

Instituto Nacional
de Salud Pública

Especialidad en salud pública y medicina preventiva

Generación 2013-2016

Proyecto terminal

**PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS
POR INTENTO SUICIDA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DEL D.F.**

Presenta

Pedro García Cortés

pedrogacort@hotmail.com

0445540324699

Directora del Proyecto

Dra. Lina Díaz Castro

Asesora del Proyecto

Dra. Hortensia del Consuelo Chanes González

Tercer Lector

Dr. Héctor Cabello Rangel

Ciudad de México

Abril 2016

CONTENIDO

I. Introducción.	
II. Antecedentes.	1
III. Marco teórico.	2
IV. Planteamiento del problema.	9
V. Justificación.	10
VI. Objetivos.	11
VII. Material y métodos.	12
VIII. Análisis de factibilidad	16
IX. Consideraciones éticas.	16
X Resultados.	17
XI. Análisis de Resultados	23
XII. Discusión	28
XIII. Conclusiones.	32
XIV. Limitaciones del Estudio.	34
XV. Recomendaciones.	35
XVI. Bibliografía	36
XVII. Anexos	41

I. Introducción

En México existe un incremento importante de mortalidad por suicidio, en este contexto cobra especial relevancia el estudio de la conducta relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, el riesgo y los intentos de suicidio que son precursores inmediatos de la muerte por suicidio, si bien estas conductas pueden no terminar en la muerte, si pueden traer consecuencias graves para las personas que las presenta. (1)

Los intentos suicidas, incluyen situaciones en las que el individuo atenta contra su vida pero el resultado no es la muerte, son conductas hasta cierto punto predecibles y lo cual ayudaría a prevenir al suicidio, ya que se encuentran relacionados a diversos factores sociales, ambientales, psiquiátricos y psicológicos, reconocer estos factores en un grupo poblacional son determinantes para evaluar el riesgo de un individuo.

Actualmente en México, no se reportan de manera oficial los intentos suicidas atendidos, por lo tanto es necesario realizar investigación que permita conocer el perfil clínico y sociodemográficos de los usuarios atendidos en las diferentes unidades de salud. (2)

La presente investigación tuvo el objetivo de establecer el perfil clínico, social y demográfico con el que cuentan los pacientes hospitalizados por intento suicida en el año 2014 y 2015 en el hospital psiquiátrico Lira y Serafín.

Se trabajó con información contenida en los expedientes clínicos buscando las características clínicas, sociales y demográficas, que presentaron estos pacientes al momento de ser hospitalizados por intento suicida, con esta información se obtuvo una base de datos, los resultados de esta investigación servirán de base en el futuro, para implementar programas preventivos específicos para éste grupo de usuarios.

II. Antecedentes

En México existe un incremento importante de la mortalidad por suicidio y siguiendo este contexto cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, el riesgo y los intentos de suicidio que son precursores inmediatos de la muerte por suicidio, si bien estas conductas pueden no terminar en la muerte de la persona que las presenta, si pueden traer consecuencias graves para las personas que las presenta. (1)

Los suicidios cobran un costo alto a nivel mundial, anualmente se reportan 800, 000 personas muertas por suicidio, este fenómeno es la segunda causa de muerte entre personas de entre 15 a 29 años de edad y se estima que por cada suicidio se cometieron 20 intentos suicidas. (3)

El suicidio ha estado presente desde siempre y ha sido también estudiado por varias disciplinas entre las que destacan la psiquiatría y la psicología; ha estado presente dentro de las diferentes civilizaciones antiguas, muchas obras clásicas de la literatura hablan del suicidio un ejemplo clásico es el de Yocasta Madre esposa de Edipo Rey la cual veía al suicidio como la única salida honorable de un hecho monstruoso.(4)

En México también existen suicidios reportados por los historiadores uno de ellos es el del Emperador Chimalpopoca quien se ahorca dentro de su jaula antes de ser prisioneros de los Tepactenas. (4)

En una de las obras más importantes sobre suicidio, está la de Durkheimer, publicada en 1897, que establece que el suicidio se va a presentar más en sociedades poco integradas, es una referencia muy importante al estudiar la conducta suicida así como los factores sociales que intervienen en este fenómeno, sus trabajos apuntan a formular dos hipótesis importantes, la primera de ellas es que el suicidio es infrecuente en sociedades integradas, y la segunda

hipótesis que formula es que la motivación principal para el comportamiento suicida varia con el cambio de valores de un sociedad en particular(5).

Menninger estableció que los individuos presenta tres dinámicas de fuerzas destructivas: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir (6).

III. Marco Teórico

En México, a pesar de que el suicidio representa la tercera causa de muerte entre la población de entre 12 y 29 años (7), se desconocen con exactitud los datos de intento suicida.

El intento suicida se define como: *“aquella auto agresión física por el individuo con el propósito real o aparente de quitarse la vida”*.(3)

Los intentos suicidas, incluyen situaciones en las que el individuo atenta contra su vida pero el resultado no es la muerte, son conductas hasta cierto punto predecibles lo cual ayudaría a prevenir los suicidios.

En los intentos de suicidio se encuentran relacionados diversos factores sociales, ambientales, psiquiátricos y psicológicos, reconocer estos factores en un grupo poblacional son determinantes para evaluar la probabilidad de que un individuo cometa suicidio .(8)

La elevada incidencia y las consecuencias médicas y sociales que origina, hacen de la conducta suicida un problema importante de salud pública.

Se considera conducta suicida (CS) a: *“cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo”* (9).

En México existe un incremento importante de la mortalidad por suicidio y siguiendo este contexto, es de gran importancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio ,entre las que se incluyen ideación suicida e intento suicida, que son considerados dos conductas precursoras inmediatos del suicidio

consumado que traen consigo consecuencias graves en la salud física y emocional, tanto en los propios individuos como en sus familias (10).

Para poder comprender todo el fenómeno alrededor del intento suicida, es importante comenzar con definir al suicidio consumado, etimológicamente la palabra suicidio proviene del latín: “*sui (si mismo)*” y “*cidium*” que significa matar es decir un atentado contra la propia vida, la palabra suicidio para los griegos significaba “*muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia*”. (11)

Émile Durkheim, señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales definió al suicidio como: “*toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima*” (5)

La Sociedad Americana de Psicología define al suicidio como: “*el acto de quitarse la vida, a menudo como resultado de la depresión u otras enfermedades mentales*”.(12)

Las definiciones anteriores permite comprender al suicido consumado pero existen conductas que están emparentadas y cuyo desenlace no necesariamente es mortal ya que pueden tener una intencionalidad variable, una de estas conductas es el intento suicida cuya definición ha cambiado a lo largo del tiempo Kreitamn en el año de 1969 introdujo el término de para suicidio definido como: “*todas aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas*”.(13)

El intento de suicidio se encuentra dentro de las conductas suicidas no fatales (Parsuicidio), Kreitman lo definió como: “*un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas*”.(13)

En la actualidad México no registra la totalidad de intentos suicidas ya que no es obligatoria su notificación, por lo tanto no se cuenta con datos oficiales que nos permitan saber con exactitud las cifras, por lo que debemos tomar como referencia más cercana los datos que existen con respecto al suicidio consumado.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 se reportaron 800 000 personas muertas por suicidio a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte en personas de entre 15 a 29 años de edad, estimaciones señalan que por cada suicidio consumado existen 20 intentos.(14)

En México se muestra una tendencia al incremento del suicidio, ya en el año de 1950 la tasa de suicidio era apenas del 1.5 por 100 000 habitantes pero en 2008 se incrementó tres veces más llegando a 4.8 por 100 000 habitantes.(1)

El suicidio, representa la tercera causa de muerte entre la población de 12 y 29 años, en el año 2013, de las muertes registradas por suicidio el 29.5% fueron consumados por personas de entre 15 y 24 años, siendo los hombres quien con más frecuencia lo realizaron (25.6 %).(7)

El suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos, estas cifras son comparables con la carga de enfermedad debida a la guerra y a los homicidios.(15)

En cuanto a los intentos de suicidio, en México se contabilizan muy pocos y se reportan menos de los que suceden en realidad, se calcula que en el año del 2004 se pudieron haber cometido entre 300 y 400 intentos, dando un cifra de 17 suicidios consumados por cada intento de suicidio.(1)

Con lo anterior, podemos concluir que el suicidio impacta aspectos psicológicos, económicos y sociales, que influyen sobre la familia y la sociedad se estima que, un suicidio puede llegar afectar hasta a seis personas cercanas a la víctima, pero si el suicidio se consuma en una institución educativa o el lugar de trabajo el impacto es mucho mayor. (15)

Hoy sabemos que la conducta suicida es un grave problema de salud pública y hablando concretamente de intento suicida se desconoce mucha información de ahí la importancia de estudiar este fenómeno.

La Organización Mundial para la Salud (OMS) establece que existe una interacción acumulativa de factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo para conducir a una persona a un comportamiento suicida, por lo tanto no es una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad aunque sabemos que los trastornos mentales se encuentran estrechamente relacionados al intento suicida.(14).

