



**Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Medicina.**



Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

**Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".
Departamento de Enseñanza.**

**Evaluación de la Conducta Suicida en el servicio de Urgencias del
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

Dra. María Cristina López Pedraza.

Tutor teórico:

Dr. Alejandro Molina López.

Médico Adscrito al servicio de Urgencias.

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Tutor metodológico:

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe.

Subdirectora de Hospital y Urgencias.

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

México D.F. Junio de 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

**EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA “RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”**

INVESTIGADOR

DRA. MARÍA CRISTINA LÓPEZ PEDRAZA
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE PSIQUIATRIA

ASESOR TEORICO:

DR. ALEJANDRO MOLINA LÓPEZ
MEDICO ADCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS.

ASESOR METODOLOGICO:

DRA MARTHA P. ONTIVEROS U.
SUBDIRECTORA DE HOSPITAL Y URGENCIAS.

CONTENIDO.

<u>Agradecimientos.</u>	iv
<u>Resumen.</u>	vi
<u>Introducción.</u>	1
Marco teórico .	1
Planteamiento del problema.	14
Justificación.	14
Hipótesis de trabajo.	14
Objetivos.	14
<u>Material y métodos.</u>	15
Diseño del estudio.	15
Ubicación espacio-tempora.	15
Estrategia de trabajo.	15
Marco muestral.	18
Criterios de inclusión.	19
Criterios de exclusión.	19
Variables.	19
Procedimiento.	20
Análisis estadístico.	20
Consideraciones éticas.	21
<u>Resultados.</u>	23
<u>Discusión.</u>	56
<u>Conclusiones.</u>	60
<u>Referencias bibliográficas.</u>	61
<u>Anexos.</u>	62
Historia de Suicidalidad.	62
Consentimiento informado.	63

AGRADECIMIENTOS.

Al Ser Supremo.

Por darme el entendimiento suficiente para seguir en mi camino.

A mis padres.

Que me infundieron valores y siempre creen en mí.
Gracias por existir.
Los amo.

A Marcos, mi esposo.

Luz en mis desvelos.
Aliento en mis cansancios.
Maestro en la carrera y la vida.
Te amo.

A todos mis maestros.

Que influyeron en la convicción de seguir.
Gracias por existir y compartir su sabiduría conmigo.

A la Dra. Martha Ontiveros y el Dr. Alejandro Molina.

Por su paciencia, disciplina, convicciones y amor a su trabajo.
Mil gracias.

A mis Amparos.

Las amo dondequiera que estén.

*-Si me matas,
tendré más poder
del que posiblemente
te puedas imaginar-
-O.W.K.-*

*-El cielo no es un lugar, ni un tiempo.
El cielo consiste en ser perfecto...
pero supera el espacio
y nos quedará solo un aquí.
Supera el espacio
y nos quedará solo un ahora-
-R.B.-*

RESUMEN.

Suicidio se define como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto la ideación suicida como el acto suicida en sí. La conducta suicida se refiere a la ocurrencia de intentos de suicidio, la cual se define como actos lesivos auto-dirigidos con la finalidad de acabar con su propia vida. Las conductas suicidas van desde suicidio consumado a intentos altamente letales y suicidios fallidos además de intentos de baja letalidad.

Los trastornos mentales son un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo por su alta prevalencia y el alto grado de discapacidad que producen, sobre todo si estos trastornos mentales se complican con el riesgo suicida. Se estima que en el año 2000, 814,000 personas murieron por suicidio alrededor del mundo. Se han encontrado características clínicas que incrementan el riesgo de conducta suicida como rasgos agresivos / impulsivos, desesperanza, comorbilidad para abuso de sustancias y alcoholismo, una historia de abuso físico o sexual durante la infancia, así como una historia de lesión cerebral o trastorno neurológico. Influyen de forma importante las recesiones económicas, el desempleo asociado, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social, además, la pobreza, la portación de armas, el desempleo y el aislamiento social han sido implicados en el suicidio. El suicidio se considera una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos, entre ellos la Depresión Mayor, el Trastorno bipolar, la Esquizofrenia, el Trastorno de ansiedad, la Anorexia nervosa, el consumo de etanol, o de otras sustancias, además de los Trastornos de Personalidad.

El objetivo de este estudio es describir las características sociodemográficas, psicopatológicas y psicosociales de los pacientes que hayan presentado algún tipo de conducta suicida y que hayan visitado el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la fuente Muñiz" del 01 de septiembre de 2007 al 31 de agosto de 2008, determinar la prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos y de pacientes con conducta suicida según sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil y ocupación, además de determinar la relación entre la reductibilidad de la conducta suicida y la vulnerabilidad sociodemográfica y severidad psicopatológica.

La prueba estadística que se aplicó fue ANOVA para determinar diferencias estadísticamente significativas, así como el coeficiente de correlación de Pearson para determinar riesgo entre variables. Todas estas pruebas se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 13.

Se obtuvo como resultado una muestra de 100 pacientes, 70 mujeres y 30 hombres, en edades de 18 a 58 años. Los principales diagnósticos de eje I fueron Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar, Trastorno Psicótico, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Dependencia a etanol y a sustancias. Los principales diagnósticos de eje II fueron Trastorno Límite, Trastorno Evitativo, Trastorno Dependiente, Trastorno Antisocial y Trastorno Depresivo de Personalidad. La edad del primer intento suicida, en promedio, fue de 19 años, siendo mayoría mujeres.

De la muestra total, 43 pacientes presentaron ideación suicida, 16 tuvieron un gesto y 41 cometieron intento suicida. Solo a 39 pacientes se le realizó pacto terapéutico, la gran mayoría comentaron que funcionó dicho pacto; mientras que los restantes 61 no se les realizó, esto debido a que se les ofreció internamiento, o se les refirió a otra institución para el mismo fin.

INTRODUCCION.

1. Marco teórico.

Los trastornos de salud mental son un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo por su alta prevalencia y el alto grado de discapacidad que producen (6). En el caso del suicidio, éste es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas década, y dado que éste se ha visto que es más frecuente en las personas con patología mental; han sido los profesionales de este campo los que más se han abocado al manejo y prevención del suicidio a nivel individual y desde una perspectiva clínica, de ahí que el estudio del mismo a nivel poblacional se aborde desde diferentes disciplinas: la Sociología, la Antropología, la Psicología y la Psiquiatría (12).

Se estima que para el año 2000 814,000 personas murieron por suicidio alrededor del mundo (OMS 2001) (3). Alrededor de 90% de víctimas de suicidio tiene un trastorno psiquiátrico al momento de la muerte. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no cometen suicidio, por lo tanto, un trastorno psiquiátrico es generalmente una necesaria, pero insuficiente condición para el suicidio. (10). En las edades entre los 15 y 34 el suicidio es ahora una de las tres causas principales de muerte en el mundo. La mitad de la gente que muere por suicidio ha tenido contacto previo con servicio de salud mental, y la mitad de este grupo han tenido contacto en el año anterior a la muerte (3).

En EU se reporta que los hombres cometen más suicidios alrededor de cuatro veces más frecuente que las mujeres y el riesgo de suicidio es dos veces más para blancos que para afroamericanos; y alrededor del 90% de víctimas de suicidio tienen una enfermedad psiquiátrica diagnosticada, comúnmente un trastorno afectivo. Alrededor del 60% de todos los suicidios ocurren en relación de un trastorno afectivo, y el resto relacionado a otras condiciones, incluyendo esquizofrenia, alcoholismo, abuso de sustancias, y trastornos de personalidad. (11).

Un intento suicida previo es el mejor predictor de un futuro intento o un suicidio. Sin embargo solo 20-30% de aquellos que cometen suicidio han hecho un intento suicida previo, es necesario identificar otros indicadores de riesgo para intento de suicidio o suicidio consumado. (10).

Un diagnóstico preciso es importante porque como los suicidios consumados, los intentos de suicidio usualmente ocurren en el contexto de una enfermedad psiquiátrica. Más aún, 82% de los intentos de suicidio tienen diagnósticos comórbidos y es probablemente subestimado porque los investigadores no diagnostican sistemáticamente trastornos del eje II. (10). La frecuencia de suicidio en población hospitalizada va del 20% en pacientes con TBP al 5-10% en pacientes con trastorno límite y antisocial, y es más bajo en pacientes psiquiátricos externos. (11).

Otras características clínicas que incrementan el riesgo de conducta suicida incluyen rasgos agresivos / impulsivos, desesperanza o rasgos pesimistas, comorbilidad para abuso de sustancias y alcoholismo, una historia de abuso físico o sexual durante la infancia, una historia de lesión cerebral o trastorno neurológico (11).

Estos factores no suelen ser independientes. Por ejemplo, pueden encontrarse relaciones entre impulsividad / agresividad, abuso de sustancias, tabaquismo y depresión. Otro es el tener una lesión cerebral, lo que lleva a una conducta agresiva, impulsiva y a tener historia de alcohol y abuso de sustancias. Esta relación en particular es bidireccional porque el alcoholismo, el abuso de sustancias y conductas agresivas pueden llevar a lesiones de cabeza. Este tipo de patrones son más comunes entre hombres, que en mujeres, esto de cierta forma explica las altas tasas de suicidio reportadas en este género (11).

En México, durante 1994 hubo 2,603 defunciones, con una tasa de 2.89 por 100,000 habitantes (13); en 1999 la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Ssa indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en mujeres (12). En cuanto al perfil de suicidio, se ha encontrado el sexo predominantemente es masculino, de menos de 40 años, no ocurre más en ningún mes del año, las sustancias tóxicas, las armas de fuego o los medios para ahorcarse están a su disposición en su entorno, su estado civil puede ser soltero o casado y su ocupación es de desempleado (7).

Grupos de edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	6.7	7.4	7.4	7.8	8.0	8.1
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.7	0.2	0.7	0.0	0.0	0.0
10 a 14 años	6.6	8.0	9.8	9.1	10.2	10.5
15 a 19 años	10.9	12.0	11.6	12.9	12.6	12.6
20 a 24 años	10.8	11.3	11.6	12.7	12.2	12.0
25 a 29 años	9.4	9.8	10.5	10.4	11.3	11.6
30 a 34 años	7.9	10.0	9.2	9.9	10.3	10.4
35 a 39 años	7.4	7.1	7.9	8.4	9.3	9.2
40 a 44 años	5.8	7.0	7.9	8.6	8.0	9.1
45 a 49 años	6.8	7.5	7.1	7.3	7.6	8.1
50 a 54 años	6.1	7.0	6.9	6.9	7.0	7.5
55 a 59 años	5.5	6.0	5.7	6.8	7.1	7.0
60 a 64 años	4.5	6.1	5.6	5.9	6.5	4.9
Más de 65 años	3.7	4.3	3.8	4.1	4.1	4.0
No especificado	2.8	3.6	2.8	2.4	5.8	4.3

Tabla 1 Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad. INEGI, 2000 a 2005

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hombres	7.0	7.6	7.7	8.2	8.5	8.6
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	1.0	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0
10 a 14 años	5.6	6.4	8.3	8.4	9.8	9.8
15 a 19 años	9.7	10.7	10.1	11.3	11.6	11.2
20 a 24 años	10.4	11.0	11.5	12.4	12.3	11.8
25 a 29 años	9.4	9.6	10.7	10.5	11.0	11.4
30 a 34 años	8.1	9.8	9.2	10.0	10.0	10.4
35 a 39 años	7.5	6.8	7.8	8.2	9.4	9.2
40 a 44 años	5.8	6.9	7.7	8.5	8.3	9.0
45 a 49 años	6.6	7.2	6.9	7.3	7.6	8.1
50 a 54 años	6.3	7.0	6.7	6.7	6.9	7.6
55 a 59 años	5.9	6.0	6.2	7.1	7.4	7.2
60 a 64 años	5.1	6.7	6.0	6.3	6.6	5.5
Más de 65 años	5.0	5.9	5.2	5.9	5.6	5.7
No especificado	3.2	3.9	3.2	2.2	6.0	4.4

Tabla 2. Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad. INEGI, 2000 a 2005

Sexo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mujeres	5.3	6.3	6.0	6.4	6.3	6.5
0 a 4 años	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5 a 9 años	0.3	0.2	0.3	0.0	0.0	0.0
10 a 14 años	9.1	12.0	13.6	10.8	11.1	12.1
15 a 19 años	16.3	16.8	17.7	19.4	16.3	18.0
20 a 24 años	13.6	13.1	12.3	13.9	11.6	13.7
25 a 29 años	9.2	10.9	9.2	9.5	12.6	12.9
30 a 34 años	6.9	11.1	9.2	9.1	12.4	10.6
35 a 39 años	6.5	9.2	8.0	9.7	8.9	9.5
40 a 44 años	5.8	7.5	9.6	9.3	6.7	9.6
45 a 49 años	7.7	9.2	8.2	7.2	7.8	8.1
50 a 54 años	5.0	7.0	7.8	7.9	7.2	6.9
55 a 59 años	3.6	5.6	3.3	5.6	5.8	5.7
60 a 64 años	2.5	3.8	4.0	4.0	5.7	2.6
Más de 65 años	1.2	1.2	1.0	1.0	1.3	1.0
No especificado	0.9	2.4	1.0	5.1	3.9	4.9

Tabla 3. Porcentaje de muertes por suicidio con respecto al total de muertes violentas por sexo y grupos quinquenales de edad. INEGI, 2000 a 2005

Año	Total	Amorosa	Dificultad económica	Disgusto familiar	Enfermedad grave	Enfermedad mental	Remordimiento	Otras causas	No especificada
1990	1	87	31	128	100	60	20	916	63
1991	1	148	69	122	126	218	18	153	972
1992	1	106	55	133	109	359	27	163	1 003
1993	2	110	77	198	95	306	17	184	1 035
1994	2	132	86	183	137	78	28	344	1 227
1995	2	156	126	238	171	122	40	168	1 407
1996	2	170	89	239	144	103	31	169	1 288
1997	2	165	100	247	155	119	31	176	1 466
1998	2	181	94	258	131	94	39	189	1 428
1999	2	195	67	281	143	134	48	191	1 472
2000	2	221	90	291	187	110	49	219	1 569
2001	3	237	87	275	197	142	32	348	1 771
2002	3	239	112	331	158	119	31	339	1 831
2003	3	246	110	301	170	140	42	281	2 037
2004	3	230	94	280	172	141	33	287	2 087
2005	3	275	116	314	194	156	28	379	2 091

Tabla 4. Suicidios registrados según causa. INEGI, 1990 a 2005

Dada la tendencia mundial incrementada de readmisiones psiquiátricas, muchos investigadores han tratado de determinar los factores clínicos, sociales y demográficos que pueden estar asociados o que puedan servir de predictores para identificar factores de riesgo suicidas (6). Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales. No son desdeñables las recesiones económicas, el desempleo asociado, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social. Las áreas rurales, pobreza, portación de armas, desempleo y aislamiento social han sido implicados en el suicidio.(11).

Hacia el final del siglo XIX Durkheim definió al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (5, 9).

En 1969, la OMS dio como definiciones (13):

1. Acto suicida: Hecho por el que un sujeto se causa a si mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
2. Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.
3. Intento de suicidio: Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

El suicidio se considera una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos; destacan entre ellos la Depresión Mayor, el Trastorno bipolar, la Esquizofrenia, el Trastorno de ansiedad, la Anorexia nervosa, el consumo de etanol, o de otras sustancias; y los Trastornos de Personalidad (8).

Estos factores no son independientes uno de otro para la enfermedad psiquiátrica. Los trastornos psiquiátricos pueden llevar a pérdida de trabajo, rompimiento de matrimonios o de las relaciones sociales. (11).

La conducta suicida se refiere a la ocurrencia de intentos de suicidio, la cual se define como actos lesivos auto-dirigidos con la finalidad de acabar con su propia vida. Las conductas suicidas van desde actos fatales (suicidio consumado) a intentos altamente letales y suicidios fallidos (donde la intención y planeación son evidentes, y la

sobrevivencia es fortuita) y de intentos de baja letalidad (usualmente impulsivos detonados por crisis sociales, con un elemento fuerte de petición de ayuda).(11).

Suicidio se define como el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto la ideación suicida como el acto suicida en sí.

En el suicida se detectan:

- a) Los actos fatales o suicidio consumado,
- b) Los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio y
- c) Los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

El intento de suicidio es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales, por lo tanto la ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel de conflicto interno, ya que incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlos a cabo. (11).

Modelos de proceso de suicidio.

Según Mann, la ocurrencia de suicidio se apoya teóricamente en dos modelos, el primero se denomina modelo de estrés-diátesis, y el segundo está basado en la observación de que el suicidio conlleva un proceso.

La diátesis es descrita como la constitución del organismo que hace que se reacciones de una manera específica a estímulos extrínsecos, por medio del cual se tiende a hacer a la persona más susceptible de lo normal para ciertos casos, se emplea para referirse a la predisposición que tiene ciertas personas para contraer una determinada enfermedad, se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente. El modelo de estrés-diátesis intenta explicar el porqué algunas personas son más propensas a cometer suicidio. Los factores estresantes típicos asociados con el

comportamiento suicida incluyen las experiencias traumáticas y la enfermedad psiquiátrica, principalmente la depresión. Aunque se considera que el agravamiento del trastorno psiquiátrico puede llevar al suicidio, una crisis psicosocial puede convertirse en el factor estresante que desencadene el intento con acto suicida. El pesimismo y la agresión / impulsividad son componentes de la diátesis para conducta suicida. El sexo, la religión, factores familiares o genéticos, experiencias en la infancia y otros factores incluyendo niveles de colesterol influyen en la diátesis. (9).

El segundo modelo explicativo del fenómeno suicida lo enfoca como un proceso; se basa en las características rasgo-estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. El proceso se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo, es decir, la *suicidalidad*, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados (8) (11) (fig 1).

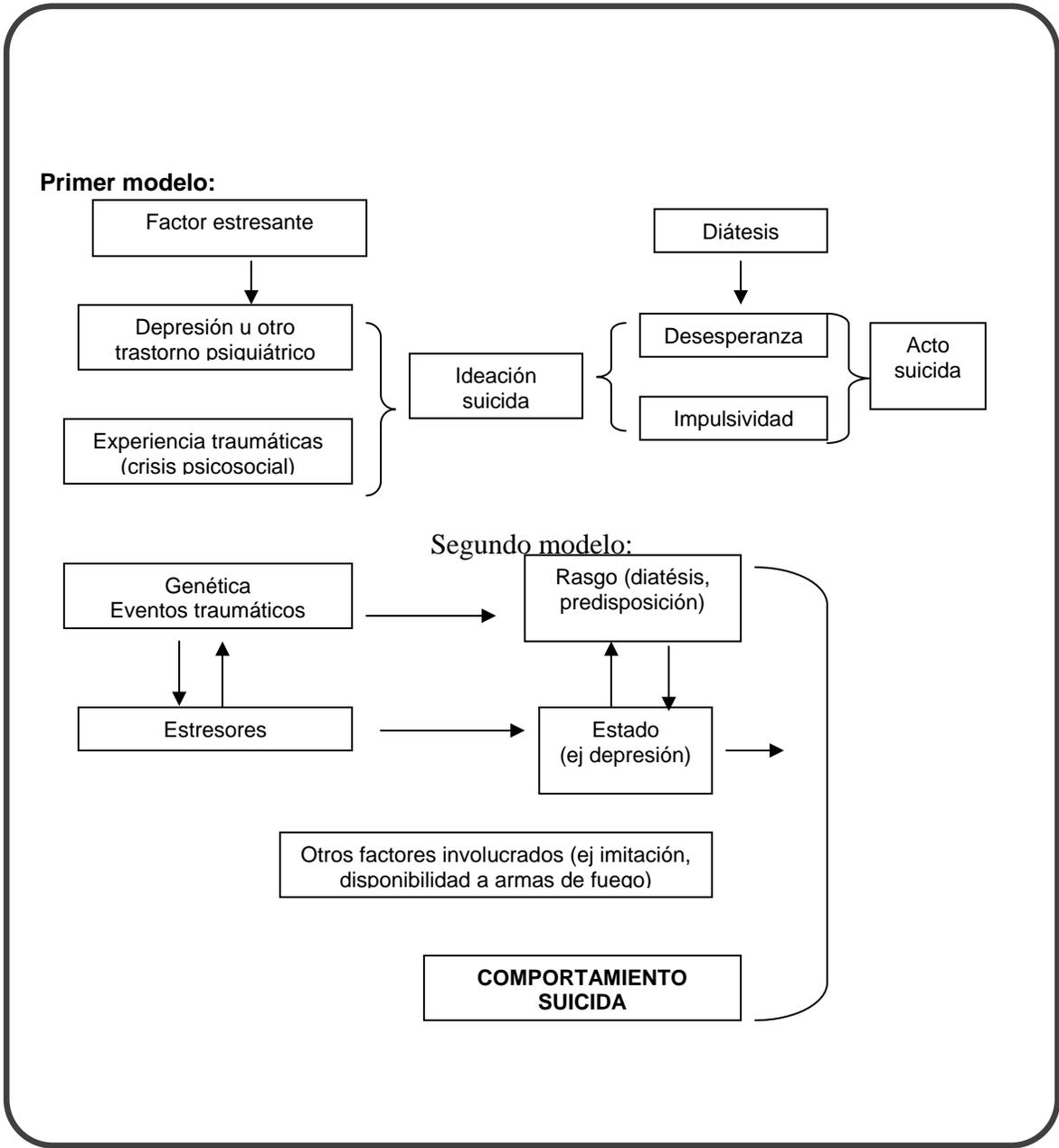


Fig 1 Aproximaciones al entendimiento del fenómeno de suicidio. a) modelo de estrés-diatésis, .b) modelo del suicidio como un proceso. (Tomado Van Heeringer 2003) (8)

Correlaciones neuroquímicas en la conducta suicida.

