



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado.

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Servicio de Psiquiatría
Curso de Especialidad en Psiquiatría

**“Factores de riesgo en los pacientes con intento suicida hospitalizados en
Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Álvarez”**

Trabajo de investigación

Para obtener el título de
Especialista en Psiquiatría

PRESENTA:
Dra. Carolina Conejo García.

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez.
Asesora teórica

Dra. Josefina Patricia Anzaldo Juárez.
Asesora metodológica

Ciudad de México, Septiembre 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por aceptarme, ser parte de dicha institución y abierto las puertas para poder formarme como psiquiatra.

Gracias a los adscritos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, quienes compartieron conmigo sus conocimientos, y que no sería posible concluir sin su apoyo.

Gracias a la Dra. Anzaldo, Dra. Bautista, Dra. Vivanco y Maestra Freyre por su apoyo, comprensión y compartir sus conocimientos para la elaboración de esta tesis, que sin ellas no hubiera sido posible.

Gracias a los pacientes quienes confían en nosotros y por los cuales me esfuerzo día a día.

Gracias a mis compañeros y amigos presentes y pasados por estar ahí, que tuve la fortuna de encontrar y por permanecer, compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas.

Y en especial gracias a mi familia por su apoyo, por su amor, comprensión y respeto, son mi motivo para continuar.

INDICE

ÍNDICE	I
LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS	II
RESUMEN	III
INTRODUCCIÓN	IV
MARCO TEÓRICO	1
MÉTODO	12
JUSTIFICACIÓN	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	15
HIPÓTESIS	16
TIPO DE INVESTIGACIÓN	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
VARIABLE	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
CONSIDERACIONES E IMPLICACIONES ÉTICAS	22
RESULTADOS	24
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	42
CONCLUSIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXO	55

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS PERCIBIDOS MENSUALMENTE	25
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL	26
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR CIUDAD DE RESIDENCIA	27
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL ACADÉMICO	29
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TRABAJO	31
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	32
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DEL MÉTODO DEL INTENTO SUICIDA	33
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	34
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DEL NO. DE INTENTOS SUICIDAS VS EL GÉNERO DE LOS PACIENTES	35
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO VS NO. INTENTOS SUICIDAS	36
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN ENTRE EL NIVEL ACADÉMICO VS NO. DE INTENTOS SUICIDAS	37
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL VS NO. DE INTENTOS SUICIDAS	38
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN ENTRE EL TIPO DE FAMILIA VS NO. DE INTENTOS SUICIDAS	39
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL VS NO. DE INTENTOS SUICIDAS.	40
TABLA 15. RELACIÓN POR NÚMERO DE INTENTO SUICIDAS Y CATEGORÍA DIAGNÓSTICA	41
GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	24
GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN POR MOTIVO DEL INTENTO SUICIDA	28
GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE FAMILIA.	30

**“Factores de riesgo en los pacientes con intento suicida hospitalizados en
Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico
Fray Bernardino Álvarez”**

RESUMEN

Introducción: Aproximadamente el 3% de la población en Estados Unidos, realiza un intento de suicidio durante su vida. En México en el año 2001 se registraron 3 784 suicidios, es decir, una tasa elevada de riesgo^{7,8,9}. La atención de los casos de intento suicida ocurridos en la zona metropolitana de la ciudad de México se realiza preferentemente en instituciones psiquiátricas y el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA), atiende una proporción muy alta de este tipo de casos. Muchos de ellos, suceden en personas previamente diagnosticadas con trastorno mental por lo que este estudio puede permitir conocer qué sucede en este tipo especial de población. **Objetivo:** Determinar los Factores de Riesgo Sociodemográficos de los Pacientes Hospitalizados **Material y métodos:** Se obtuvo información directa de los expedientes de pacientes atendidos en el HPFBA durante 2016 que hubiesen ingresado por intento suicida, como factores sociodemográficos de riesgo se consideró: edad, género, nivel educativo, tipo de familia, nivel económico, ocupación y religión, entre otros. Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica según fuera el nivel de medición de la variable a tratar, así como asociación de variables con X^2 , y para identificar el riesgo se llevó a cabo un análisis de Razón de Productos Cruzados (OR con IC al 95%). **Conclusiones:** En cuanto al riesgo, se encontró que es significativo para las mujeres con un riesgo de 6.8 más veces que para hombres; tener más de un internamiento o haber cometido más de una vez el intento de suicidio incrementa el riesgo en 7.6 veces y en el caso de tener un nivel educativo básico, es decir de primaria a bachillerato, el riesgo de suicidio aumenta en 1.2