Se estima que los trastornos mentales están presentes en un 80 al 100 por ciento en los casos de intentos suicidas, se sabe que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es del 6 al 15%; la personas con alcoholismo del 7 al 15%; y con esquizofrenia de un 4 a un 10%, pese a que se sabe esta relación, una gran proporción de suicidas murieron si haber nunca consultado a un profesional de la salud mental.(14)

En América Latina el 90% de las personas que cometieron suicidio tenían una trastorno mental, entre los que destacaron los trastornos depresivos, bipolares, esquizofrenia y abuso de alcohol.(16)

Entre los trastornos mentales más relacionados al intento suicida destacan: la depresión, algunos trastornos de personalidad y trastornos acompañados de alucinaciones como la esquizofrenia,(17). De los trastornos de personalidad que muestran un alto riesgo de intento suicida encontramos; al trastorno límite de personalidad (borderline),que como característica relevante observamos los actos impulsivos utilizando métodos de baja o moderada letalidad, siendo las mujeres las más predispuestas a presentar este trastorno.(18)(19)

El intento suicida es causa de hospitalización en hospitales generales y en algunos casos de hospitalización voluntaria e involuntaria en hospitales psiquiátricos(20), pero es necesario considerar múltiples factores involucrados en el mismo para normar la conducta a seguir.(21)

Mucho se ha relacionado al intento suicida con el uso de diversas sustancias tóxicas y para sustentar esta relación se han realizado múltiples estudios, en uno de ellos se muestran que existe evidencia que los pacientes diagnosticados con depresión, abuso de sustancias y esquizofrenia pueden presentar intento suicida en los primeros 90 días posteriores al diagnóstico y los pacientes con ansiedad generalizada lo puede presentar el intento suicida durante primer año del diagnóstico .(22)

Un factor de riesgo relacionado con el intento suicida es el abuso de drogas ya que la incidencia del suicida entre personas que consumen drogas es veinte veces mayor que en la población general según lo revela un estudio realizado entre estudiantes del nivel medio y superior de la ciudad de Pachuca donde también se encontró el uso de alguna droga ilegal fue cuatro veces mayor en los hombres con intentos anteriores (21%),comparado con lo que nunca habían intentado quitarse la vida (5%) ,en cuanto a las mujeres con intento de suicidio se encontró que el 11% consumía drogas en comparación con un 3% que nunca lo había intentado.(23)

En 2009 se realizó un estudio en el Servicio Médico Forense de la ciudad de México, donde se encontró que la sustancia detectada en los casos de suicidio fue principalmente alcohol con un 72.9%, seguida por estimulantes con un porcentaje de 9.6% y por último los sedantes con un 6.8 %. al momento del suceso.(24)

Las sustancias más consumidas por individuos que presentaron intento suicida fueron: el alcohol, la cannabis así como sedantes, estimulantes y opioides, aunque se ha considerado que no es el tipo de sustancias sino más bien la dosis consumida lo que incrementa el riesgo de suicidio. así como la presencia de síntomas depresivos o alguna comorbilidad psiquiátrica y son ellos mismo al iniciar tratamiento psiquiátrico que utilizan los fármacos que les fueron prescritos, aumentado en cada intento la dosis.(24)

Las personas que tienen una dependencia al alcohol, tienen un riesgo elevado de suicidio pero poco se sabe de la relación que existe entre las personas que tienen un consumo agudo y esporádico de alcohol con el comportamiento suicida, en un estudio quedó demostrado que tanto hombres y mujeres que llegan a la intoxicación alcohólica de forma esporádica también aumentan el riesgo de suicidio y se caracterizan por utilizar métodos más violentos.(25)

Otras sustancias involucradas con el riesgo suicida lo representa el tabaco, ya el tabaquismo aumentó el riesgo de suicidio hasta 5 veces según un estudio realizado en población de raza negra en los Ángeles California USA.(26)

Las enfermedades físicas también pueden estar relacionadas a intentos suicidas. Sobre todo las que provoquen dolor crónico o bien consideradas terminales o incapacitantes.(27)

Se han mencionado hasta el momento características clínicas que pueden favorecer intento suicida, pero existen también factores sociodemográficos importantes a considerar como son: el sexo ya que las mujeres presentan hasta cuatro veces más intentos en relación a los hombres.(28)

Con respecto al estado civil, existe evidencia que demuestra que los solteros y divorciados, que presentan adicción a la heroína muestran mayor tendencia al intento suicida. (22)

La edad es importante ya que en México el intento suicida se presenta más entre los 12 y 29 años, en el 2013 de las muertes registradas por suicidio el 29.5% fueron consumados por personas de entre 15 y 24 año.(29)

Religiones, como la católica, presenta menores tasas de suicidio frente a protestantes o que no profesan alguna religión.(30)

Con respecto a la situación laboral, aumentan las tasas de suicidios en desempleados y jubilados sobre todo en los primeros años de iniciado el retiro, así como las personas que llevan a cabo trabajos altamente estresantes como son médicos, policías y militares.(31)

En personas con un nivel socioeconómico alto se observa el suicidio consumado, en contraste en las clases bajas se observa con mayor frecuencia el intento suicida.(31)

Se ha encontrado que las personas que se asumen bisexuales tienen un alto riesgo de comportamiento suicida y abuso de sustancias, así como un alto riesgo de depresión y ansiedad, comparada con homosexuales y heterosexuales.(32)

Los intentos suicidas previos representan un factor importante al estudiar intento suicida, ya que los pacientes que tienen múltiples intentos cuentan con similares características como son: desempleo, solteros, diagnóstico de trastorno mental, eventos estresantes, y antecedente familiares de comportamientos suicidas o suicidio consumado.(33)

El antecedente de tener historia familiar de comportamiento suicida representará otro factor de riesgo para el intento suicida.(34)

Existen estudios que muestran que las conductas auto lesivas son lesiones que no buscan como fin la muerte pero si pueden dejar secuelas importantes, las personas que practicas este tipo de conductas muestran un umbral al dolor alto en conjunto con algún trastorno mental como lo es la ansiedad o depresión estos eventos pueden estar explicados por las alteraciones en la secreción de serotonina o bien opioides endógenos sin que los estudios hasta el momento puedan ser concluyentes.(35)

IV. Planteamiento del Problema

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) en 2010 se contabilizaron 5012 muertes por esta causa, representando la tercera causa de muerte en México en personas de entre 15 y 29 años, el suicidio pasó de 2.3 a 4.5 por cada 100 mil habitantes en un período de tiempo de 10 años, lo que significa que cuatro de cada 10 mexicanos que atentaron contra su propia vida estaban en un rango de edad de entre de 15 a 29 años,(2)

Factores culturales, sociales y del entorno han provocado que el fenómeno de suicidio haya aumentado en población cada vez más joven constituyendo un evento trágico, considerando que el grupo más afectado es un grupo que se encuentra en una etapa productiva.(36)

A pesar de ser un problema de salud pública, México invierte menos del 1% para la prevención del suicidio según el presupuesto de egresos de la federación del último sexenio.(36)

Los suicidios son prevenibles mediante intervenciones oportunas y eficaces basadas en investigaciones científicas, que permitan conocer el perfil epidemiológico de la población a la que van dirigidas.(37)

Es necesario conocer la prevalencia del intento suicida en la unidad de salud mental donde se efectuará la investigación, así como el perfil de los usuarios que presentan este evento, para poder establecer las medidas necesarias para su prevención.

Pregunta de Investigación.

¿Cuál es el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín?

V. Justificación

Los intentos suicidas son conductas que hasta cierto punto se podrían predecir, ya que se encuentran relacionados a diversos factores biopsicosociales, reconocer estos factores en un grupo poblacional son determinantes para evaluar el riesgo de un individuo.(15)

Para poder implementar programas preventivos de la conducta suicida se debe establecer objetivos específicos de las intervenciones, así como determinar la población a la que va dirigida, para lo cual es necesario conocer el panorama epidemiológico y socio demográfico de los pacientes internados por intento suicida.(15)

Las lesiones, el impacto psicológico y social que resulta del intento suicida provoca un alto costo al sistema de salud, así como a los sectores educativo, económico, religioso, y judicial entre otros.(15)

Sin duda los servicios de salud se ven afectados por la demanda que implica la atención de los intentos suicidas, en México no existen muchas publicaciones al respecto.

En Inglaterra, el envenenamiento es la primera causa de admisión en los servicios de los hospitales generales para las mujeres y en hombres, y representa la segunda causa de ingreso.(38)

El intento suicida se ha estudiado poco en México, al no ser un evento de notificación epidemiológica obligatoria, no se cuenta con cifras oficiales, por lo que se necesitan realizar investigaciones enfocadas al estudio de las características clínicas y socio demográficas para planificar medidas de prevención dirigidas a este grupo de pacientes, y de esta manera seguir las recomendaciones de la OMS como parte importante en la prevención del suicidio.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos por intento suicida en un Hospital Psiquiátrico del DF.

Objetivos Específicos

.- Calcular la Proporción que ocupa el intento suicida dentro de las causas de Hospitalización dentro del Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín

.- Identificar las características clínicas y socio demográficos que pudieran estar relacionadas con el intento suicida en pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín.

.- Describir las características clínicas y sociodemográficos implicadas en los pacientes con intento suicida que requirieron hospitalización en el Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín.

VII. Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo con información retrospectiva transversal donde se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico de carácter privado llamado: Lira y Serafín por intento suicida que fueron hospitalizados en el período del 01 de Enero de 2014 al 31 de Diciembre del 2015, se revisó la información recopilada en carpetas de Ingresos por el servicio de estadística del hospital para obtener el número de expediente con la finalidad de identificarlos, los criterios que se siguieron para seleccionar los expedientes fueron los siguientes.

Criterios de Inclusión:

- Expedientes Clínicos de los pacientes hospitalizados que tengan como motivo de internamiento intento suicida en el periodo del 01 de Enero del 2014 al 31 de Diciembre del 2015.
- Expedientes de los pacientes con cualquier patología psiquiátrica incluida en la Clasificación Internacional de las Enfermedades décima edición como enfermedad de base.
- Expedientes de pacientes de cualquier edad, hombres y mujeres.

Criterios de Exclusión.

- Expedientes Clínicos fuera del período establecido.
- Expedientes que no cuenten con un diagnóstico establecido del paciente.

Criterios de Eliminación.

- Expedientes con información incompleta.
- Expediente que al ser revisado no correspondan a Intento Suicida

Una vez identificado el expediente, se revisó la historia clínica, notas de evolución, notas de urgencias, notas de ingreso, etc. la información fue capturada en una base de datos, con esta información se utilizó estadística descriptiva para presentar los resultados y para el análisis estadístico se utilizó teorema de Bayes para determinar probabilidad condicional.

El total de pacientes hospitalizados en los dos años en la institución psiquiátrica fueron 348 de los cuales reportados en la bitácora de Ingresos fueron 53 con Intento Suicida al revisar los expedientes se eliminaron 2 debido a que no correspondía con Intento Suicida como motivo de ingreso, por lo tanto la muestra censal fue conformada por 51 expedientes.

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	CODIFICACIÓN
EDAD EN AÑOS	Número de años que ha vivido una persona al momento del Internamiento.	Cuantitativo	Discreto	Edad en Años	Número de años
SEXO	Condición biológica que distingue a las personas en mujeres y hombres.	Cualitativo	Nominal	Masculino Femenino	1= Masculino 2= Femenino
RELIGIÓN	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el	Cualitativo	Nominal	Católica Protestante Testigos de Jehová Adventista Mormón otro	Católica=1 Protestante=2 Testigos de Jehová=3 Adventista=4 Mormón=5 Otro=6

	sacrificio para darle culto.				
NÚMERO DE AÑOS ESCOLARES CONCLUIDOS	Cantidad de años escolares concluidos.	Cuantitativa	Discreta	Número de años escolares concluidos	Número de años
OCUPACIÓN	Tarea o actividad que desempeña el usuario antes el internamiento.	Cualitativo	Nominal	Hogar Desempleado Empleado asalariado Independiente Estudiante Jubilado	Hogar=1 Desempleado=1 Empleado =2 Independiente=3 Estudiante=4 Jubilado=5
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre	Soltero=1 Casado=2 Divorciado=3 Viudo=4 Unión Libre=5
PRESENCIA DE HIJOS MENORES DE EDAD	Existencia de Hijos menores de edad al momento del Internamiento	Cualitativa	Nominal	Si, No	Sí= 1 No=2
ANTECEDENTE DE TRASTORNO MENTAL EN FAMILIARES	Trastornos mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.	Cualitativa	Nominal	Si, No	Sí=1 No=2
ANTECEDENTE DE SUICIDIO EN LA FAMILIA	Suicidio será definido como el acto de quitarse la	Cualitativa	Nominal	Sí, No	Sí=1 No=2

	vida, a menudo como resultado de la depresión u otras enfermedades mentales, en este caso en algún familiar de rama directa.				
DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO DE BASE	Existencia de alguno de los trastornos mentales incluidos en la CIE-10	Cualitativa	Nominal	SÍ ,NO	ACORDES A CIE 10
NÚMERO DE INTERNAMIENTO POR INTENTO SUICIDA	Cantidad de Internamiento durante el último año.	Cuantitativa	Discreta	Número	Número de Internamientos previos.
LETALIDAD	Alcance del Método actuar sobre la vida de una persona.	Cualitativa	Ordinal	Baja Alta	Baja=1 Alta=2
LUGAR DONDE SUCEDIÓ EL EVENTO	Lugar Físico donde se efectuó el intento suicida	Cualitativa	Nominal	Tipos de Lugar	1.- Hogar 2.- Vía Pública} 3.- Centro Laboral o escolar. 4.-Otro

VIII. Análisis de Factibilidad

Fue un estudio factible debido a que existieron las facilidades por parte de las autoridades del Hospital Lira y Serafín para realización de esta investigación, la obtención de información no representó costo monetario para la Intuición.

Los gastos que se generaron fueron únicamente por concepto de transporte al Hospital en 8 ocasiones, así como el ocasionado por concepto de foto-copias de las hojas de registro mismos que fueron cubiertos con recursos propios.

IX. Consideraciones éticas:

Esta investigación se realizó sin riesgo ya que se utilizó información de expedientes de pacientes Hospitalizados únicamente se obtuvo el Número de expediente con fines de Identificación se utilizó el formato de carta de confidencialidad sugerido por el comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública(Anexo 1), así como se obtuvo la autorización escrita por parte de la Directora del Establecimiento Médico (Anexo 2)

X. Resultados

Se obtuvo una muestra censal de 51 pacientes hospitalizados por intento Suicida es decir de los 348 Internamientos que tuvo el Hospital en el 2014 y 2015 el 14.65% fue por pacientes con Intento Suicida.

De la muestra conformada, se encontró que 60.78% fueron mujeres y 39.22% fueron hombres, la muestra incluyó a personas entre 19 y 83 años con una edad promedio de 40.82 años (S.D. 15.88).

El lugar de origen y residencia más frecuente fue la ciudad de México con 96.16 % y 90.20%, respectivamente; el resto fue ocupado por el Estado de México y solo un caso residía fuera de estas dos entidades federativas.

La religión dominante fue la católica con 84.3%, seguido de las personas que no profesan ninguna religión con 13.7 %, y solo 2% de religión Judía.

Los años escolares cursados presentaron una mediana de 18 años con un valor inter cuartílico de 5.

El estado civil predominante fue ser soltero con 56.9%, estar casado fue 25.5%, 15.7% fue para los divorciados y finalmente vivir en Unión Libre representó 2.0%.

Del total de los pacientes estudiados, 70.6% no cuentan con el antecedentes de enfermedad psiquiátrica en familiares de primera línea; ninguno de los casos contaban con el antecedente de tener un familiar que hubiera cometido suicidio.

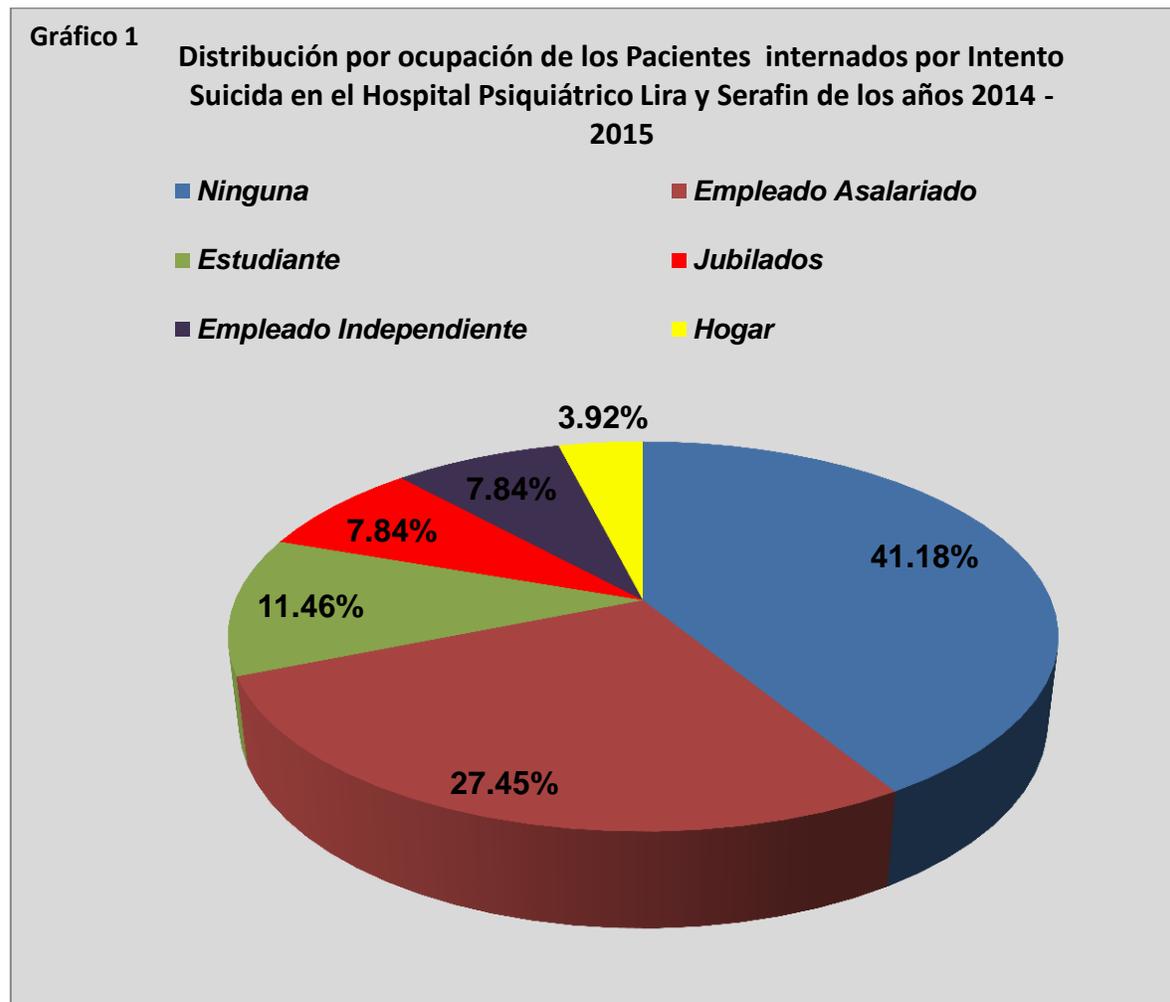
De la muestra estudiada, 80.4% no contaba con hijos menores de edad, al momento de intentar suicidarse.

Con respecto al lugar donde se realizó el intento suicida, el porcentaje más alto lo ocupa la categoría Hogar con 83.4%, con 7.8% está la vía pública y 7.8% lo ocupó la categoría de centro laboral o escolar.

En el cuadro 1 se resumen las características encontradas en los usuarios

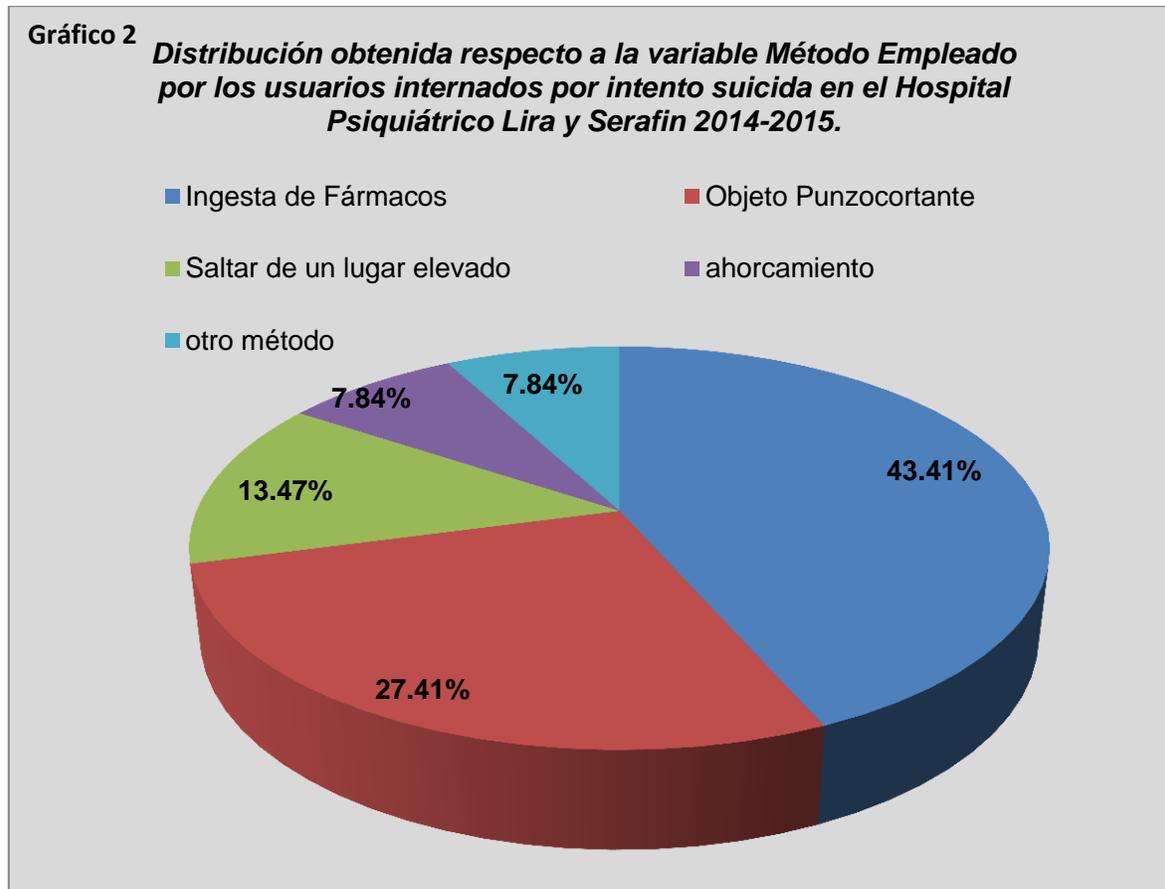
Cuadro 1. Características socio demográficas de pacientes Internados por Intento Suicida en Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín Periodo 2014 al 2015.			
Variable		Medida	
Edad	Media= 40.82 años	S.D (15.88)	
Años escolares cursados	Media= 16.41 años	S.D (03.51)	
Días de Estancia Intrahospitalaria	Mediana: 18 días	Rango Intercuartil (14-19)	
Número de Intentos	Mediana: 1	Rango Intercuartil (1 -2)	
Variable	N	Porcentaje	
Sexo			
Mujeres	31	60.7	
Hombres	20	39.2	
Religión			
Católica	43	84.3	
Ninguna	07	13.7	
Judía	01	02.6	
Ocupación			
Empleado Asalariado	14	27.5	
Desempleado	21	41.2	
Empleado Independiente	04	07.8	
Estudiante	06	11.8	
Jubilado	04	07.8	
Hogar	02	03.9	
Nacionalidad:			
Mexicana	48	94.1	
Hondureña	02	03.9	
Japonesa	01	02.0	
Estado Civil			
Solteros	29	56.9	
Divorciado	08	15.7	
Casados	13	25.5	
Unión Libre	01	02.0	
Presencia del Antecedente de Enfermedad Psiquiátrica en Familiares			
No	36	70.6	
Si	15	29.4	
Presencia del Antecedente de Suicidio en Familiares			
	0	0	
Presencia de Hijos Menores de Edad.			
No	41	80.4	
Si	10	19.6	
Lugar donde sucedió el Intento Suicida			
Hogar	43	84.3	
Centro escolar o laboral	04	07.8	
Vía Pública	04	07.8	
Método Empleado			
Ingesta de fármacos	22	43.1	
Objeto Cortante	14	27.4	
Saltar de un Lugar Elevado	07	13.7	
Ahorcamiento	04	07.8	
Otro	04	07.8	
Recurrencia			
Personas con un único Intento	29	56.9	
Personas con Múltiples Intentos	22	43.1	
Diagnóstico de Ingreso			
Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos	29	56.9	
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.	05	09.8	
Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad	06	11.8	
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.	08	15.7	
Distimia	02	03.9	
Esquizofrenia Paranoide	01	02.0	
Enfermedad Crónica no Psiquiátrica			
Ninguna	32	62.7	
Diabetes Mellitus	05	09.8	
Hipertensión Arterial Sistémica	04	07.8	
Hipotiroidismo	03	05.9	
Fuente: Creación Propia con base de datos creada a partir de información contenida en expedientes de los usuarios.			

El gráfico 1 muestra los porcentajes obtenidos con respecto a la ocupación, 41.18% no tienen ninguna ocupación de forma regular, seguido de 27.45% que son empleados asalariados, 11.46% son estudiantes, con un mismo porcentaje de 7.84% son jubilados y empleados independientes, y 3.92% se dedican al hogar.



La grafica 2 muestra los porcentajes de datos obtenidos con respecto a los métodos empleados por los pacientes para realizar el intento suicida se obtuvo un porcentaje del 43.41% utilizando como método el consumo de fármacos y de estos los que destacan son: los Inhibidores no selectivos de la recaptura de serótina, Anti Psicóticos atípicos y benzodiacepinas mismos que eran prescritos como tratamiento farmacológico de su padecimiento de base.

El intento utilizando objetos punzo- cortantes ocupó un porcentaje de 27.45%, saltar de un lugar elevado de 13.73%, ahorcamiento 7.84%, y finalmente 7.84% utilizando otro métodos.