Los tejidos cerebrales pos-mortem han sido usados para examinar los índices de sistemas de neurotransmisores serotoninérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos. (9)

Sistema serotoninérgico: La mayoría de los estudios postmortem han examinado el sistema serotoninérgico, ya que se han identificado anormalidades del sistema en corteza prefrontal en suicidas. En esta población hay pocos sitios de transporte de serotonina presináptica en la corteza prefrontal, hipotálamo, corteza occipital y mesencéfalo. Estudios radiográficos de la corteza prefrontal en víctimas de suicidio tienen esta anormalidad en la corteza prefrontal ventromedial. Menos uniones de transportadores de serotonina se extienden en todo el tejido cortical, y se encuentra reducción en la longitud de axones de serotonina transportadores positivos, la cual es encontrada en el área 46 de Brodmann en la corteza prefrontal . Los receptores de serotonina postsináptica 5-HT1A y 5-HT2A son reportados en algunos estudios como sobreestimulados en la corteza prefrontal de víctimas de suicidio. El receptor de serotonina postsináptico sobre regulado puede ser una respuesta compensatoria a la baja actividad de las neuronas de serotonina. En el caso de receptores 5-HT2A esta sobre estimulación involucra expresión de genes incrementada.

La corteza prefrontal ventral está también involucrada en inhibición conductual y cognitiva. La lesión en esta área cerebral puede resultar en desinhibición y la baja entrada de serotonina podría contribuir a esta inhibición, creando la propensión al acto suicida o sentimientos de agresión. La agresión es asociada a conducta suicida, y ambos a su vez son relacionados con la funcione serotoninérgica baja.

Los factores genéticos, abuso en la infancia, colesterol bajo, tabaquismo y abuso de sustancias son asociados con actividad serotoninérgica baja y conducta suicida. La depleción de la serotonina en animales y humanos incrementa la conducta agresiva y la impulsividad mientras que el incremento en la serotonina decrementa estas conductas. La entrada serotoninérgica a la corteza prefrontal ventromedial podría modular la diátesis . (11).

Sistema noradrenérgico: Las alteraciones postmortem de índices noradrenérgicos en víctimas de suicidio son menos estudiados en comparación con el sistema serotoninérgico. Hay pocas neuronas noradrenérgicas en el locus coeruleus en víctimas de suicidio con depresión mayor, pero ninguna enfermedad específica o efectos de estrés pueden ser predominantes. En suma, los niveles de noradrenalina parecen ser más bajos en tallo cerebral de víctimas de suicidio, mientras que el número de receptores α -2 adrenérgicos son más altos, tal vez por regulación secundaria a bajos niveles de noradrenalina. En la corteza prefrontal las uniones a receptores β -adrenérgicos son más altos en víctimas de suicidio. (11)

También se reportó que los niveles de noradrenalina en la corteza prefrontal son más altos y que las uniones a α -adrenérgicos son más bajas, indicando sobreactividad noradrenérgica cortical. Así la sobreactividad puede resultar en depleción de noradrenalina de una pequeña población de neuronas noradrenérgicas que se encuentran en víctimas de suicidio. Más aún, los humanos expuestos a experiencia de infancia adversas pueden mostrar respuesta simpática exagerada hacia la vida adulta en respuesta al estrés, lo que puede ocasionar depleción en las funciones noradrenérgicas. (11).

Sistema dopaminérgico: pocos estudios postmortem han examinado el sistema dopaminérgico en víctimas de suicidio. Ninguna alteración del RNAm de los receptores de dopamina D1 y D2 se han encontrado en el núcleo caudado en víctima de suicidio. Las uniones a receptores de dopamina D4 en el núcleo caudado tampoco están alteradas en la depresión mayor. Aunque el sistema dopaminérgico es anormal en la depresión, hay pocos estudios que determinan si puede estar implicada en el suicidio (11).

La valoración y manejo del riesgo suicida.

Este apartado se considera una parte importante del trabajo del psiquiatra. (3).

Existen tres abordajes para valorar riesgo:

1. El abordaje clínico, donde las decisiones son hechas en base al juicio del clínico, este juicio es informado por la evidencia pero es también subjetivo, intuitivo, e informado por la experiencia, en la valoración del riesgo suicida, las decisiones son hechas acerca del tratamiento, supervisión y hospitalización en la base de la opinión profesional. Así las decisiones son basadas en evidencias.
2. Abordaje actuarial. La cual ha sido promulgado como una reacción acerca de los juicios clínicos. El objetivo es tener una probabilidad o cuenta numérica del riesgo en un resultado futuro pero presenta el problema de la incapacidad de este abordaje a tomar en cuenta fluctuaciones en el nivel de riesgo como en las circunstancias de cambio.
3. Juicio profesional estructurado. Es un abordaje para valorar el riesgo no en un instrumento específico. Este abordaje combina la evidencia basada en factores de riesgo con evaluaciones individuales. Esto es útil no solo para la práctica basada en evidencia sino también para incrementar la transparencia de la toma de decisiones (3)

Tipos de factores de riesgo en el suicidio.

Según Forster (8), los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Dentro de los fijos se encuentran intentos previos de suicidio, factores genéticos, los de género, edad y etnia, estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio los factores de riesgo modificables son principalmente la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.

Bouch en 2005 hizo una clasificación de los factores de riesgo:

1. Factores estáticos: los cuales son fijos e históricos. por ejemplo antecedentes familiares de trastornos afectivos.
2. Factores estables, los cuales pueden estar por muchos años, pero no son fijos, por ej los trastornos de personalidad.
3. Factores dinámicos: presentes por un tiempo incierto, pueden fluctuar en duración e intensidad, por ej en pacientes con síntomas ansiosos agudos.
4. Factores futuros: que pueden ser anticipados y resultaran de las circunstancias al cambio del individuo. (3)

Los factores de riesgo estáticos y estables a veces dan una indicación de propensión general de suicidio para el individuo. Esto no captura la naturaleza fluctuante del riesgo. Evaluar factores dinámicos y futuros es esencial para considerar las condiciones particulares y circunstancias que toman los individuos en un riesgo especial.

Muchos estudios de tratamiento hacen de la suicidabilidad un criterio de exclusión. Aunque una fuerte asociación con enfermedad mental ha sido claramente visto, este no ha sido probado que el tratamiento específico sea antisuicida. Por ej los tratamientos con litio y posiblemente Clozapina parecen tener efectos antisuicidas específicos. (3).

Intervenciones terapéuticas en los comportamientos suicidas.

El foco del manejo es adquirir información relevante para la toma de decisiones, incluyendo:

- a. Naturaleza del contacto psiquiátrico previo.
- b. Algún contacto actual con servicios psiquiátricos.
- c. Algún contacto con otros servicios.
- d. ¿Algún cambio reciente en contactos (razón para presentarse al servicio de urgencias) que el paciente presente como una urgencia?, si es así, porque?, por ej abuso de alcohol, rompimientos, desempleado, en la calle, crisis financiera.
- e. ¿Hay problemas particulares asociados como violencia, autolesión?.(4)

La primera actuación consiste en captar a los pacientes con un comportamiento suicida. Se considera paciente con historia o sospecha de intento de suicidio a todo aquel en el que ocurre alguna de las sigs circunstancias:

- a. Toma de sobredosis de fármacos.
- b. Ingesta de raticidas, insecticidas, pesticidas.
- c. Ingesta de cáusticos
- d. Otro tipo como ahorcamiento, precipitación, fenestración, incisión, o quemaduras.

Una vez hecho este diagnostico, se realizará historia clínica y exploración física , dar apoyo de funciones vitales y el tratamiento sintomático. Hecho esto, es importante la intervención psicológica inicial

Tras los resultados de pruebas físicas y después de una valoración neurológica y psiquiátrica inicial, se debe comprobar si hay o no síntomas o hallazgos que sugieran enfermedad médica, a fin de descartar organicidad.

La valoración de riesgo suicida consta de una entrevista de información relevante en la predicción del riesgo suicida

Aproximaciones terapéuticas preventivas.

1. En pacientes con impulsividad con o sin agresividad son más eficaces los fármacos con acción serotoninérgica, algunos anticonvulsivos y quizás el litio.
2. En pacientes con labilidad del humor los agentes antimaniacos podrían reducir los problemas de comportamiento secundarios.
3. En pacientes con trastornos de comportamiento medicaciones noradrenérgicas como estimulantes Desipramina o Bupropión pueden ser adecuadas.
4. La agresividad sexual responde al uso de antiandrógenos.
5. Los paciente psicóticos con comportamientos impulsivos y/o agresivos deben ser tratados con antipsicóticos, preferentemente los de segunda generación.
6. los pacientes con daño cerebral responden de forma más variable a los tratamientos, sin embargo los b-bloqueadores parecen ser los más útiles. (2)

2. Planteamiento del problema.

- a. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de los pacientes que visitan el servicio de urgencias y que refieren conducta suicida?

3. Justificación.

Se necesitan estudios que describan las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de pacientes que por un estado psicopatológico crítico hayan tenido algún tipo de conducta suicida.

No se cuenta con estudios que describan este fenómeno en servicio de urgencias psiquiátricas en hospitales de tercer nivel en nuestro país.

Se necesita averiguar si hay correlación entre severidad de psicopatología y conducta suicida

No se cuenta con estudios que correlacionen la letalidad y reductibilidad de la conducta suicida con otras psicopatológicas.

4. Hipótesis de trabajo.

La conducta suicida está directamente relacionada con el nivel de severidad psicopatológica y de personalidad.

La reductibilidad de la conducta suicida mediada una intervención en crisis en el servicio de urgencias está relacionada con menores niveles de vulnerabilidad sociodemográfica, y severidad psicopatológica.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general:

Describir las características sociodemográficas, psicopatológicas y psicosociales de los pacientes que hayan presentado algún tipo de conducta suicida reciente y que hayan visitado el servicio de urgencias del INPRF del 01-09-07 al 31-08-08.

5.2 Objetivos específicos:

- a. Determinar la prevalencia e incidencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con conducta suicida.
- b. Determinar la prevalencia e incidencia de pacientes con conducta suicida según sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil y ocupación.
- c. Determinar la relación entre la conducta suicida y las características psicopatológicas y psicosociales .
- d. Determinar la relación entre la reductibilidad de la conducta suicida y la vulnerabilidad sociodemográfica y severidad psicopatológica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. Diseño del estudio

1.2 Características del estudio.

Es un estudio prospectivo, descriptivo y transversal.

2. Ubicación espacio temporal

El presente estudio se llevará a cabo en el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en un periodo de tiempo de Septiembre de 2007 a Agosto de 2008

3. Estrategia de trabajo:

Se captarán los pacientes subsecuentes que hayan acudido a consulta de urgencias en el tiempo comprendido del 01-09-07 al 31-08-08 y que hayan presentado algún tipo de conducta suicida relacionada con el motivo de consulta y/o padecimiento actual.

Se contactará a los pacientes, se les informará del estudio y se les pedirá firmar hoja de consentimiento informado.

Se entrevistará a los pacientes que hayan aceptado entrar al estudio, y se les aplicará las siguientes pruebas:

- **Historia Clínica** completa.
- **MINI (International Neuropsychiatric Interview).** La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, con un valor kappa de 0.75 a 0.90 o más, indicando excelente confiabilidad interevaluador, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. (14)
- **La Escala de impresión clínica global (CGI).** Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente respecto al estado basal. Es un instrumento para la valoración del funcionamiento global o general en sujetos, durante un periodo específico de tiempo, como un continuo de enfermedad psicológica o psiquiátrica a estado de salud. Aunque existe una buena descripción de la escala en DSM-III-R, está basada en los trabajos de Endicott y cols y a su vez éstos en los de Luborsky.

La CGI consta de dos subescalas que evalúan respectivamente:

a. La gravedad del cuadro clínico: esta escala consta de un único ítem que valora la gravedad utilizando una escala tipo Likert de 8 valores que van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes extremadamente enfermos).

b. La mejoría del cuadro debido a las intervenciones terapéuticas: Consta de un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 8 valores, que van desde 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Lo que valora es la mejoría experimentada por el paciente respecto a su estado basal, independientemente de que ésta se deba por completo al tratamiento.

Existe otra versión de esta escala con solo 5 valores, que van desde 0 (sin cambios o peor) hasta 4 (mejoría de buena a extrema), además de versiones heteroaplicadas y autoaplicadas. En la versión heteroaplicada el clínico, basándose en su experiencia clínica, puntúa la gravedad o la mejoría del paciente. En la versión autoaplicada, es el propio paciente quien valora su situación.

No se dispone de versión validada en español, por lo que solo se tiene una propuesta hecha por Bobes y cols. Los autores recomiendan que la valoración se haga en función de los síntomas en el momento valorado y que no se encuentren influenciados por consideraciones de pronóstico, diagnósticos previos o de presunción de la patología subyacente. Debido a que valora un completo rango de severidad, puede ser utilizada en todos aquellos estudios que precisen una valoración global de la severidad de la enfermedad o del grado de salud. En cuanto a confiabilidad, el coeficiente de correlación intraclase, analizado en cinco diferentes estudios, oscila entre 0,61 y 0,91 y la validez concurrente se llevó a cabo con el Mental Status Examination Record (MSER), con el Psychiatric Status Schedule (PSS) y con el Family Evaluation Form (FEF). Ha demostrado poseer una adecuada sensibilidad al cambio y ser un buen predictor de reingreso hospitalario

- **La SCID-II** puede usarse para formular diagnósticos de Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional reseñando el número de criterios de trastorno de personalidad para cada diagnóstico que han sido codificado. Para diagnosticar, los rasgos deben ser persistentes durante al menos 5 años y algunos de ellos deben ser estables desde la adolescencia. Cubre 10 trastornos del eje II + patrón Depresivo + patrón Pasivo-Agresivo. El orden de los trastornos es apropiado para facilitar información. Para llevar a cabo la evaluación se requiere: a. Preevaluación del Eje I ; b. Puede utilizarse un Cuestionario de Personalidad previo y explorar las respuestas que haya dado el sujeto pero teniendo en cuenta que genera falsos positivos; c. Preguntas numeradas (obligatorias) y complementarias (información confirmatoria); d. Puntuación categorial o dimensional
- **Escala de Ideación Suicida de Beck:** La ideación suicida se evaluó por medio de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en

la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols.,1979). La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. el coeficiente de Cronbach de 0.89. (15)

- **Escala de Intencionalidad Suicida de Beck:** La escala de Intencionalidad Suicida fue diseñada por Beck y cols. Su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas. Se trata de un instrumento heteroaplicado. Se recomienda su utilización en personas que han ensayado una tentativa de suicidio. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a2). La Escala se ha utilizado tanto en adultos, como en adolescentes. Su utilidad consiste en valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsecuente de nuevos intentos suicidas. La fiabilidad interobservador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82) (16) (17)
- **Historia de suicidalidad** (realizada para fines de este estudio). Su objetivo es recolectar datos sociodemográficos del paciente en la ultima consulta realizada en el servicio de urgencias , el tipo de conducta suicida en el momento de la entrevista según la modalidad realizada y la descripción a lo largo de la vida de estas conductas, además de saber si se realizó o no el pacto terapéutico y si dicho pacto redujo la conducta suicida.

4. Marco muestral.

4.1 Universo de trabajo

Pacientes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (tercer nivel de atención), en los tres turnos del servicio de Urgencias.

4.2 Sujetos de estudio

Hombres y mujeres con antecedente de referir o tener criterios de riesgo suicida a la entrevista en el servicio de Urgencias.

5. Criterios de inclusión.

- a. Hombres y Mujeres de entre 18 y 60 años de edad.
- b. Pacientes que acudan refiriendo ideación, gesto o intento suicida.
- c. pacientes que además cumplan criterios de cualquier trastorno psiquiátricos en Eje I o II según el DSM-IV TR.
- d. Pacientes con o sin tratamiento farmacéutico.
- e. Hombres y mujeres que sepan leer y escribir.
- f. Aquellos pacientes que acepten participar en el estudio.

6. Criterios de exclusión

- a. Hombres y mujeres menores de 18 años.
- b. Mujeres embarazadas.
- c. Pacientes con alguna condición médica no psiquiátrica que impida participar en el estudio.
- d. Pacientes que hayan recibido TEC en el transcurso de 6 meses.
- e. Hombres y mujeres que no acepten participar en el estudio.

7. Variables.

Se tendrá la variable independiente, que es la conducta suicida, clasificada en 4 modalidades:

- a. Sin riesgo suicida
- b. Ideación suicida
- c. Gesto suicida
- d. Intento suicida

Y las variables dependientes que se tendrán son:

- a. Sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad.
- b. Psicopatológicas: presencia de trastorno mental
- c. De personalidad: presencia de trastorno de personalidad

Se agregará como covariable la reductibilidad de la conducta suicida en la última entrevista hecha en el servicio de urgencias (si mediante la contención o intervención en crisis, la conducta fue reducida realizando pacto terapéutico).

8. Procedimientos

- a. El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, en los tres turnos del servicio de urgencias, previa autorización del médico psiquiatra adscrito al servicio Dr. Alejandro Molina y a la Subdirectora de Urgencias y Hospitalización, Dra. Martha Ontiveros. La recolección de datos se llevará a cabo del 1º de septiembre de 2007 al 31 de agosto de 2008 .
- b. Se reclutará una muestra de por lo menos 100 pacientes que acudan por primera vez o de forma subsecuente para recibir atención y que refieran ideación suicida, gesto suicida o intento suicida.
- c. Se les informará sobre el estudio y se les entregará carta de consentimiento informado.
- d. En caso de que el(la) paciente acepte participar, el investigador procederá a la aplicación de la historia clínica, entrevistas y escalas antes mencionadas.
- e. En caso necesario, durante las entrevistas se dará intervención en crisis.
- f. Después de haber aplicado las 100 entrevistas y escalas se procederá a hacer el análisis estadístico de los datos.
- g. Se hará la interpretación de los resultados.
- h. Se reportarán los mismos.

9. Análisis estadístico.

La prevalencia e incidencia de pacientes con conducta suicida se agruparán según sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil y ocupación, y de éstas variables se hará análisis porcentual, media, moda, y desviación estándar (d.e.).

Las variables nominales se expresarán por análisis porcentual.

Las variables ordinales se evaluarán con medidas de tendencia central y dispersión.

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba de ANOVA.

El riesgo entre las variables se analizará con Coeficiente de correlación de Pearson (r) y cálculo de OR.

Estas pruebas se realizarán utilizando el paquete estadístico SPSS versión 13.