Palabras clave: Factores de Riesgo, Intento Suicida, Factores sociodemográficos.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, el suicidio es una importante preocupación de salud pública, ya que éste, es resultado clínico adverso de la unión de complejos factores de riesgo biopsicosociales, que afectan a prácticamente toda la población ^{1, 2,3,4}.

La Organización Mundial de la Salud estimó en 2018 que en el mundo, cerca de 800,000 personas se suicidan cada año. En los Estados Unidos, más de 40.000 personas mueren por dicha causa cada año. Además de los suicidios completados, aproximadamente el 3% de los individuos realizan un intento de suicidio durante su vida ^{4,5}.

En México en el año 2001 se registraron 3 784 suicidios, es decir una tasa de suicidios que comenzaba claramente a incrementarse; sin embargo, en el año 2005 la cifra fue ligeramente menor, con 3 553 casos, que equivalen a 3,4 suicidios consumados por cada 100 000 habitantes en el país, de los cuales 2 970 eran hombres, y 583 eran mujeres ⁶. Del año 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes (INEGI 2016) ^{7, 8,9}.

Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio. De ahí que el incremento de los mismos indique que el problema está creciendo anualmente. Es importante subrayar que entre la población general, un intento de suicidio no consumado es el factor de riesgo individual más importante para esperar que la tentativa se presente de nuevo ⁵.

Por ello, la comprensión de los factores de riesgo sirve para establecer quienes son las personas en mayor riesgo de intentar suicidio y poner en acción las estrategias necesarias que los protejan a cometer dicha acción ^{10, 11,12}.

En el caso de los enfermos mentales, debe tomarse en cuenta que presentan mayor riesgo de muerte por suicidio y por ello urge buscar una vía prometedora para reducir el impacto global del suicidio. Dicha vía fundamentalmente identifica las

características del paciente que conllevan el riesgo, tales como los pensamientos y comportamientos suicidas. El descubrimiento de dichas características puede lograrse a través de métodos transversales como en el caso de estudios de escrutinio, o estableciendo factores de riesgo que requieren diseños longitudinales como en el caso de la evolución de ciertos trastornos como los depresivos ^{7, 11, 12, 13}. Actualmente se reconoce que la ideación suicida es el factor de riesgo más importante para el comportamiento e intento suicida ^{2, 12, 14}; sin embargo, prevalece la posibilidad de que se sobre diagnostique el comportamiento suicida si se confunde con la autoagresión u otras manifestaciones propias de la psicosis, dando una idea falsa de la intervención que se deba de seguir con este tipo de pacientes.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El suicidio es un tema al que históricamente se le ha dado gran importancia, pues la búsqueda de la propia muerte es poco común y en la mayor parte de las culturas produce rechazo, no obstante, la actitud de la humanidad ante la muerte ha ido cambiando a través de la historia, conforme a las costumbres y las necesidades de la sociedad.

En las culturas prehispánicas se observaba que los mayas veneraban a *Ixtab*, la diosa del suicidio, y los japoneses realizaban el *seppuku* para lavar la deshonra, este acto podía ser voluntario usado por los guerreros para evitar caer en manos de los enemigos o para expiar un fallo al código de honor, u obligatorio, por mandato de un señor feudal o tribunal si un samurái cometía un delito¹⁷.