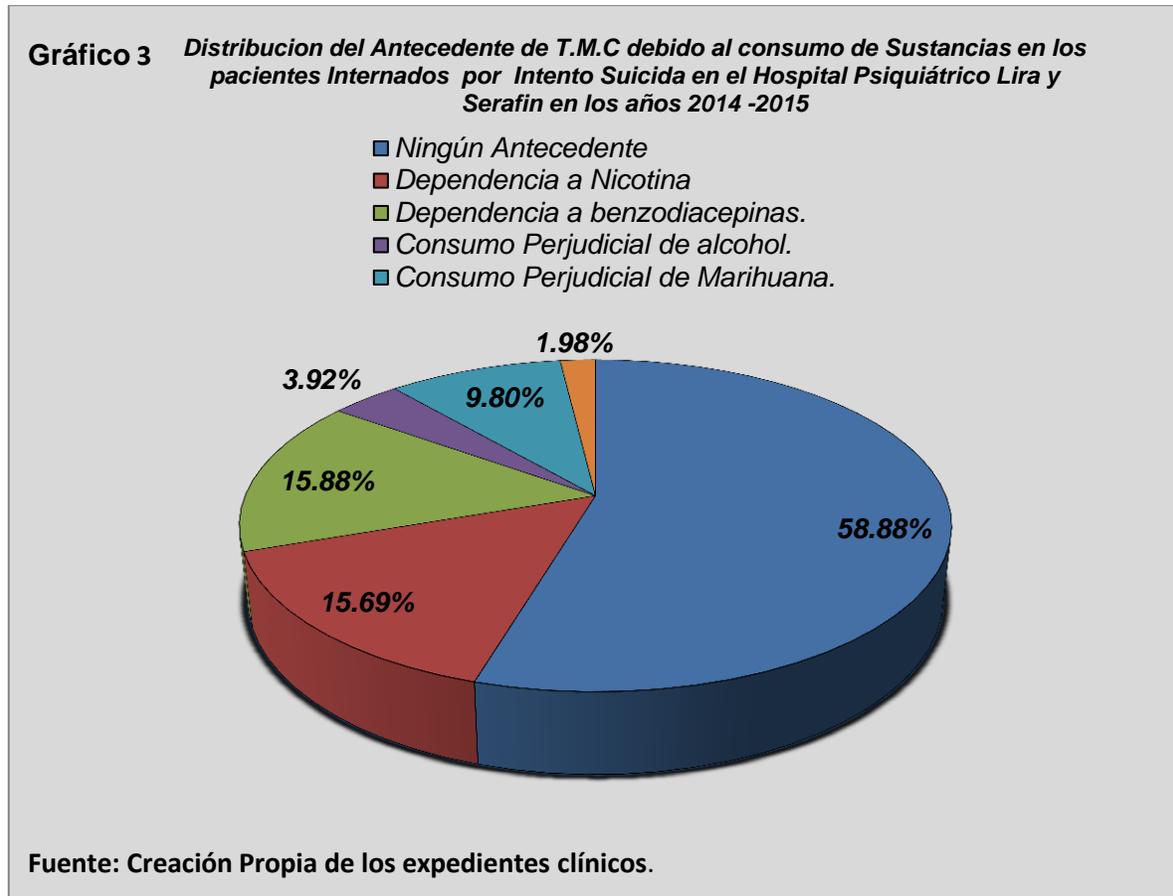


Los paciente que cometieron un único intento durante su vida ocuparon un 56.9%, mientras que los pacientes que cometieron más de dos veces el intento fueron 43.1%.

La Diabetes como Comorbilidad se documentó en 9.8%, seguida de la Hipertensión arterial sistémica con 7.8%.

En relación a la comorbilidad con el uso de sustancias el gráfico 3 muestra los datos recabados respecto a los Trastornos Mentales y del Comportamiento debido a consumo de sustancias que se presentaron en la muestra y fueron: dependencia a la Nicotina 15.69%, dependencia a las benzodicepinas 15.88%, Consumo Perjudicial de alcohol presentó en 3.92%, consumo perjudicial de Marihuana 9.8%,

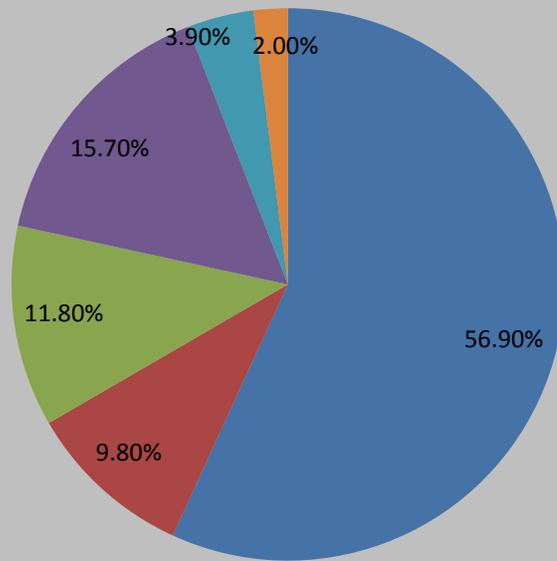
consumo perjudicial de cocaína en 1.98% del total de la muestra el resto es decir 56.86% no contaba ningún antecedente al respecto.



Los días de estancia Intrahospitalaria estuvieron en un rango de 3 a 195 días con una mediana de 18 días de estancia y un valor Inter Cuartil de 17.

La Gráfica 4 muestra los porcentajes obtenidos a partir de los diagnósticos reportados de Ingreso siendo el más frecuente el Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos ocupó un 56.9%, seguido del Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con 9.8%, el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad 11.8% y el Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos 15.7%, Distimia 3.9%, y finalmente la esquizofrenia paranoide con 2%.

Gráfico 4 Distribución del Diagnóstico de Ingreso de los Pacientes internados por Intento Suicida en el Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín 2014-2015.



- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- Distimia
- Esquizofrenia Paranoide

XI. Análisis de Resultados

Se calculó la probabilidad condicional por medio del teorema de Bayes para conocer la relación que existe entre el sexo y los diferentes trastornos psiquiátricos que presentaron los pacientes con Intentos suicida (Cuadro 2 y Cuadro 2.1).

Cuadro 2		Probabilidad Condicional en mujeres con respecto al trastorno mental								
Sexo Femenino	Diagnóstico de Ingreso		P (A _i ∩B)			Probabilidad Condicional			Porcentaje	
18	Trastorno Depresivo	0.6078	(0.6078)	(0.3529)	0.2145	0.2145/0.3932	0.5455		54.55	
4	Episodio Depresivo	0.6078	(0.6078)	(0.0784)	0.0477	0.0477/0.3932	0.1212		12.12	
5	Trastorno de Inestabilidad Emocional	0.6078	(0.6078)	(0.098)	0.0596	0.0596/0.3932	0.1515		15.15	
3	Trastorno Bipolar	0.6078	(0.6078)	(0.0588)	0.0357	0.0357/0.3932	0.0909		9.09	
0	Distimia	0	0	0	0	0	0		0	
1	Esquizofrenia	0.6078	(0.6078)	(0.0196)	0.0119	0.0119/0.3932	0.0303		3.03	
					B=∑			∑=0.999		99.9
					0.3932					

Fuente Creación Propia con Información Obtenida en Expedientes.

Cuadro 2.1		Probabilidad Condicional en hombres respecto al trastorno mental.								
Sexo Masculino	Diagnóstico de Ingreso		P(A _i ∩B)			Probabilidad Condicional			Porcentaje	
11	Trastorno Depresivo	0.3921	(0.3921)	(0.2156)	0.0845	0.0845	0.1538	0.5499	54.99	
1	Episodio Depresivo	0.3921	(0.3921)	(0.0196)	0.0076	0.0076	0.1538	0.0500	5	
5	Trastorno de Inestabilidad Emocional	0.3921	(0.3921)	(0.0196)	0.0076	0.0076	0.1538	0.0500	5	
5	Trastorno Bipolar	0.3921	(0.3921)	(0.0980)	0.0384	0.038	0.1538	0.2499	2.49	
2	Distimia	0.3921	(0.3921)	(0.0392)	0.0153	0.015	0.1538	0.1000	1.0	
0	Esquizofrenia	0.0000	0	0	0	0	0.0000	0	0	
						0.1538		0.9997	99.97	

Fuente Creación Propia con información obtenida de expedientes.

Según estos datos la mayor probabilidad de cometer intento suicida la presentan los hombres y mujeres que padecen Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

La probabilidad de cometer intento suicida ingiriendo fármacos dado que es mujer fue del 58.6% (Cuadro 3.0).

Cuadro 3.0 Probabilidad Condicional en Mujeres con respecto al Método Empleado								
Sexo	Método	P(A)	P (A _i ∩B)			Probabilidad Condicional	Porcentaje	
			(0.6078)	(0.5806)	0.3529			
18 Mujeres	Ingesta de Fármacos	0.6078	(0.6078)	(0.5806)	0.3529	0.3529/0.6078= 0.5806	58.06	
1 Mujeres	Salto de un lugar elevado	0.6078	(0.6078)	(0.032)	0.0196	0.0196/0.6078= 0.0322	3.22	
8 Mujeres	Objeto Punzocortante	0.6078	(0.6078)	(0.2581)	0.1569	0.1569/0.6078= 0.2580	25.80	
4 Mujeres	Ahorcamiento	0.6078	0.6078	(0.1290)	0.0784	0.0784/ 0.6078=0.1290	12.90	
31			Σ=0.6078			1	100	
Fuente: Creación Propia con Información Obtenida de expedientes.								

En cambio la probabilidad de cometer intento suicida saltando de un lugar elevado dado que es hombre fue del 30.01% muy por encima de los demás métodos empleados (Cuadro 3.1).

Cuadro 3.1 Probabilidad Condicional en Hombres con Intento Suicida con respecto a Método Empleado.								
Sexo	Método	P(A)	P (A _i ∩B)			Probabilidad Condicional	Porcentaje	
			(0.3921)	(0.0784)	0.0307529			
4	Ingesta de Fármacos	0.3921	(0.3921)	(0.0784)	0.0307529	0.03075294/0.1537=	0.2001	20.01
3	Objeto Punzocortante	0.3921	(0.3921)	(0.0588)	0.02306471	0.02306471/0.1537=	0.1501	15.01
6	Saltar de un lugar elevado	0.3921	(0.3921)	(0.1176)	0.04612941	0.04612941/0.1537=	0.3001	30.01
3	Ahorcamiento	0.3921	(0.3921)	(0.0588)	0.02306471	0.02306471/0.1537=	0.1501	15.01
4	Otro	0.3921	(0.3921)	(0.0784)	0.03075294	0.03075294/0.1537=	0.2001	20.01
20					Σ=0.1537		1	100
Fuente: Creación Propia con información obtenida de expedientes.								

Con respecto al estado civil la mayor probabilidad la presentan las mujeres que son solteras (48.39%) en comparación con los demás opciones (Cuadro 4.0).

Los hombres solteros presentan una probabilidad del 70 % mucho mayor que los demás estados maritales (Cuadro 4.1)

Cuadro 4.1 Probabilidad Condicional en los Hombres con respecto al estado civil									
Frecuencia	Estado Civil	i	$P(A_i \cap B)$			Probabilidad Condicional			Porcentaje
14	Soltero	0.3921	(0.3921)	(0.2745098)	0.1076	0.1076 / 0.1538		0.7	70*
2	Divorciado	0.3921	(0.3921)	(0.03921569)	0.0154	0.0154 / 0.1538		0.1	10
4	Casado	0.3921	(0.3921)	(0.07843137)	0.0308	0.0308 / 0.1538		0.2	20
0	Unión Libre	0.3921	(0.3921)	0	0.0000	0.0000 / 0.1538		0	0
					$B = \sum$ 0.1538			1	100
Fuente Creación Propia. Con información de Expedientes									

Cuadro 4.0 Probabilidad Condicional de las mujeres con respecto al estado civil									
Frecuencia	Edo. Civil		$P(A_i \cap B)$			Probabilidad Condicional			Porcentaje
15	Soltera	0.6078	(0.6078)	(0.2941)	0.1788	0.1788	0.3694	0.4839	48.39*
6	Divorciada	0.6078	(0.6078)	(0.1176)	0.0715	0.0715	0.3694	0.1936	19.35
9	Casada	0.6078	(0.6078)	(0.1765)	0.1073	0.1073	0.3694	0.2904	29.03
1	Unión Libre	0.6078	(0.6078)	(0.0196)	0.0119	0.0119	0.3694	0.0323	3.22
					$B = \sum$ 0.3694			1.0001	100
Fuente Creación Propia utilizando información de expedientes.									

Con respecto a la ocupación y el sexo, las mujeres desempleadas obtuvieron una probabilidad conjunta de 30.07%, en contraste con el sexo masculino ya que en ellos el hecho de ser hombre y empleado asalariado represento la probabilidad conjunta más elevada con 19.60%.

Ser mujer y no tener hijos menores de edad presenta una probabilidad conjunta de 45.09%, en comparación con las mujeres que si tienen hijos menores cuya probabilidad conjunta fue de 25.08%, al respecto los hombres con hijos presentan una probabilidad conjunta de 35.28% comprada con los hombres con hijos que presentan una probabilidad de 10%.

La probabilidad de cometer intento suicida siendo mujer y contar con el antecedente de intento suicida previo fue de 35.28%, mayor que la de los hombres que cuentan con el mismo antecedente con 7.84% de probabilidad conjunta.

En el cuadro 5.0 se resumen las características clínicas y socio-demográficas que obtuvieron la probabilidad conjunta más alta Mujeres y en el cuadro 5.1 se presentan la de los hombres.

Cuadro 5.0			
Características Clínicas de las 31 Mujeres Hospitalizadas por Intento Suicida en Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín en los años 2014 y 2015			
	Mediana	Valor Intercuartilar	
Edad	37 años	19 años.	
Años Escolares	18 años	5 años	
Días de Hospitalización	18 Días	23 Días	
	Frecuencia		Probabilidad Conjunta
Soltero	15	48%	29%
Desempleadas	16	52%	31%
Ingesta de Fármacos	18	58%	35%
Intento Suicida Múltiple	18	58%	35%
Trastorno Depresivo Recurrente	18	58%	35%
Tener Creencia Religiosa	15	90%	29%
No Tener Hijos Menores	23	74%	45%
Tener Comorbilidad no Psiquiátrica	9	29%	18%
Tener Algún TMC por sustancias	10	32%	41%
Tener Ant. Suicidio en Familiares	0	0%	0%
Hogar	30	97%	59%

Fuente: Creación Propia con Información Obtenida de Expedientes Clínicos

Cuadro 5.1

Características Clínicas de los 20 Hombres Hospitalizados por Intento Suicida en Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín en los años 2014 y 2015

	Mediana	Valor Intercuartilar	
Edad	42 años	31.5 años.	
Años Escolares	16 años	6.75 años	
Días de Hospitalización	20.5 Días	14.5 Días	
	Frecuencia		Probabilidad Conjunta
Soltero	14	70%	27%
Empleado Asalariado	10	50%	20%
Objeto Punzocortante	6	30%	12%
Intento Suicida único	16	80%	31%
Trastorno Depresivo Recurrente	11	55%	22%
Tener Creencia Religiosa	15	75%	29%
No Tener Hijos Menores	18	90%	35%
Tener Comorbilidad no Psiquiátrica	10	50%	20%
Tener Algún TMC por sustancias	13	65%	26%
Tener Antecedente de Suicidio en Familiares	0	0%	0%
Hogar	13	65%	25%

Fuente: Creación Propia con Información Obtenida de Expedientes Clínicos

XII. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación se encontró que las mujeres ocupan el mayor porcentaje (60.78), este resultado es muy similar a lo reportados por en un estudio realizado en Cuba donde concluyen que son las mujeres las que más intentan el suicidio en comparación con los hombres, pero son los hombres quienes logran conseguirlo.(9)

Las mujeres son las que tienen más intentos suicidas a lo largo de la vida en comparación con los hombres.(34)

Llama la atención que en las mujeres la edad del primer intento suicida es similar a lo reportado en otros estudios en el mundo.(39)sin embargo en los hombres este fenómeno no es así, su edad de presentación del primer intento fue mucho mayor.

Las mujeres Europeas comenten intento suicida a una edad más tardía es decir a los 45 a 59 años, en comparación a las mujeres americanas, muy similar a lo obtenido en nuestra investigación, estas diferencias pueden explicarse porque es alrededor de la cuarta década de la vida donde las mujeres experimentan cambios hormonales importantes así como cambios en el rol familiar.(34)

La prevalencia de Intento Suicida en la ciudad de México es de 9.5%,(40) en el presente estudio se encontró que la mayoría eran originarios y residentes de esa entidad, muy similar a los reportado en estudios similares.

Las mujeres solteras son las que presentaron una mayor probabilidad de cometer intento suicida (48.39%) comparado con cualquier otro estado marital, resultado que concuerda con lo reportado en un estudios realizados en mujeres que acudían al servicio de psiquiatría por intento suicida, hallaron que son las solteras las que acudían con mayor frecuencia.(41)

Ser mujer y no tener hijos menores de edad presentó una probabilidad conjunta del 45.09%, a este respecto el resultado puede ser contrastado con lo obtenido en un estudio realizado en Italia que se encontró que las personas atendidas en urgencias por intento suicida eran mujeres que vivían acompañadas de su familia integrada por hijos menores de edad,(42) al igual que los resultados reportados por investigaciones en población mexicana en el Hospital Fray Bernardino donde el 60.5 % de los pacientes que acudieron por Intento Suicida al servicio de urgencias vivían con su familia de procreación que incluyen hijos menores de edad,(43) estas diferencias pudieran ser explicadas por el tipo de población ya que en el caso del estudio realizado en el hospital Fray Bernardino se tiene un nivel académico de los usuarios más bajo (Bachillerato Concluido)en comparación con la población del Hospital Psiquiátrico Lira y Serafín donde se cuenta con un nivel educativo mayor siendo una mediana de 18 años escolares cursados.

El Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos fue el trastorno más frecuente en estos pacientes, otras investigaciones refieren que el 90% de las personas que comenten intento suicida presentaron una patología mental de fondo entre las que destacaron en primer lugar depresión, seguidos de ansiedad, abuso del alcohol, déficit de atención con hiperactividad y trastornos de personalidad.(44)

La probabilidad de cometer intento suicida fue más alta en las personas que contaban con el antecedente de intentos previos en comparación con las personas que no contaban con este antecedente, las personas con intento suicida pueden continuar con la conducta suicida hasta cuatro décadas posteriores al primer intento.(45)

Durante el 2009 en México la mayoría de las personas que cometían intento suicida no tenía una ocupación estable(10) es decir no estudiaban ni trabajaban, este fenómeno de desocupación se repitió en nuestro estudio específicamente en el grupo de las mujeres ya que eran desempleadas en su mayoría, no así en los hombres ya que en ellos fue lo contrario se encontró mayor frecuencia de intento suicida en los empleado asalariados.

El método empleado con mayor frecuencia para cometer intento suicida en las mujeres fue la ingesta de fármacos con una probabilidad condicional de 35%, este resultado es muy similar a otros donde reportan que el método más frecuente en las mujeres es utilizar psicofármacos.(17)

En cambio los hombres utilizaron métodos con mayor letalidad como son saltar de un lugar elevado o agredirse con objetos punzocortante y ahorcamiento de allí que son ellos los que consiguen el desenlace fatal con mayor frecuencia según lo reportado por I.N.E.G.I.

Con respecto al lugar donde se cometió el intento suicida en ambos sexos el lugar escogido fue el propio hogar del paciente que coincide plenamente con otros estudios, el consumir sustancias con fines suicidas dentro del hogar es el método más utilizado por los pacientes en un 61.6%.(46)

Se ha considerado a la religión como un factor protector del suicidio por lo menos de forma empírica debido a que los estudios no arrojan resultados contundentes, en esta investigación se encontró que el 86.3% profesaban alguna religión siendo la religión católica la más frecuente resultado de esperarse considerando que es la religión más profesada en el País y en la ciudad de México, en una revisión sistemática encontraron que tener una afiliación religiosa no necesariamente es un factor protector de la ideación suicida pero si del intento aunque intervienen varios aspectos para poder aseverar dicha información.(47)

La gran mayoría de los pacientes de la muestra no presentaban ninguna enfermedad crónica no psiquiátrica como comorbilidad del intento suicida probablemente debido a la edad y al acceso a los servicios de salud, resultados que contrastan con lo reportado en una revisión sistemática donde se estudió la relación entre intento suicida y enfermedad crónica no psiquiátrica se documentó que el dolor Crónico ejerce importantes efectos negativos en la vida de los enfermos que padecen dolores crónicos ya que se encuentran en fragilidad emocional y manifiestan deseos constantes por terminar con su vida.(27)

Las Personas que cuenta con antecedentes familiares de comportamiento suicida son más propensas a cometer intento suicida, (48)pero este factor no se encontró en nuestro estudio ya que nadie presentaba el antecedente de intento suicida en algún familiar, consideramos que este factor debe tomarse con cautela ya que la información fue obtenida del expediente clínico y se depende de la manera en la que fue interrogado dicho antecedente por el médico tratante.

El 58.88% de la muestra no presentó ninguna comorbilidad con el uso de sustancias psicoactivas resultados contrastantes con los reportado por Yuodelis-Flores C (49) en una revisión sistemática encontró que el comportamiento suicida es una problema significativo en personas que presentan alguna adicción.

A medida que aumenta el uso de sustancias se elevaba la posibilidad para fallecer por suicidio este resultado solo aplica para hombres ya que en las mujeres no se encontraron diferencias significativas entre el uso de sustancias y el suicidio.(50)

XIII. Conclusiones

En general el estudio obtuvo resultados muy similares a los reportados en la literatura a pesar de que son pocos los estudios se han realizado en instituciones privadas especializadas en atención psiquiátrica.

Se concluye que son las mujeres las que se intentan suicidar con mayor frecuencia en comparación con los hombres, dichas mujeres se encuentran en una edad de 42 años en promedio, son personas solteras que no tienen hijos menores de edad, que si bien tienen un nivel escolar elevado de (18 años cursados) curiosamente la gran mayoría está desempleada probablemente por la discapacidad que les produce la misma enfermedad de base, recordemos que todas ellas son atendidas en el hospital por algún trastorno psiquiátrico entre los que destaca el trastorno afectivo; por lo tanto esta información deberá servir a la institución para hacer énfasis en la importancia del tratamiento oportuno e implantar medidas para el adecuado apego al tratamiento en estos pacientes, porque ya con ese simple hecho se reduce de forma notable la probabilidad del intento suicida como complicación del trastorno afectivo, aunado a los gastos que genera la atención de trastorno y la discapacidad resultado del mismo trastorno.

Son mujeres que se declaran católicas en su mayoría y no cuentan con comorbilidad de alguna otra enfermedad crónica a excepción del padecimiento psiquiátrico de base, la mayoría no presenta trastornos mentales relacionados con el uso de sustancias, pero a pesar de todas estas condiciones que pudieran resultar favorables, son las mujeres las que presentan un mayor número de intentos suicidas múltiples en comparación con los hombres, es decir en ellas si está presente la historia de recurrencia del intento suicida, pero ellas utilizan métodos con menor letalidad, como lo es el utilizar psicofármacos que cabe mencionar son los mismos que se les prescribe como tratamiento de base muy probablemente por el fácil acceso que tienen a ellos, siendo el propio hogar el lugar preferido para cometer intento suicida.

Para los hombres el perfil es distinto con respecto a las mujeres, ellos tienen mayor edad, tienen una escolaridad ligeramente más baja pero a pesar de ello tienen una ocupación más estable, principalmente se dedican a ocupaciones que requieren un alto grado de responsabilidad.

Los Hombres son solteros en su mayoría no tienen hijos menores de edad y al igual que las mujeres en su mayoría se declaran católicos, son pacientes diagnosticados con trastornos afectivos crónicos como enfermedad de base, pero ellos no cuentan con historia de intentos previos es decir para la gran mayoría ese fue su primer y único intento suicida a lo largo de su vida, en ellos llama la atención el método empleado que es de mayor letalidad, el más recurrido fue el de provocarse laceraciones con objetos punzocortantes en sitios vitales, seguidos del ahorcamiento, todos estos sucedidos en el propio hogar del usuario. Se ha reportado que la letalidad del método es lo que define un suicidio consumado. Por lo que se debe tener especial cuidado con este tipo de población.

Ellos si presentan comorbilidades con el uso de sustancias entre las que destacan la dependencia a la nicotina y la dependencia a benzodiazepinas, lo que implica un reto mayor para la prevención del suicidio en estas personas.

Otro aspecto a resaltar es que la mitad de los hombres si presentan alguna enfermedad crónica no psiquiátrica entre las que destacan Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus y Obesidad lo que complica todavía aún más la prevención de un fenómeno tan complejo como lo es el suicidio, con toda esta información se puede concluir que la posibilidad de que estos pacientes llegarán a consumir el suicidio es muy alta, por lo que se debe tomar medidas preventivas muy específicas acordes al perfil descrito que como puede observarse a pesar de tener una muestra tan pequeña es distinto en los hombres que en las mujeres, la institución deberá con base a la información encontrada implantar estrategias adecuadas al tipo de paciente presentado para aumentar la posibilidad de éxito de las mismas y de esta manera contribuir a la prevención efectiva del suicidio en esta población.

XIV. Limitaciones

El tamaño de muestra fue de 51 pacientes por lo que sería inadecuado hacer inferencia a toda la población, la institución de dónde se obtuvo la muestra fue un hospital psiquiátrico por lo tanto son personas que reciben una atención médica especializada situación muy diferente al grueso de la población que habita en la ciudad de México, aunado a este evento el hospital es una Institución de carácter privado por lo que las condiciones económicas de los usuarios atendidos son muy diferentes a la mayoría de la población que habita en la ciudad de México.

Se obtuvo la información del expediente clínico por lo que se dependía totalmente de la manera en la que el personal clínico y administrativo que labora en la institución recaba la información y la plasma en el expediente, aunque es oportuno reconocer el cumplimiento que se le da norma oficial mexicana del expediente clínico.

En relación al párrafo anterior no existe una base de datos electrónica que permita obtener la información de manera más rápida y concreta ya que para la revisión de los expedientes se revisó la bitácora impresa de ingresos hospitalarios, por lo que se tuvieron que revisar los datos de los 348 pacientes hospitalizados en los dos años por diversos motivos.

XV. Recomendaciones

Para la Institución

- Crear una base de datos que permita identificar y recuperar la información de todos los pacientes atendidos por conducta suicida en la unidad de forma precisa y rápida.
- Dar el seguimiento a todos los casos detectados con Intento Suicida.
- Establecer capacitación a todo el personal médico y para-médico que labora en la unidad con el fin de detectar de forma temprana la conducta suicida en los usuarios atendidos.
- Establecer talleres de psico-educación dentro de la institución que estén conformados por familiares, pacientes, personal de salud con la intención de tener una visión integral del fenómeno.