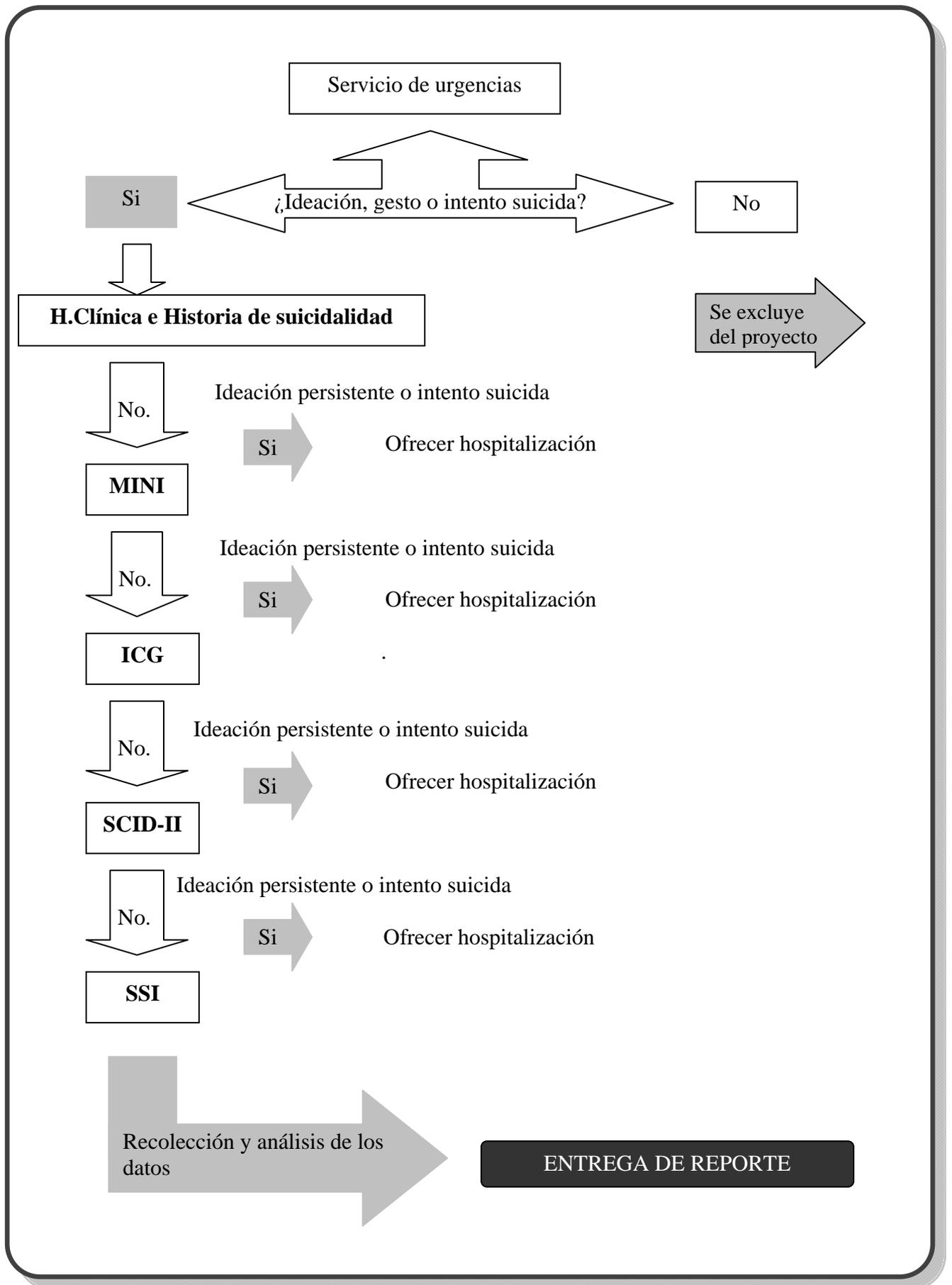
10. Consideraciones éticas.

Debido a ser un estudio observacional y que no involucra tratamientos puede considerarse una investigación con riesgo mínimo.

El consentimiento informado se obtendrá de forma escrita según los requerimientos establecidos en el Comité de Ética. A pesar de que solo se considera consentimiento informado por escrito en caso de ser investigación con riesgo mayor que el mínimo, se decide incorporar este formato, ya que se habla de una población que ha tenido riesgo suicida.

Se les asegurará la completa confidencialidad de la información obtenida.

En caso de que durante las entrevistas se perciba persistencia o riesgo suicida actual se les ofrecerá una valoración más amplia, y en caso de requerirlo se canalizará al servicio correspondiente.



RESULTADOS.

a. Datos sociodemográficos.

En el periodo comprendido de septiembre de 2007 a agosto de 2008, de acuerdo al registro electrónico del INPRF, en el servicio de **Urgencias** se realizaron un total de **8368** valoraciones psiquiátricas, de las cuales **1004** recibieron atención y refirieron ideación suicida, gesto suicida o intento suicida. Esta cifra representa el 12% de los pacientes que acudieron durante este periodo a buscar atención psiquiátrica.

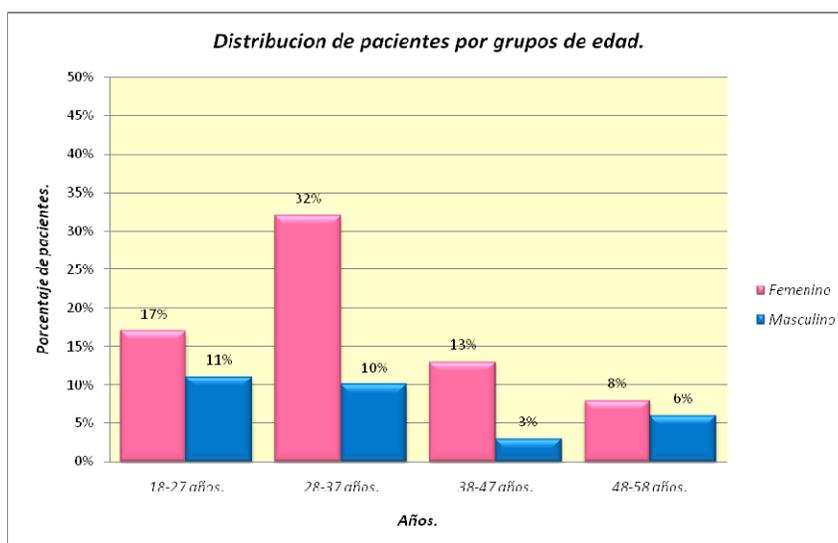
Del total de los pacientes que acudieron a urgencias, se obtuvo una muestra de 100 pacientes, de los cuales 70 (70%) fueron de género femenino y 30 (30%) de género masculino, con una proporción de 2:1 (tabla 1). El porcentaje de pacientes de 1ª vez es de 29% mientras que el 71% fueron pacientes que acudían de forma subsecuente al servicio de urgencias (tabla 2). La edad promedio de los pacientes fue de 33.7 años (d.e.= 9.9 años, rango 18-58 años), las distribuciones por edad se especifican en la grafica 1. El 48% de la muestra son solteros, mientras que ningún paciente es viudo (tabla 3). El 28% se dedica al hogar, y el 8% se declaran en otra ocupación, como por ejemplo ser jefes de su propio negocio (tabla 4). No hubo reportes de analfabetismo, casi la mitad de la muestra (40%) estudio la preparatoria y solo 2% estudió un posgrado (tabla 5).

Tabla 1. Distribución por Género	N.	%
Femenino	70	(70%)
Masculino	30	(30%)
Total	100	(100%)

Tabla 1. Distribución de la muestra por género. La mayor parte de la muestra la componen mujeres, mientras que menos de la mitad de la muestra son hombres.

Tabla 2. Distribución por Asistencia	1a vez		Subsecuente		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	17	(17.0%)	53	(53.0%)	70	(70.0%)
Masculino	12	(12.0%)	18	(18.0%)	30	(30.0%)
Total	29	(29.0%)	71	(71.0%)	100	(100.0%)

Tabla 2. Distribución de la muestra por asistencia, tanto de 1ª vez en el servicio de urgencias como subsecuente. La mayor parte de la muestra la componen pacientes subsecuentes, sobre todo mujeres, mientras que el menor porcentaje lo componen hombres que acuden por 1ª vez.



Gráfica 1. Distribución de edad de la muestra por género en intervalos de 10 años. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino.

Tabla 3. Estado civil.	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	29	(29.0%)	29	(29.0%)	12	(12.0%)	0	(0%)	70	(70.0%)
Masculino	19	(19.0%)	8	(8.0%)	3	(3.0%)	0	(0%)	30	(30.0%)
Total	48	(48.0%)	37	(37.0%)	15	(15.0%)	0	(0%)	100	(100.0%)

Tabla 3. Distribución de la muestra por estado civil. La mayor parte de la muestra la componen pacientes solteros, en su mayoría mujeres, mientras que solo un 3% la componen hombres divorciados. Ningún viudo fue reportado.

Tabla 4. Ocupación	Hogar		Estudiante		Empleado		Desempleado		Otro		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	28	(28.0%)	9	(9.0%)	18	(18.0%)	10	(10.0%)	5	(5.0%)	70	(70.0%)
Masculino	0	(0%)	2	(2.0%)	15	(15.0%)	10	(10.0%)	3	(3.0%)	30	(30.0%)
Total	28	(28.0%)	11	(11.0%)	33	(33.0%)	20	(20.0%)	8	(8.0%)	100	(100.0%)

Tabla 4. Distribución de la muestra por ocupación. Se puede ver que una gran proporción de los pacientes son empleados, mientras que solo hay mujeres que se dedican al hogar, y solo una pequeña muestra tiene otro empleo, como empleo propio.

Tabla 5. Escolaridad	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Posgrado		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	0	(0%)	3	(3.0%)	21	(21.0%)	27	(27.0%)	18	(18.0%)	1	(1.0%)	70	(70.0%)
Masculino	0	(0%)	2	(2.0%)	8	(8.0%)	13	(13.0%)	6	(6.0%)	1	(1.0%)	30	(30.0%)
Total	0	(0%)	5	(5.0%)	29	(29.0%)	40	(40.0%)	24	(24.0%)	2	(2.0%)	100	(100.0%)

Tabla 5. Distribución de la muestra por escolaridad. Ningún paciente reportó ser analfabeta, casi la mitad estudió hasta la preparatoria, y solo una pequeña parte estudió hasta posgrado.

b. Antecedentes.

En cuanto a antecedentes personales no patológicos, entendiéndose como antecedentes que pudiesen colaborar de alguna forma con la conducta suicida, como antecedentes de traumatismos (como traumatismos cráneo encefálicos), vemos que el 60% de la muestra si tuvo estos antecedentes, en su gran mayoría mujeres (tabla 6).

Para los antecedentes personales de enfermedad médica (como epilepsia), vemos que más de la mitad de la muestra negó este antecedente, mientras que la mitad de la muestra de sexo masculino afirmo tener estos antecedentes (tabla 7).

Tabla 6. Antecedentes personales no patológicos	Si		No		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	39	(39.0%)	31	(31.0%)	70	(70.0%)
Masculino	21	(21.0%)	9	(9.0%)	30	(30.0%)
Total	60	(60.0%)	40	(40.0%)	100	(100.0%)

Tabla 6. Antecedentes personales no patológicos. Más de la mitad de la muestra refiere tener antecedentes como traumatismos cráneo encefálicos, en su mayoría mujeres, aunque la mayor parte de los hombres también reportó tener estos antecedentes.

Tabla 7. Antecedentes personales de enfermedad médica.	Si		No		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	31	(31.0%)	39	(39.0%)	70	(70.0%)
Masculino	15	(15.0%)	15	(15.0%)	30	(30.0%)
Total	46	(46.0%)	54	(54.0%)	100	(100.0%)

Tabla 7. Antecedentes personales de enfermedad médica. Más de la mitad de la muestra negó tener antecedentes de enfermedad como epilepsia, aunque la mitad de los hombres si refirió dichos antecedentes.

Para los antecedentes familiares de enfermedad médica en parientes de primer grado (Epilepsia, HAS, DM2, Hipertiroidismo etc.), más de las tres cuartas partes de la muestra contesto afirmativamente; el 57% fue de sexo femenino (tabla 8). También se tomo el dato de antecedentes de familiares en primer grado con alguna enfermedad psiquiátrica diagnosticada (TDM, TAG, Esquizofrenia, TBP, Consumo de sustancias), de la cual el 55% reporto tener un pariente de primer grado (tabla 9).

Tabla 8. Antecedentes familiares de enfermedad médica	Si		No		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	57	(57.0%)	13	(13.0%)	70	(70.0%)
Masculino	21	(21.0%)	9	(9.0%)	30	(30.0%)
Total	78	(78.0%)	22	(22.0%)	100	(100.0%)

Tabla 8. Antecedentes familiares de enfermedad médica. La mitad de la muestra de pacientes de género masculino si refirió tener parientes de primer grado con enfermedades como epilepsia, DM2, HAS, Hipertiroidismo, etc. De igual forma, más de la mitad de las mujeres refirió tener estos antecedentes.

Tabla 9. Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica	Si		No		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	39	(39.0%)	31	(31.0%)	70	(70.0%)
Masculino	16	(16.0%)	14	(14.0%)	30	(30.0%)
Total	55	(55.0%)	45	(45.0%)	100	(100.0%)

Tabla 9. Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica. Más de la mitad de la muestra refirió tener un pariente de primer grado con alguna enfermedad psiquiátrica como TDM, TAG, Consumo de etanol o sustancias, etc.

c. Consumo de sustancias.

Más de la mitad de la muestra (53%) refirió tener consumo de alguna sustancia, además de que la muestra de sexo femenino refirió en partes iguales consumir o no (35%), mientras que más de la mitad de la muestra de sexo masculino refirió consumir alguna sustancia (tabla 10). Del grupo que consume sustancias, la mayor parte consume alcohol, mientras que solo el 2% consume cannabis, siendo de sexo masculino. El 3% de la muestra consume benzodiazepinas con fines no terapéuticos y todos son del sexo femenino (tabla 11).

Tabla 10. Consumo de sustancias	Si		No		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	35	35%	35	35%	70	70%
Masculino	18	18%	12	12%	30	30%
Total	53	53%	47	47%	100	100%

Tabla 10. Consumo de sustancias. Más de la mitad de la muestra refirió tener consumo actual de alguna sustancia. La muestra de pacientes de género femenino refirió por partes iguales consumir o no sustancias, mientras que más de la mitad de los pacientes de género masculino refirieron consumir alguna sustancia.

Tabla 11. Tipo de sustancia	Ninguna		Alcohol		Tabaco		Cannabis		Cocaína		Benzodiazepinas		Otros.		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino	35	35%	20	20%	9	9%	0	0%	2	2%	3	3%	1	1%	70	70%
Masculino	12	12%	6	6%	5	5%	2	2%	4	4%	0	0%	1	1%	30	30%
Total	47	47%	26	26%	14	14%	2	2%	6	6%	3	3%	2	2%	100	100%

Tabla 11. Tipo de sustancia consumida. Puede verse que de los pacientes que afirmaron consumir alguna sustancia, la gran mayoría consume etanol, con predominio en mujeres, mientras que una pequeña parte consume cannabis, siendo todos hombres. Para el consumo de benzodiazepinas, todos los pacientes que afirmaron consumir fueron mujeres.

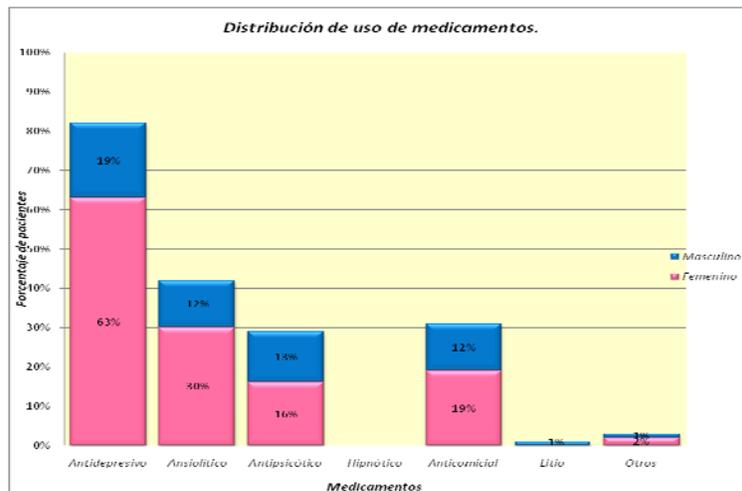
d. Tratamiento.

La cantidad de pacientes que tienen de tratamiento 3 medicamentos o más es del 53%, siendo predominante el uso de 3 medicamentos, con un 39%, mientras que el 12% de la muestra solo está en tratamiento con un medicamento (tabla 12). Los medicamentos de mayor indicación por los pacientes fueron antidepresivos, seguido de

un ansiolítico (benzodiacepina) y un anticomicial. La distribución de uso de medicamentos por género se especifica en la gráfica 2.

Tabla 12.		1		2		3		4		Total	
Total de medicamentos usados		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Femenino		10	10%	24	24%	25	25%	11	11%	70	(70.0%)
Masculino		2	2%	11	11%	14	14%	3	3%	30	(30.0%)
Total		12	12%	35	35%	39	39%	14	14%	100	(100.0%)

Tabla 12. Total de medicamentos utilizados. Un pequeño porcentaje de la muestra solo toma tratamiento con un medicamento, mientras que más de la mitad toma 3 o más medicamentos para su tratamiento, ambos datos con predominio en mujeres.



Gráfica 2. Distribución por género del uso de medicamentos. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se puede ver que el medicamento más usado es el antidepresivo, seguido de ansiolítico (benzodiacepina), mientras que los menos utilizados son el lítio, los hipnóticos no benzodiacepínicos y otros como biperideno.

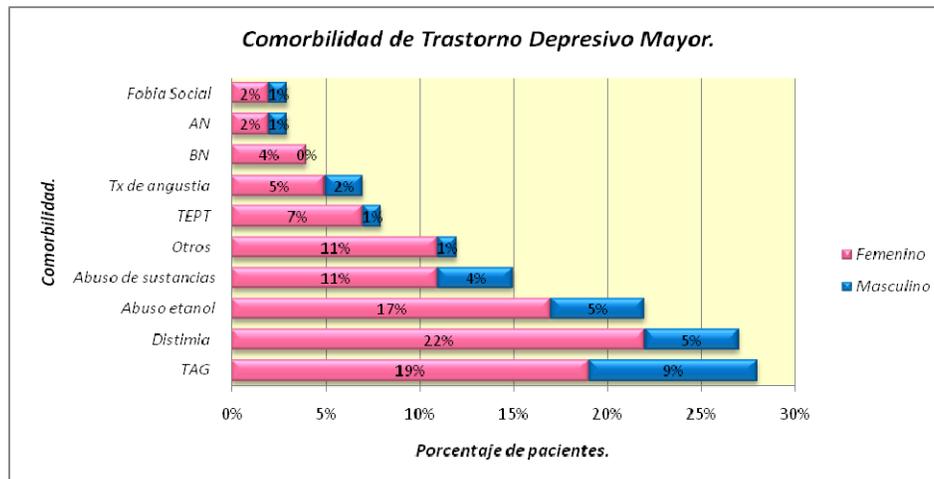
e. Principales diagnósticos en Eje I.

De la muestra en estudio, los principales diagnósticos de Eje I encontrados fueron Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Psicótico, Trastorno Bipolar, Trastorno Obsesivo-compulsivo y en igual número, Dependencia de etanol y de sustancias. Para el Trastorno Depresivo Mayor se tiene hasta un 75% de la muestra, la mayor parte mujeres. Para el Trastorno Bipolar la mayor parte son de género masculino, no así en el Trastorno Psicótico ni en el Trastorno Obsesivo-compulsivo, donde la mayor parte fueron de género femenino. Para los diagnósticos de Dependencia a etanol y Dependencia a sustancias solo fueron pacientes de género masculino (tabla 13).

Tabla 13 Diagnóstico Eje I.	Femenino		Masculino		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Trastorno Depresivo Mayor	59	(59.0%)	16	(16.0%)	75	(75.0%)
Trastorno Bipolar.	2	(2.0%)	6	(6.0%)	8	(8.0%)
Trastorno Psicótico.	5	(5.0%)	4	(4.0%)	9	(9.0%)
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	4	(4.0%)	2	(2.0%)	6	(6.0%)
Dependencia a etanol.	0	(0%)	1	(1.0%)	1	(1.0%)
Dependencia a sustancias.	0	(0%)	1	(1.0%)	1	(1.0%)
Total	70	(70.0%)	30	(30.0%)	100	(100.0%)

Tabla 13. Principales diagnósticos en Eje I. Los cinco principales diagnósticos que afirmó tener la muestra son Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar, Trastorno Psicótico, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y por igual porcentaje, Dependencia a etanol y Dependencia a consumo de sustancias. Casi tres cuartas partes de la muestra afirmó tener TDM.