En la cultura griega se consideraba una ofensa al estado, por lo que se negaba el entierro de las personas suicidas en los sitios convencionales. Platón llegó a considerar algunas excepciones refiriendo que podía entenderse o permitirse cuando la persona había vivido un evento muy desafortunado ¹⁵.

El suicidio fue considerado un pecado a partir del siglo IV con San Agustín, porque viola el quinto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. En la edad Media las iglesias cristianas sacralizaban la muerte, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de las personas. Las iglesias rechazaban la sepultura de los suicidas en el Camposanto¹⁷.

En la Inglaterra anglicana de 1800 el cuerpo del suicida era castigado por la justicia siendo arrastrado por el suelo y estoqueado en el cruce de los caminos, sus bienes confiscados y la viuda desheredada y deshonrada^{15,17}.

En 1820 el médico J.P. Falret señaló que el suicidio era resultado de un trastorno mental y en 1838, Esquirol se refirió al acto suicida como consecuencia de una crisis de tipo afectiva.

Fue a partir del siglo XIX se perdió ese sentido social de la muerte, ésta fue liberada del juicio social y pasó al dominio privado; el cadáver era velado en casa, sepultado en familia y en ese sentido la muerte pasó a depender cada vez más de la voluntad del individuo¹⁷.

A pesar de los éstos antecedentes, la palabra suicidio fue definida hasta el año 1642, el término fue acuñado por el médico y filósofo Thomas Browne. Suicidio, proviene de las palabras latinas *sui* que significa uno mismo y la palabra *caedere* que significa matarse. Posteriormente el sociólogo y filósofo francés Durkheim, a finales del siglo XIX, revolucionó la definición de suicidio. Este autor postuló que el suicidio es un “acto personal, propositivo y consiente, a través del cual el sujeto que la realiza busca acabar con su propia vida”, sus sentidos y significados son diversos y existe en su clasificación, una interpretación contextual del acto de suicidarse¹⁶.

DEFINICIÓN

De acuerdo con la OMS el suicidio es el acto por el cual una persona se quita la vida voluntariamente y el intento de suicidio es el acto mediante el cual una persona atenta contra su vida y sobrevive ^{4,6,18}.

El intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva, autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método ^{4, 6, 18}.

Se describen 8 categorías para estandarizar la nomenclatura relacionada al suicidio en el Algoritmo de Columbia para la clasificación y evaluación del suicidio (C-CASA, por sus siglas en inglés) ¹⁹

- Evento suicida / suicidio consumado: comportamiento auto-dañino que resulta en la muerte y asociado con al menos algún intento de morir.
- Intento suicida: comportamiento potencialmente auto-dañino, asociado con al menos alguna intención de morir. La evidencia de la intención de muerte puede ser explícita o inferida de acuerdo con el comportamiento o circunstancia. Un intento suicida puede o no resultar en alguna lesión.
- Actos preparatorios hacia un comportamiento suicida inminente: el individuo realiza acciones preliminares para auto-dañarse, pero es detenido, por el mismo u otros, antes de causarse el daño potencia.
- Ideación suicida: pensamientos pasivos acerca de desear la muerte o pensamientos activos acerca de quitarse la vida sin que se acompañe de un comportamiento preparatorio.
- Eventos no suicidas/ auto-daño no suicida: comportamiento auto-dañino sin la intención de morir. El comportamiento tiene otras intenciones como aliviar el estrés o causar un efecto en otras personas.

- Otro auto-daño no deliberado: no hay evidencia de suicidabilidad o auto daño deliberado asociado con el evento. El evento se caracteriza por un daño accidental, síntomas psiquiátricos o médicos únicamente.
- Evento suicida indeterminado o comportamiento dañino con intención suicida desconocida: comportamiento auto-dañino en donde la intención de morir es desconocida y no se puede inferir. La lesión o potencial de lesión es clara pero el motivo no lo es.
- Sin información suficiente: no se cuenta con información suficiente para determinar si el evento estuvo relacionado con intención o ideación suicida¹⁸.

Cabe mencionar que el suicidio y el intento de suicidio son un resultado clínico adverso impulsado por complejos factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales ^{1, 12, 20, 21, 22}.

EPIDEMIOLOGIA

Según la OMS, la conducta suicida en las diversas formas constituye un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se cataloga dentro de las principales causas de mortalidad general ⁴.

De acuerdo a varios estudios el suicidio es la 10^a causa de muerte, para el 2016 fue la segunda causa principal de defunciones en el grupo de edad de entre 15 a 29 años en todo el mundo; y se estima que cada año, un millón de personas mueren por suicidio en el mundo. Pese a la relevancia del hecho, la prevención del suicidio ha demostrado ser poco efectiva hasta ahora ^{5, 10, 23}.

Durante el año 2001, en México, se registraron 3 784 suicidios; de los cuales 3 110 eran hombres y 674 Mujeres, mientras que para el año 2005 la cifra fue menor, con 3 553, casos que equivalen a 3,4 suicidios consumados por cada 100 000 habitantes en el país, de estos 2 970 eran hombres, y 583 eran mujeres ⁶. Durante el periodo de 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes fue lo reportado por INEGI en el 2016.

Se conoce que los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que el suicidio completado. Además, muchas personas que tienen pensamientos suicidas nunca buscan servicios de atención para evitarlo, lo que convierte este hecho en algo alarmante que se tiene que atender con cautela y prontitud ^{11, 20, 21}.

Por esa razón el suicidio es una de las mayores fuentes de muerte prematura. Cabe decir que el número de personas que mueren por homicidio y suicidio es mucho mayor que el número de personas que mueren por el ataque en una guerra. De hecho, por cada muerte debida a la guerra, hay tres muertes por homicidio y cinco muertes por suicidio. Se estima que alrededor de un millón de personas mueren anualmente por suicidio, es decir, una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos ^{9, 20}.

ENFOQUE PSICOLÓGICO

Farbrow y Shneidman aseguran que: Toda persona es un suicida en potencia. Todos poseemos una tendencia a la autodestrucción, que varía en grados de intensidad entre un individuo u otro y entre las sociedades. Sin embargo, existen

factores que influyen en la conducta suicida como los familiares, biológicos y emocionales ⁴.

FACTORES DE RIESGO

Hoy se estima que el principal factor de riesgo de suicidio es la presencia de una enfermedad mental, incluyendo el abuso de sustancias, ya que se sabe que el 90% de los suicidios están asociados con algún tipo de trastorno psiquiátrico ^{4, 10, 22, 27, 28}.

Dentro de este grupo se incluye a los pacientes con intento suicida que padecen trastornos psiquiátricos como: ansiedad, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y estrés^{4, 7, 10, 26, 27, 29, 30, 34}.

Sin embargo hay estudios retrospectivos y prospectivos, que han identificado problemas neurológicos crónicos, como el evento cerebral isquémico, como factor de riesgo asociado con el suicidio ^{1, 25, 31}.

Cabe mencionar que el abuso de alcohol y las drogas están entre los principales factores de riesgo de suicidio, ya que aumenta significativamente el riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, su función en el proceso suicida es diferente, pero suele acompañar a la persona que comete suicidio ^{20, 26, 30}.

En 2015 se realizó un estudio que demuestra que un bajo nivel socioeconómico y la violencia interpersonal también se consideran como un factor de riesgo para suicidio e intento de suicidio ^{3, 6, 8, 14}. Además, el duelo por suicidio se convierte en un factor de riesgo específico para el intento de suicidio entre adultos jóvenes en

duelo, ya sea relacionado con el fallecido o no, es decir no es una conducta de imitación, es resultado del duelo patológico lo que promueve el suicidio. ^{11, 26.}

La geografía es de los factores sociodemográficos que explican con buena eficiencia la predisposición al suicidio, por ejemplo, sabemos que las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Rusia, precisamente en las áreas más frías y con periodos largos de oscuridad. Otro factor es el género, en el que la proporción de suicidio hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo. Cabe mencionar que el grupo de edad de mayor riesgo son los menores de 45 años de edad y las personas ancianas, sobre todo aquellos que padecen además enfermedades crónicas dolorosas. También se menciona que los hispanos y afroamericanos tienen una menor tasa de suicidios, comparados con los caucásicos, que doblan las tasas observadas en otras razas. La religión se considera un factor protector, es decir entre los ateos se encuentra la mayor tasa de suicidios^{4, 26, 29, 32, 33.}

En un estudio realizado en Estados Unidos se reportó que en relación a la ocupación y profesión; los trabajadores de los medios y la comunicación, abogados, jueces y trabajadores de apoyo legal, científicos sociales y trabajadores afines presentaron un mayor riesgo de ideación suicida; en comparación con los adultos en ocupaciones agrícolas, pesqueras y forestales, ingenieros, arquitectos y agrimensores y los adultos en ocupaciones de preparación de alimentos (trabajadores de máquinas) tenían un menor riesgo de ideación suicida ^{9.}

FISIOPATOGENIA

Se conoce de acuerdo con varios estudios, que los factores de riesgo genéticos y neurobiológicos pueden ser importantes en la predisposición al suicidio ^{2, 25}. Las anomalías en el sistema serotoninérgico también han sido ampliamente implicadas en el comportamiento suicida y el suicidio. Varias investigaciones han informado niveles significativamente más bajos de 5HT en sangre o plasma de pacientes suicidas en comparación con sujetos de control normales. Por lo cual se concluye que niveles bajos de 5HT predisponen a intento suicida. Cabe mencionar que se han identificado aproximadamente 13 subtipos de receptores de serotonina. Entre estos subtipos de receptores, los receptores 5HT_{2A} y 5HT_{1A} han mostrado tener influencia en suicidio y comportamiento suicida. Esto se basa principalmente en los estudios de 5HT y su metabolito, el ácido 5-hidroxiindolacético (5HIAA) en el LCR encontrado en la sangre de los pacientes suicidas. Otra línea de evidencia que vincula la serotonina con el comportamiento suicida es la observación de que los actos suicidas están asociados con rasgos agresivos e impulsivos, que también están asociados con disfunción serotoninérgica ^{2, 25}.

Estudios recientes informan que los pacientes suicidas tienen niveles significativamente más altos de norepinefrina y su metabolito-3-metoxi-4-hidroxifenilglicol en el LCR (líquido cerebro raquídeo) o la orina en comparación con los pacientes no suicidas. Lo que nos confirma que la función noradrenérgica se encuentra alterada en este tipo de pacientes. Podemos ver que los receptores α 2-adrenérgicos se incrementan en la corteza y el hipocampo de las víctimas suicidas

en comparación con los sujetos control normales, confirmando la teoría planteada².

También se ha visto que los niveles de PKC (proteína cinasa C) disminuyeron significativamente en las fracciones de membrana y de citosol obtenidas del PFC de víctimas de suicidio de adolescentes en comparación con sujetos de control normales. También encontraron que la proteína y los niveles de expresión de ARNm de PKC α , PKC β I, PKC β II y PKC γ disminuyeron significativamente en las fracciones de membrana y citosol del PFC y el hipocampo de las víctimas de suicidio de adolescentes en comparación con los sujetos de control².

CLASIFICACIÓN DEL INTENTO DE SUICIDIO

En la actualidad se clasifica el suicidio en 4 grados, considerando los métodos de menor riesgo de muerte (grado 1), tentativa suicida de baja letalidad (grado 2), tentativas con mayor riesgo para la vida (grado 3) y se les denomina grupo de tentativa de alta letalidad (grado 4)⁶.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida^{28, 32}.

En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente:

- La presencia de intentos suicidas previos y el abuso de sustancias.