Para el Sistema de Salud.

- Para Prevenir el suicidio se deben establecer estrategias diferentes, para los hombres que para las mujeres.
- En las mujeres se deben realizar acciones enfocadas a reforzar habilidades de resolución de conflictos a través de talleres de Psi coeducación en escuelas, centros laborales, unidades del primer nivel de atención, aprovechando que son las mujeres las que comienzan con conducta suicidas a edades tempranas.
- En Hombres se debe hacer detecciones tempranas a través de escalas auto aplicable de riesgo suicida en unidades de salud en las escuelas, centros laborales.
- Capacitar a los Médicos de Primer contacto para reconocer la conducta suicida de forma temprana, y de ser necesario referir a los usuarios a centros especializados en atención

XVI. Bibliografía

1. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México [Internet]. Papeles de Población. 2011 [citado el 14 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11219270004>
2. inegi.pdf [Internet]. [citado el 20 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/creas/inegi.pdf>
3. WHO | Preventing suicide: A global imperative [Internet]. WHO. [citado el 4 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
4. SALMAN RD. FUTURO IMPERFECTO: DIMENSIÓN HERMENÉUTICO-SIMBÓLICA DEL SUICIDIO EN LA OBRA DE JORGE SEMPRÚN. [México D.F]: Universidad Iberoamericana; 2011.
5. Durkheim É. El suicidio. Ediciones AKAL; 2014. 352 p.
6. Gibbons J. The Suicide Syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. diciembre de 1980;43(12):1150.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía - Temas estadísticos [Internet]. INEGI. [citado el 4 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
8. Caine ED. Forging an Agenda for Suicide Prevention in the United States. Am J Public Health. 2013;103(5).
9. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García T. Conducta suicida: factores de riesgo asociados. Rev Cuba Med Gen Integral. abril de 1998;14(2):122–6.
10. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Salud Ment. octubre de 2009;32(5):413–25.
11. Vallejo Ruiloba Julio. Conducta Suicida. En: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Sexta. Madrid España: Elsevier Masson; 2006. p. 271–90.
12. Kazdin AE, editor. Encyclopedia of psychology. Washington, D.C.: Oxford [Oxfordshire]; New York: American Psychological Association; Oxford University Press; 2000. 8 p.
13. Kreitman N, Philip AE, Greer S, Bagley CR. Parasuicide. Br J Psychiatry J Ment Sci. junio de 1969;115(523):746–7.

14. OMS | Prevención del suicidio: recursos [Internet]. WHO. [citado el 3 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention/es/
15. WHO | Preventing suicide: A global imperative [Internet]. WHO. [citado el 4 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
16. Vera-Romero ÓE, Díaz-Vélez C. Suicidio en adolescentes de Sudamérica: un problema creciente. *Salud Pública México*. agosto de 2012;54(4):363–4.
17. Harada K, Eto N, Honda Y, Kawano N, Ogushi Y, Matsuo M, et al. A comparison of the characteristics of suicide attempters with and without psychiatric consultation before their suicidal behaviours: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2014;14:146.
18. Blüml V, Kapusta ND, Doering S, Brähler E, Wagner B, Kersting A. Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PloS One*. 2013;8(10):e76646.
19. Wierzbński P, Zdanowicz A, Zurek A, Zboralski K, Florkowski A. [Suicide attempts in patients with borderline personality--preliminary report]. *Pol Merkur Lek Organ Pol Tow Lek*. junio de 2014;36(216):394–6.
20. Gutiérrez-García AG, Contreras CM. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. *Salud Ment*. agosto de 2008;31(4):321–30.
21. Moya Ollé J. La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil. 2008.
22. Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM. Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. octubre de 2014;59(10):531–8.
23. González-Forteza, Mariño M., Rojas E. Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el malestar depresivo y el uso de sustancias. 15. 1998;2.
24. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud Pública México*. agosto de 2009;51(4):306–13.
25. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. febrero de 2013;19(1):38–43.

26. Gilreath TD, Connell CM, Leventhal AM. Tobacco use and suicidality: latent patterns of co-occurrence among black adolescents. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* agosto de 2012;14(8):970–6.
27. Newton-John TRO. Negotiating the maze: risk factors for suicidal behavior in chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep.* septiembre de 2014;18(9):447.
28. Hernández AMC, Núñez MCM, García LFM. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes [Internet]. *Salud Mental.* 2008 [citado el 4 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://redalyc.org/www.redalyc.org/resumen.oa?id=58231305>
29. INEGI. Causas de defunción Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por entidad federativa y sexo, 2004 a 2013. 2014.
30. Malakouti SK, Davoudi F, Khalid S, Asl MA, Khan MM, Alirezaei N, et al. The Epidemiology of Suicide Behaviors among the Countries of the Eastern Mediterranean Region of WHO: a Systematic Review. *Acta Med Iran.* el 22 de abril de 2015;53(5):257–65.
31. Rančić N, Ignjatović Ristić D, Radovanović S, Kocić S, Radević S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas Off Publ Med Assoc Zenica-Doboj Cant Bosnia Herzeg.* agosto de 2012;9(2):350–5.
32. Pompili M, Lester D, Forte A, Seretti ME, Erbutto D, Lamis DA, et al. Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. *J Sex Med.* agosto de 2014;11(8):1903–13.
33. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry.* diciembre de 2013;21(6):281–95.
34. Mendez-Bustos P, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *ScientificWorldJournal.* 2013;2013:485851.
35. Bunderla T, Kumperščak HG. Altered pain perception in self-injurious behavior and the association of psychological elements with pain perception measures: a systematic review. *Psychiatr Danub.* diciembre de 2015;27(4):346–54.
36. SUICIDIO EN MÉXICO: LA TRAGEDIA MÁS REVERSIBLE [Internet]. SinEmbargo MX. [citado el 30 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.sinembargo.mx/13-12-2012/458787>

37. Rodríguez Almaguer F, Mok Olmo Y, Cuervo Bello L, Rodríguez Arias OD. Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. enero de 2013;17(1):101–8.
38. Soumah MM, Eboué BA, Ndiaye M, Sow ML. Aspects épidémiologiques du suicide à Dakar. *Pan Afr Med J [Internet]*. el 6 de mayo de 2013 [citado el 11 de septiembre de 2015];15. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708323/>
39. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. [Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments]. *Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie*. junio de 2013;20(6):608–15.
40. Ameth J GF, Villatoro VJ. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997 y 2000. *Salud Ment*. 2002;25:1–12.
41. Choi KH, Wang S-M, Yeon B, Suh S-Y, Oh Y, Lee H-K, et al. Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Res*. el 30 de diciembre de 2013;210(3):957–61.
42. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry*. 2015;15:13.
43. Díaz LC FG, Cuevas PG. Evaluación del riesgo suicida en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital psiquiátrico. *Psiquis*. 2008;17(5):151–8.
44. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. diciembre de 2013;151(3):821–30.
45. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*. el 1 de marzo de 2004;161(3):562–3.
46. Oh SH, Lee KU, Kim SH, Park KN, Kim YM, Kim HJ. Factors associated with choice of high lethality methods in suicide attempters: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:43.
47. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. marzo de 2016;20(1):1–21.

48. Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. Suicide reattempters: a systematic review. *Harv Rev Psychiatry*. diciembre de 2013;21(6):281–95.
49. Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: A review. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. marzo de 2015;24(2):98–104.
50. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment*. diciembre de 2013;36(6):471–9.

Anexo 1

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD COMO COLABORADOR DE PROYECTO DESEMPEÑANDO FUNCIONES COMO REVISOR DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Yo, **PEDRO GARCÍA CORTÉS**, en mi carácter de revisor de expedientes como residente de tercer año de la especialidad de salud Pública y Medicina Preventiva entiendo y asumo que, de acuerdo al **Art.16**, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio:

PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR INTENTO SUICIDA EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO DEL DF

Y cuyo investigador responsable es **LINA DÍAZ CASTRO**

Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del **Art. 14**¹ de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo investigador.

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

Pedro García Cortés

México D.F. a 18 de Septiembre de 2015

¹ *“El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica”*

Anexo 2



¡Amor y bondad que curan!

Dr. Pedro García Cortés
Médico Residente del
Instituto Nacional de Salud Pública.
Presente.

Por este medio informo a usted, que la solicitud realizada para llevar a cabo la Investigación clínica para su Tesis Titulada "Perfil Epidemiológico de los pacientes atendidos por Intento Suicida en un Hospital Psiquiátrico del D.F.;" ha sido aprobada por la Junta Administrativa de esta Institución, Podrá asistir los Miércoles y Viernes de cada semana en horario de 16:00 a 20:00 horas. Debiéndose presentar previamente conmigo para proporcionarle los expedientes a revisar. Sin otro particular reciba un saludo cordial.

ATENTAMENTE
DIRECTORA MÉDICA
PSIQUIÁTRICO LIRA Y SERAFÍN A.C.

DRA. MARTHA PATRICIA CRUZ VÁZQUEZ