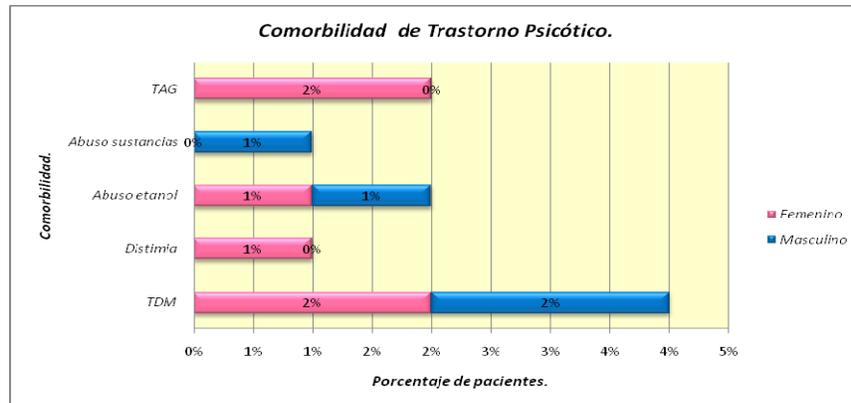
También se encontraron las comorbilidades para cada diagnóstico principal. Para el Trastorno Depresivo Mayor se encuentran varias comorbilidades, la más frecuente fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada, seguida de Distimia; lo menos frecuente fue Fobia Social, Anorexia nervosa y Bulimia nervosa. En casi todas las comorbilidades hubo frecuencia por ambos géneros, excepto en la Bulimia nervosa, donde la muestra fue únicamente de pacientes de género femenino (gráfica 3).



Gráfica 3. Distribución por género de enfermedad psiquiátrica comórbida con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se puede ver que la enfermedad más frecuente en asociación al TDM es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), seguido de Distimia. Las enfermedades menos frecuente en asociación con TDM son Fobia social, Anorexia nervosa y Bulimia nervosa.

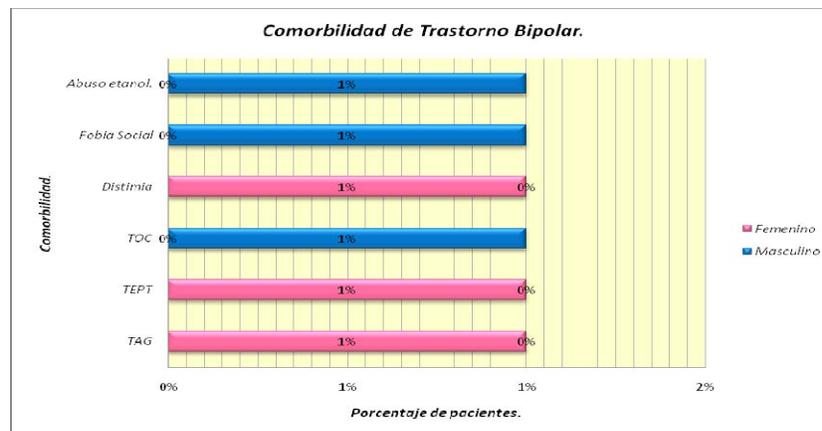
Para el Trastorno Psicótico también se encontraron enfermedades comórbidas. La enfermedad comórbida más frecuente es el Trastorno Depresivo Mayor, que tuvo una misma frecuencia en ambos géneros (2% para cada uno), al igual que el Abuso de etanol (1% para cada uno). Solo hubo presencia exclusiva de mujeres en enfermedades

como Distimia (con 1%) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (con 2%), y en Abuso de sustancias sólo hubo presencia de hombres (con 1%). (gráfica 4).



Gráfica 4. Distribución por género de enfermedad psiquiátrica comórbida con Trastorno Psicótico. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se puede ver que la enfermedad más común en asociación al Trastorno Psicótico es el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), seguido de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG, Abuso de etanol y en menor medida Abuso de sustancias y Distimia).

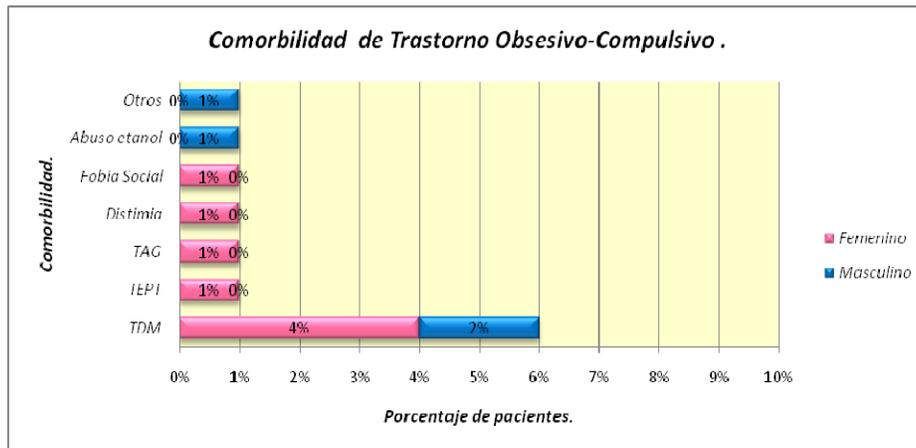
En cuanto al Trastorno Bipolar sólo se encontraron comorbilidades en uno u otro género, presentándose en mujeres enfermedades como Distimia, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno de Ansiedad Generalizada, mientras que en hombres se encontraron enfermedades como Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Abuso de etanol (todos presentándose en un 1%).(gráfica 5).



Gráfica 5. Distribución por género de enfermedad psiquiátrica comórbida con Trastorno Bipolar (TBP). Se puede observar que los porcentajes de comorbilidad son semejantes entre las enfermedades, sin embargo para el género femenino (columnas en rosa) el TBP se encuentra en comorbilidad con Distimia, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), mientras que para el género masculino (columnas en azul) hay comorbilidad con Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC) Fobia social y Abuso de etanol.

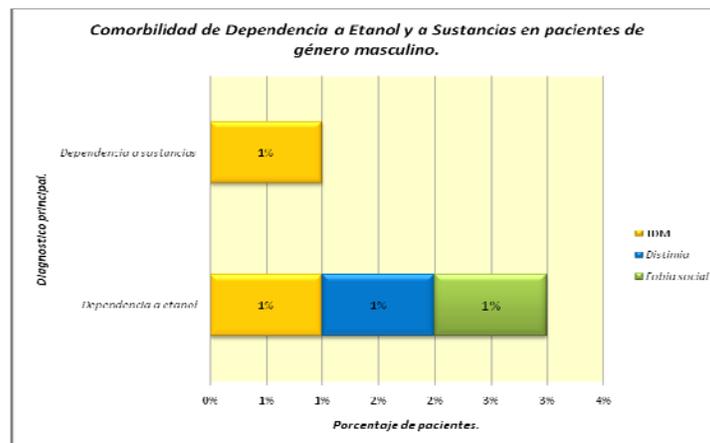
Las principales comorbilidades del Trastorno Obsesivo-Compulsivo son Trastorno Depresivo Mayor, con frecuencia de ambos géneros, predominando en

mujeres. En igual porcentaje entre ellos (con 1%), se encuentra el Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Distimia, Fobia social, enfermedades que se encontraron en pacientes de genero femenino, mientras que en hombres se encontró Abuso de etanol y otras enfermedades (gráfica 6).



Gráfica 6. Distribución por género de enfermedad psiquiátrica comórbida con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se observa que se encuentra una comorbilidad en el género femenino de enfermedades como Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Distimia y Fobia social. Para el género masculino, se observa la comorbilidad de TOC con TDM, Abuso de etanol y otras enfermedades.

Solo se encontraron dos enfermedades cuya frecuencia fue exclusiva en hombres. Para la Dependencia a etanol se encontró comorbilidad con Distimia y con Fobia social (en un 1% para cada uno), mientras que para la Dependencia a sustancia no se encontró comorbilidad (gráfica 7).



Gráfica 7. Distribución por género de enfermedad psiquiátrica comórbida con Dependencia a etanol y a sustancias. Cabe mencionar que estos diagnósticos son exclusivos de pacientes de género masculino. Vemos que en las dos enfermedades se tiene como comorbilidad el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), mientras que la Distimia y la Fobia social solo es referido en el paciente con Dependencia a etanol.

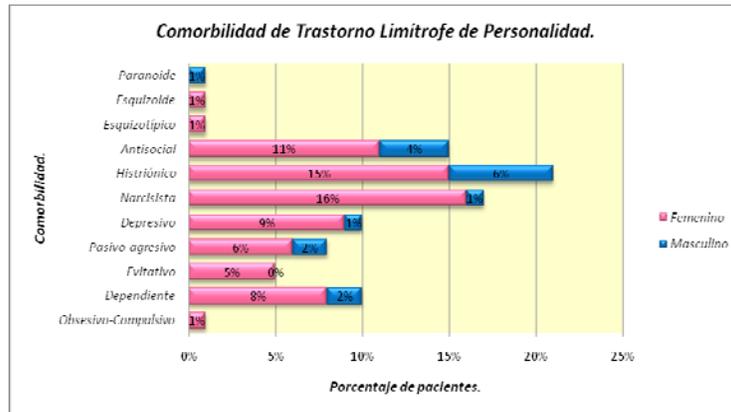
f. Principales diagnósticos en Eje II.

De la muestra en estudio, los principales diagnósticos de Eje II (Trastornos de Personalidad) encontrados fueron Trastorno Límitrofe, Trastorno Evitativo, Trastorno Dependiente, Trastorno Antisocial, y Trastorno Depresivo de Personalidad. Para el Trastorno Límite se tiene la mitad de la muestra, siendo solo una quinta parte pacientes de género masculino. también hay mayoría de esta población en casi todos los demás trastornos excepto en el Trastorno antisocial, donde toda la muestra es de género masculino (tabla 13).

Tabla 13 Diagnostico Eje II.	Femenino		Masculino		Total	
	N.	%	N.	%	N.	%
Trastorno Límitrofe de personalidad	40	(40.0%)	10	(10.0%)	50	(50.0%)
Trastorno Evitativo de Personalidad	9	(9.0%)	3	(3.0%)	12	(12.0%)
Trastorno Dependiente de Personalidad	5	(5.0%)	2	(2.0%)	7	(7.0%)
Trastorno Antisocial de Personalidad	0	0%	7	(7.0%)	7	(7.0%)
Trastorno Depresivo de Personalidad	4	(4.0%)	2	(2.0%)	6	(6.0%)
Otros trastornos	12	(12%)	6	(6%)	18	(18%)
Total	70	(70.0%)	30	(30.0%)	100	(100.0%)

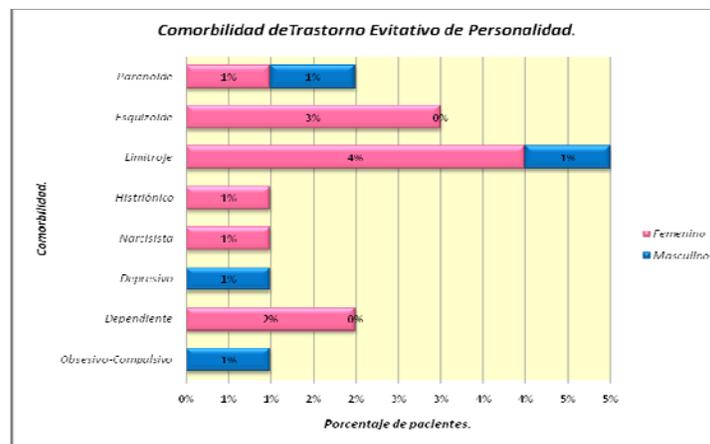
Tabla 14. Principales diagnósticos en Eje I. Los cinco principales diagnósticos que afirmó tener la muestra son Trastorno Límitrofe, Trastorno Evitativo, Trastorno Dependiente, Trastorno Antisocial y Trastorno Depresivo de Personalidad. Nótese que la mitad de la muestra se concentra en el Trastorno Límitrofe, además de que toda la muestra de pacientes con Trastorno Antisocial son hombres.

El Trastorno Límitrofe de Personalidad se encuentra en comorbilidad con casi todos los demás trastornos del eje II. En la muestra estudiada destaca la comorbilidad con Trastorno Histriónico, Trastorno Narcisista, Trastorno Antisocial. En menor medida se encuentra comorbilidad con Trastorno Esquizoide, Esquizotípico y Obsesivo-Compulsivo de Personalidad, estas frecuencias exclusivas en mujeres mientras que para el Trastorno Paranoide la única afirmación fue en hombres (gráfica 8).



Gráfica 8. Distribución por género de la comorbilidad con Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se tiene una alta comorbilidad en la muestra estudiada con Trastorno Histriónico, Narcisista y Antisocial de Personalidad. En menor medida se tiene comorbilidad con Trastorno Paranoide (donde solo son hombres), Esquizoide, Esquizotípico, y Obsesivo-Compulsivo de Personalidad (donde solo son mujeres).

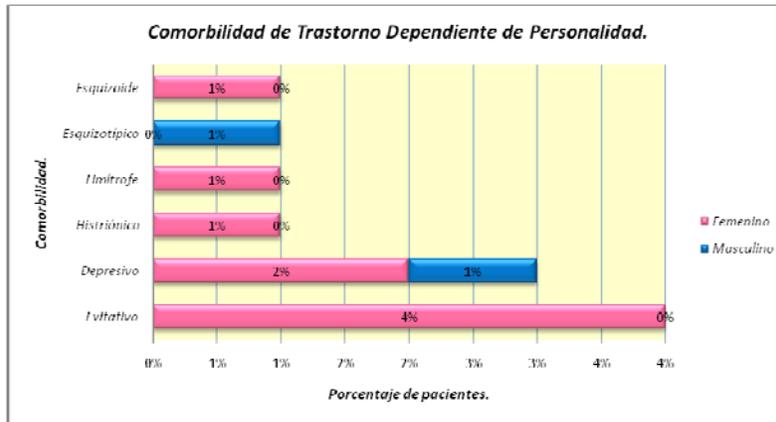
En el Trastorno Evitativo de Personalidad, la mayor comorbilidad fue con el Trastorno Límite, seguido del Trastorno Esquizoide y Dependiente (únicamente en pacientes femeninas), Trastorno Paranoide (distribuido por igual entre hombres y mujeres), en menor medida Trastorno Histriónico, Narcisista (únicamente mujeres), Depresivo y Obsesivo-Compulsivo de Personalidad (únicamente hombres) (gráfica 9).



Gráfica 9. Distribución por género de la comorbilidad con Trastorno Evitativo de Personalidad. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se tiene una alta comorbilidad en la muestra estudiada con Trastorno Límite, esto en ambos géneros, al igual que el Trastorno Paranoide; seguido de Trastorno Esquizoide, Dependiente, Histriónico, Narcisista (donde solo se reportan mujeres), Depresivo y Obsesivo-Compulsivo (donde solo se reportan hombres).

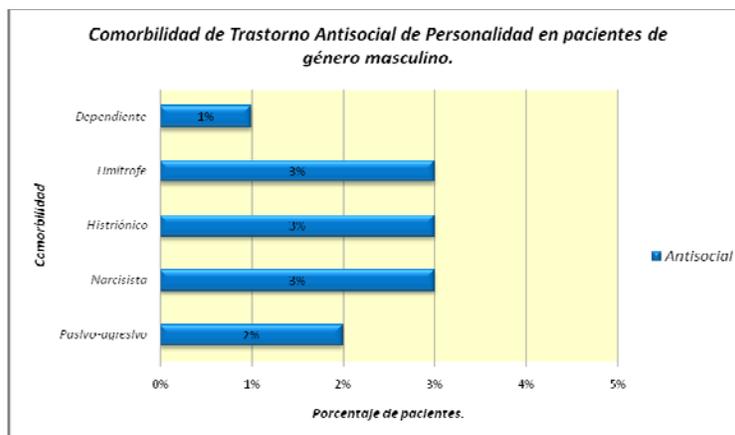
Para el Trastorno Dependiente de Personalidad la mayoría de las comorbilidades son con pacientes de género femenino, encontrándose únicamente en esta población comorbilidad con Trastorno Evitativo, Esquizoide, Límite e Histriónico. Sólo en el Trastorno Esquizotípico se encontró población exclusivamente de género masculino.

Sólo en el Trastorno Depresivo de Personalidad se encontraron porcentajes de ambos géneros (gráfica 10)



Grafica 10. Distribución por género de la comorbilidad con Trastorno Dependiente de Personalidad. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se tiene una alta comorbilidad en la muestra estudiada con Trastorno Evitativo (donde solo hay pacientes de género femenino), al igual que el Trastorno Depresivo de Personalidad (con presencia de ambos géneros). En menor porcentaje se tiene comorbilidad con Trastorno Histriónico, Límite y Esquizoide (donde solo se reportan mujeres) además del Trastorno Esquizoide (donde solo se reportan hombres).

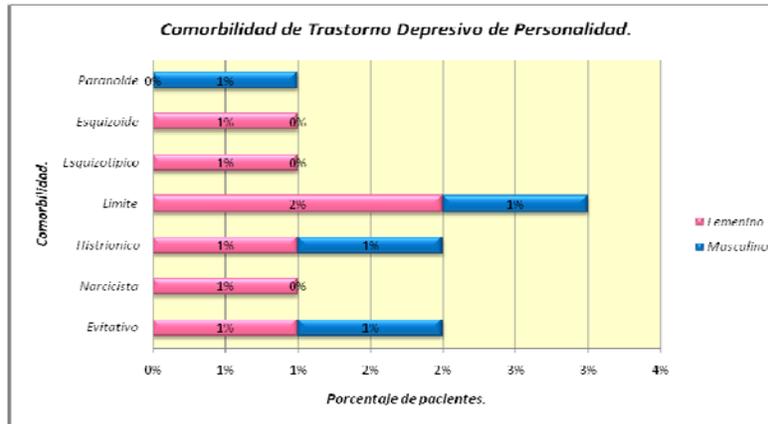
En el Trastorno Antisocial de Personalidad sólo se reportaron pacientes de género masculino, y de esta muestra se encontró comorbilidad con Trastorno Narcisista, Histriónico y Límite (trastornos del clúster B) y en menor medida con Trastorno Pasivo-Agresivo y Dependiente de Personalidad (gráfica 11).



Grafica 11. Distribución de la comorbilidad con Trastorno Antisocial de Personalidad. Se puede notar que la muestra comprende únicamente pacientes de género masculino. Vemos que se encuentra comorbilidad con Trastorno Límite, Histriónico, Narcisista, Pasivo-agresivo y Dependiente de Personalidad.

Para el Trastorno Depresivo de Personalidad se encontraron comorbilidades siendo las más frecuentes el Trastorno Límite y Evitativo de Personalidad, donde hubo muestra de ambos géneros. Las comorbilidades en donde se encontró muestra

exclusiva del género femenino son en Trastorno Esquizoide, Esquizotípico y Narcisista, mientras que para el género masculino es el Trastorno Paranoide de Personalidad (gráfica 12).



Gráfica 12. Distribución por género de la comorbilidad con Trastorno Depresivo de Personalidad. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Se puede ver que la comorbilidad en ambos géneros es tanto en el Trastorno Límite como el Evitativo de Personalidad. Solo en mujeres se ve comorbilidad con Trastorno Esquizoide, Esquizotípico y Narcisista, mientras que en hombres solo se ve en Trastorno Paranoide de Personalidad.

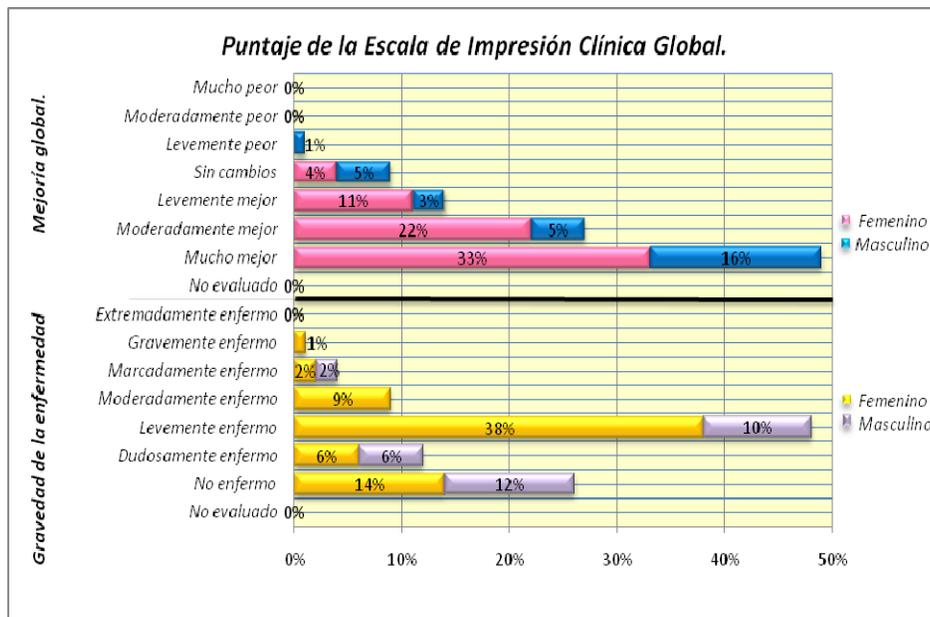
g. Escala de Impresión Clínica Global.

La escala valora básicamente dos aspectos en la enfermedad psiquiátrica como son la Gravedad de la enfermedad y la Mejoría global. Para cada uno de estos apartados se tiene una valoración por medio de 7 preguntas.

Para el apartado de Gravedad de la enfermedad se toma en cuenta que tan enfermo se percibe el paciente con respecto al inicio de su enfermedad. En este caso, se percibe la gravedad de la enfermedad con respecto a la última valoración en el servicio de urgencias. La mayor parte de la muestra (48% en total, 38% mujeres, 10% hombres) menciona que ha permanecido levemente enfermo, seguido del no estar enfermo (26% total, 14% mujeres, 12% hombres), mientras que sólo un 1% comenta estar gravemente enfermo, y ningún paciente se reportó extremadamente enfermo. Los pacientes que reportaron estar moderadamente y gravemente enfermo solo fueron de género femenino.

Para el apartado de Mejoría global se toma en cuenta que tan bien se percibe el paciente con respecto al inicio de su enfermedad. Para este estudio, se percibe la mejoría del paciente con respecto a la última valoración en el servicio de urgencias.

Casi la mitad de la muestra (49%) refirió estar mucho mejor, el 27% comentó estar moderadamente mejor y el 14% mencionó estar levemente mejor. Los pacientes que reportaron estar levemente peor fueron hombres. Ningún paciente se reportó moderadamente o mucho peor. Cabe mencionar que ni en el apartado de Gravedad de la enfermedad ni en el de Mejoría global hubo pacientes sin evaluación (gráfica 13).



Gráfica 13. Puntaje de la Escala de Impresión Clínica Global. En el apartado de Mejoría global (donde las barras en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino) casi la mitad de la muestra reportó estar mucho mejor, seguido de moderadamente mejor. Solo pacientes de género femenino refirieron estar levemente peor, y ningún paciente menciona estar moderadamente o mucho peor. En el apartado de Gravedad de la enfermedad (donde las barras en amarillo representan las mujeres, y las barras en lila, los hombres) vemos que la gran mayoría de los pacientes refirieron estar levemente enfermos, seguido de no enfermos. Solo un bajo porcentaje refirió estar marcadamente, gravemente y extremadamente enfermos

h. Escala de Ideación Suicida de Beck

Es una escala de 19 ítems que debe ser llenada en el transcurso de una entrevista semi-estructurada y se divide en varias secciones que registra características referentes a la actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado. Para fines de este estudio, una pregunta se eliminó ya que la gran parte de la muestra (90%) no comprendió la pregunta a pesar de que se le explicó en qué consistía, por lo que solo se valoraron 18 ítems.

Más de la mitad de la muestra (67% total, 45% mujeres, 22% hombres), menciona tener deseos moderados a fuertes de vivir, esto confirmado por el siguiente ítem donde la mitad de la muestra (54% total, 385 mujeres, 16%

hombres) no presenta ningún deseo de morir. El 69% de muestra (50% mujeres, 19% hombres) menciona que seguir viviendo vale más que morir y que no desean de forma activa intentar suicidarse en un 85% (58% mujeres, 27% hombres), además de que pueden tomar precauciones para salvaguardar su vida en un 81% de la muestra (56% mujeres y 25% hombres).

Poco más de la muestra (51% total, 36% mujeres, 15% hombres) menciona tener una duración de tiempo breve de deseo suicida, siendo en frecuencia de forma ocasional en un 43% (30% mujeres, 13% hombre), mientras que un 40% presenta una frecuencia persistente o continua del deseo suicida (28% mujeres, 12% hombres). Casi la mitad de la muestra (45% total, 31% mujeres, 13% hombres) menciona haber aceptado tener deseos suicidas, pero comentan tener además control sobre este deseo en un 40% (29% mujeres, 11% hombres) .

Un bajo porcentaje de la muestra (15% total) presenta pocos o ningún disuasivo (familia, religión, etc) para presentar conducta suicida, mientras que el 62% menciona no presentar riesgo por alguno de estos disuasivos.

En cuanto a las razones para un intento contemplado, un 7% (4% mujeres, 3% hombres) lo realiza por manipular el entorno, llamar la atención o vengarse, mientras que un 52% (34% mujeres, 18% hombres) lo realiza para escapar, como medio para solucionar los problemas o como forma de finalizar. El método suicida es detallado en un 10% de la muestra (de forma equitativa entre hombres y mujeres), mientras que un 53% no es considerado. La oportunidad de un intento contemplado fue de forma accesible en un 61% de la muestra (48% mujeres, 13% hombres), mientras que solo un 9% considera que no hay oportunidad.

Poco más de la cuarta parte de la muestra (27% total, 19% mujeres, 8% hombres) se percibe incompetente o demasiado débil para llevar a cabo un intento, mientras que un 42% se muestra inseguro sobre llevar a cabo dicho intento; además de que sólo un 14% tiene una preparación sobre un intento de forma completa (como el tener una pistola o tener el método al alcance de la mano) mientras que un 55% (41% mujeres y 14% hombres) no tiene ninguna preparación sobre un intento suicida.

Para los actos antes de la conducta suicida, un 67% de la muestra no hace ningún preparativo (como dejar nota suicida) mientras que un 15% (10% mujeres, 5% hombres) si lo realiza; tres cuartas partes de la muestra (51% mujeres, 24% hombres) hacen preparativos para familiares (como dejar testamento o póliza de seguro) , y la mitad de la muestra (51% total, 19% mujeres, 12% hombres) intentó engañar o mentir para encubrir el intento suicida contemplado (tabla 15).

i. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.

Consta de 20 ítems, es un instrumento heteroaplicado que valora cada ítem en una escala de 3 puntos (de 0 a2). La escala está dividida en 3 partes, una objetiva, que explora las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo); una parte de autoinforme donde valora las expectativas durante la tentativa y actitud ante la vida y la muerte; y una parte que valora pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas. Para fines del estudio se eliminaron 3 ítems ya que estos mismos se repetían en la Escala de Ideación Suicida de Beck comentada anteriormente, por lo que solo se valoraron 17 ítems.

Vemos que ante las circunstancias de aislamiento, más de la mitad de la muestra (59% total, 37% mujeres, 22% hombres), comentó que durante la conducta suicida siempre hubo alguien presente, mientras que solo el 15% se aisló y no contactó a nadie. Más de las dos terceras partes de la muestra (70% total, 44% mujeres, 26% hombres) se aseguró que la intervención fuera posible, pero sólo un 6% se aseguró de que la intervención de terceros fuera improbable. La mitad de la muestra (33% mujeres, 17% hombres) tomó precauciones pasivas para evitar la intervención de terceros (como el no evitar la ayuda o el aislarse en su habitación sin cerrar la puerta), además de que avisaron a alguien para pedir ayuda (34% mujeres, 16% hombres); sólo un 14% no contactó a nadie. Además, un 39% (26% mujeres, 13% hombres), tuvo comunicación directa, no ambigua, sobre el tener planes suicidas.

		Femenino		Masculino.		Total	
Escala de Ideación Suicida de Beck.		N.	%.	N.	%.	N.	%.
Deseos de vivir.	Moderado a fuerte.	45	(45%)	22	(22%)	67	(67%)
	Débil.	24	(24%)	7	(7%)	31	(31%)
	Ninguno.	1	(1%)	1	(1%)	2	(2%)
Deseos de morir.	Ninguno.	38	(38%)	16	(16%)	54	(54%)
	Débil.	29	(29%)	12	(12%)	41	(41%)
	Moderado a fuerte.	3	(3%)	2	(2%)	5	(5%)
Razones para vivir/morir	Porque seguir viviendo vale más que morir.	50	(50%)	19	(19%)	69	(69%)
	Aproximadamente iguales.	17	(17%)	9	(9%)	26	(26%)
	Porque la muerte vale más que seguir viviendo.	3	(3%)	2	(2%)	5	(5%)
Deseo de intentar activamente el suicidio.	Ninguno.	58	(58%)	27	(27%)	85	(85%)
	Débil.	10	(10%)	3	(3%)	13	(13%)
	Moderado a fuerte.	2	(2%)	0	0%	2	(2%)
Deseos pasivos de suicidio.	Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida.	56	(56%)	25	(25%)	81	(81%)
	Puede dejar de vivir/morir por casualidad	14	(14%)	5	(5%)	19	(19%)
	Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida.	0	0%	0	0%	0	0%
Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)	Breve, periodos pasajeros.	36	(36%)	15	(15%)	51	(51%)
	Por amplios periodos de tiempo.	13	(13%)	5	(5%)	18	(18%)
	Continuo (crónico) o casi continuo.	21	(21%)	10	(10%)	31	(31%)
Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)	Raro, ocasional.	30	(30%)	13	(13%)	43	(43%)
	Intermitente.	12	(12%)	5	(5%)	17	(17%)
	Persistente o continuo.	28	(28%)	12	(12%)	40	(40%)
Actitud hacia la ideación/deseo.	Rechazo.	15	(15%)	8	(8%)	23	(23%)
	Ambivalente, indiferente.	24	(24%)	8	(8%)	32	(32%)
	Aceptación.	31	(31%)	14	(14%)	45	(45%)
Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out	Tiene sentido de control.	29	(29%)	11	(11%)	40	(40%)
	Inseguro	27	(27%)	10	(10%)	37	(37%)
	No tiene sentido de control.	14	(14%)	9	(9%)	23	(23%)
Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad).	Puede no intentarlo a causa de un disuasivo.	43	(43%)	19	(19%)	62	(62%)
	Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo.	18	(18%)	5	(5%)	23	(23%)
	Mínima o ninguna preocupación o intereses por ellos.	9	(9%)	6	(6%)	15	(15%)
Razones para el intento contemplado.	Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse.	4	(4%)	3	(3%)	7	(7%)
	Combinación de 0 y 2.	32	(32%)	9	(9%)	41	(41%)
	Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta.	34	(34%)	18	(18%)	52	(52%)
Método (especificidad/planificación del intento contemplado)	No considerado.	41	(41%)	12	(12%)	53	(53%)
	Considerado pero detalles no calculados.	24	(24%)	13	(13%)	37	(37%)
	Detalles calculados/bien formulados.	5	(5%)	5	(5%)	10	(10%)
Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)	Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad.	6	(6%)	3	(3%)	9	(9%)
	El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa.	8	(8%)	8	(8%)	16	(16%)
	Método y oportunidad accesibles.	48	(48%)	13	(13%)	61	(61%)
	Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto.	8	(8%)	6	(6%)	14	(14%)

Tabla 15. Escala de Ideación Suicida. Del lado izquierdo se presentan los ítems que valoran el riesgo suicida, con distintas respuestas para cada uno y la distribución de la muestra por género tanto en número como en porcentaje. Solo se valoraron 18 preguntas ya que gran parte de la muestra no comprendió el contexto de la pregunta.

		Femenino		Masculino.		Total	
Escala de Ideación Suicida de Beck.		N.	%.	N.	%.	N.	%.
Sentido de "capacidad" para llevar adelante el intento.	No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente.	19	(19%)	8	(8%)	27	(27%)
	Inseguridad sobre su valor.	26	(26%)	16	(16%)	42	(42%)
	Seguros de su valor, capacidad.	25	(25%)	6	(6%)	31	(31%)
Preparación actual para el intento contemplado.	Ninguna.	41	(41%)	14	(14%)	55	(55%)
	Parcial (almacenar pastillas).	24	(24%)	7	(7%)	31	(31%)
	Completa (tiene pastillas, pistola cargada)	5	(5%)	9	(9%)	14	(14%)
Nota suicida.	Ninguna.	48	(48%)	19	(19%)	67	(67%)
	Piensa sobre ella o comenzada y no terminada.	12	(12%)	6	(6%)	18	(18%)
	Nota terminada.	10	(10%)	5	(5%)	15	(15%)
Actos finales en anticipación de la muerte (testamento, póliza de seguros)	Ninguno.	51	(51%)	24	(24%)	75	(75%)
	Piensa sobre ello o hace algunos arreglos.	7	(7%)	4	(4%)	11	(11%)
	Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales.	12	(12%)	2	(2%)	14	(14%)
Engaño/encubrimiento del intento contemplado.	Reveló las ideas inmediatamente.	27	(27%)	14	(14%)	41	(41%)
	Frenó lo que estaba expresando.	4	(4%)	4	(4%)	8	(8%)
	Intento engañar, ocultar, mentir.	39	(39%)	12	(12%)	51	(51%)

Tabla 15. Escala de Ideación Suicida (continuación). Del lado izquierdo se presentan los ítems que valoran el riesgo suicida, con distintas respuestas para cada uno y la distribución de la muestra por género tanto en número como en porcentaje. Solo se valoraron 18 preguntas ya que gran parte de la muestra no comprendió el contexto de la pregunta

Sobre las expectativas acerca de la conducta suicida, un 21% de la muestra (12% mujeres, 9% hombres) pensó que si sería probable morir, mientras que un 19% (13% mujeres, 6% hombres) pensó que sería improbable. Un 52% no estaba seguro si el método elegido era letal, pero un 19% consideró que el método escogido había igualado o incluso excedido las posibilidades de morir. En cuanto a la seriedad del intento, un 27% (17% mujeres, 10% hombres) no intentó seriamente poner fin a su vida, mientras que un 31% si lo intentó de forma seria. Una tercera parte de la muestra (30%, 22% mujeres, 8%) sí quería morir, y un 19% (10% mujeres, 9% hombres) estaba seguro de morir aunque recibiese atención médica. El grado de premeditación de la conducta suicida fue de forma impulsiva para un 68% de la muestra, mientras que solo un 11% (7% mujeres, 4% hombres) consideró el intento suicida por más de 3 horas.

La reacción que tuvieron los pacientes ante el fracaso del intento fue de arrepentimiento en poco más de la mitad de la muestra (54% total, 40% mujeres, 14% hombres), mientras que un 12% mostró rechazo ante el fracaso del intento (es decir, no reconocían la seriedad de haber hecho el intento).

En cuanto a las preconcepciones acerca de la muerte, un 23% (18% mujeres, 5% hombres) considera que hay vida después de la muerte o que se reunirá con familiares fallecidos, un 45% (33% mujeres, 12% hombres) piensa que solo hay oscuridad o que es el fin de las cosas, y un 32% no tiene ninguna concepción acerca de la muerte. Casi la mitad de la muestra (47% total, 31% mujeres, 16% hombres) ha tenido 1 o 2 intentos de suicidio previos al actual, un 31% ha tenido 3 o más y un 22% no ha tenido ninguno.

Sobre el consumo de alcohol alrededor de un intento suicida, un 87% de la muestra no lo ingirió de forma propositiva o relacionada, mientras que un 5% (todas mujeres) ingirieron alcohol para facilitar un intento suicida. En el caso de otras sustancias, solo 1 paciente (de género masculino) ingirió lo suficiente para facilitar un intento suicida, mientras que casi toda la muestra (95%, 68% mujeres, 27% hombres) han ingerido las sustancias sin relación causal o facilitadora del intento (tabla 16).

j. Historia de Suicidalidad.

La Historia de Suicidalidad es una entrevista hecha para fines de este estudio, en el cual se recaban datos como el tipo de riesgo suicida en el momento de acudir al servicio de urgencias, donde se clasificó la conducta del paciente en cuatro categorías:

0=cuando el paciente negó riesgo suicida. Esta población se excluyó del estudio.

1=cuando el paciente presentó ideación suicida al momento de acudir.

2=cuando el paciente comentó haber tenido un gesto suicida.

3=cuando el paciente realizó intento suicida al acudir a urgencias.

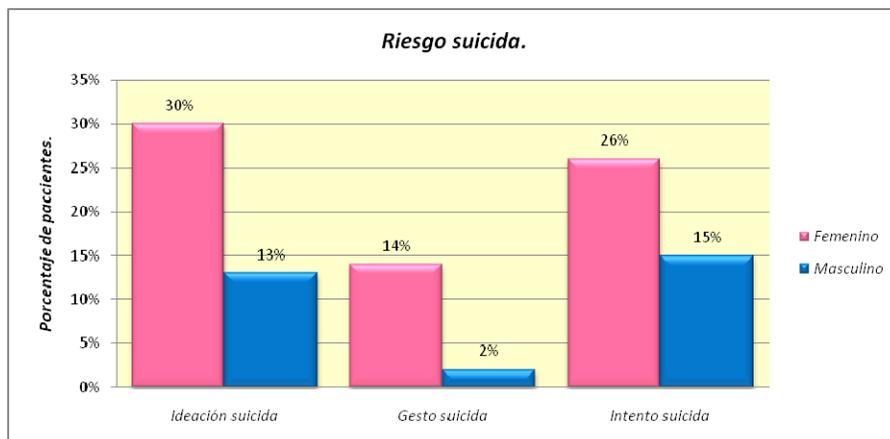
		Femenino.		Masculino.		Total.	
Escala de Intencionalidad Suicida		N.	%	N.	%	N.	%
Aislamiento	Alguien presente	37	(37%)	22	(22%)	59	(59%)
	Alguien próximo o en contacto visual o verbal (ej teléfono)	21	(21%)	5	(5%)	26	(26%)
	Nadie cerca o en contacto	12	(12%)	3	(3%)	15	(15%)
Medición del tiempo	La intervención es muy probable	44	(44%)	26	(26%)	70	(70%)
	La intervención es poco probable	21	(21%)	3	(3%)	24	(24%)
	La intervención es altamente improbable	5	(5%)	1	(1%)	6	(6%)
Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas.	Ninguna	26	(26%)	11	(11%)	37	(37%)
	Toma precauciones pasivas (evita sin prevenir intervención, solo en la habitación con la puerta sin cerrar)	33	(33%)	17	(17%)	50	(50%)
	Toma precauciones activas.	11	(11%)	2	(2%)	13	(13%)
Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento.	Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda.	34	(34%)	16	(16%)	50	(50%)
	Colaborador potencial contactado pero no de forma específica.	26	(26%)	10	(10%)	36	(36%)
	No contactó ni avisó a nadie.	10	(10%)	4	(4%)	14	(14%)
Preparación para el intento.	Ninguna	37	(37%)	15	(15%)	52	(52%)
	Mínima o moderada.	32	(32%)	11	(11%)	43	(43%)
	Importante.	1	(1%)	4	(4%)	5	(5%)
Comunicación verbal (ideas, preocupaciones, o planes suicidas),	No comunicación verbal.	10	(10%)	3	(3%)	13	(13%)
	Comunicación ambigua (p.e. "estoy cansada de la vida", "pienso que están mejor sin mí", "nada tiene objetivo").	34	(34%)	14	(14%)	48	(48%)
	Comunicación no ambigua (p.e. "quiero morir", "quisiera matarme", "tomar pastillas")	26	(26%)	13	(13%)	39	(39%)
Expectativas sobre la probabilidad de muerte	Pensó que era improbable.	13	(13%)	6	(6%)	19	(19%)
	Posible pero no probable.	45	(45%)	15	(15%)	60	(60%)
	Probable o cierta.	12	(12%)	9	(9%)	21	(21%)
Concepción de la letalidad del método.	Hizo menos de lo que pensaba que sería letal.	19	(19%)	10	(10%)	29	(29%)
	No estaba seguro si lo que hacía era letal.	41	(41%)	11	(11%)	52	(52%)
	Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal.	10	(10%)	9	(9%)	19	(19%)
Seriedad del intento.	No intentó seriamente poner fin a su vida.	17	(17%)	10	(10%)	27	(27%)
	Inseguro.	32	(32%)	10	(10%)	42	(42%)
	Intentó seriamente poner fin a su vida.	21	(21%)	10	(10%)	31	(31%)
Actitud hacia el vivir/morir.	No quería morir.	17	(17%)	10	(10%)	27	(27%)
	Componentes de 0 y 2	31	(31%)	12	(12%)	43	(43%)
	Quería morir.	22	(22%)	8	(8%)	30	(30%)
Concepción de la capacidad de salvamento médico.	Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica.	23	(23%)	11	(11%)	34	(34%)
	Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica.	37	(37%)	10	(10%)	47	(47%)
	Seguro de morir aunque recibiese atención médica.	10	(10%)	9	(9%)	19	(19%)

Tabla 16. Escala de Intencionalidad Suicida. Del lado izquierdo se presentan los ítems que valoran el riesgo suicida, con distintas respuestas para cada uno y la distribución de la muestra por género tanto en número como en porcentaje. Solo se valoraron 17 preguntas ya que 3 ítems se repetían en la Escala de Ideación Suicida (table anterior).

		Femenino.		Masculino.		Total.	
Escala de Intencionalidad Suicida		N.	%	N.	%.	N.	%.
Grado de premeditación.	Ninguno, impulsivo.	46	(46%)	22	(22%)	68	(68%)
	Suicidio contemplado 3 horas antes del intento.	17	(17%)	4	(4%)	21	(21%)
	Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.	7	(7%)	4	(4%)	11	(11%)
Reacción frente al intento.	Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza.	40	(40%)	14	(14%)	54	(54%)
	Acepta tanto el intento como su fracaso.	22	(22%)	12	(12%)	34	(34%)
	Rechaza el fracaso del intento.	8	(8%)	4	(4%)	12	(12%)
Preconcepciones de la muerte.	Vida después de la muerte, reunión con fallecidos.	18	(18%)	5	(5%)	23	(23%)
	Sueño interminable, oscuridad, fin de las cosas.	33	(33%)	12	(12%)	45	(45%)
	No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte.	19	(19%)	13	(13%)	32	(32%)
Número de intentos de suicidio previos.	Ninguno.	13	(13%)	9	(9%)	22	(22%)
	1 o 2.	31	(31%)	16	(16%)	47	(47%)
	3 o más.	26	(26%)	5	(5%)	31	(31%)
Relación entre la ingesta de alcohol e intento.	Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio.	59	(59%)	28	(28%)	87	(87%)
	Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio.	6	(6%)	2	(2%)	8	(8%)
	Ingesta intencional para facilitar llevar a cabo el intento.	5	(5%)	0	(0%)	5	(5%)
Relación entre ingesta de drogas e intento.	Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio.	68	(68%)	27	(27%)	95	(95%)
	Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio.	2	(2%)	2	(2%)	4	(4%)
	Ingesta intencional para facilitar llevar a cabo el intento.	0	(0%)	1	(1%)	1	(1%)

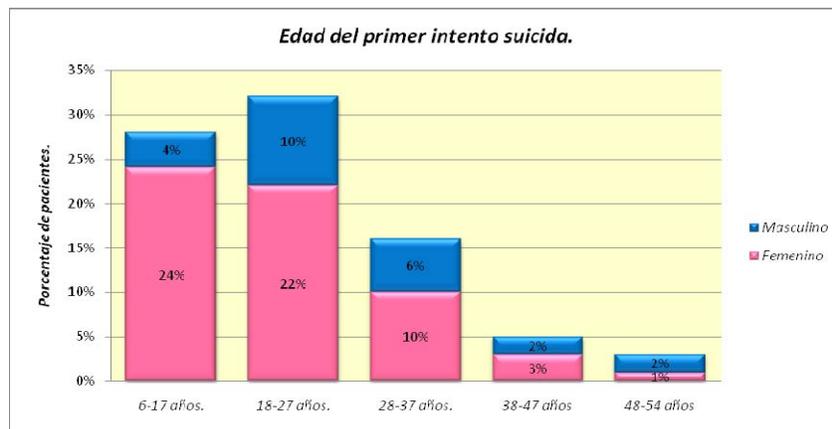
Tabla 16. Escala de Intencionalidad Suicida (continuación). Del lado izquierdo se presentan los ítems que valoran el riesgo suicida, con distintas respuestas para cada uno y la distribución de la muestra por género tanto en número como en porcentaje. Solo se valoraron 17 preguntas ya que 3 ítems se repetían en la Escala de Ideación Suicida (table anterior).

Del total de la muestra, un 43% presentó ideación suicida al momento de la entrevista, de la cual 30% fue de género femenino y 13% de género masculino; un 16% (14% mujeres, 2% hombres) había tenido un gesto suicida y un 41% de la muestra (26% de género femenino y 15% de género masculino) tuvieron intento suicida al momento de acudir a urgencias (gráfica 14).



Gráfica 14. Riesgo Suicida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Aquí se muestra como de forma uniforme hubo pacientes que refirieron tanto ideación como haber realizado intento suicida, además de que un pequeño porcentaje realizó gesto suicida al momento de acudir a urgencias.

Además, en la Historia de Suicidalidad se tomo la edad del primer intento suicida, encontrándose una edad mínima de 6 años y una edad máxima de 54 años (promedio 19.68 años, d.e. 12.47). Se encontró además que el mayor porcentaje de pacientes se encontró entre los 18 y 27 años, solo un bajo porcentaje se encontró entre los 48 a 54 años. La mayoría de los rangos de edad fue de predominio de género femenino, sin embargo, entre los 48 a 54 años el predominio fue de género masculino (gráfica 15)

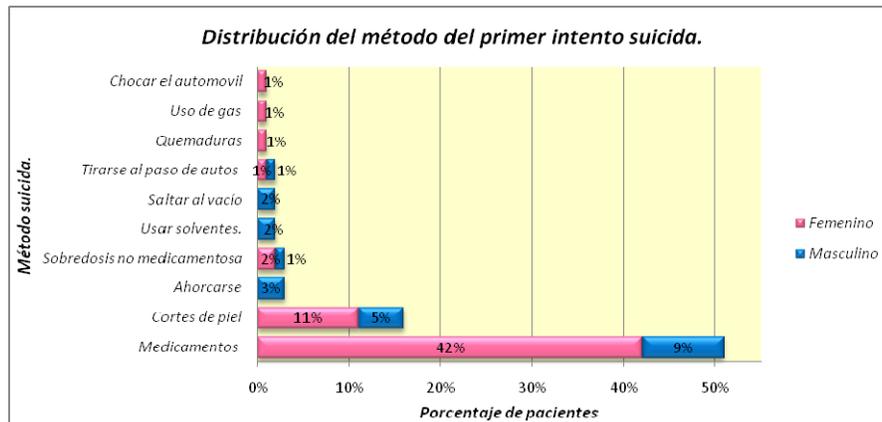


Grafica 15. Edad del primer intento suicida. Las columnas en rosa son los porcentajes de edad en pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de edad en pacientes de género masculino. Aquí se muestra distribución por edad en rango de 10 años, vemos que la edad mínima encontrada fue de 6 años y la edad máxima fue de 54 años. El mayor porcentaje se encuentra entre los 18 y 27 años. El menor porcentaje se encuentra entre los 48 y 54 años, con predominio en hombres.

Junto con la edad del primer intento suicida en la vida, también se tiene el registro del método utilizado en el primer intento suicida. La mayor parte de la muestra (51% total, 42% mujeres, 9% hombres) ingirió medicamentos en su primer intento suicida. En segundo lugar, aunque en menor porcentaje (16% total, 11% mujeres, 5% hombres), se escogió el realizarse cortes. Otro 3% de la muestra (2% de género femenino y 1% de género masculino) tuvo sobredosis no medicamentosa (es decir, con alguna sustancia ilegal). Un 2% (distribuido en ambos géneros en 1%) decidió tirarse al paso de autos.

Un 3% comentó haber recurrido al ahorcamiento (lo cual fue frustrado ya que la cuerda no resistió o los encontró algún familiar). El 2% de la muestra usó solventes (llegaron a impregnarse) sobre todo para prenderse fuego, lo cual fue frustrado; otro 2% saltó al vacío (de poca altura). Todos estos porcentajes fueron exclusivamente de género masculino.

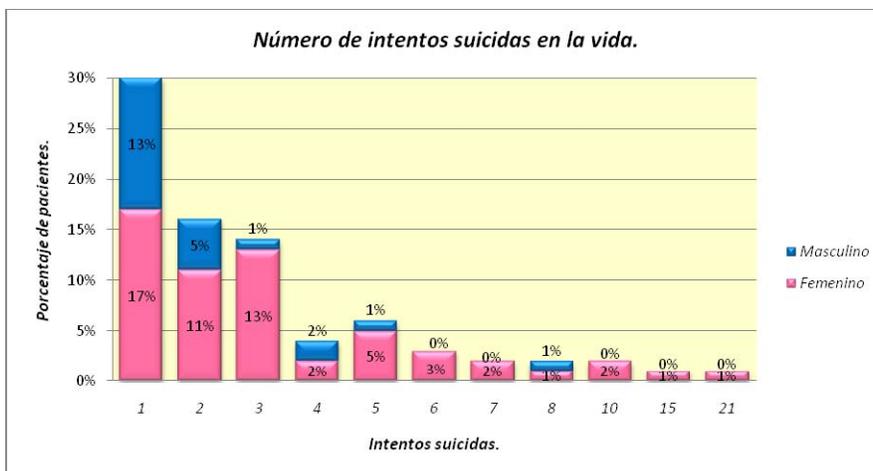
También se tienen datos donde la muestra fue exclusivamente de género femenino; se tiene que un 1% se realizó quemaduras, otro 1% usó gas para intoxicarse (lo cual se frustró al ser encontrada) y otro 1% chocó con su automóvil (gráfica 16)



Grafica 16. Método del primer intento suicida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Aquí se muestra distribución del primer método suicida, siendo el de mayor frecuencia el uso de medicamentos, seguido de cortes de piel y la sobredosis de sustancias. Hay métodos que se encontraron en uno u otro género, como por ejemplo, en el género masculino se encontró más frecuente el ahorcamiento frustrado, impregnarse de solventes y saltar al vacío, mientras que para las mujeres lo frecuente fue el producirse quemaduras, usar el gas y chocar con su automóvil.

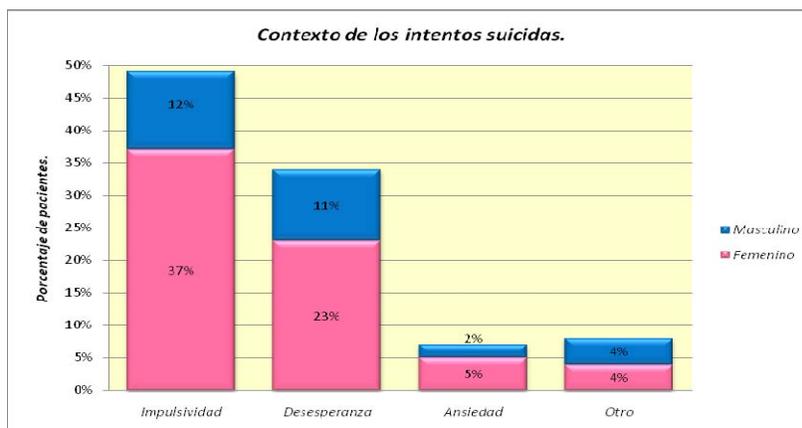
También se identificó la cantidad de intentos suicidas realizados a lo largo de la vida, teniendo una cantidad mínima de 1 intento suicida, la cual tiene el mayor porcentaje de la muestra (30% total, 17% mujeres, 13% hombres); hasta 21 intentos realizados (de forma aproximada por la paciente). En segundo lugar se tienen 2 intentos suicidas en la vida (16% total, 11% de género femenino y 5% de género masculino) y en tercer lugar se registraron 3 intentos suicidas en un 14% de la población (13% mujeres, 1% hombres).

Sólo 2% ha tenido hasta 10 intentos suicidas, un 1% ha tenido 15 intentos en la vida y otro 1% hasta 21 intentos suicidas (todas del género femenino) (gráfica 17).



Grafica 17. Número de intentos suicidas en la vida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Se muestra que la mayor parte de la muestra solo ha tenido un intento suicida en la vida, esto en ambos géneros, a medida que hay más intentos, el porcentaje de hombres disminuye, llegando a ser solo mujeres quienes intentan más veces suicidarse (hasta 15 y 21 veces).

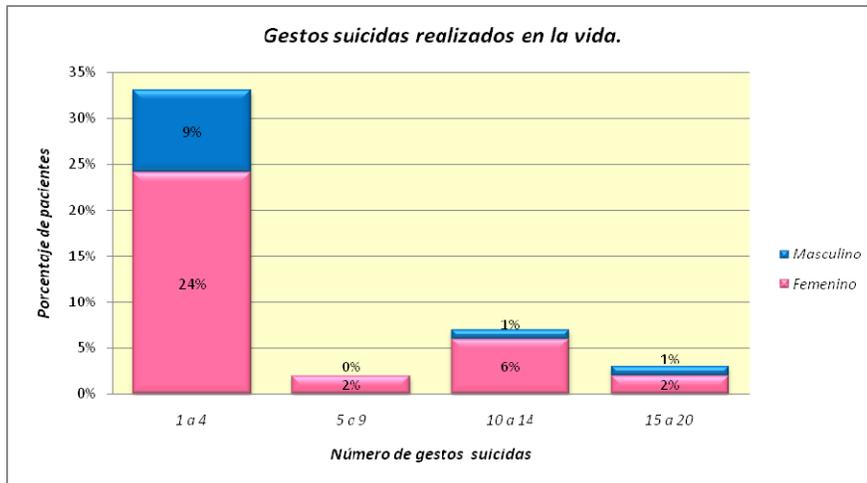
Además del número de intentos, se tomó el registro del contexto por el que se realizaron los mismos, teniendo con mayor frecuencia la impulsividad (49% total, 37% de género femenino y 12% de género masculino), seguido de la desesperanza (total 34%, 23% mujeres y 11% hombres), otros contextos (síntomas psicóticos o por manipulación) en un 8% (distribuido por igual entre hombres y mujeres), además de ansiedad (7% total, 5% mujeres y 2% hombres) (gráfica 18).



Grafica 18. Contexto de los intentos suicidas realizados en la vida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Gran porcentaje de la muestra se conforma de intentos por impulsividad, seguido por la desesperanza, otro contexto (síntomas psicóticos, por manipulación) y finalmente por ansiedad. Se muestran frecuencias tanto en pacientes de género femenino como masculino.

También se tomó registros del número de gestos suicidas realizados en la vida. Cabe mencionar que se le explicó a cada paciente la diferencia entre ideación, gesto e intento suicida, esto para evitar posibles errores al momento de recabar los datos. Se

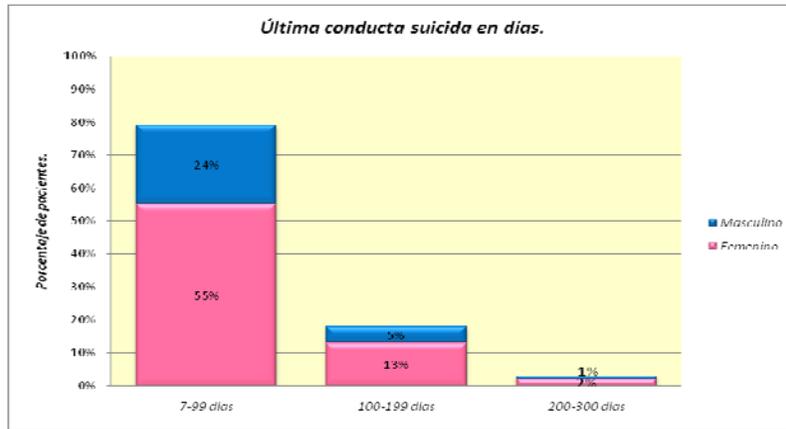
encontró que el mínimo fue de 1 gesto, y el máximo de hasta 20 gestos suicidas. El mayor porcentaje de la muestra se tiene entre 1 y 4 gestos suicidas (33% total, 24% mujeres, 9% hombres), seguido de 10 a 14 gestos (7% total, 6% mujeres, 1% hombres). Sólo un 3% presentó de 15 a 20 gestos (2% mujeres, 1% hombres) y un 2% comentó haber realizado de 5 a 9 gestos suicidas (todos de género femenino) (gráfica 19).



Gráfica 19. Gestos suicidas realizados en la vida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. La mayor parte de la muestra comenta haber realizado entre 1 y 4 gestos suicidas, seguido de 10 a 14 gestos, un 3% hasta 15 a 20 gestos, y solo un 2% de 5 a 9 gestos, éste último de género femenino.

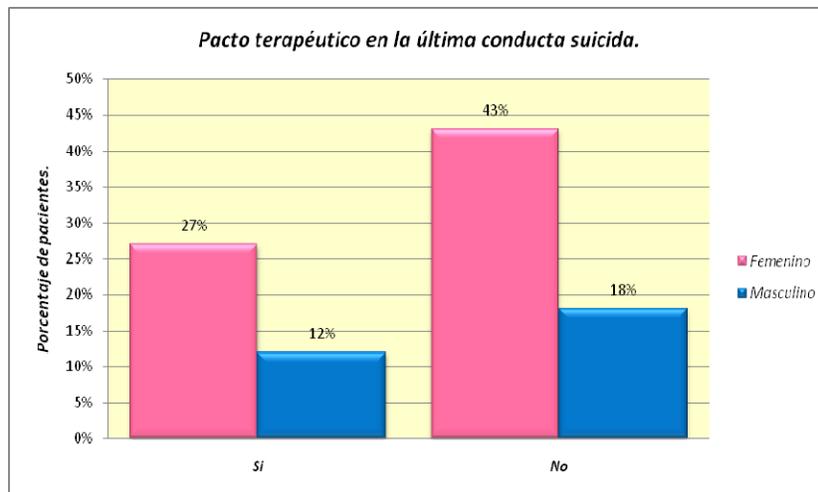
Al aplicar la Historia de Suicidalidad, se tomó el registro en días de la última conducta suicida, es decir, la última vez que acudieron a urgencias y presentaron ideación, gesto o haber realizado un intento suicida, hasta el momento de haber realizado la entrevista. Se tiene que el mínimo fue de 7 días, mientras que el máximo fue de 300 días. Las razones de este rango fueron debido a que muchos pacientes acudieron de forma más regular a sus consultas y dejaron de acudir de forma frecuente al servicio de urgencias. Otro porcentaje dejó de acudir tanto a urgencias como a sus consultas, y se les contactó solo cuando volvieron de forma regular a consulta externa.

El mayor porcentaje los conforman pacientes que tuvieron su última conducta suicida entre los 7 y 99 días (79% total, 55% mujeres, 24% hombres), seguido de 100 a 199 días (18% total, 13% mujeres y 5% hombres) y solo un bajo porcentaje estuvo entre los 200 y 300 días (2% mujeres y 1% hombres) (gráfica 20).



Grafica 20. Última conducta suicida en días. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. La mayor parte de la muestra comenta haber realizado entre 1 y 4 gestos suicidas, seguido de 10 a 14 gestos, un 3% hasta 15 a 20 gestos, y solo un 2% de 5 a 9 gestos, éste último de género femenino.

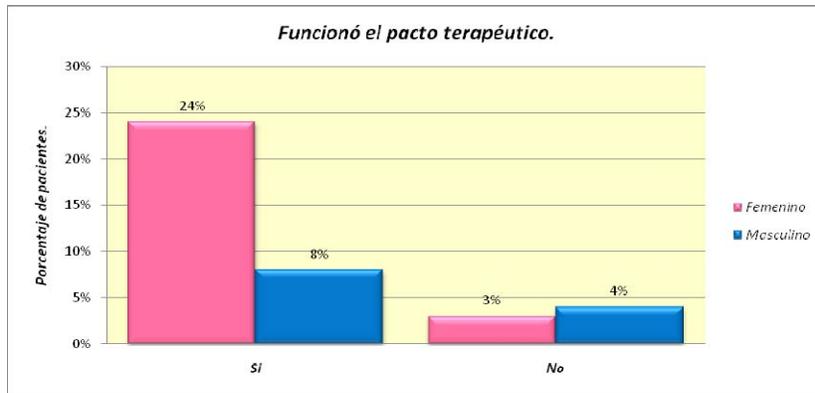
De la muestra total, se tomó el registro del pacto terapéutico realizado en urgencias (si se realizó pacto terapéutico o no en la última conducta suicida), reportándose que solo a un 39% (27% de género femenino y un 12% de género masculino) se le realizó pacto terapéutico, mientras que al 61% restante (43% mujeres y 18% hombres) no se le realizó pacto terapéutico (gráfica 21)



Grafica 21. Pacto terapéutico en la última conducta suicida. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Vemos que a un gran porcentaje de la muestra no se le realizó pacto terapéutico, mientras que menos de la mitad de la muestra refiere haber realizado dicho pacto en la última conducta suicida, es decir, al acudir a urgencias.

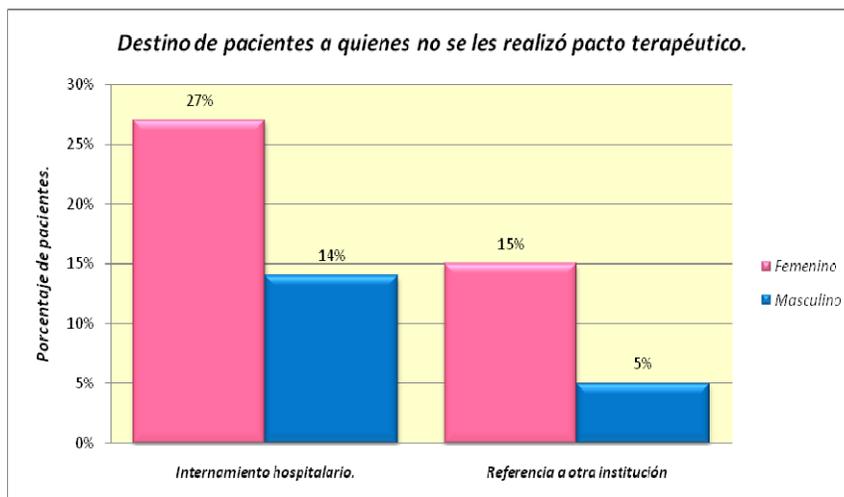
De los pacientes a quienes si se les realizó pacto terapéutico se indagó si había o no funcionado dicho pacto. Sólo un 24% de las mujeres y un 8% de los hombres comentó que el pacto terapéutico si había funcionado, mientras que un 7% (3%

mujeres, 4% hombres) comentó que no funcionó, es decir, que continuaron con dicha conducta suicida (gráfica 22)



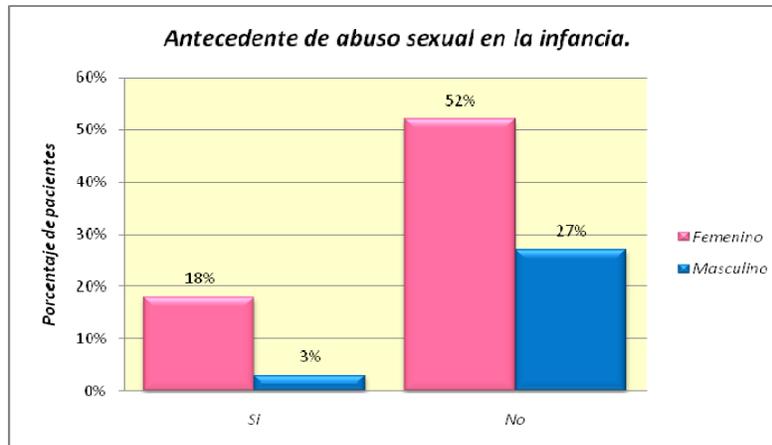
Grafica 22. Funcionó el pacto terapéutico?. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Vemos que a un gran porcentaje de la muestra comenta que si funcionó el pacto terapéutico, mientras que un muy bajo porcentaje comentó que en ellos no funcionó el pacto.

De los pacientes a quienes no se les realizó el pacto terapéutico se indagó la causa de que no se realizara dicho pacto. Se encontró que era debido a que se les ofreció internamiento, de esto se derivó en dos conductas: que aceptaran, siendo una gran parte de la muestra (41% total, 27% mujeres, 14% hombres), o que no aceptaran el internamiento, (o que no pudiesen internarse por diversas causas) por lo que se les refirió a otra institución, esto se encontró en un bajo porcentaje de la muestra (15% mujeres, 5% hombres) (gráfica 23).



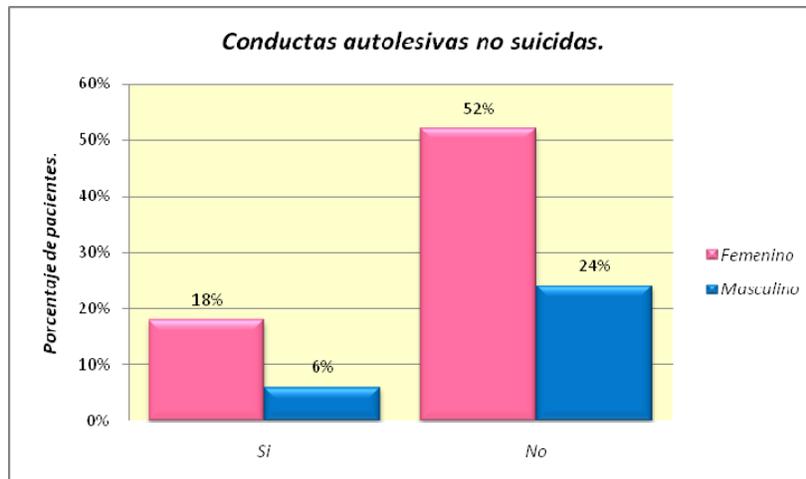
Grafica 23. Destino de pacientes a quienes no se les realizó pacto terapéutico. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. De esta muestra, se encontró que se les ofreció internamiento y un gran porcentaje aceptaron dicho internamiento, mientras que un porcentaje menor no aceptó, teniendo que referirse a otra institución.

Además de la conducta suicida, se registró el antecedente en la muestra de haber sido víctima de abuso sexual en la infancia. Se encontró que más de las tres cuartas partes de la muestra (52% de género femenino y 27% de género masculino) negó dicho antecedente mientras que el 21% (18% mujeres, 3% hombres) sí presentó abuso sexual en la infancia (gráfica 24)



Gráfica 24. Antecedente de abuso sexual en la infancia. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Vemos que un gran porcentaje de la muestra negó dicho antecedentes, mientras que un bajo porcentaje (a la izquierda) afirmó haber sido víctima de abuso sexual en la infancia.

En otro apartado, además de la conducta o riesgo suicida descrito anteriormente, se tomó el registro de conductas autolesivas que no impliquen necesariamente conducta suicida (es decir, que sean con fines de morir), como el cortarse, rasguñarse, golpearse, sin que necesariamente sea con fines suicidas. Se encontró que tres cuartas partes de la muestra (76% total, 52% mujeres, 24% hombres) no lleva a cabo estas conductas, sin embargo el 24% restante (18% mujeres, 65 hombres) si las realiza, comentando además que se realizan como medida “autocastigadora” o como medio para descargar la frustración (gráfica 25).



Grafica 25. Conductas autolesivas no suicidas. Las columnas en rosa son los porcentajes de pacientes del género femenino y las columnas en azul son los porcentajes de pacientes de género masculino. Estas conductas se realizan como medio "autocastigador" o para disminuir la frustración. Vemos que un gran porcentaje no presenta estas conductas, sin embargo casi una cuarta parte si las realiza, predominantemente mujeres.

k. Análisis estadístico.

Se utilizaron medidas de efecto, esto para comparación de grupos expuestos como no expuestos y medir la asociación con el riesgo suicida. En este caso y para fines de la muestra se utilizó razón de productos cruzados o de momios (OR). Todas las variables se compararon con el género. Además se estableció coeficiente de correlación de Pearson (r) para las mismas variables.

Se realizó comparación entre asistencia y tomando como grupo expuesto a las mujeres que acuden de forma subsecuente, encontrándose que la OR es de **0.48**, ($r = -0.1586$), lo cual no refleja impacto o riesgo el tipo de asistencia entre género.

Se comparó el estado civil y se encontró que entre ser casado y soltero en comparación con en género se tiene una OR de **2.37** ($r=0.191$) y que entre ser casado o divorciado la OR es de **0.906** ($r=-0.017$). También se calculó el ser soltero o divorciado reportándose una OR de **2.62** ($r= 0.174$).

De igual forma se midió el efecto de la ocupación en comparación con género y se encontró que de todas las ocupaciones, el ser ama de casa se tuvo una OR de **3.73** ($r=0.309$); las demás comparaciones no fueron significativas.

En base a la escolaridad y haciéndose comparaciones entre los distintos grados (uniéndose primaria y secundaria como educación básica, quedando preparatoria como educación media superior y licenciatura y posgrado como educación superior), se tiene que, comparando educación básica vs media superior y sexo femenino vs masculino se

tiene una OR de **1.15** ($r=0.033$). Comparando educación básica vs superior y femenino vs masculino se tuvo una OR de **0.88** ($r=-0.027$). Comparando educación media superior vs superior y femenino vs masculino se tiene una OR de **0.765** ($R=-0.0592$). Estos resultados no reflejan impacto o riesgo entre los grupos y la escolaridad.

Para comparar los antecedentes personales no patológicos según género se tiene una OR de **0.078**, lo cual no refleja de forma significativa el riesgo de tener o no antecedentes personales para la aparición de conducta suicida. Además, para los antecedentes personales de enfermedad medica según género se tiene una OR de **0.79**, lo cual no refleja de forma significativa que el de tener antecedentes personales de enfermedad sea un factor de riesgo para tener conducta suicida. Para los antecedentes familiares de enfermedad medica según género se tiene una OR de **1.87** ($r=0.1264$), es decir, que el tener antecedentes familiares de enfermedad medica y ser mujer implica tener casi 2 veces riesgo de tener conducta suicida. En cuanto a los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica según género se tiene una OR de **1.10**, lo cual no refleja de forma significativa que el tener o no antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica sea un factor de riesgo para tener conducta suicida.

En cuanto al hecho de que se consumiera o no sustancias, en comparación con el género se reportó que para el género masculino se tiene una OR de **1.5** ($r=0.0918$) lo que significa que el ser hombre y no tener consumo de sustancias implica 1.5 veces mas riesgo de tener conducta suicida. En comparación con las mujeres se tuvo una OR de **0.66** los cual no reflejó riesgo o impacto para presentar conducta suicida.

Desglosando el consumo por cada sustancia, tomando el consumo de alcohol y las demás sustancias y comparando este por género, vemos que para el sexo femenino se tiene una OR de **2.22** ($r=0.150$), es decir, que para las mujeres el tener consumo de alcohol da 2 veces mas riesgo de tener conducta suicida, mientras que para el sexo masculino se tiene una OR de **1.6** ($r=0.113$) es decir, que para los hombres el consumo de alcohol le da 1.6 más riesgo de tener conducta suicida. En cuanto a las demás sustancias, ninguna reportó impacto o riesgo de presentar conducta suicida.

Para los grupos de riesgo suicida (ideación, gesto o intento suicida) y haciendo la comparación por género se tiene que entre la ideación y el intento suicida se tiene una OR de **1.35** ($r=0.072$), entre la ideación y el gesto suicida se tiene una OR de **0.329**

($r = -0.181$), entre el gesto e ideación suicida se tiene una OR de **3.03** ($r = 0.181$), entre el gesto e intento suicida se tiene una OR de **4.038** ($r = 0.236$). Es decir, el tener ideación no establece un riesgo significativo para realizar gesto o intento suicida. Pero el realizar un gesto suicida establece 3 veces más riesgo de continuar con ideación suicida y 4 veces más riesgo de tener un intento suicida, en todos los resultados predominó el género femenino.

Se midió el impacto que se tuvo del pacto terapéutico según género en la última conducta suicida, reportándose una OR de **1.06** ($r = 0.013$), lo cual no refleja de forma significativa que el realizar o no pacto terapéutico sea un factor protector para realizar conducta suicida.

Se realizó comparación entre abuso sexual durante la infancia según género tomando, encontrándose que en el género femenino se tiene una OR de **3.115** ($r = 0.176$) lo cual se traduce que el ser mujer y haber tenido antecedentes de abuso sexual durante la infancia da 3 veces más riesgo de tener conducta suicida.

Asimismo, para la conducta autolesiva no suicida según género, se encuentra que para las mujeres se tiene una OR de **1.380** ($r = 0.0613$), es decir, no se tiene una relevancia significativa el realizar o no conductas autolesivas no suicidas.

Además de las medidas de efecto, se realizó ANOVA para calcular valor predictivo y significancia entre las escalas de Ideación y de Intencionalidad Suicida en relación con los tres subgrupos de riesgo suicida (ideación, gesto e intento).

Los resultados de la prueba ANOVA para la Escala de Ideación suicida indican que no hay diferencia significativa entre estos subgrupos y el puntaje total, ($F = 0.162$, $P = 0.851$), lo cual se traduce en que dicha escala no tiene valor predictivo para detectar conducta suicida (tabla 17).

Puntaje Total Escala de Ideación Suicida					
	SC	g.l	C.M	F	P.
Entre los grupos	8.907	2	4.453	0.162	0.851
Dentro de los grupos	2673.843	97	27.565		
Total	2682.75	99			

Tabla 17. Puntaje Total de Escala de Ideación Suicida. (ANOVA) Se busca el valor predictivo y de significancia de dicha escala, encontrándose que no se tiene relevancia en el total para detectar conducta suicida. S.C-Suma de Cuadrado, C.M.-Cuadrado medio, F- Distribución P-Significancia .

Se determinó además prueba post hoc de Bonferroni para determinar las diferencias entre los subgrupos de riesgo suicida con respecto al puntaje de la Escala de Ideación suicida (variable dependiente). Se tiene que el nivel de significancia para todas las comparaciones fue igual ($P=1$), lo cual no establece diferencias significativas entre los grupos de riesgo suicida con respecto al puntaje total de la escala (tabla 18).

Puntaje total de la Escala De Ideación Suicida					Intervalos de confianza	
Riesgo	Riesgo	Diferencia media	Error estándar	P	Inferior	Superior
Ideación	Gesto	0.4433	1.5374	1	-3.3023	4.1889
	Intento	-0.4027	1.1460	1	-3.1946	2.3892
Gesto	Ideación	-0.4433	1.5374	1	-4.1889	3.3023
	Intento	-0.8460	1.5476	1	-4.6163	2.9243
Intento	Ideación	0.4027	1.1460	1	-2.3892	3.1946
	Gesto	0.8460	1.5476	1	-2.9243	4.6163

Tabla 18. Puntaje Total de Escala de Ideación Suicida. Diferencias entre los subgrupos de riesgo suicida: prueba post hoc de Bonferroni. Vemos que el nivel de significancia entre los grupos es de 1, lo cual no establece una diferencia entre grupos del puntaje total de la escala (variable dependiente)

Los resultados de la prueba ANOVA para la Escala de Intencionalidad Suicida, muestran que en el puntaje total es significativo para los subgrupos de riesgo suicida ($F= 6.37$, $P=0.0025$), esto es, que aparentemente puede ser una buena escala predictiva de riesgo suicida, con la posibilidad de que sea un instrumento confiable (tabla 19).

Puntaje Total Escala de Intencionalidad Suicida.					
	SC	g.l	C.M	F	P
Entre los grupos	284.424258	2	142.212129	6.37122942	0.00251337
Dentro de los grupos	2165.13574	97	22.320987		
Total	2449.56	99			

Tabla 19. Puntaje Total de Escala de Intencionalidad Suicida. (ANOVA) Se busca el valor predictivo y de significancia de dicha escala, encontrándose que a pesar de que tiene adecuada significancia, se ofrecen dudas ante el valor predictivo de este instrumento. S.C-Suma de Cuadrado, C.M.-Cuadrado medio, F- Distribución F.

Al hacer la prueba post hoc de Bonferroni para saber entre que subgrupos se dan diferencias en comparación con la escala de Intencionalidad Suicida (variable dependiente), se encontró que entre el grupo que había presentado Ideación suicida tuvo diferencia significativa en puntaje total de la escala en comparación con el grupo que había cometido Intento suicida ($P=0.0020$), no así entre los demás grupos (tabla 20).

Puntaje Total Escala de Intencionalidad Suicida.					Intervalos de confianza	
Riesgo	Riesgo	Diferencia media	Error estándar	P	Inferior	Superior
Ideación	Gesto	-0.9433	1.3835	1.0000	-4.3139	2.4272
	Intento	-3.6217*	1.0313	0.0020	-6.1340	-1.1093
Gesto	Ideación	0.9433	1.3835	1.0000	-2.4272	4.3139
	Intento	-2.6784	1.3927	0.1722	-6.0711	0.7144
Intento	Ideación	3.6216*	1.0313	0.0020	1.1093	6.1340
	Gesto	2.6784	1.3927	0.1722	-0.7144	6.0711

*La diferencia entre las medias es significativa a .05.

Tabla 20. Puntaje Total de Escala de Intencionalidad Suicida. Diferencias entre los grupos de riesgo suicida: prueba post hoc de Bonferroni. Vemos que se da nivel de significancia entre los subgrupos de Ideación e Intento suicida (P=0.0020), mas no así entre los demás subgrupos, por lo cual si se establece una diferencia significativa.

De las preguntas específicas de la Escala de Intencionalidad Suicida que sí mostraron diferencia significativa se encuentran las relacionadas con las expectativas sobre la muerte, la concepción y seriedad sobre el método suicida, el grado de premeditación y el antecedente de intentos previos. De estos ítems, se tiene que el más significativo corresponde a las concepciones sobre la capacidad de salvamento (F= 8.0554, P=0.006), seguido de la concepción de la letalidad del método (F=6.6639, P=0.0019), el número de intentos suicidas previos (F=5.6548, P=0.0048), la seriedad del intento (F= 4.1452, P=0.0187) y las expectativas sobre la posibilidad de morir (F=3.7041, P=0.0282) (tabla 21).

Escala de Intencionalidad Suicida.		S.C	g.l.	C. M.	F	P
Expectativas sobre la posibilidad de morir	Entre los grupos	2.8353	2	1.4177	3.7041	0.0282
	Dentro de los grupos	37.1247	97	0.3827		
	Total	39.9600	99			
Concepción de la letalidad del método.	Entre los grupos	5.6777	2	2.8388	6.6639	0.0019
	Dentro de los grupos	41.3223	97	0.4260		
	Total	47.0000	99			
Seriedad del intento.	Entre los grupos	4.5542	2	2.2771	4.1452	0.0187
	Dentro de los grupos	53.2858	97	0.5493		
	Total	57.8400	99			
Concepciones de la capacidad de salvamento médico.	Entre los grupos	7.2286	2	3.6143	8.0554	0.0006
	Dentro de los grupos	43.5214	97	0.4487		
	Total	50.7500	99			
Número de intentos suicidas previos.	Entre los grupos	5.4496	2	2.7248	5.6548	0.0048
	Dentro de los grupos	46.7404	97	0.4819		
	Total	52.1900	99			

Tabla 21. Ítems de la Escala de Intencionalidad Suicida. (ANOVA). Se encuentra que de los 18 ítems de la escala, se tienen cinco con diferencia significativa entre los subgrupos de riesgo suicida. S.C-Suma de Cuadrado, C.M.-Cuadrado medio, F- Distribución P-Significancia

Para explicar entre qué subgrupos se dan dichas diferencias en los ítems de la escala se recurrió al análisis post hoc de Bonferroni, donde se muestra una clara diferencia del subgrupo de ideación suicida con respecto al subgrupo de intento suicida ($P=0.0275$) en las expectativas sobre la posibilidad de morir. Para la concepción de la letalidad del método suicida se tiene que nuevamente hay diferencia entre los subgrupos antes mencionados ($P=0.0013$). Esta misma diferencia se percibe en los mismos subgrupos para la consideración sobre la seriedad del intento ($P=0.0177$) y para la consideración sobre la capacidad de salvamento médico ($P= 0.0006$). Sin embargo, en el antecedente de intentos suicidas previos se tiene que hay diferencias entre el intento suicida con respecto a la ideación ($P=0.0149$) y al gesto suicida ($P=0.0243$) (tabla 22).

Escala de Intencionalidad Suicida.						Intervalos de confianza.	
	Riesgo	Riesgo	Diferencia media	Error estándar	P	Mínimo	Máximo.
Expectativas sobre la posibilidad de morir	Ideación	Gesto	-0.0770	0.1812	1.0000	-0.5184	0.3643
		Intento	-0.3590*	0.1350	0.0275	-0.6880	-0.0301
	Gesto	Ideación	0.0770	0.1812	1.0000	-0.3643	0.5184
		Intento	-0.2820	0.1824	0.3758	-0.7263	0.1623
	Intento	Ideación	0.3590*	0.1350	0.0275	0.0301	0.6880
		Gesto	0.2820	0.1824	0.3758	-0.1623	0.7263
Concepción de la letalidad del método.	Ideación	Gesto	-0.2238	0.1911	0.7333	-0.6895	0.2418
		Intento	-0.5196*	0.1425	0.0013	-0.8667	-0.1725
	Gesto	Ideación	0.2238	0.1911	0.7333	-0.2418	0.6895
		Intento	-0.2957	0.1924	0.3826	-0.7644	0.1730
	Intento	Ideación	0.5196*	0.1425	0.0013	0.1725	0.8667
		Gesto	0.2957	0.1924	0.3826	-0.1730	0.7644
Seriedad del intento.	Ideación	Gesto	-0.1003	0.2170	1.0000	-0.6291	0.4285
		Intento	-0.4555*	0.1618	0.0177	-0.8496	-0.0613
	Gesto	Ideación	0.1003	0.2170	1.0000	-0.4285	0.6291
		Intento	-0.3552	0.2185	0.3218	-0.8874	0.1771
	Intento	Ideación	0.4555*	0.1618	0.0177	0.0613	0.8496
		Gesto	0.3552	0.2185	0.3218	-0.1771	0.8874
Concepciones de la capacidad de salvamento médico.	Ideación	Gesto	-0.0828	0.1962	1.0000	-0.5607	0.3950
		Intento	-0.5661*	0.1462	0.0006	-0.9223	-0.2099
	Gesto	Ideación	0.0828	0.1962	1.0000	-0.3950	0.5607
		Intento	-0.4832	0.1974	0.0486	-0.9643	-0.0022
	Intento	Ideación	0.5661*	0.1462	0.0006	0.2099	0.9223
		Gesto	0.4832	0.1974	0.0486	0.0022	0.9643
Número de intentos suicidas previos.	Ideación	Gesto	0.1177	0.2033	1.0000	-0.3775	0.6130
		Intento	-0.4356*	0.1515	0.0149	-0.8048	-0.0665
	Gesto	Ideación	-0.1177	0.2033	1.0000	-0.6130	0.3775
		Intento	-0.5534*	0.2046	0.0243	-1.0518	-0.0549
	Intento	Ideación	0.4356*	0.1515	0.0149	0.0665	0.8048
		Gesto	0.5534*	0.2046	0.0243	0.0549	1.0518

*La diferencia entre las medias es significativa a .05.

Tabla 20. Ítems de la Escala de Intencionalidad Suicida. Diferencias entre los subgrupos de riesgo suicida: prueba post hoc de Bonferroni. Vemos que la mayor diferencia se da entre los subgrupos de ideación e intento suicida en 4 de los 5 ítems, mientras que en el último se percibe diferencia entre los 3 subgrupos.

DISCUSIÓN.

Encontramos que un gran porcentaje de la muestra fue de género femenino, sin embargo, a pesar de que hubo pocos pacientes de género masculino, la proporción fue adecuada, además de que si hubo diferencias importantes. Una gran parte fueron pacientes subsecuentes, en promedio entre la tercera y cuarta década de la vida, con predominio de solteros, ninguno viudo. Todas las personas que eran amas de casa fueron mujeres, pocos pacientes tuvieron estudios superiores, ninguno fue analfabeta.

A pesar de que un gran porcentaje de pacientes tuvo antecedentes de traumatismos craneoencefálicos, no fue de importancia para el desarrollo de conducta suicida. Tampoco los antecedentes personales de enfermedad médica fueron significativos.

Casi 3 cuartas partes de los pacientes tuvieron parientes de primer grado con enfermedad médica, lo cual fue de relevancia, ya que da 2 veces riesgo de que aparezca una conducta suicida. La mitad de estos pacientes tuvo un pariente de primer grado con enfermedad psiquiátrica diagnosticada, pero no se asoció con la aparición de conducta suicida.

Más de la mitad de los pacientes consumen alguna sustancia, predominantemente alcohol, pero también se encontraron pacientes que consumían sustancias como las benzodiacepinas (que en un principio se indican con fines terapéuticos y que finalmente se tiene un patrón de descontrol o automedicación por parte del paciente) que cabe mencionar, todas fueron mujeres; tabaco (sustancia permitida) y otros (entre ellos solventes u opioides). El consumo de cocaína reportado, tiene por mayoría a pacientes de género femenino. A través del análisis estadístico se reportó que el ser hombre y no consumir sustancias puede generar de forma más fácil la aparición de conducta suicida, mientras que el ser mujer y consumir alcohol es un factor de riesgo importante para la aparición de conducta suicida. Esto contrasta con diversos estudios, donde se ha encontrado que las tasas de suicidio del 7% cuando se relacionan con consumo de alcohol, sobre todo en hombres y de edad joven. Cuando se relaciona además con trastornos de personalidad las tasas de suicidio se elevan hasta en un 58%. (18, 19).

Se encontró que el medicamento más prescrito en los pacientes que conformaron la muestra fue un antidepresivo, seguido de un ansiolítico. Ningún hipnótico no benzodiazepínico fue reportado. La baja incidencia de este último puede deberse al hecho de que se prescribe de forma más común las benzodiazepinas para fines hipnóticos, además de que relativamente son más accesibles económicamente. Tres cuartas partes de los pacientes comentaron haber cursado con un Episodio depresivo mayor al momento de la entrevista, y en un menor porcentaje se tiene al Trastorno Bipolar, Trastorno Psicótico (por ej Esquizofrenia, Trastorno Delirante), el cual se reportó bajo este concepto en este estudio, ya que en la entrevista utilizada (MINI) solo se especifica si el Trastorno Psicótico es actual o de por vida, pero no especifica el tipo de trastorno. A pesar de que solo se reportaron dos casos de dependencia a etanol y sustancias, todos fueron hombres.

La mayor comorbilidad fue el Trastorno de Ansiedad Generalizada, seguido de Distimia, esto en mayor o menor medida en todos los diagnósticos principales de Eje I.

De igual forma, la mitad de los pacientes entrevistados presentó criterios para Trastorno Limítrofe de Personalidad, seguido de los Trastornos Dependiente y Depresivo de la personalidad, con predominio del género femenino. Cabe mencionar que este último diagnóstico, si bien no se encuentra dentro de los diagnósticos de Eje II del DSM-IV TR, al igual que el Trastorno Pasivo-Agresivo de Personalidad si se encuentran dentro de la entrevista Estructurada que se utilizó para fines del estudio (SCID-II), por lo que sí se le tomó en cuenta. Además se encontraron comorbididades con los demás diagnósticos principales de Eje II, situación que probablemente no se esperaba, ya que normalmente solo se hace en la práctica clínica un diagnóstico de Eje II, y solo se perciben rasgos de algún otro trastorno. La mayor comorbilidad fue con Trastornos del clúster B (histriónico, narcisista, antisocial), esto en casi todos los diagnósticos principales de Eje II. En el trastorno Antisocial de Personalidad se tiene que toda la muestra fue de género masculino, muy probablemente debido a la prevalencia que se tiene en este grupo. Hallazgos parecidos se han encontrado, ya que se ha estudiado el impacto que tiene la comorbilidad Eje I y Eje II, sobre todo los trastornos del clúster B. También se ha estudiado el impacto que tienen enfermedades como el Trastorno Psicótico en la aparición, evolución y resolución del riesgo suicida,

las redes de apoyo con las que cuenta y la búsqueda de instrumentos sensibles y específicos que estudien el riesgo suicida en este grupo (19, 20, 21).

La calidad de bienestar reportada de gran parte de pacientes fue buena en general, esto valorado por la Escala de Impresión Clínica Global, donde muchos pacientes se encontraban en grado leve de enfermedad, estando mucho mejor desde la última vez que acudieron a urgencias.

En la escala de ideación suicida de Beck, se tiene que una gran parte de los pacientes muestran deseos de vivir, pero de forma importante muestra a la vez deseos débiles de morir, esto es parte de la ambivalencia que presentan muchos de los pacientes al momento de acudir al servicio de urgencias, ya que muchos pacientes desean morir, pero a la vez, buscan una solución para poder vivir libres de enfermedad. Esto es en parte confirmado por el hecho de que muchos pacientes también comentaron que el deseo de vivir es más fuerte y vale más que el de morir, por lo que pueden cuidar su vida para evitar llegar a una conducta suicida. A pesar de que muchos pacientes tienen deseos de morir de forma breve, la frecuencia de estos deseos se divide en la muestra de forma casi equitativa entre los casos ocasionales y la frecuencia casi persistente, pocos son de forma intermitente. Además, la actitud reportada hacia este tipo de deseos es de aceptación, es decir, que reconocen abiertamente haber tenido ideas o deseos de morir, sin embargo, tienen sentido de control sobre estas ideas, por lo que en muchas ocasiones no intentan de forma activa el quitarse la vida, esto además reforzado por algún disuasivo como la religión o la familia, que tienen en ocasiones son un fuerte motivo para no morir.

Dentro de las razones que los pacientes tienen para considerar el intento suicida están el escapar de sus problemas o escapar de su situación (cualquiera que sea), aunque el método no se tenga considerado o se crea que puede ser accesible, pero no se tenga detalles claros, ni preparación alguna o se muestren inseguros sobre su valor. Muchos pacientes no hacen preparativos cuando presentan conducta suicida, como el dejar nota suicida o el dejar listo algún testamento, y generalmente intentaron engañar, mentir u ocultar a sus familiares el deseo o la idea de morir.

En la escala de Intencionalidad, a diferencia de la de Ideación, establece las circunstancias, expectativas y conductas alrededor de la conducta suicida. Por ejemplo,

muchos pacientes consideran el tener alguien presente en el momento de una conducta suicida, quien pueda prestarle ayuda, ya sea por intervención aceptada por el paciente o porque el mismo paciente pide ayuda. Generalmente no se tiene ninguna preparación para el intento suicida, teniendo poca comunicación o comunicación ambigua y perciben el resultado como algo posible, sin seguridad de las consecuencias letales del intento contemplado o realizado. Esto muy probablemente a que en la mayoría de los casos se tienen conductas suicidas de forma impulsiva, en ocasiones favorecidas por consumo de sustancias, llegando desde la ingestión de medicamentos (forma más común) hasta métodos como el ahorcamiento (frustrado por intervención de terceros), uso de gas (igualmente frustrado) o saltar al vacío (de donde se recuperaron con algunas lesiones). A pesar de que pocos pacientes tuvieron antecedentes de abuso sexual en la infancia, este parece ser un factor de riesgo para la aparición de deseos, ideas de muerte, ideación suicida gesto o incluso llegar al intento, además de, pocas veces mencionado, conducta que se considera parasuicida, como el realizar conductas autolesivas con el fin del autocastigo o como medio para poder disminuir la ansiedad o controlar la frustración.

A pesar de que la mayor parte de la edad reportada del primer intento suicida esté dentro de la segunda y tercera década de la vida, también se presentaron cifras de primer intento en edades tempranas o casi al final de la vida adulta, lo cual amerita atención desde el punto de vista de salud pública, ya que favorece mayor conducta suicida, con mayor número de gestos o intentos suicidas en la vida y con ello, mayor recurrencia a los servicios médicos psiquiátricos (llegando a internamientos frecuentes) y no psiquiátricos (como el servicio de urgencias por intoxicaciones agudas), además se encontró en este estudio que el tener ideación suicida, de forma necesaria no establece un riesgo significativo para realizar gesto o intento suicida, pero el realizar un gesto suicida establece de forma importante el riesgo de continuar con ideación suicida y en un futuro, el llegar a tener un intento suicida.

Para este tipo de situaciones se han realizado estudios para desarrollar instrumentos o procedimientos para detectar el riesgo suicida, entre ellas conductas como el pacto terapéutico, donde se compromete tanto al paciente y a la familia a una atención más enfocada al bienestar y a la recuperación del paciente así como su

integración a la sociedad y al ser una persona funcional. Es por eso que en el servicio de urgencias de nuestra institución se promueve en pacientes este tipo de contrato, que en muchas ocasiones funciona.(22).

CONCLUSIONES.

Consideramos que este estudio cumplió con los objetivos planteados, ya que se determinaron en cada uno de los pacientes incluidos en el presente estudio las características socioeconómicas y psicosociales además de los principales diagnósticos tanto de eje I como de Eje II, su prevalencia e incidencia, sus distintas comorbilidades, las características del riesgo suicida así como el hecho de haber funcionado o no el pacto terapéutico, describiendo la reductibilidad de la conducta suicida en caso de haberla y el destino de los pacientes en caso de que funcionara o no dicho pacto.

Durante el estudio hubo limitantes, ya que si bien hubo muchos pacientes con criterios de inclusión para el mismo en el servicio de urgencias del INPRF, no todos aceptaban firmar el consentimiento informado y por ende un gran porcentaje no se incluyó en la muestra.

Aunque la muestra de estudio es pequeña, y el tipo de estudio presentado es descriptivo, puede ser inicio de más estudios sobre el comportamiento de la población psiquiátrica en nuestra Institución, los motivos de consulta en urgencias, la severidad de los cuadros y los distintos tipos de intervención, ya que no hay estudios relacionados con estos pacientes en el servicio de urgencias psiquiátricas y pocos son los estudios en población mexicana.

BIBLIOGRAFIA

1. Beck A, Kovacs M. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult and Clin Psychology* 1979;2: 343-352.
2. Bobes J, Sainz P. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. 1ª ed ed Ars Médica 2004: 291-299
3. Bouch J, Marshall J. Suicide risk: structured professional judgement. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 84-91
4. Brown T. Psychiatric emergencies. *Advances in Psychiatric Treatment* 1998; 4: 270-276
5. Durkheim E. El suicidio. UNAM, México 1974.
6. Fristsch, R. Montt M. Solis-G J. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. *Rev. Med Chile* 2007; 135: 602-612.
7. Gómez C. Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. *Salud Mental* 1996; 19 (1): 1996: 45-55.
8. Gutierrez A. Contreras C. Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29(5): 66-74.
9. Jiménez A. González-F C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de Investigaciones epidemiológicas y Psicosociales del INPRF. *Salud Mental*, 2003; 26 (6): 35-46.
10. Mann J, Waternaux C. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189.
11. Mann J. Neurobiology of suicidal behaviour *Nature Reviews of Neuroscience*. 2003; 4: 819-828.
12. Mondragón L. Borges G. Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 2001; 24(6): 4-15.
13. Mondragón L. Saltijeral T. Bimbela A. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 1998; 21(5): 20-27.
14. Rosca P. Bauer A. Grinshpoon A. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. *Isr J. Psychiatry Relat Sci*. 2006; 43 (1): 57-64
15. Sheehan D, Lecubrier Y. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 (suppl 20) 22-33
16. Beck A.T. Steer R.A. Clinical predictors of eventual suicide: a 5-to 10-year prospective study of suicide attempters. *J Affect Dis* 1989; 17: 203-9.
17. Bobes J. G-Portilla M.P. Bascaran M.T. Sainz P.A. Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la Psiquiatría clínica. *Ars Médica*. Psiquiatría Editores. Barcelona, 2002.
18. Schneider B. Schnabel A. Sargk D. Maurer K. Weber B. Wetterling T. Detection of alcohol consumption in suicides. *Eur Arch Psy Clin Neurosci*, 2005; 225: 1-5
19. Schneider B. Schnabel A . Wetterling T. Bartusch B. Weber B. Georgi K. How do personality disorders modify suicide risk? *J. Pers. Dis*, 200; 22(3): 233-245.
20. Rascón M. Gutierrez M. Valencia M. Díaz R. Leños C. Rodríguez S. Percepción de los familiares del intento suicida e ideación suicida de pacientes con Esquizofrenia. *Salud Mental*, 2004; 27(5): 44-52
21. Johnson J. Gooding P. Tarrier N. Suicide risk in Schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Achematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychol and Psych: Theory, Res and Practice*, 2008; 81: 55-77.
22. Bantjes J. Van Ommen C. The development and utilisation of a suicide risk assessment interview schedule. *South A J Psy*, 38; 2: 391-411.
23. Daniel WW. *Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud*. Limusa Wiley. México, 2005.

ANEXOS



EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMON DE LA FUENTE"

HISTORIA DE SUICIDALIDAD

Fecha: _____

Folio: _____

Nombre: _____ No de registro: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Femenino (1) Masculino: (2).

Primera vez: (1) Subsecuente: (2).

Estado civil: (1) Soltero. (3) Divorciado/Separado

(2) Casado/Unión libre. (4) Viudo.

Escolaridad (en años): _____ Último grado de estudios: _____

Nacionalidad: (1) Mexicana. (2) Otro _____

Ocupación: (1) Hogar. (3) Empleado. (5) Otro _____

(2) Estudiante. (4) Desempleado.

Diagnóstico principal: Eje I: _____

Eje II: _____

Riesgo suicida: (0) (1) (2) (3) Pacto Terapéutico (1) Si (2) No.

Edad del primer intento suicida: _____. Método _____

No. de intentos realizados: _____ Métodos más comúnmente utilizados: _____

Contexto de los intentos: (1) Impulsividad. (3) Ansiedad.

(2) Desesperanza. (4) Otro _____

No. de gestos realizados: _____

Última conducta suicida: _____ Método: _____

Se realizó pacto terapéutico: (1) Si (2) No.

Observaciones:



EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMON DE LA FUENTE”

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Folio _____

Nombre : _____

Extendemos esta invitación a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información, y no dude en preguntar lo que no le quede claro.

1. Objetivo del estudio.

El objetivo de este estudio es entrevistar a pacientes que han presentado alguna conducta suicida (esto es, ideación suicida, gestos o intentos suicidas). Nos interesa estudiar estos aspectos en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, con el objetivo de entender mejor el fenómeno del suicidio. Para realizar este estudio, necesitamos de su cooperación, recolectando toda la información posible acerca de las conductas de riesgo que ha presentado a lo largo de su vida. Además, se le realizará una entrevista clínica y se le facilitará un cuestionario para que lo conteste.

2. Plan y procedimiento.

En caso de aceptar este estudio, será entrevistado por médicos psiquiatras, sin ningún riesgo o compromiso para usted. El procedimiento se realizará de la siguiente manera:

-Se pedirá su cooperación para realizar entrevistas.

-Se dispondrá de un máximo de tiempo de una hora para cada prueba, dos veces a la semana, en un total de 3 semanas.

-En caso de ser necesario, durante o después de la entrevistas se dará atención médica el tiempo que sea necesario, dada por el médico responsable de las evaluaciones (Dra María Cristina López).

-Los costos de las evaluaciones no se le cobrarán de ninguna forma.

-Se pedirá establecer contacto estrecho para recabar el máximo de información, a los tels. 56-55-28-11 y 56-55 04-11, ext 331 y 332.

-Usted podrá retirarse de las evaluaciones en el momento que lo desee. Esto no afecta de ninguna forma su atención y tratamiento en esta Institución.

3. Confidencialidad.

Los datos recabados durante las diferentes entrevistas serán de manera estrictamente confidencial, utilizando un número de folio para evitar utilizar su nombre. La realización de las entrevistas no conllevan molestias o riesgos.

4. En caso de cualquier duda con respecto al proyecto favor de comunicarse con la Dra. María Cristina López Pedraza, a los teléfonos antes mencionados, en el horario de 8:30 a 17:00 hs.

Consentimiento:

En base a lo leído anteriormente, y en las dudas o aclaraciones hechas por el médico responsable del estudio, acepto de forma voluntaria participar en este estudio.

Entiendo además que en caso de cualquier otra duda que aparezca durante el trascurso del estudio me será aclarada por el mismo, y en caso de que por voluntad propia renuncie, mi tratamiento y mi atención en esta Institución no se verá afectada de ninguna manera.

En caso de preguntas o comentarios, puedo llamar a la Dra. María Cristina López a los teléfonos 56-55-28-11 y 56-55-04-11, ext 331 y 332.

Fecha: _____

Nombre y firma del paciente.

Nombre y firma del testigo.

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma de investigador.