- La presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte de su tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos.
- La evaluación de los factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en su entorno ³².

MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Según las guías de práctica clínica canadienses, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, si existe:

- Presencia de trastorno mental grave.
- Conducta autolítica grave reciente.
- Plan de suicidio elaborado.
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo ^{22, 32}.

En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario si existe:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación con previa estabilización del paciente ^{22, 32}.

En caso de intento suicida y en ausencia de los dos puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, generalmente cuando hay alta letalidad del plan ^{22, 32}.

TRATAMIENTO

Cabe mencionar que las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida. Por lo cual se recomienda un tratamiento psicoterapéutico de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento ^{18, 25, 32}.

Sin embargo, el tratamiento farmacológico juega un papel importante en la recuperación de los pacientes, aclarando que se combina con la terapia interpersonal; en los adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomiendan antidepresivos del grupo ISRS. Por tanto, en adolescentes se recomienda el uso de la fluoxetina. Cabe resaltar que en aquellos que presenten ansiedad o agitación además de la ideación suicida se les debe agregar un ansiolítico ^{18, 32}.

También se manejan anticonvulsionantes como carbamazepina, ácido valproico, topiramato en pacientes con epilepsia y riesgo suicida, además del uso de antipsicóticos como clozapina en adultos diagnosticados con esquizofrenia y alto riesgo suicida; todo ello con el fin de reducir el riesgo de comportamiento suicida.^{18,}

³².

JUSTIFICACIÓN

Debido a que tanto en el mundo como en México el suicidio y el intento de suicidio es un problema de salud pública importante y de naturaleza multidimensional, se busca detectar a tiempo el riesgo de intento suicida para elaborar una estrategia preventiva.

Como ya sabemos, el intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Sin embargo, algo alarmante que se conoce es que los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que el suicidio completado⁷. Además, muchas personas que tienen pensamientos suicidas nunca buscan servicios de atención para evitar el suicidio, lo que convierte esto en algo aún más alarmante que se tiene que atender con cautela y prontitud⁹.

Por tal motivo, se cree que una vía prometedora para reducir el impacto global del suicidio es identificar las características que nos pueden guiar para determinar el riesgo suicida que predicen pensamientos y comportamientos suicidas.

Mediante esta investigación se pueden obtener muchas oportunidades de mejora continua, primero: El paciente se verá beneficiado en el hecho de que se establecerán las medidas precautorias para evitar que realice más intentos suicidas, abordando la problemática desde los distintos factores de riesgo, si cuenta con algún padecimiento psiquiátrico adicional, tipo de familia a la que pertenece etc.

Segundo: Los servicios de salud se verán beneficiados, en la medida que se suman evidencias que avalen la manera correcta de abordar el tema del intento suicida en pacientes psiquiátricos; Tercero: El Hospital obtendrá una nueva herramienta que le ayude a dar un tratamiento integral al paciente con intento suicida. Cuarto: Una de las propuestas del resultado del estudio es sensibilizar al personal para realizar un registro de los pacientes que ingresa al servicio de hospitalización por intento suicida, simultáneamente al registro en expediente médico, y que se ha visto que hasta el momento no se lleva a cabo el registro fidedigno y por lo tanto se desconoce el número de los pacientes con intento suicida, aunque en la práctica clínica se observa que una gran cantidad de pacientes lo presenta.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez no se cuenta con un registro de los pacientes que se hospitalizan por intento suicida, a pesar de que en las notas de ingreso si se considera. El intento suicida es un criterio para hospitalización psiquiátrica, así mismo se encuentra contemplado en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) del que se dice, influye en el estado de salud y obliga al contacto con los servicios de salud.

Sabemos que es un fenómeno que se encuentra en crecimiento, que los enfermos psiquiátricos son más proclives a desarrollar conductas suicidas y que los pacientes no siempre encuentran espacios apropiados para ser atendidos, porque son pocas las instituciones que les brindan apoyo. Por tanto, la prevención será siempre la mejor opción en el caso del suicidio.

Por lo tanto, es urgente realizar un análisis exhaustivo de los intentos de suicidio y explorar el modo de rescate integral del paciente, incluido el tratamiento somático y psicológico.

Derivado de lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características personales, clínicas y sociales que influyen en los intentos suicidas de los pacientes hospitalizados en UCEP en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante 2016?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el riesgo de intento de suicidio en los pacientes Hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer cómo se relaciona la edad con el intento suicida de los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Conocer el motivo del intento suicida de los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Identificar si el estado civil es una variable que promueva el intento suicida en los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Relacionar si el nivel académico es una variable que influye en el intento suicida en los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

- Identificar si los ingresos económicos mensuales se relacionan con el intento suicida en los pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Identificar el tipo de hogar en los pacientes con intento suicida que se encontraron hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Conocer el número de intentos suicidas de los pacientes que se encontraron hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en 2016.
- Conocer los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes con intento suicida que se encontraron hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

HIPÓTESIS

Hipótesis de Trabajo:

Hipótesis de Investigación: El riesgo sociocultural de suicidio en pacientes psiquiátricos es mayor al reportado en población general

Hipótesis Nula: El riesgo sociocultural de suicidio en pacientes psiquiátricos no es mayor al reportado en población general

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las libretas de enfermería de ingreso al Servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP) de ahí se obtuvieron los datos de los pacientes con intento suicida hospitalizados durante el año 2016. Así se obtuvo el número de expediente, posteriormente se consultaron los expedientes en el servicio de archivo clínico. De la nota de ingreso en el expediente se revisó que se registrara el intento suicida para integrarlo al estudio. Los datos tomados como variables fueron: edad, género, nivel educativo, tipo de familia, nivel económico, religión, número de intento suicida, motivo del intento suicida, diagnóstico psiquiátrico y presencia de enfermedades crónicas no psiquiátricas.

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo al grado de control de la variable: No experimental (Observacional)

De acuerdo al objetivo que se busca: Comparativo

De acuerdo al momento en que se obtendrá o evaluarán los datos: Retrolectivo.

De acuerdo al número de veces que se miden las variables: Transversal.

Muestra: Se obtuvo una muestra de 57 pacientes, que ingresaron a la UCEP y cumplieron los criterios del estudio. Fueron seleccionados de manera intencional por el investigador.

Tipo de muestreo

Se realizó un muestreo no probabilístico de casos por cuota en el tiempo: año 2016.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Expedientes completos, con nota clara y completa que incluyera como diagnóstico o referencia intento suicida (Historia Clínica, nota de ingreso de donde se obtuvo la información)
- Expedientes de los pacientes que hayan sido Hospitalizados en Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos por Intento Suicida.

Criterios de exclusión:

- Expedientes de los pacientes que no cuenten con la información clara y completa en Historia clínica y nota de ingreso.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Dependiente				
Variable	Definición Conceptual	Nivel de medición	Tipo de Variable	de Indicador
Intento Suicida	El intento de suicidio es el acto mediante el cual una persona atenta contra su vida y sobrevive.	Cualitativa Nominal	Dependiente	1.-Intento Suicida 2.-Suicidio Consumado
Variables Sociodemográficas				
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual expresada en Años, Meses y Días.	Cuantitativa Discreta	Independiente	1.- Años de vida
Estado Civil	Hace referencia al estado civil en el que se encuentra la paciente al momento de la entrevista.	Cualitativa Nominal	Independiente	1. Casado 2. Soltero 3. Unión Libre 4. Viudo
Nivel Académico	Hace referencia al último grado de estudios que curso la paciente.	Cualitativa Ordinal	Independiente	1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato 4.Universidad 5.Postgrado 6.Otro

Número de ocasiones que ha intentado el suicidio.	Hace referencia a la cantidad de ocasiones que la paciente ha intentado suicidarse.	Cuantitativa Discreta	Independiente	1. