor riesgo de suicidio en pacientes que presentan algún trastorno que lleve a la psicosis como la esquizofrenia, el desorden esquizoafectivo, el desorden bipolar psicótico, la depresión psicótica entre otros, los pacientes que han manifestado este tipo de trastornos poseen un riesgo 11 veces mayor de cometer un suicidio durante el periodo de psicosis, generalmente en los primeros episodios

Depresión

Definición

La depresión es un trastorno mental común pero importante caracterizado por tristeza y pérdida de interés o placer en cosas que previamente eran significativas para la persona, generalmente esta acompañado de sentimientos de culpa o bajo autoestima, alteraciones en el sueño o el apetito, cansancio que no tiene relación con actividades que hayan implicado esfuerzo físico o mental y mala concentración

La depresión puede ser persistente o recurrente, lo cual afecta en gran medida la vida y el desarrollo normal de la persona en su entorno personal, familiar, laboral y social, es su forma más grave la depresión puede desembocar en el suicidio, a menos que se pueda realizar una intervención a tiempo. Generalmente el tratamiento no necesariamente depende de farmacoterapia, ya que las formas más leves de depresión pueden ser manejadas con consejería y diferentes estrategias que no involucran medicamentos, a diferencia de episodios depresivos moderados o graves los cuales requieren manejo por especialista y terapia farmacológica

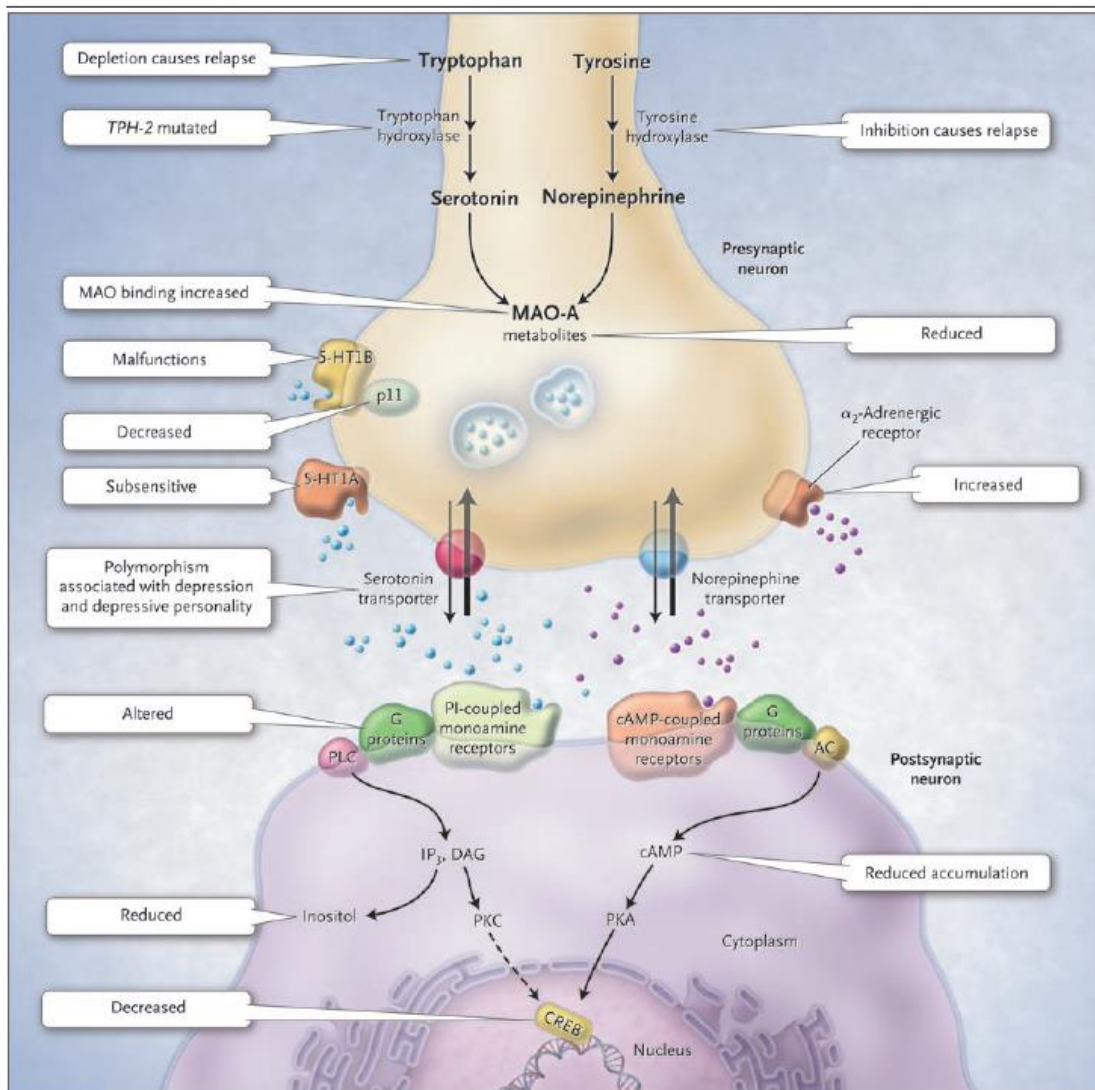
Fisiopatología

Genética: se ha observado en estudios de concordancia para depresión mayor entre gemelos homocigóticos y dicigóticos una heredabilidad de 37% aproximadamente, además se ha observado que el componente hereditario no solo se remite hacia rasgos de personalidad, sino de factores

independientes de la personalidad. El componente genético de la enfermedad no se puede limitar a un solo gen, sino a un conjunto de complejas características genéticas, sin embargo se ha encontrado variantes genéticas que pueden conferir una predisposición al trastorno como la variante polimórfica asociada a la región de transporte de serotonina 5-HTTLPR que afecta al promotor del gen transportador de serotonina, produce una reducción en la captación del neurotransmisor hacia las neuronas pre sinápticas del cerebro, este gen puede conferir una mayor predisposición a la depresión pero también a personalidad ansiosa y pesimista. Sin embargo también se ha observado que este polimorfismo podía predecir depresión si estaba relacionado con estresores en la vida de la persona, ya que algunos factores ambientales podrían conferir una predisposición mediante la afectación epigenética del genoma.

La hipótesis de deficiencia monoaminérgica ha sido motivo de estudio para el trastorno depresivo, se ha encontrado evidencia que apunta hacia una participación importante de los sistemas noradrenérgicos y serotoninérgicos, ya que tienen la capacidad de modular áreas del cerebro relacionadas con pensamiento, sentimientos y comportamiento, generalmente se ha encontrado que la disminución de la disponibilidad de los neurotransmisores, las alteraciones en su normal función en el cerebro, y el aumento de su catabolismo están relacionados con la presentación de episodios de depresión en pacientes, por ejemplo se ha encontrado que en un subgrupo de pacientes con depresión, existía un incremento de 30% de la enzima monoamino oxidasa, la cual cataboliza norepinefrina y serotonina en las neuronas pre sinápticas. Cuando se han empleado fármacos que incrementan la cantidad o mejoran su función de alguno de estos factores la respuesta del paciente es favorable, esto se ve reflejado en que prácticamente todos los compuestos que inhiben la recaptación de norepinefrina o serotonina han demostrado ser antidepresivos clínicamente efectivos

Figura 4.4 La hipótesis de deficiencia monoaminérgica extendida



Fuente: Belmaker, R.H., and Agam, G. (2008). Major depressive disorder. *The New England journal of medicine*. Beersheba, Israel

El estrés, el eje hipotalámico hipófisis suprarrenal y los factores de crecimiento también intervienen en la fisiopatología de la depresión, cuando el hipotálamo percibe estrés desde la corteza cerebral libera CRH lo cual estimula la secreción de corticotropina hacia las glándulas suprarrenales y estas a su vez liberan cortisol hacia el torrente sanguíneo de la persona. Los

pacientes con depresión pueden tener un nivel elevado de cortisol en plasma, niveles elevados de CRH en líquido cefalorraquídeo e incrementos de RNA mensajero de CRH y su proteína con regiones límbicas del cerebro. Al usar dexametasona un corticoide sintético con el fin de bloquear la liberación de CRH por parte del hipotálamo, se evidencio que en aproximadamente la mitad de los pacientes más severamente deprimidos no hubo una supresión normal, lo cual fue revertido cuando se consiguió la remisión clínica en estos pacientes mediante terapia antidepresiva.

En estudios experimentales con ratones de laboratorio se observó que los que habían sufrido eventos adversos graves en las etapas iniciales de la vida así como en los que se había alterado los receptores de corticoides con la consecuencia de un incremento de la actividad de eje del corticoide, manifestaban una mayor inmovilidad en las pruebas de nado, lo cual revertía con el tratamiento con antidepresivos. Es posible que las leves elevaciones crónicas de cortisol, especialmente en la noche cuando hay una concentración baja tengan un efecto patogénico en la depresión, al mismo tiempo las elevaciones periféricas de cortisol podrían ser un reflejo de alteraciones centrales en la señalización de la CRH.

Varios tipos de estrés agudo, trauma infantil temprano o problemas psicosociales de larga data pueden estar involucrados y podría llevar a diferentes respuestas del sistema de estrés. Se ha hipotetizado que niveles altos de corticoides pueden reducir la neurogenesis, aspecto que no está completamente comprobado en el cerebro humano, pero esta relación podría estar relacionada con la disminución del tamaño del hipocampo en el cerebro de muchos pacientes con depresión. Generalmente el primer episodio de depresión es desencadenado por un importante episodio estresor psicosocial, mientras que los subsiguientes pueden estar desencadenados de manera más endógena, debido a estresores menores o espontáneamente, hay evidencia consistente de que la perdida de volumen del hipocampo y otras regiones del cerebro están relacionadas con la

duración de la depresión, sugiriendo que la pérdida de este volumen puede llevar hacia un incremento de la sensibilidad al estrés en el hipocampo e incremento de recurrencia para los desórdenes. También se ha reportado pérdida celular en la corteza pre frontal subgeniculada, atrofia del córtex pre frontal dorso lateral y orbito frontal, así como incremento de células en el núcleo dorsal del rafe e hipotálamo, durante estudios portmortem de pacientes con depresión, estos aspectos son similares a los encontrados en pacientes con enfermedad de Cushing sin embargo el nivel de cortisol es mayor en los últimos

Otros estudios postmortem han encontrado un nivel elevado de células secretoras de CRH en las regiones límbicas del cerebro, lo que reflejaría una respuesta compensatoria al incremento de las concentraciones de CRH, además la CRH produce una serie de alteraciones fisiológicas u comportamentales que se asemejan a los síntomas de la depresión mayor, lo cual incluye disminuciones del apetito, alteraciones del sueño, disminución de la libido y alteraciones psicomotoras, igualmente hay evidencia de que los antagonistas del receptor CRH1 reducen los síntomas de depresión y ansiedad

El comportamiento como de enfermedad como resultado de la activación del sistema de respuesta inflamatoria comparte igualmente síntomas con la depresión en los que se incluyen la fatiga, anhedonia, retraso psicomotor y deterioro cognitivo, la enfermedad esta mediada por citoquinas pro inflamatorias como la IL-1, TNF alfa e IL -6 los cuales activan el eje del cortisol y deterioran el sistema central de serotonina, se piensa que es posible que las citoquinas participen en la depresión de cierta población de pacientes, generalmente aquellos que presenten otras comorbilidades

Se ha observado mediante espectroscopia por resonancia magnética, reducciones de la concentración de GABA en la corteza pre frontal y occipital durante la depresión aguda, lo cual

puede reflejar efectos agudos del estrés, ya que este induce la down- regulation de la neurotransmisión GABAérgica pre frontal. Mientras que en otros estudios se ha observado alteraciones en el sistema de neurotransmisión del glutamato ya que después de la administración de ketamina un antagonista de receptores NMDA se produjeron efectos antidepresivos de gran magnitud y rapidez, igualmente los inhibidores de la liberación de glutamato han demostrado propiedades antidepresivas

En lo referente a las teorías cognitivas de la depresión tenemos a la teoría del reforzamiento, la cual manifiesta que los síntomas depresivos aparecen cuando el refuerzo positivo para un comportamiento sano disminuye, se ha propuesto que la limitación del contacto con fuentes internas o externas de distres, a través de comportamiento evitante y estrategias de afrontamiento, remueve a los individuos de contingencias de esfuerzos gratificantes, lo cual incrementa la posibilidad que los síntomas depresivos puedan desarrollarse y persistir. Existen 3 maneras en la que un refuerzo insuficiente puede existir, en la primera el ambiente puede ser insuficiente para proveer el refuerzo necesario para un adecuado funcionamiento por ejemplo la pérdida de un trabajo o ser querido podría representar la pérdida significativa de una fuente de reforzamiento, la inhabilidad de encontrar un trabajo o un matrimonio estresante podría ser causa de la continuidad de la falta de reforzamiento. La segunda forma ocurriría si la persona no tuviera las habilidades requeridas para obtener el reforzamiento en un ambiente en el que se encuentra disponible, pobres habilidades interpersonales evitarían que una persona desarrolle relaciones sociales satisfactorias o pobres habilidades de comunicación evitarían que se pueda mantener una relación marital tranquila. En tercer lugar los refuerzos podrían encontrarse disponibles pero la persona es incapaz de disfrutar o recibir satisfacción de ellos, la razón de esta condición sería ordinariamente la interferencia de la ansiedad, la persona sociablemente ansiosa no recibe funcionalmente los refuerzos, aunque estos sean emitidos por un ambiente social amistoso

Teoría de la impotencia aprendida, durante experimentos con animales se condicionó a un perro para asociar el sonido de un timbre con un evento adverso pero no dañino, en aquel caso un shock eléctrico, sin embargo el animal siempre tuvo la posibilidad de huir de aquel evento, posteriormente se colocó al perro condicionado en una caja con dos compartimentos separados por una reja baja, lo cual daba la posibilidad de escapar, se procedió tanto a administrar el shock con el tono como sin este, sin embargo al animal en ningún momento intentó escapar, mientras que usando perros no condicionados estos escaparon rápidamente. Es por esto que se observó que no solo el animal asocia el ruido con el shock, sino que el intentar huir del mismo era inútil, por lo tanto el perro aprendió a ser indefenso. Esto fue muy importante para la elaboración de la teoría de la impotencia aprendida de Seligman, el cual manifestó que las personas deprimidas habían aprendido a ser indefensas o impotentes, es decir que aquellas personas sienten que cualquier cosa que hagan será inútil y que no poseen ningún control sobre el entorno que los rodea, sin embargo era un punto clave para esta teoría, la forma de pensar que tuviera el individuo, se sugirió que las personas deprimidas tenían tendencia a usar un estilo de explicación más pesimista sobre eventos estresantes que las personas no deprimidas, las cuales manifestaban la tendencia de ser más optimistas por naturaleza. También se ha sugerido que personas con rasgos de personalidad depresivos son más vulnerables que otras para presentar depresión, entre los rasgos podemos encontrar introversión, auto crítica, escepticismo excesivo, excesiva crítica de otros, neurosis, melancolía y excesiva preocupación

Teoría del autocontrol, los modelos del autocontrol se concentran en la forma en la que las personas manejan su comportamiento en orden de obtener metas a largo plazo, en la depresión las personas se sienten desesperanzadas hacia sus metas futuras e impotentes en el manejo de su comportamiento, cuando una persona se deprime el comportamiento organizado hacia metas a largo plazo se deteriora inicialmente, la persona puede continuar a llevar a cabo las demandas

inmediatas del día a día en su existencia, pero un comportamiento que no influya en consecuencias inmediatas no será realizado. El modelo de autocontrol para la depresión describía que la persona podía poseer uno o más de seis déficits en el comportamiento del auto control. Primero, las personas deprimidas seleccionan selectivamente eventos negativos de sus vidas, con una relativa exclusión de los positivos. Segundo, las personas deprimidas centran su atención sobre las consecuencias inmediatas de su comportamiento, más que en las tardías. Tercero, los individuos deprimidos fijan estándares exigentes de auto evaluación, generalmente son perfeccionistas. Cuarto, estas personas dan atribuciones internas para sus fracasos y atribuciones externas para sus éxitos. Quinto, las personas deprimidas se administran insuficientes recompensas para mantener importantes dominios de comportamiento y sexto, administran excesivo auto castigo lo cual suprime el comportamiento constructivo en muchas áreas

Teoría cognitiva de Beck, este autor adopto el constructo teórico del esquema, el cual representa a unidades estructurales de información guardada que también funcionan para interpretar nuevas experiencias, actúan como plantillas contra las cuales nueva información es comparada e incorporada. Beck definió la depresión en términos cognitivos, señalando los elementos esenciales del desorden como la triada cognitiva, caracterizada por una visión negativa de sí mismo, una visión negativa del mundo y una visión negativa del futuro, la persona deprimida observa el mundo a través de un grupo organizado de esquemas que distorsionan la experiencia sobre la persona, el mundo y el futuro en una dirección negativa. Es un punto básico del acercamiento cognitivo que la interpretación esquemática siempre es mediadora entre una experiencia y la respuesta emocional hacia la misma, las cogniciones negativamente distorsionadas que una persona demuestra en una situación en particular son denominadas como pensamientos automáticos, son automáticos porque en un sentido la persona no se da cuenta de los pensamientos en si, sino únicamente de las consecuencias emocionales de aquellos. Los esquemas

depresivos son activados cuando una gran pérdida es percibida, un grupo organizado de esquemas negativos, formados anteriormente en la vida cuando grandes pérdidas fueron experimentadas, reemplazan los esquemas no distorsionados cuando la personas se deprime. La sobre generalización que ocurren en la depresión de debida a un reemplazo de toda una red de esquemas con otra

Clasificación de los desórdenes depresivos

De acuerdo al DSM-V el paciente debe cumplir los siguientes criterios para un episodio depresivo mayor

Tabla 3. Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

- | |
|--|
| <p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <ul style="list-style-type: none">(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. |
|--|

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Fuente: *American Psychiatric Association. DSM-5⁵⁷*.

A su vez el trastorno de depresión mayor puede tener características específicas en cada individuo

- Con distres ansioso
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el animo
- Con características psicóticas no congruentes con el animo
- Con catatonia
- De inicio en el peripato
- Con un patrón estacional

Los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo deben estar presentes todos los días con excepción del cambio de peso y la ideación suicida. El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable viéndose en algunos individuos raramente remisión, mientras que en otros pueden mantenerse por años sin síntomas o muy leves entre episodios discretos, generalmente la recuperación aparece dentro de un años para 4 de 5 individuos con este trastorno

- Desorden de desregulación disruptiva del ánimo

El aspecto más importante de este desorden es la irritabilidad severa, crónica y persistente, que posee dos manifestación predominantes como los frecuentes arranques de temperamento (3 o

más veces por semana) que aparecen generalmente debido a frustración y pueden ser verbalizados o manifestados físicamente. La segunda característica es la presencia de ánimo irritable o molesto de forma crónica persistente, que aparece entre los episodios de arranques. Este desorden es común entre los niños que son llevados a clínicas mentales pediátricas, la prevalencia es de alrededor de 2-5% de los niños, el inicio del desorden debe ser antes de los 10 años de edad, algunos de estos niños tiene la posibilidad de desarrollar otros desordenes en la vida adulta, generalmente los síntomas son proclives a cambiar mientras el niño va madurando

- Desorden depresivo persistente (distimia)

Este desorden a su vez puede manifestar características distintivas como

- Con distres ansioso
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el ánimo
- Con características psicóticas no congruentes con el ánimo
- Con un inicio en el periparto
- En remisión parcial
- En remisión total
- De inicio temprano
- De inicio tardío
- Con un síndrome distímico puro
- Con episodio depresivo mayor persistente
- Con episodios depresivos mayores intermitentes, con un episodio actual
- Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin un episodio actual

De acuerdo a la gravedad

- Leve
- Moderado
- Severo

La característica más importante de este desorden es un humor deprimido que se manifiesta durante la mayor parte del día por al menos 2 años o 1 año para niños y adolescentes, el trastorno depresivo mayor puede anteceder al este desorden así como también puede presentarse durante el mismo, este trastorno es una amalgama efectiva de lo que en el DSM IV se definía como desorden distímico y episodio depresivo mayor crónico, la prevalencia es de 0.5% en los Estados Unidos. Generalmente se presenta inicialmente en la infancia o adolescencia y tiene un curso crónico, las personas que lo presentan antes de los 21 años tienen más posibilidad de mostrar desordenes de uso de sustancias y de personalidad

- Desorden disforico premenstrual

Las características más importantes del síndrome disforico premenstrual son la presencia de labilidad emocional, irritabilidad disforia y síntomas de ansiedad que aparecen repetidamente durante la etapa premenstrual del ciclo y que se van al inicio de la menstruación o un poco después, puede estar acompañado también de síntomas físicos o de comportamiento, deben haber ocurrido durante la mayoría de los ciclos menstruales en el último año y desencadenado un efecto adverso en el ámbito profesional o social. La prevalencia de este desorden es de 1.8 – 5.8% de las mujeres que presentan ciclos menstruales, el desorden puede ocurrir en cualquier momento de la vida, pero algunas mujeres que los síntomas empeoran a medida que se acercan a la menopausia

- Desorden depresivo inducido por sustancias o medicación
 - Con inicio durante la intoxicación
 - Con inicio durante la abstinencia

Entre sus características está la observación de síntomas de desorden depresivo, asociados con el consumo por cualquiera de las vías disponibles para la sustancia, junto con la persistencia de los síntomas más allá de la duración esperada de periodo de los efectos fisiológicos, la intoxicación o la abstinencia. Se debe determinar cuidadosamente si la sustancia está realmente asociada con la inducción de un desorden depresivo o si el desorden apareció antes del consumo. La prevalencia en los Estados Unidos es de 0.26%, el desorden generalmente aparece en las primeras semanas o meses del inicio de consumo, una vez que se haya descontinuado la sustancia los síntomas remiten en días o semanas dependiendo de las características de la misma

- Desorden depresivo debido a otra condición medica

Esta caracterizado por un periodo prominente y persistente de humor deprimido o una marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades y se sospecha que se encuentra relacionado directamente con los efectos fisiopatológicos de otra condición médica. El inicio de los síntomas puede ser muy variable como en el caso del ECV en donde pueden aparecer en 24 horas o puede tardar semanas hasta meses, aunque generalmente se ha visto que el desorden aparece tempranamente en el curso de las enfermedades.

- Desorden depresivo inespecífico

En esta categoría se agrupan a los individuos que presentan un desorden depresivo que no cumple con las características necesarias para ser identificado o especificado como alguno de los previamente descritos, de la misma manera esta categoría puede ser empleada cuando el medico

elige no especificar la razón por la que no se cumplen los criterios por un desorden depresivo específico

Depresión y enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas han estado consistentemente asociadas con un incremento en la prevalencia de síntomas y desordenes depresivos, en ciertos casos la depresión puede ser causada por efectos específicos de la enfermedad e base sobre el paciente, entre estos se puede citar, afecciones del sistema nervioso central como el enfermedades cerebrovasculares, esclerosis múltiple o la enfermedad de Parkinson. En otro espectro de asociaciones se encuentra la limitación física que puede presentar la enfermedad sobre la persona, produciendo una disminución en la actividad diaria, de auto cuidado y actividades recreativas que previamente pudo haber tenido, esto produce un severo impacto en la calidad de vida de los pacientes, así como en la morbilidad, resultando en un pronóstico mas sombrío, además de una progresión más rápida de la enfermedad crónica. La mortalidad también se ha visto influida, se ha observado cierta asociación entre la depresión y las diversas causas de mortalidad, además de una gran asociación entre la depresión y la muerte por enfermedades cardiovasculares. Si bien en muchos casos resulta difícil realizar un adecuado screening para depresión en personas con enfermedades crónicas, debido a que sus síntomas pueden estar sobrepuestos, esto no es una excusa para descuidar un aspecto tan importante y con gran influencia en el manejo del paciente

Impulsividad

Definición

Se puede definir a la impulsividad como una predisposición presentar una reacción rápida, no planificada hacia estímulos internos o externos, sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones hacia el individuo u otras personas.

La impulsividad es una característica del comportamiento humano y puede ser tanto beneficiosa como perjudicial en el día a día, la habilidad de actuar por impulso nos podría permitir tomar una valiosa oportunidad o realizar una terrible decisión con la cual tengamos que vivir por el resto de la vida, la impulsividad puede ser vista como una dimensión de la personalidad normal, pero altos niveles de esta están relacionados con trastornos como el desorden de déficit de atención hiperactivo, manía, abuso de sustancia y desordenes de personalidad indicando que este rasgo de personalidad puede implicar una mala adaptación.

Se ha observado mediante el análisis de los cuestionarios existentes para determinar un rasgo impulsivo, que el comportamiento impulsivo consiste en varias dimensiones diferentes, algunas características de estas son una disminución del control inhibitorio, la intolerancia de recompensa retardada y la rapidez para tomar decisiones debida a falta de consideración

Fisiopatología

Los sistemas frontoestriatales han estado muy implicados en la respuesta a la inhibición y la disfunción en este circuito neuronal posiblemente este asociada a la producción de impulsividad. Tomando en cuenta el desorden de déficit de atención en el que la impulsividad representa una de sus características fundamentales, en este a pesar de que no se encuentra una etiología totalmente identificada, se ha observado que este desorden deriva de la disfunción de la corteza pre frontal, así como otras anormalidades localizadas en la corteza orbito frontal, esta ha sido sustentado con el hecho de que personas que han sufrido lesiones o trauma nivel de estas estructuras han mostrado similitud clínica con los pacientes con desorden de atención, más específicamente en lo referente a la disfunción atencional y distracción.

Igualmente se ha observado que a nivel subcortical existen estructuras que podrían estar relacionadas con las manifestaciones, como los ganglios basales, mediante estudios de imagen funcional se comparó niños con trastorno de déficit de atención con controles sanos y se evidencio activación frontoestriada atípica durante la realización de un tarea de hacer o no hacer, lo cual sugiere que existe una participación de estas estructuras en el déficit de control del impulso observados.

Algunas de las estructuras que podrían verse afectadas por la disfunción de la corteza pre frontal se encuentran encargadas de funciones como la preparación para actuar y realizar cambios entre las alternativas, así como inhibir respuestas inapropiadas durante las tareas programadas, una estructura en la corteza pre frontal, específicamente un daño a nivel de la corteza frontal ventromedial, incorporado también la corteza orbito frontal, muestran una toma de decisiones

mal adaptativa y un comportamiento social aberrante el cual se lo describe muchas veces como impulsivo

El núcleo accumbens ha sido señalado como un componente importante en la regulación del comportamiento relacionado a la recompensa, este núcleo es fundamental en el circuito límbico cortico estriado el cual está altamente implicado con el comportamiento dirigido hacia las metas, el núcleo accumbens recibe información de áreas de la corteza, el hipocampo y la amígdala y las proyecta hacia estructuras motoras como el núcleo caudado, el putamen e indirectamente hacia el tálamo medio dorsal. Se ha observado que lesiones excitotóxicas en la amígdala baso lateral incrementan las decisiones impulsivas indicando que esta estructura junto con el núcleo accumbens interactúan en la regulación de la impulsividad

Para el tratamiento del desorden de déficit de atención generalmente se utilizan las anfetaminas o el metilfenidato, lo que implica una desregulación de los neurotransmisores monoaminérgicos, particularmente la dopamina o noradrenalina, la administración de D- anfetamina ha demostrado disminuir la toma de decisiones impulsivas en las personas. La disfunción del sistema dopaminérgico puede implicar también una parte de la responsabilidad de los síntomas en el desorden de déficit de atención, eso está fomentado en que se ha reportado alteraciones en el transportador de dopamina y anomalías en la actividad de la DOPA descarboxilasa dentro de la corteza pre frontal en los pacientes con este desorden

Se ha propuesto que la base común para múltiples efectos de comportamiento asociado con la disminución de los niveles de serotonina en el cerebro, era la desinhibición del comportamiento, lo cual se podría correlacionar directamente con la impulsividad, se ha establecido una correlación entre los niveles bajos del metabolito de la serotonina el ácido 5- hidroxindolacético (5-HIAA) en el líquido cerebro raquídeo y la agresión impulsiva más que la no impulsiva. Además se ha

observado una asociación entre el desorden de déficit de atención y un polimorfismo en el gen del transportador de la serotonina y una variante alélica del gene codificador del receptor de serotonina 1B, sin embargo la falta de evidencia que los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina tengan poco o nulo efecto en el tratamiento de este desorden sugieren que la serotonina no necesariamente jugaría un rol central en la etiología de este desorden.

Realizando una reducción de los niveles de serotonina por medio de la depleción del triptófano, se ha observado que se incrementa la respuesta de impulsividad particularmente en aquellos individuos con historia de desórdenes psiquiátricos. Se piensa que la importancia de la serotonina puede ser por medio de interacciones con la dopamina, ya que la serotonina es importante para la reducción del comportamiento impulsivo en el tratamiento con anfetaminas

Desordenes relacionados con el rasgo de personalidad impulsiva

Existen una variedad de desórdenes clasificados en el DSM V en los cuales el rasgo impulsivo juega un papel fundamental como por ejemplo el desorden desafiante oposicional, desorden intermitente explosivo, desorden de conducta, síndrome de déficit de atención, piromanía, cleptomanía, tricotilomanía, en todos estos desordenes existe un rasgo de impulsividad en la personalidad del individuo que los hace propensos a realizar acciones sin tomar en cuenta las consecuencias que estas puedan acarrear en contra de sí mismo o de otros

Suicidio en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Durante el curso de la enfermedad pueden ocurrir situaciones en las que una persona diagnosticada este propensa a cometer un intento auto lítico, se ha visto que puede representar el 4-6.4% en lo referente a causas de muerte en personas con VIH. En los primeros años de la enfermedad y previamente a las implementación de terapia antiretroviral de amplia efectividad el mal pronóstico de los pacientes contribuía en gran parte a las altas tasas de suicidio, estos pacientes presentaban un riesgo 7 a 36 veces mayor de suicidio que las personas no portadoras del virus.

Igualmente el riesgo de suicidio en los portadores del virus de inmunodeficiencia humana puede ser mayor al compararlo con otras enfermedades crónicas como diabetes o enfermedades cardiovasculares, esto hasta un punto podría estar explicado por diferentes factores asociados que acarrea el ser hospedero del virus, tanto en el entorno familiar y social, este tipo de variantes no están tan fuertemente presentes en las patologías antes mencionadas, el individuo al contraer esta enfermedad se ve obligado a enfrentar una sociedad con gran desconocimiento sobre la enfermedad, con diferentes mitos y tabúes que no han sido propiamente revertidos por la información y la educación pública, en una gran cantidad de casos los sujetos son víctimas de una gran exclusión y estigma social, que los obliga a apartarse de la sociedad

Esta segregación influye negativamente en la respuesta a la enfermedad, se ha visto que disminuye la posibilidad de que los pacientes puedan acudir a tiempo tanto para el diagnóstico temprano como para el manejo de la enfermedad y sus posibles complicaciones, a pesar de que el daño se está presentando mayoritariamente en ellos, esto no es algo limitado, las personas al mantenerse en desconocimiento de su estado inmunitario son capaces de seguir siendo un

vehículo de transmisión para nuevas transmisiones a terceros. Posponer el inicio de la valoración y atención a cargo de los profesionales de la salud, provoca que el cuerpo del hospedero exhiba un considerable deterioro inmunitario al momento del primer contacto con el médico, y la posibilidad de encontrarse en una etapa clínica más avanzada con el acontecimiento de enfermedades oportunistas.

Independientemente de las enfermedades oportunistas, es conocido que los niveles de linfocitos T CD4 a pesar de que se inicie la terapia antiretroviral de gran efectividad, no volverán a situarse en los niveles previos, por lo tanto es fundamental que el potencial hospedero conozca si diagnóstico tempranamente, mientras más se prologue esto, el pronóstico de la enfermedad podrá verse afectado en mayor o menor medida

El consumo de sustancias sean estas lícitas o ilícitas igualmente se encuentra asociado al riesgo de cometer suicidio, aparte de los posibles riesgos que pueda entrañar el consumo mismo de la sustancia como sobredosis, accidentes, violencia, comportamientos de riesgo con la posibilidad de contraer nuevas enfermedades transmisibles, existe un incremento de conductas depresivas y suicidas en los usuarios de drogas o alcohol

Durante la evolución de la enfermedad se observa generalmente un aumento de riesgo en dos etapas básicamente, durante las primeras semanas posteriores al diagnóstico de ser portadores del virus de la inmunodeficiencia humana, debido al gran impacto que acarrea esta noticia, los sentimientos de desesperanza, marginamiento y culpa que acompañan la noticia.

Consecutivamente el paciente una vez que haya aceptado su enfermedad y se haya logrado un abordaje adecuado de la patología así como de su percepción de la enfermedad, su vida y el futuro

experimentara una disminución de la posible ideación suicida que apareció al momento del primer contacto, usualmente esto se podrá mantener mientras el paciente permanezca en una fase estable de la enfermedad. La segunda etapa considerablemente asociada con suicidio es en la que ya aparece un marcado deterioro inmunitario en conjunto con la expresión clínica del desgaste de su sistema inmune, mientras la salud y la calidad de vida del sujeto van deteriorándose, la ideación suicida puede incrementarse nuevamente.

Debido a la falta de estudios realizados con respecto a este tema, la literatura es bastante escasa en lo referente a datos, además varios estudios han sido conducidos en países del África sub – sahariana, lo que implica una gran cantidad de variables que no necesariamente representen la realidad de otros países, debido a la delicada situación socio-económica que viven estos países, los continuos conflictos armados, la falta de seguridad alimentaria, falta de medicinas y otras patologías que acompañan la realidad de estas naciones.

Durante un estudio conducido en Sudáfrica, se encontró datos referentes a que aproximadamente un 20.5% de personas demostraron ideación suicida en las 72 horas siguientes al diagnóstico del ser portadores de VIH, y las mismas seis semanas después experimentaron un incremento de la ideación representando un 32% de los encuestados, fue descubierto también un mayor riesgo en las poblaciones jóvenes (menores de 30 años) siendo este grupo etario en el que más se presenta la transmisión. Asimismo un riesgo 1.8 veces mayor de cometer suicidio fue evidenciado en las personas de género masculino en comparación con su contraparte femenina.

Estudios realizados en África han mostrado un riesgo de suicidio moderado a severo en 7,8% (Uganda, 2012), en este estudio se tomó en cuenta variables como género femenino, inseguridad alimentaria, incremento de eventos negativos vitales, estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, entre otros. En otros estudios se ha encontrado riesgo de suicidalidad moderado a

severo de 12,4% (Kinyanda 1998) en Uganda antes del tratamiento con ARV y 13% (Petruskin et al. 2005) en Uganda después del tratamiento con ARV.

En un estudio realizado en América latina por investigadores colombianos se encontró una relación entre la intención e ideación suicida con algunas variables como sexo, edad, estado civil, diferentes estadios de la enfermedad y otros aspectos psicoactivos en las personas con VIH/SIDA. Una muestra de lo anterior es el hallazgo de una mayor probabilidad de realizar un intento de suicidio si la persona pertenecía al género masculino, si había completado solamente el nivel primario de educación, si su estado civil era soltero y si pertenecía a un nivel socioeconómico entre bajo y medio. Esto nos indica que existen factores que son mayormente determinantes que otros a la hora de evaluar la posibilidad de suicidio en una persona portadora del virus. Si se pudiera reconocer estas características y el riesgo que posee el individuo, tempranamente sería posible derivar a estos pacientes hacia una valoración oportuna y manejo adecuado en la especialidad, con lo cual, los intentos de suicidio o suicidio completado se verían disminuidos.

Otros factores influyentes encontrados en la literatura son la falta de empleo, estado civil soltero, vivir solo o en una institución, antecedentes de comportamiento suicida y tener dos o más factores de riesgo psiquiátricos o cognitivos.

Metodología

Problema de investigación

¿Qué porcentaje de pacientes recientemente diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana presentan ideación o comportamiento suicida y cómo influyen los factores socio-demográficos, sociales y psicológicos?

Justificación

Debido a una falta de literatura, además de estudios que puedan estar relacionados con el medio Latinoamérica y de nuestro país, me ha parecido apropiado llevar a cabo un estudio con el objetivo de contar con información del porcentaje de individuos que presentan ideas suicidas o intención de cometer suicidio después de ser diagnosticados de infección por el VIH mediante métodos de laboratorio, y cómo los diferentes factores socio-demográficos, sociales y psicológicos, asociados a estas personas podrían influir en su decisión de llevar a cabo un intento auto lítico. Asimismo, al tener en cuenta esta información y conocer el número de pacientes que se encuentran en riesgo, se podría pensar en la recomendación de realizar un tamizaje en todos los recién diagnosticados con el objetivo de prevenir y/o disminuir el suicidio, mientras que en pacientes que poseen un riesgo inminente de cometer suicidio, realizar intervenciones que eviten el cometimiento del acto.

Considero que al ser un grupo de pacientes reducido y al existir un gran estigma hacia las personas portadoras de este virus, lastimosamente no se ha logrado dar una atención integral en donde se cubran los aspectos psicológicos del individuo, es por esto que me parece útil conocer el impacto que tiene la noticia sobre la vida de los pacientes

Objetivos

Objetivo general

Determinar el porcentaje de pacientes que presentan ideación suicida y comportamiento suicida al recibir un diagnóstico definitivo de infección por el VIH en los noventa días posteriores al diagnóstico

Objetivos específicos

- Establecer la intensidad de la ideación suicida de acuerdo a la presencia de idea, método o plan
- Establecer las características del comportamiento suicida en pacientes con ideación suicida
- Establecer la posible relación de presencia de ideación suicida con diferentes factores socio demográficos en los pacientes

Métodos

Se utilizaron como criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Tabla 5.1 Criterios de inclusión

Edad	Mayores de 18 años
Idioma	Idioma español o inglés
Sexo:	Masculino y femenino
Recolección de datos	En capacidad física y mental de responder fiablemente tanto las preguntas de las escalas como de la entrevista
Diagnóstico definitivo	Pacientes con diagnóstico definitivo de infección por VIH (Western Blot o carga viral)
Tiempo de diagnóstico definitivo	Diagnóstico definitivo de la enfermedad no mayor de 90 días (Western Blot o carga viral)
Consentimiento	Lectura, comprensión y aceptación del consentimiento informado
Antecedentes patológicos personales	Ausencia de intentos de suicidio previos

Criterios de exclusión

Tabla 5.2 criterios de exclusión

Edad	Menores de 18 años Mayores de 55 años
Antecedentes patológicos personales	Personas con capacidades especiales Patología psiquiátrica previa diagnosticada por un médico Presencia de enfermedades terminales Mujeres embarazadas
Idioma	Personas con un idioma diferente al español o inglés
Recolección de datos	Alteraciones físicas o mentales que impidan una recolección de información confiable
Diagnostico	Pacientes sin diagnóstico definitivo de

	infección por VIH (Western Blot o carga viral)
Antecedentes farmacológicos	Actualmente en tratamiento con antidepresivos

Operacionalización de variables de estudio

1. Ideación suicida
2. Actos de preparación o comportamiento suicida
3. Intento de suicidio
4. Intento interrumpido
5. Intento abortado
6. Comportamiento auto lesivo no suicida
7. Depresión
8. Impulsividad
9. Consumo de sustancias psicoactivas
10. Edad
11. Género
12. Grupo socioeconómico
13. Nivel de estudios
14. Aceptación de la enfermedad
15. Aceptación familiar
16. Redes de apoyo

Definición operacional de variables empleadas en la investigación

Tabla 5.3 Definición operacional de variables

Variable	Definición	Definición operacional	Categoría o escala	Indicador
Variables dependientes				
Ideación suicida	Pensar, considerar o planear suicidio (CDC)	Respuesta positiva a cualquiera de las preguntas 1-5 en el C-SSRS	SI – NO	# de ideaciones/total de observaciones
Actos de preparación o comportamiento	Actos o preparación ante inminentemente realizar un intento	Respuesta positiva a la pregunta sobre	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/total de observaciones • # de casos no/total

suicida	suicida, esto puede incluir cualquier acto más allá de una verbalización o pensamiento, como el montaje de un método específico o la preparación para la muerte de uno por suicidio (C-SSRS)	actos de preparación o comportamiento suicida; o a la pregunta sobre comportamiento suicida durante la entrevista en el C-SSRS		de observaciones
Intento de suicidio	Cualquier acto realizado con al menos algún deseo de morir, como resultado del acto (C-SSRS)	Cualquier respuesta positiva a las pregunta intento de suicidio	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si / total de observaciones • # de casos no/total de observaciones
Intento interrumpido	El individuo es interrumpida por una circunstancia externa de iniciar el acto potencialmente auto lesivo, si ya ha sido iniciado se convierte en intento de suicidio (C-SSRS)	Respuesta positiva a la pregunta sobre intento interrumpido	SI - NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/total de observaciones • # de casos no/total de observaciones
Intento abortado	El individuo empieza a tomar medidas para cometer intento de suicidio, pero se detienen ellos mismos antes de iniciar cualquier comportamiento auto-destructivo (C-SSRS)	Respuesta positiva a la pregunta sobre intento abortado	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/total de observaciones • # de casos no/total de observaciones
Comportamiento auto lesivo no suicida	Llevar a cabo comportamiento auto lesivo sin ningún deseo de acabar con su vida, ya sea realizado para afectar su estado interno (sentirse mejor, aliviar dolor) o por circunstancias	Respuesta positiva a la pregunta sobre comportamiento auto lesivo no suicida	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/total de observaciones • # de casos no/total de observaciones

	externas (ganar simpatía, ganar atención)			
--	---	--	--	--

Variables independientes

Factores psicológicos y clínicos

Variable	Definición	Definición operacional	Categoría o escala	Indicador
Depresión	La depresión es un trastorno del estado de ánimo que produce una sensación de tristeza y falta de interés. (Mayo Clinic – Depression)	Resultado al administrar la escala auto aplicada de Zung a los sujetos en estudio	<ul style="list-style-type: none"> No depresión Depresión leve Depresión moderada Depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> # de casos de no depresión/total de observaciones # de casos de depresión leve/total de observaciones # de casos de depresión moderada/total de observaciones # de casos de depresión grave/total de observaciones
Impulsividad	Rasgo de personalidad multidimensional relacionado con el control de las emociones y el comportamiento (Barratt, ES.; Orozco-Cabal, LF.; Moeller, FG. Impulsivity and sensation seeking: a historical perspective on current challenges. In: Stelmack, R.,	Resultado de la administración de la escala de impulsividad de Barratt BIS 11	<ul style="list-style-type: none"> Baja impulsividad Alta impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> # de casos de baja impulsividad/total de observaciones # de casos de alta impulsividad/total de observaciones

	<p>editor. On the psychobiology of personality: essays in honor of Marvin Zuckerman. Amsterdam: Elsevier Science; 2004. p. 3-17.)</p>			
Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de al menos una sustancia con características psicoactivas legal o ilegal como (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.)	Consumo regular 2 o más ocasiones al mes de: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína u otras drogas)	SI - NO (especificar)	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/ total de observaciones • # de casos no/ total de observaciones

Factores socio-demográficos

Variable	Definición	Definición operacional	Categoría o escala	Indicador
Genero	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. (OMS)	Identificación que realiza la persona de su género al marcar como masculino o femenino	MASCULINO FEMENINO	<ul style="list-style-type: none"> • # de hombres/ total de observaciones • # de mujeres / total de observaciones
Edad	Número de años que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad actual de la persona al consultar su fecha de nacimiento en el Registro Civil del Ecuador	Años	Promedio, modo
Grupo socioeconómico	Posición o status que obtiene una persona en la	Resultado al realizar la	<ul style="list-style-type: none"> • A- alto • B – medio 	<ul style="list-style-type: none"> • # de A/ total de observaciones

	sociedad a través de los recursos económicos que posee (Romaguera & Uzcátegui, 2001)	encuesta de estratificación de nivel socioeconómico del INEC	alto <ul style="list-style-type: none"> • C+ - medio típico • C- - medio bajo • D – bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • # de B/ total de observaciones • # de C+/ total de observaciones • # de C-/ total de observaciones • # de D/ total de observaciones
Nivel de estudio	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal (Venescopio, 2006)	Nivel de estudios alcanzado por la persona, que consta en su documento de identidad	Primaria Secundaria Superior	<ul style="list-style-type: none"> • # de primaria/ total de observaciones • # de bachiller/ total de observaciones • # de superior/ total de observaciones

Factores sociales

Variable	Definición	Definición operacional	Categoría o escala	Indicador
Aceptación de la enfermedad	Actitud conforme hacia un concepto, posición, individuo o grupo	Presencia de actitudes que demuestren que la persona es capaz de aceptar su diagnóstico y enfrentarlo de una manera adaptativa y dinámica, de acuerdo a las preguntas formuladas en la entrevista semi-estructurada	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/ total de observaciones • # de casos no/ total de observaciones
Aceptación familiar	Situación en la que la familia siendo conocedora de	Ausencia total de rechazo o segregación del individuo por	SI - NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si/ total de observaciones • # de casos no/ total de observaciones

	su condición no ha decidido rechazar o alejarse del individuo	parte de familia (padres, pareja, hijos, hermanos), de acuerdo a las preguntas formuladas en la entrevista semi - estructurada		
Redes de apoyo	Conjunto de relaciones interpersonales que vincula a las personas con otras de su entorno y les permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca 2002)	Respuesta positiva del paciente sobre si posee grupos de apoyo sean estos familiares, personales o comunitarias	SI – NO	<ul style="list-style-type: none"> • # de casos si / total de observaciones • # de casos no / total de observaciones

Muestra

El estudio será realizado en el hospital general Enrique Garcés de la ciudad de Quito, Ecuador, con pacientes recién diagnosticados de infección por el VIH, entre los meses de Marzo del 2016 y Septiembre del 2016, para la elección de la muestra se escogerán a todas las personas con un diagnóstico definitivo de la enfermedad menor a 90 días, que hayan firmado el consentimiento informado y posean el perfil adecuado para el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, dando así igual oportunidad de ser escogidos a todos los pacientes

Serán incluidos individuos tanto de género masculino como femenino, de diferentes estratos socioeconómicos, nivel de estudio y edad

Bases para calcular tamaño de la muestra

$$Z= 1,65$$

$$P= 0,05$$

$$E= 0,05$$

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

$$n = 1,65^2 \frac{0,05(1-0,05)}{0,05^2}$$

$$n = 51.775$$

La muestra es representativa porque se está escogiendo a todas las personas que sean diagnosticadas con la enfermedad en el servicio del hospital y que cumplan con los requerimientos para el estudio, sin tomar en cuenta su edad, condición social, nivel de estudios, etnia, entre otras características

Tipo de estudio

Se realizara un estudio descriptivo exploratorio transversal, con el objetivo de establecer el porcentaje de pacientes que presentan ideación o comportamiento suicida, en los 90 días posteriores al diagnóstico definitivo de infección por VIH y relacionar este fenómeno con las diferentes características y factores que influyen en la vida de las personas, además de que mediante esta correlación se pueda determinar las variables más predominantes e identificar a los pacientes que se encuentran en un mayor riesgo de un intento de suicidio

Procedimiento de recolección de la información

Para la realización de la recolección de datos del proyecto de titulación, el hospital general Enrique Garcés fue informado, así como cualquier personal de salud que tuviera participación con los pacientes en cuestión, por lo que el hospital después de la revisión y teniendo en cuenta las sugerencias que presentaba, otorgo la autorización para conducir dicha investigación en sus instalaciones, prestando las facilidades necesarias

Cuestionarios

La información concerniente acerca de la ideación suicida fue recolectada por medio del entrevistador empleando el cuestionario Columbia Suicide Severity Rating Scale, el cual consta de 11 categorías con cinco subtipos de ideación suicida, cinco subtipos de comportamiento suicida y comportamiento auto lesivo sin intención suicida, la escala fue realizada con el objetivo de identificar presencia de ideas suicidas o comportamiento suicida y su intensidad. Debido a una falta de traducción de la escala hacia el idioma español, se utilizó la escala en su idioma original, la misma fue aplicada por el entrevistador una vez que había sido estudiada detalladamente y posterior al estudio de los instructivos tanto escritos como en video del Columbia Centers for Suicide Risk Assessment y al haber aprobado satisfactoriamente el curso impartido por el mismo organismo para realizar este test en la práctica clínica

Para la valoración de presencia de depresión en los pacientes se utilizó la escala de depresión de Zung, utilizando la versión validada para el idioma español por profesionales de la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual consta de 20 ítems que valora síntomas afectivos, psicológicos y somáticos asociados con la depresión, con una puntuación de 1-4 para cada pregunta, con valores totales de 20-80 y clasifica a los individuos en cuatro categorías normal, leve, moderada y severa de acuerdo al puntaje obtenido al administrar el instrumento. La recolección de información se realizó de forma conjunto entre sujeto y entrevistador respetando totalmente la respuesta dada por el individuo y sin ningún intento de influir en la misma

La impulsividad igualmente fue valorada por medio de la escala de impulsividad de Barratt (BIS11) utilizando la versión validada para el idioma español por parte de la Universidad de Oviedo en España, la cual de acuerdo a varias referencias bibliográficas se califica como el gold estándar para la identificación de personalidad impulsiva en los sujetos, se trata de un cuestionario diseñado para valorar el constructo de la personalidad/comportamiento impulsivo, está compuesto de 30 ítems que describen comunes preferencias o comportamientos impulsivos o no impulsivos, usa una puntuación de 1-4 para cada pregunta y valora 6 factores de primer orden que son atención, estabilidad cognitiva, perseverancia, aspecto motor, auto control y complejidad cognitiva, asimismo valora 3 factores de segundo orden que son el componente atencional, motor y no planeado. La escala puede ser tanto homoaplicada como heteroaplicada, en este estudio la escala fue aplicada por el entrevistador, realizando las preguntas y calificándolas de acuerdo a la frecuencia con la que este comportamiento o acción se daba en la vida del individuo.

No existe un punto de corte establecido, pero se ha recomendado el uso de la media más una desviación estándar para clasificar a las personas entre sujetos con baja impulsividad o alta impulsividad

La evaluación de la situación socioeconómica en el paciente fue medida de acuerdo a la Encuesta de estratificación de nivel socioeconómico, INEC, consta de 25 ítems divididos en 6 apartados: características de la vivienda, acceso a tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación, actividad económica del hogar. Fue realizada con la intención de clasificar a las personas de acuerdo a su nivel socioeconómico en cinco categorías. La recolección de estos datos fue realizada por el entrevistador, facilitando la información necesaria al los sujetos para conseguir la información más cercana a la realidad

Entrevista semiestructurada

La entrevista entre los pacientes y la persona a cargo del estudio se realizó en condiciones de seguridad, confidencialidad y comodidad para el paciente, todas las entrevistas se llevaron a cabo en la unidad integral de atención de personas viviendo con VIH del hospital Enrique Garcés y en el piso de infectología para los pacientes hospitalizados con capacidad de proveer datos fidedignos. Posteriormente a la introducción y descripción del estudio realizado, se obtuvo el consentimiento de los pacientes, asegurando que cualquier tipo de información suministrada al entrevistador será totalmente confidencial y únicamente se empleará para fines educativos.

La entrevista consta de dos secciones, en la primera se recopilan datos de filiación relevantes para el estudio, de acuerdo a las definiciones operacionales que se han mencionado anteriormente, y una segunda parte en la que por medio de diálogo con el paciente se busca una respuesta a tres variables importantes como la presencia de apoyo familiar para el paciente, la aceptación de la enfermedad y la existencia de redes de apoyo que puedan brindar sustento al sujeto en momentos de crisis

Análisis de datos

La muestra fue calculada con un intervalo de confianza de 90%, los casos fueron recolectados sistemáticamente a todas las personas que cumplían con los criterios de inclusión y después de obtener su consentimiento, para el análisis de los datos se utilizó el cálculo de prueba de hipótesis para diferencia de proporciones, la prueba de Chi cuadrado, con los grados de libertad necesarios

y el cálculo del valor de P, igualmente se utilizó el Odds Ratio para la comparación de dos variables utilizando un intervalo de confianza del 95% y con el cálculo del valor de P, además de esto en variables numéricas fue utilizado el promedio y la moda

Resultados

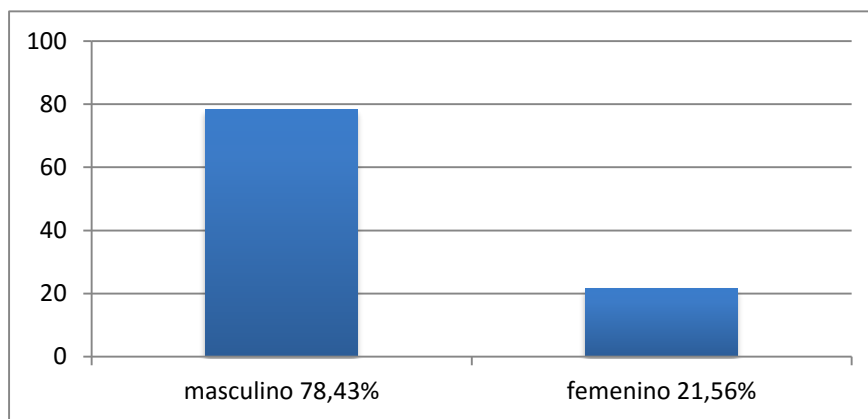
Análisis univariado

En el estudio fueron evaluados 51 pacientes con un diagnóstico definitivo de portadores del virus de la inmunodeficiencia humana no mayor de 90 días

Genero

La mayoría de participantes fueron de género masculino con 40 pacientes, mientras que de género femenino se presentaron 11 pacientes

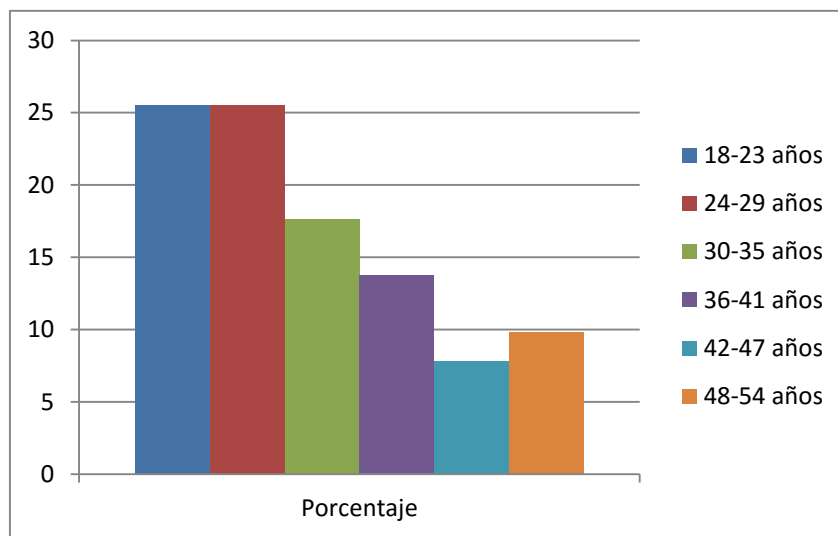
Grafico 6.1 Distribución porcentual de pacientes recientemente diagnosticados de portadores del virus de la inmunodeficiencia humana de acuerdo al género en el Hospital General Enrique Garcés



Edad

El promedio de edad de los participantes fue de 31,76 años. La moda tuvo una distribución trimodal con las edades 23, 27 y 28 años con 4 participantes en cada una, la mediana fue 29 años

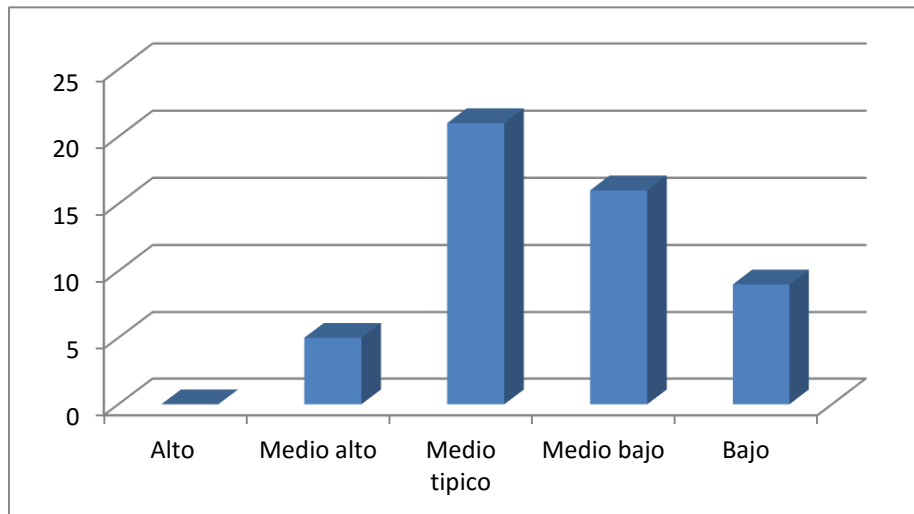
Grafico 6.2 Distribución porcentual por grupo etario de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Nivel socioeconómico

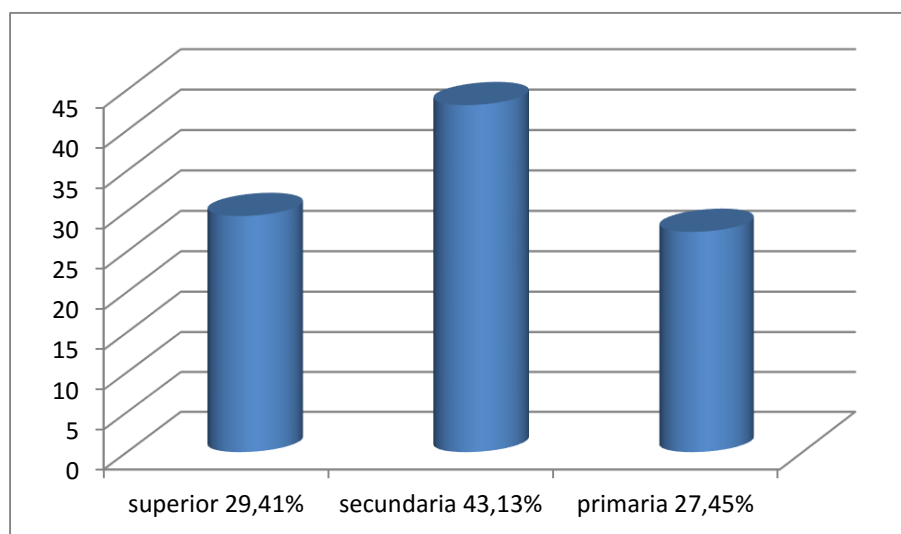
Porcentualmente los participantes estaban representados de la siguiente manera: 41.17% para el estrato medio, estrato medio bajo 31.37%, estrato bajo 17.64%, estrato medio alto 9.8% y estrato alto 0%

Grafico 6.3 Distribución por nivel socioeconómico de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Nivel de estudio

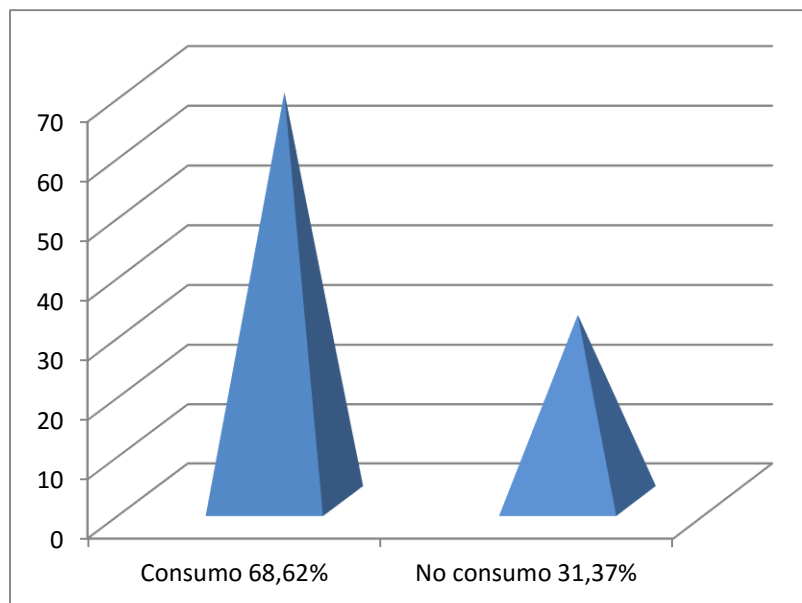
Grafico 6.4 Distribución porcentual por nivel de estudio de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Consumo de sustancias psicoactivas

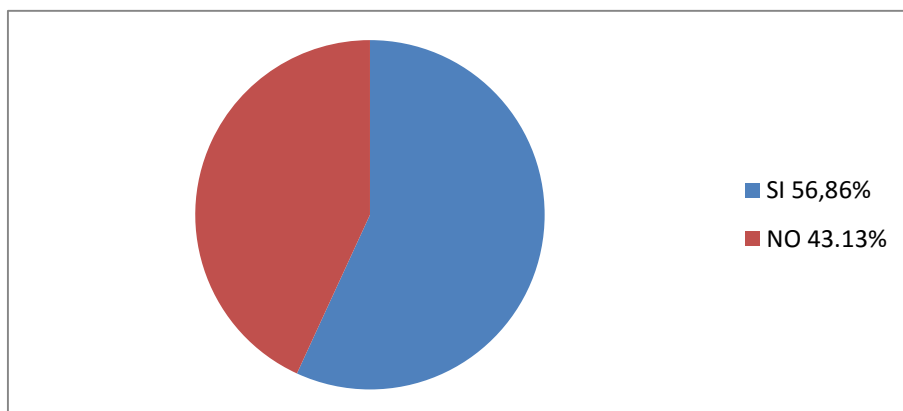
Los pacientes recientemente diagnosticados mostraron un predominio de consumo de sustancias psicoactivas, 36 personas consumidoras y 15 no consumidoras. Los individuos tenían una preferencia por el alcohol, 28 sujetos lo ingerían más de 2 ocasiones al mes, la segunda sustancia de elección era el tabaco con 9 sujetos y en tercer lugar la marihuana con 6 usuarios, es necesario mencionar que en ciertos casos los usuarios utilizaban 2 o más sustancias a la vez. Además también hubo consumo de otro tipo de drogas como cocaína, "poppers", LSD y hongos alucinógenos en una cantidad muy limitada de pacientes

Grafico 6.5 Distribución porcentual por consumo de sustancias psicoactivas de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



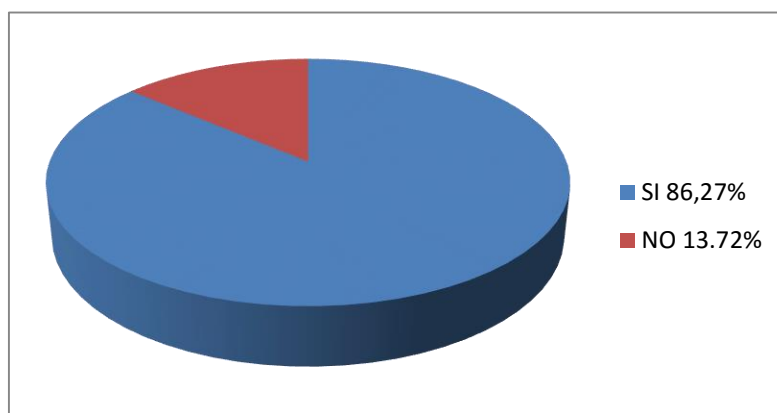
Aceptación familiar

Grafico 6.6 Distribución porcentual por aceptación familiar de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



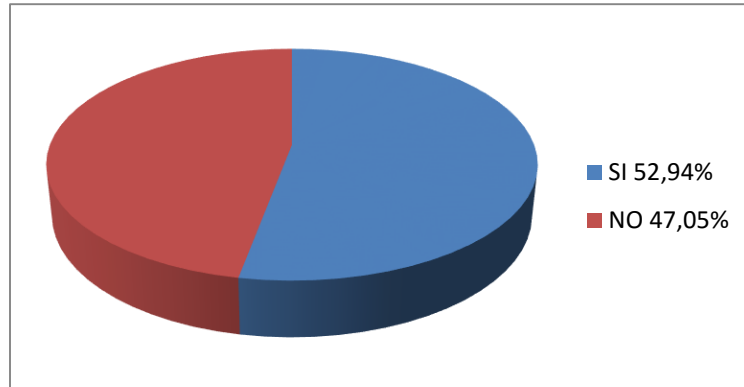
Aceptación de la enfermedad

Grafico 6.7 Distribución porcentual por aceptación de la enfermedad de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Redes de apoyo

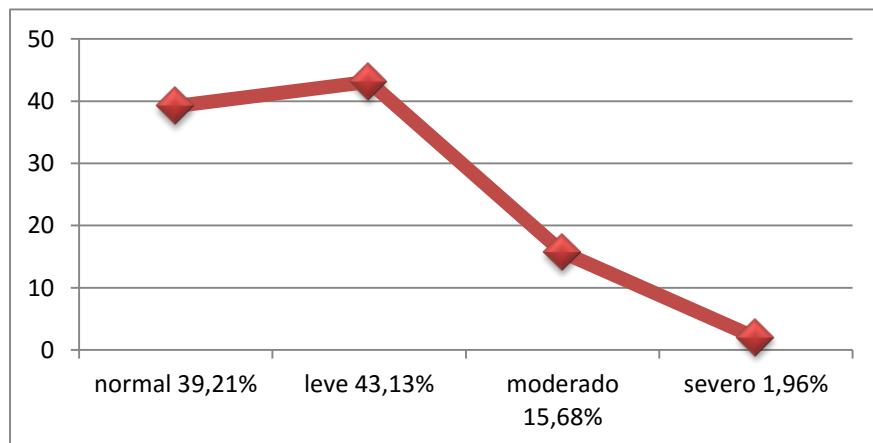
Grafico 6.8 Distribución porcentual por presencia de redes de apoyo de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Depresión

31 pacientes posiblemente exhibían algún grado de depresión, mientras 20 pacientes no habían marcado un score suficiente para conferirles un posible grado de depresión

Grafico 6.9 Distribución porcentual por posible grado de depresión en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Impulsividad

Para la valoración de la impulsividad debido a que no existe un valor de corte por medio del cual se pueda identificar a sujetos con alto o bajo rasgo impulsivo, se tomó en cuenta la recomendación del autor así como de otros estudios en los que se ha empleado el cuestionario y se usó como punto de corte, el promedio más una desviación estándar de la población entrevistada en el estudio por lo que tenemos:

Promedio de resultados del cuestionario en la población: 64.41

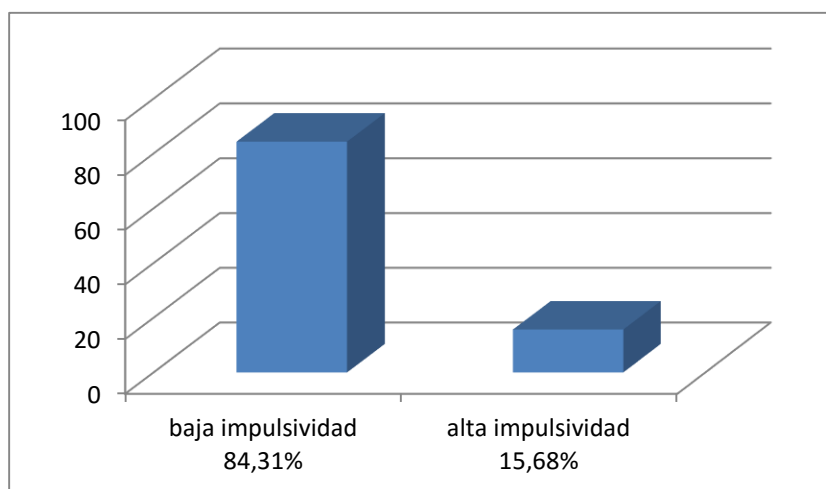
Varianza de la población: 121.48

Desviación estándar: 11.021

Punto de corte para el estudio: 75 puntos

- Alto rasgo impulsivo: puntaje > 75 puntos
- Bajo rasgo impulsivo: puntaje < 75 puntos

Grafico 6.10 Distribución porcentual por grado de rasgo impulsivo de pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el Hospital General Enrique Garcés



Ideación suicida

De los 6 pacientes que presentaban ideación suicida, 4 presentaban una ideación calificada como severa, lo que se traduce en la existencia de intención para actuar o la elaboración de un plan para el suicidio en donde se detalla momento lugar y forma en la que se llevara a cabo el intento auto lítico. Igualmente de los 6 pacientes entrevistados 2 demostraban una gran intensidad de ideación suicida, caracterizado por presencia de pensamiento suicida, dificultad para controlar el pensamiento, duración de los pensamientos, razones para la ideación y disuasorios.

Grafico 6.11 Distribución porcentual por presencia de ideación suicida de pacientes recientemente diagnosticados de infección por VIH en el Hospital General Enrique Garcés

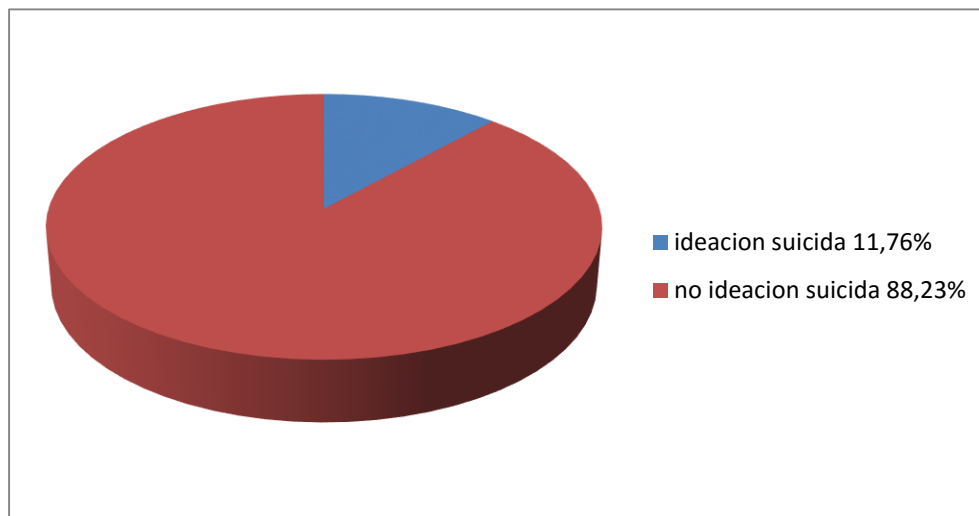
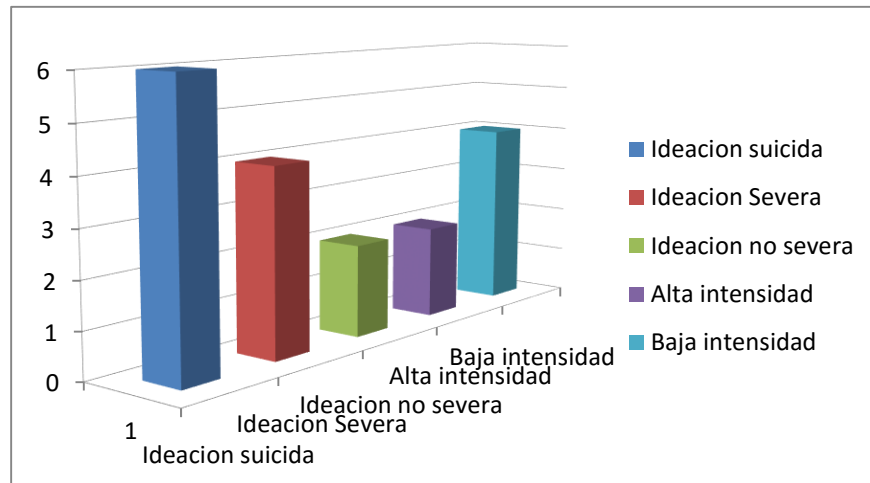


Grafico 6.12 Distribución de pacientes con ideación suicida de acuerdo a la intensidad y severidad de la ideación en sujetos recientemente diagnosticados de infección por VIH en el Hospital General Enrique Garcés



Para determinar el valor de los hallazgos referentes a la ideación suicida en este estudio se utilizó la prueba de hipótesis para diferencia de proporciones para comparar la distribución observada de los datos en este estudio con una distribución esperada de los datos de estudios previos, para los datos del estudio previo fueron utilizados los correspondientes al estudio Schlebusch, L., and Romona., Devi. (2012). **Age, Gender and Suicidal Ideation Following Voluntary HIV Counseling and Testing**. Durban: Department of Behavioural Medicine, Nelson R Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal.

Tabla 6.1 Distribución de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de infección por el VIH en el estudio actual y en estudio previo

	Estudio actual	Estudio previo
Si ideación	6	32
No ideación	45	124

Calculo de prueba de hipótesis para diferencia de proporciones

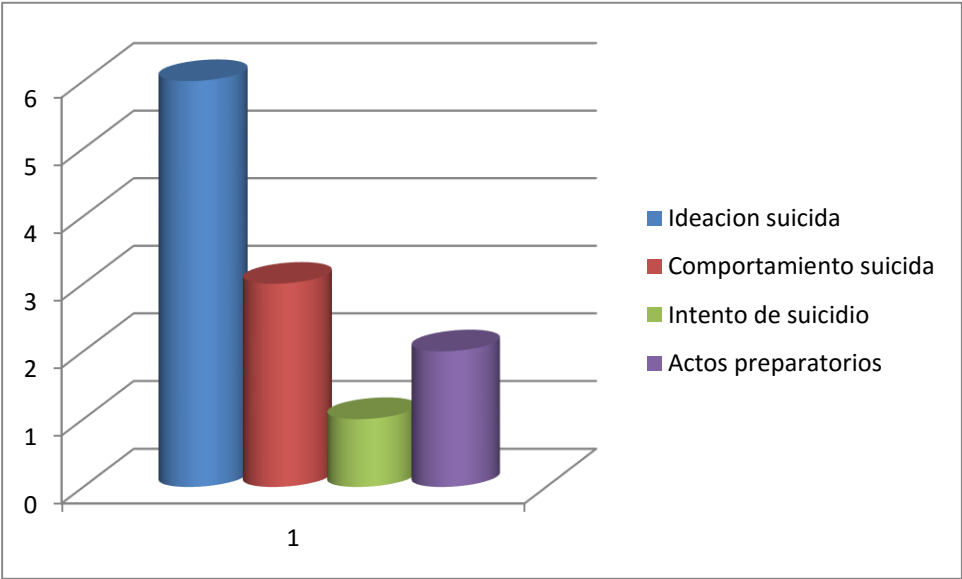
$$z = \frac{(P_1 - P_2) - 0}{\sqrt{\frac{P_1 Q_1}{n_1} + \frac{P_2 Q_2}{n_2}}}$$
$$z = \frac{(0.12 - 0.20) - 0}{\sqrt{\frac{0.12 * 0.88}{51} + \frac{0.20 * 0.80}{156}}}$$
$$z = \frac{-0.08}{\sqrt{0.0021 + 0.0010}}$$
$$z = -1.428$$

En la tabla se identifica un valor de z correspondiente a 0.081, el P value al ser una hipótesis bilateral corresponde a 1.83 por lo cual no se puede rechazar la hipótesis nula y no existe una diferencia entre los estudios, confirmando al realizado la misma validez

Comportamiento suicida

En lo referente a comportamiento suicida dentro de los pacientes que fueron entrevistados 3 presentaron alguna forma de comportamiento suicida representando 5.88% de la población total

Grafico 6.13 Distribución por comportamiento suicida de pacientes recientemente diagnosticados de infección por VIH en el Hospital General Enrique Garcés



Análisis bi-variado

Genero e ideación suicida

Tabla 6.2 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo al genero

	Masculino	Femenino	
Ideación suicida	5	1	6
No ideación suicida	35	10	45
	40	11	51

En lo referente al género se encontró un Odds Ratio: 1.42 con IC 95%: 0.1492 a 13.6787 y un P value: 0.7570

Edad e ideación suicida

Tabla 6.3 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo al grupo etario

	Edad vs ideacion suicida						
	18-23 años	24-29 años	30-35 años	36-41 años	42-47 años	48-54 años	
Ideacion suicida	4 1.53 (3.99)	2 1.53 (0.14)	0 1.06 (1.06)	0 0.82 (0.82)	0 0.47 (0.47)	0 0.59 (0.59)	6
No ideacion suicida	9 11.47 (0.53)	11 11.47 (0.02)	9 7.94 (0.14)	7 6.18 (0.11)	4 3.53 (0.06)	5 4.41 (0.08)	45
	13	13	9	7	4	5	51

La relación entre la edad y la ideación suicida mostro un Chi cuadrado: 8.021 con un grado de libertad de: 5, un Chi cuadrado/df: 1.60 y $P(\chi^2 > 8.021) = 0.1551$

Nivel socioeconómico e ideación suicida

Tabla 6.4 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo al nivel socioeconómico

	Nivel socioeconómico vs ideación suicida				
	bajo	medio bajo	medio típico	medio alto	
Ideación suicida	0 1.06 (1.06)	3 1.88 (0.66)	3 2.47 (0.11)	0 0.59 (0.59)	6
No ideación suicida	9 7.94 (0.14)	13 14.12 (0.09)	18 18.53 (0.02)	5 4.41 (0.08)	45
	9	16	21	5	51

Para el nivel socioeconómico se encontró un Chi cuadrado: 2.747 usando un nivel de libertad: 3, Chi cuadrado/df: 0.92 y $P(\chi^2 > 2.747) = 0.4322$

Nivel de estudios e ideación suicida

Tabla 6.5 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo al nivel de estudios

	Nivel de estudio vs ideación suicida			
	Primaria	Secundaria	Superior	
Ideación suicida	0 1.65 (1.65)	3 2.59 (0.07)	3 1.76 (0.86)	6
No ideación suicida	14 12.35 (0.22)	19 19.41 (0.01)	12 13.24 (0.12)	45
	14	22	15	51

En lo referente a nivel de estudios se encontró un valor de Chi cuadrado: 2.921, usando un nivel de libertad: 2, Chi cuadrado/df: 1.46 y $P(\chi^2 > 2.921) = 0.2321$

Consumo de sustancias psicoactivas e ideación suicida

Tabla 6.6 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas

	Consumo	No consumo	
Ideación suicida	5	1	6
No ideación suicida	31	14	45
	36	15	51

Para el consumo de sustancias psicoactivas se encontró un Odds Ratio: 2.25, con IC 95%: 0.240 – 21.166 y un P value: 0.475

Aceptación de la enfermedad e ideación suicida

Tabla 6.7 Distribución de ideación suicida en pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo a la aceptación de la enfermedad

	No Aceptación	Aceptación	
Ideación suicida	0	6	6
No ideación suicida	7	38	45
	7	44	51

La relación entre la aceptación y la ideación suicida mostro un Odds Ratio: 0.394 con IC 95%: 0.02 a 7.781 y un P value: 0.5412

Aceptación familiar e ideación suicida

Tabla 6.8 Distribución de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de infección por el VIH en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo a la aceptación familiar

	No Aceptación	Aceptación	
Ideación suicida	2	4	6
No ideación suicida	20	25	45
	22	29	51

La relación entre la aceptación familiar y la ideación suicida mostro un Odds Ratio: 0.625 con IC 95%: 0.103 a 3.767 y un P value: 0.608

Redes de apoyo e ideación suicida

Tabal 6.9 Distribución de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de infección por el VIH en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo a la presencia de redes de apoyo

	No Redes	Redes	
Ideación suicida	0	6	6
No ideación suicida	24	21	45
	24	27	51

La relación entre redes de apoyo y la ideación suicida mostro un Odds Ratio: 0.0675 con IC 95%: 0.003 a 1.269 y un P value: 0.0718

Depresión e ideación suicida

Tabla 6.10 Distribución de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de infección por el VIH en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo a la posible presencia de depresión

	Depresion vs ideacion suicida				
	Normal	Leve	Moderada	Severa	
Ideacion suicida	0 2.35 (2.35)	3 2.59 (0.07)	3 0.94 (4.50)	0 0.12 (0.12)	6
No ideacion suicida	20 17.65 (0.31)	19 19.41 (0.01)	5 7.06 (0.60)	1 0.88 (0.02)	45
	20	22	8	1	51

La relación entre la posible depresión y la ideación suicida mostro un Chi cuadrado: 7.978 con un nivel de libertad: 3, Chi cuadrado/df: 2.66 y $P(\chi^2 > 7.978) = 0.0465$

Impulsividad

Tabla 6.11 Distribución de ideación suicida en pacientes recientemente diagnosticados de infección por el VIH en el hospital General Enrique Garcés de acuerdo a la presencia de impulsividad

	Alto rasgo impulsivo	Bajo rasgo impulsivo	
Ideación suicida	3	3	6
No ideación suicida	5	43	45
	8	43	51

La relación entre impulsividad y la ideación suicida mostro un Odds Ratio: 8.600 con in IC 95%: 1.35 a 54.63 con un P value: 0.022

Discusión

La ideación suicida es un tema de gran importancia en el primer abordaje de los profesionales de la salud hacia los pacientes recientemente diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, tanto por la prevención del posible intento auto lítico, así como para la valoración de otros factores de riesgo para este comportamiento como para otras actitudes que puedan significar resultados adversos para el paciente.

En estudios realizados previamente se ha reportado porcentajes de suicidio desde 4% (Schlebusch, and Romona, 2012, *International Journal of Environmental Research and Public Health*) hasta 20% (Kinyanda. Et al, 2012, *The prevalence and characteristics of suicidality in HIV/AIDS as seen in an African population in Entebbe district*) en diversos lugares del mundo, generalmente los porcentajes encontrados han sido mayores en países subdesarrollados en muchas veces afectados por diversos factores socio económicos, como en los países del África sub-sahariana en donde se ha observado los mayores porcentajes de ideación suicida tras obtener el diagnóstico.

En el estudio realizado en los pacientes que acudieron a la Unidad de atención integral para personas viviendo con VIH del Hospital Enrique Garcés se observó un porcentaje de 11.76% personas que presentaron ideación suicida en los 90 días siguientes a su diagnóstico, lo cual se encuentra dentro de los porcentajes de estudios realizados previamente, 100% de los pacientes con ideación suicida posiblemente presento algún grado de depresión, de lo cual se obtuvo una asociación dependiente entre la posible depresión y la ideación suicida la cual fue estadísticamente significativa, con un valor de P de 0.0465, dando a estos pacientes un mayor riesgo. De la misma manera, un 50% de pacientes demostró un rasgo de personalidad con alta impulsividad, se encontró un riesgo 8.6 veces mayor de ideación suicida en sujetos con rasgo altamente impulsivo, lo cual fue estadísticamente significativo con un valor de P de 0.022.

Al igual que en estudios extranjeros (Espinosa. Et al, 2006, *Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA*) se observó un mayor porcentaje de individuos con ideación suicida que correspondía al género masculino, así como a un grupo etario joven generalmente de 18 – 29 años, sin embargo no se demostró que fuera estadísticamente significativo. En lo referente a estrato socioeconómico, estuvo más asociado al estrato medio, por lo que se diferencia de otros estudios, en los cuales se asocia con un nivel socio-económico bajo, igualmente se presenció mayor ideación suicida en personas con un nivel académico secundario o superior, sin tener significancia estadística.

El consumo de sustancias en el total de la muestra represento 68.6%, estuvo claramente presente en el 83.3% de pacientes que presentaron ideación suicida, lo que conferiría un riesgo 2.25 veces mayor de ideación entre los consumidores, sin embargo no fue estadísticamente significativo.

A diferencia de lo esperado, no se encontró una asociación entre la aceptación de la enfermedad y la ideación suicida, 100% de los pacientes con ideación, referían haber aceptado su enfermedad. Esto fue muy similar para lo concerniente a la presencia de redes de apoyo, de las cuales igualmente 100% de pacientes refirieron tener al menos una. La no aceptación familiar solamente represento un 33.3% de los pacientes que habían tenido ideación durante los 90 días.

Conclusiones

1. El porcentaje de pacientes que había presentado ideación suicida en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo marzo a septiembre del 2016 fue de 11.76%.
2. Se encontró una asociación significativa entre los posibles diferentes grados de depresión y la propensión a desarrollar una ideación suicida.
3. Las personas calificadas como poseedoras de un rasgo de personalidad altamente impulsivo tuvieron mayor asociación con el pensamiento suicida, mostrando un riesgo 8.6 veces mayor
4. El consumo de sustancia estuvo presente en una gran parte de la población estudiada, represento el 83.3% de los individuos con ideación suicida, el alcohol fue la sustancias más frecuente con un 77.7% seguida por el tabaco y la marihuana
5. Enra factores sociodemográficos, se observó una predominancia de hombres sobre mujeres tanto en pacientes con ideación, como de diagnóstico reciente
6. El grupo etario más representativo fueron los jóvenes y adultos jóvenes al momento de presentar una ideación suicida, tanto en población total como en sujetos con ideación
7. El estrato socioeconómico más frecuentemente observado en estos pacientes fue el medio y el nivel de estudios se situó entre secundario y superior
8. La totalidad de pacientes con ideación suicida presento aceptación de la enfermedad y redes de apoyo, mientras que solo una fracción de ellos no tuvo apoyo familiar

Recomendaciones

1. De acuerdo a lo observado en el estudio, un porcentaje importante de pacientes recientemente diagnosticados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana presenta ideación suicida, por lo tanto, es importante una correcta evaluación inicial así como tamizaje para la búsqueda de estos pensamientos en los pacientes atendidos, ya sea mediante cuestionarios o entrevistas a los individuos
2. De igual manera una vez que hayan sido identificados los sujetos con ideación suicida, deben ser manejados y evaluados por especialistas, así como iniciar la implementación de terapia farmacológica y no farmacológica de acuerdo al criterio del especialista
3. Es esencial el reconocimiento de factores de riesgo en los pacientes, la depresión, la impulsividad y el consumo de sustancias son predisponentes a la presentación de ideación suicida, para lo cual se recomienda la realización de una anamnesis exhaustiva en búsqueda de alguno de estos factores o bien la implementación de cuestionarios de despistaje que puedan proveer datos fiables
4. Un manejo adecuado de la depresión debe ser una parte importante de la atención a pacientes de reciente diagnóstico, no limitado exclusivamente a los que presenten ideación suicida, debido a que en estudio se evidencio un gran porcentaje de pacientes con esta patología, para lo cual intervenciones clínicas o psicológicas podrían mejorar en diferentes aspectos la calidad de vida del paciente así como el cumplimiento y la adherencia al tratamiento
5. Debido a que la ideación suicida fue observada en mayor porcentaje en pacientes de género masculino, jóvenes y solteros, estos podrían representar un grupo

sociodemográfico con mayor riesgo, por lo cual además de realizar el tamizaje a todos los pacientes, se debería llevar a cabo una búsqueda más enérgica de la patología en ellos

Limitaciones

1. Debido a ser una muestra reducida de pacientes algunos datos podrían no representar totalmente el universo
2. Podrían existir variables influyentes en la ideación suicida que no han sido tomadas en cuenta en este estudio debido a que en estudios previos que fueron tomados como referencia estas no han estado contempladas
3. Debido a que el cuestionario Columbia Suicide Severity Rating Scale no está diseñado exclusivamente para pacientes portadores del virus de la inmunodeficiencia humana, podría no ser una herramienta totalmente adaptada para este grupo de pacientes
4. El test de Zung es un cuestionario realizado para tamizaje de una posible depresión, para un diagnóstico de confirmación es necesaria una entrevista con un médico especialista en el tema
5. Debido a que la entrevista no siempre se realizó en las primeras horas posteriores al diagnóstico, puede que los datos suplementados por los pacientes, así como las respuestas a los test puedan haber cambiado debido a una adaptación de la persona posterior a la noticia

Bibliografía

Eugene Kinyanda, Susan Hoskins, Juliet Nakku, Saira Nawaz and Vikram Patel: Biomed central [internet], Kinyanda et al. BMC Psychiatry 2012, *The prevalence and characteristics of suicidality in HIV/AIDS as seen in an African population in Entebbe district*. Uganda. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/63>

Palacios Espinosa, Ximena; Rueda Latiff, Andrés; Valderrama Herrera, Paola. *Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA*. Revista Colombiana de Psicología, núm. 15, 2006, pp. 25-38 Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401504.pdf>

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G. et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: http://www.cssrs.columbia.edu/scales_cssrs.html

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G. et al. Columbia–Suicide Severity Rating Scale Scoring and Data Analysis Guide). The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008. Disponible en: <http://www.cssrs.columbia.edu>

Lourens Schlebusch, and Romona Devi Govender. *Age, Gender and Suicidal Ideation Following Voluntary HIV Counseling and Testing*. International Journal of Environmental Research and Public Health ISSN 1660-4601, Int. J. Environ. Res. Public Health 2012, 9, 521-530; doi:10.3390/ijerph902052. Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph

Office of the medical director, New York State department of health AIDS Institute in Collaboration with Johns Hopkins University Division of infectious Diseases, HIV Guidelines. *Suicidality and Violence in patients with HIV/AIDS. Updated January 2007 — Currently Under Revision*. Disponible en: <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/hiv-and-mental-health/suicidality-and-violence-in-patients-with-hiv-aids/>

McManus H, Petoumenos K, Franic T, Kelly MD, Watson J, et al. (2014) Determinants of Suicide and Accidental or Violent Death in the Australian HIV Observational Database. PLoS ONE 9(2): e89089. doi:10.1371/journal.pone.0089089. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929688/>

Jay A Levy. (1993). *Pathogenesis of Human Immunodeficiency Virus Infection*. Department of Medicine and Cancer Research Institute, University of California School of Medicine, San Francisco, California 94143-0128. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC372905/>

Kevin Robertson, Thomas d. Parsons, Charles van Der Horst, Colin Hall. Thoughts of death and suicidal ideation in nonpsychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals, Supported by grants from the National Institute of Neurological Diseases and Stroke (PO1-NS26680, R01-NS34234); National Institutes of Allergy and Infectious Diseases (AI- 25868); National Center for Research Resources (GCRC, RR00046), and the University of North Carolina at Chapel Hill Center for AIDS Research (CFAR), NIH #9P30 AI 50410-04. Received 28 April 2005; accepted 20 November 2005. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16610158>

Peter M. Marzuk, M.D., Kenneth Tardiff, M.D., M.P.H., Andrew C. Leon, Ph.D., Charles S. Hirsch, M.D., Nancy Hartwell, M.A., Laura Portera, M.S., and M. Irfan Iqbal, B.A. (1997). HIV Seroprevalence Among Suicide Victims in New York City, 1991–1993. *Am J Psychiatry*. New York. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9396952>

Kelly B., Raphael B., Judd F., Perdeces M., Kernutt G., Burnett P., Dunne M., Burrows G. (1998). *Suicidal Ideation, suicide attempts, and HIV infection*. PubMed central: Psychosomatics. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9775697>

Marzuk P., Tiernney H., Tardiff K., Gross EM., Morgan E., Morgan E., Hsu M., Mann J. (1988). *Increased risk of suicide in persons with AIDS*. PubMed central: JAMA 1988;259(9):1333-1337. doi:10.1001/jama.1988.03720090023028. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3339837>

Perry S., Jacobsberg L., Fishman B. (1990). *Suicidal ideation and HIV testing*. PubMed central: JAMA 1990;263(5):679-682. doi:10.1001/jama.1990.034440050073036. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2296122>

World Health Organization. (2016). *Monitoring health for sustainable development goals*. Switzerland: World Health Organization. Disponible en:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Hoffman, C., & Rockstroh, J. (2012). *HIV 2012/2013*. Hamburg: Medizin Fokus Verlag

UNAIDS. (2016). *Hoja informativa 2016: estadísticas mundiales – 2015*. AIDS INFO database. Disponible en:

<http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>

Clarke D and Currie K. (2009). *Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence*. Medical Journal of Australia; 190 S54-S460. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351294>

Gregory E Simon. (2001). *Treating depression in patients with chronic disease*. Seattle; Centers for Health Studies; Western Journal of Medicine. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071593/>

Gregor Hasler. (2010). *Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians?*. Psychiatric University Hospital, University of Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60, Switzerland. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975857>

Goldman L., Nielsen N., Champion H. (1999). *Awareness, Diagnosis and Treatment of Depression*. Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Journal of General Internal Medicine. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1496741/>

Belmaker, R.H., and Agam, G. (2008). *Major depressive disorder*. *The New England journal of medicine*. Beersheba, Israel. Disponible en:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra073096>

Katon W., Lin E., Von Korff M., Ciechanowski P., Ludman E., Young B., Peterson D., Rutter C., McGregor M., McCulloch D. (2010). *Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses*. Departments of Psychiatry and Behavioral Sciences and Medicine, University of Washington School of Medicine; Group Health Research Institute; and the Department of Biostatistics, University of Washington School of Public Health. *The New England Journal of Medicine*. Disponible en:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1003955>

Masango S, Rataemane S, Motojesi A. (2008). *Suicide and suicide risk factors: A literature review*. Department of Psychiatry, University of Limpopo, Medunsa Campus. *South African Family Practice* Disponible en:

<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20786204.2008.10873774>

Anthony S. Fauci. (2006). *Pathogenesis of HIV Disease: Opportunities for New Prevention Interventions*. National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. *Clinical Infectious Diseases* 2007; 45:S206–12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18190288>

Zung, W (1965). "A self-rating depression scale". *Archives of General Psychiatry*. 12: 63–70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008. PMID 14221692.

Reise, S. P., Moore, T. M., Sabb, F. W., Brown, A. K., & London, E. D. (2013). The Barratt Impulsiveness Scale - 11: Reassessment of its Structure in a Community Sample. *Psychological Assessment*, 25(2), 631–642. Disponible en: <http://doi.org/10.1037/a0032161>

Patton, J.H.; Stanford, M.S.; Barratt, E.S. (1995). "Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale". *Journal of Clinical Psychology*. 51 (6):768–74. doi:10.1002/1097 4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1. PMID 8778124. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/10974679\(199511\)51:6%3C768::AIDJCLP227051060%3E3.0.CO;21/abstract;jsessionid=48F2F7A40F44BC92065D93ABB889C3CB.f01t03](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/10974679(199511)51:6%3C768::AIDJCLP227051060%3E3.0.CO;21/abstract;jsessionid=48F2F7A40F44BC92065D93ABB889C3CB.f01t03)

Emile Durkheim (1986). *An Introduction to Four Major Works*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc. Pp. 82-114. Disponible en: <http://durkheim.uchicago.edu/Summaries/suicide.html>

Steven Dubovsky. (2011). *How Suicidal Are Psychotic Patients?*. The New England Journal of Medicine: NEJM Journal Watch Psychiatry. Disponible en: <http://www.jwatch.org/jp201101140000004/2011/01/14/how-suicidal-are-psychotic-patients>

Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clinical Psychology Review*, 26(4), 379–395. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1892795/>

Anexos
Columbia Suicide Severity Rating Scale

SUICIDAL IDEATION		Lifetime: Time He/She Felt Most Suicidal	Past Months
<p><i>Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes", complete "Intensity of Ideation" section below.</i></p>			
<p>1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up. <i>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</i></p> <p>If yes, describe:</p>		<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. <i>Have you actually had any thoughts of killing yourself?</i></p> <p>If yes, describe:</p>		<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it...and I would never go through with it." <i>Have you been thinking about how you might do this?</i></p> <p>If yes, describe:</p>		<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u>, as opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them." <i>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</i></p> <p>If yes, describe:</p>		<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. <i>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?</i></p> <p>If yes, describe:</p>		<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
INTENSITY OF IDEATION			
<p><i>The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). Ask about time he/she was feeling the most suicidal.</i></p> <p>Lifetime - Most Severe Ideation: _____ Type # (1-5) Description of Ideation</p> <p>Past X Months - Most Severe Ideation: _____ Type # (1-5) Description of Ideation</p>		<p>Most Severe</p>	<p>Most Severe</p>
<p>Frequency <i>How many times have you had these thoughts?</i> (1) Less than once a week (2) Once a week (3) 2-5 times in week (4) Daily or almost daily (5) Many times each day</p>		<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Duration <i>When you have the thoughts how long do they last?</i> (1) Fleeting - few seconds or minutes (4) 4-8 hours/most of day (2) Less than 1 hour/some of the time (5) More than 8 hours/persistent or continuous (3) 1-4 hours/a lot of time</p>		<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Controllability <i>Could/can you stop thinking about killing yourself or wanting to die if you want to?</i> (1) Easily able to control thoughts (4) Can control thoughts with a lot of difficulty (2) Can control thoughts with little difficulty (5) Unable to control thoughts (3) Can control thoughts with some difficulty (0) Does not attempt to control thoughts</p>		<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Deterrents <i>Are there things - anyone or anything (e.g., family, religion, pain of death) - that stopped you from wanting to die or acting on thoughts of committing suicide?</i> (1) Deterrents definitely stopped you from attempting suicide (4) Deterrents most likely did not stop you (2) Deterrents probably stopped you (5) Deterrents definitely did not stop you (3) Uncertain that deterrents stopped you (0) Does not apply</p>		<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Reasons for Ideation <i>What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both?</i> (1) Completely to get attention, revenge or a reaction from others (4) Mostly to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling) (2) Mostly to get attention, revenge or a reaction from others (5) Completely to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling) (3) Equally to get attention, revenge or a reaction from others and to end/stop the pain (0) Does not apply</p>		<p>—</p>	<p>—</p>

SUICIDAL BEHAVIOR (Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)		Lifetime		Past ___ Years	
Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, as a result of act. Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is any intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. <i>There does not have to be any injury or harm</i> , just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. Have you made a suicide attempt? Have you done anything to harm yourself? Have you done anything dangerous where you could have died? What did you do? Did you _____ as a way to end your life? Did you want to die (even a little) when you _____? Were you trying to end your life when you _____? Or Did you think it was possible you could have died from _____? Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)? (Self-Injurious Behavior without suicidal intent) If yes, describe:		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of Attempts _____	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of Attempts _____		
Has subject engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior?		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act (if not for that, actual attempt would have occurred). Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything? If yes, describe:		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of interrupted _____	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of interrupted _____		
Aborted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. Has there been a time when you started to do something to try to end your life but you stopped yourself before you actually did anything? If yes, describe:		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of aborted _____	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Total # of aborted _____		
Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)? If yes, describe:		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Suicidal Behavior: Suicidal behavior was present during the assessment period?		Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Answer for Actual Attempts Only		Most Recent Attempt Date:	Most Lethal Attempt Date:	Initial/First Attempt Date:	
Actual Lethality/Medical Damage: 0. No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1. Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2. Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3. Moderately severe physical damage; medical hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4. Severe physical damage; medical hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5. Death		Enter Code _____	Enter Code _____	Enter Code _____	
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality=0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care		Enter Code _____	Enter Code _____	Enter Code _____	

Certificado de haber completado el curso de entrenamiento para utilizar el C-SSRS

Certificate of Completion

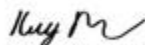
Gabriel Romero

Has successfully completed

RFMH-A004a - The C-SSRS Training - Spanish-Mexico - V.1.1

This is the training component containing the video presentation and 8 case studies for you to review. Presented by Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. Completion certificate is valid for a maximum of 2 years.

on Wednesday, July 22, 2015 at 12:25 AM.



Kelly Posner, Ph.D.

Trainer

Director, Center for Suicide Risk Assessment

Escalas de evaluación para la depresión de Zung traducida al español

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Escala de impulsividad de Barratt traducida al español

Table 2 Factor weights of each item on the first-order factors and total variance explained.

Items	Factor I	Factor II
(1) <i>Planifico lo que tengo que hacer</i> (I plan what I have to do)		.50
(2) <i>Hago las cosas sin pensarlas</i> (I do things without thinking)	.64	
(3) <i>Tomo decisiones rápidamente</i> (I make up my mind quickly)	.40	
(4) <i>Soy una persona despreocupada</i> (I am happy-go-lucky)	.37	
(5) <i>No presto atención a las cosas</i> (I do not "pay attention")	.49	
(6) <i>Mis pensamientos van demasiado rápido</i> (My thoughts are racing too fast)	.57	
(7) <i>Planifico mi tiempo libre</i> (I plan my spare time)		.44
(8) <i>Soy una persona que se controla bien</i> (I am self-controlled)	.35	
(9) <i>Me concentro fácilmente</i> (I concentrate easily)		.44
(10) <i>Soy ahorrador</i> (I am a "saver")		.32
(11) <i>No puedo estar quieto en el cine o en la escuela</i> (I cannot stand still at movies or school)	.61	
(12) <i>Me gusta pensar y darle vueltas a las cosas</i> (I like to think carefully about things)		.41
(13) <i>Planifico mi futuro</i> (I plan for my future)		.80
(14) <i>Digo cosas sin pensarlas</i> (I say things without thinking)	.79	
(15) <i>Me gusta pensar en problemas complicados</i> (I like to think about complex problems)		.50
(16) <i>Cambio de parecer sobre lo que quiero hacer cuando sea mayor</i> (I change my mind about what I will do when I grow up)		
(17) <i>Actúo impulsivamente</i> (I act "on impulse")	.79	
(18) <i>Me aburro fácilmente cuando trato de resolver problemas mentalmente</i> (I get easily bored when solving thought problems)		.33
(19) <i>Actúo según el momento</i> (I act on the spur of the moment)	.76	
(20) <i>Pienso bastante bien las cosas</i> (I am a great thinker)		.64
(21) <i>Cambio de amigos</i> (I change friends)		
(22) <i>Compró cosas por impulso</i> (I buy things on impulse)	.51	
(23) <i>Puedo pensar en un solo problema a la vez</i> (I can think about one problem at a time)		
(24) <i>Cambio de aficiones y deportes</i> (I change hobbies and sports)		
(25) <i>Gasto más de lo que debería</i> (I spend more than I should)	.42	
(26) <i>Cuando pienso en algo, otros pensamientos se agolpan en mi mente</i> (When I think about something, other thoughts pop up in my mind)	.57	
(27) <i>Estoy más interesado en el presente que en el futuro</i> (I am more interested in the present than in the future)		
(28) <i>Estoy inquieto en los cines y en las clases</i> (I am restless at the movies or lectures)	.64	
(29) <i>Me gustan los juegos de tablero como el ajedrez, las damas o el parchís</i> (I like to play chess or checkers)		.35
(30) <i>Pienso en el futuro</i> (I am future oriented)		.77
% Total variance	24.7	9.3

Note. Factor loadings < .30 are not shown

Conozca el nivel socioeconómico de su hogar

Marque una sola respuesta con una (x) en cada una de la siguientes preguntas:

Características de la vivienda		puntajes finales
1 ¿Cuál es el tipo de vivienda?		
Suite de lujo	<input type="checkbox"/>	59
Cuarto(s) en casa de inquilinato	<input type="checkbox"/>	59
Departamento en casa o edificio	<input type="checkbox"/>	59
Casa/Villa	<input type="checkbox"/>	59
Mediagua	<input type="checkbox"/>	40
Rancho	<input type="checkbox"/>	4
Choza/ Covacha/Otro	<input type="checkbox"/>	0
2 El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:		
Hormigón	<input type="checkbox"/>	59
Ladrillo o bloque	<input type="checkbox"/>	55
Adobe/ Tapia	<input type="checkbox"/>	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	<input type="checkbox"/>	17
Caña no revestida/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
3 El material predominante del piso de la vivienda es de:		
Duela, parquet, tablón o piso flotante	<input type="checkbox"/>	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	<input type="checkbox"/>	46
Ladrillo o cemento	<input type="checkbox"/>	34
Tabla sin tratar	<input type="checkbox"/>	32
Tierra/ Caña/ Otros materiales	<input type="checkbox"/>	0
4 ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha	<input type="checkbox"/>	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha	<input type="checkbox"/>	32
5 El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:		
No tiene	<input type="checkbox"/>	0
Letrina	<input type="checkbox"/>	15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo ciego	<input type="checkbox"/>	18
Conectado a pozo séptico	<input type="checkbox"/>	22
Conectado a red pública de alcantarillado	<input type="checkbox"/>	38

Acceso a tecnología		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de internet?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	45
2 ¿Tiene computadora de escritorio?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	35

3 ¿Tiene computadora portátil?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
4 ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?		
No tiene celular nadie en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 celular	<input type="checkbox"/>	8
Tiene 2 celulares	<input type="checkbox"/>	22
Tiene 3 celulares	<input type="checkbox"/>	32
Tiene 4 ó más celulares	<input type="checkbox"/>	42

Posesión de bienes		puntajes finales
1 ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	19
2 ¿Tiene cocina con horno?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	29
3 ¿Tiene refrigeradora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	30
4 ¿Tiene lavadora?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
5 ¿Tiene equipo de sonido?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	18
6 ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?		
No tiene TV a color en el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 TV a color	<input type="checkbox"/>	9
Tiene 2 TV a color	<input type="checkbox"/>	23
Tiene 3 ó más TV a color	<input type="checkbox"/>	34
7 ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?		
No tiene vehículo exclusivo para el hogar	<input type="checkbox"/>	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	<input type="checkbox"/>	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	<input type="checkbox"/>	15

Hábitos de consumo		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	6
2 ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0

Sí	<input type="checkbox"/>	26
3 ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	27
4 ¿En el hogar alguien está registrado en una red social?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	28
5 Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	12

Nivel de educación		puntajes finales
1 ¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?		
Sin estudios	<input type="checkbox"/>	0
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	21
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	39
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>	41
Secundaria completa	<input type="checkbox"/>	65
Hasta 3 años de educación superior	<input type="checkbox"/>	91
4 ó más años de educación superior (sin post grado)	<input type="checkbox"/>	127
Post grado	<input type="checkbox"/>	171

Actividad económica del hogar		puntajes finales
1 ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	39
2 ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?		
No	<input type="checkbox"/>	0
Sí	<input type="checkbox"/>	55
3 ¿Cuál es la ocupación del Jefe del hogar?		
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	<input type="checkbox"/>	76
Profesionales científicos e intelectuales	<input type="checkbox"/>	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	<input type="checkbox"/>	46
Empleados de oficina	<input type="checkbox"/>	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	<input type="checkbox"/>	18
Trabajador calificados agropecuarios y pesqueros	<input type="checkbox"/>	17
Oficiales operarios y artesanos	<input type="checkbox"/>	17
Operadores de instalaciones y máquinas	<input type="checkbox"/>	17
Trabajadores no calificados	<input type="checkbox"/>	0
Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/>	54
Desocupados	<input type="checkbox"/>	14
Inactivos	<input type="checkbox"/>	17

Entrevista semi-estructurada

“Ideación suicida y sus factores asociados en pacientes con diagnóstico reciente de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante el empleo del Columbia Suicide-Severity Rating Scale, en el Hospital General Enrique Garcés, durante el periodo Marzo 2016 - Septiembre 2016.”

Entrevista

Datos de filiación

Nombres y Apellidos:

Género:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Estado civil:

Nivel de escolaridad:

Consumo de sustancias

1. ¿Ha consumido alcohol, tabaco, marihuana u otras sustancias? Si es afirmativo detallar y seguir con ítem 2, si no finalizar
2. ¿Mantiene un consumo de la sustancia indicada anteriormente igual o superior a 2 ocasiones al mes? Si es afirmativo, detallar, si no finalizar

Aceptación familiar

1. ¿Los miembros de su familia conocen de su diagnóstico? Si es afirmativo seguir con ítem 3, si no seguir con ítem 2
2. ¿Considera que experimentaría algún tipo de rechazo por parte de algún miembro de su familia? Detallar
3. ¿Algún miembro de su familia lo ha rechazado debido a su diagnóstico? Detallar

4. ¿Ha observado un cambio en el comportamiento de miembros de su familia hacia usted, indiferencia, exclusión, miedo, etc.? Detallar

Aceptación de la enfermedad

1. ¿Al momento actual a usted le parece irreal el poseer la enfermedad?
2. ¿Al momento actual para usted se le hace difícil creer en que posee la enfermedad?
3. ¿Piensa que existe un error en su diagnóstico, a pesar de haber sido realizada una prueba confirmatoria?
4. ¿Usted busca una explicación alternativa sobre sus síntomas y los resultados de las pruebas?

Redes de apoyo

1. ¿Actualmente se encuentra asistiendo a algún grupo de apoyo, sea este asociado a organizaciones independientes, gobierno o iglesia?
2. ¿Usted posee amigos o compañeros que al momento o posteriormente puedan brindarle apoyo emocional o psicológico, tanto en el curso natural de la enfermedad así como durante las complicaciones?
3. ¿Usted posee familiares que al momento o posteriormente puedan brindarle apoyo emocional o psicológico, tanto en el curso natural de la enfermedad así como durante las complicaciones?

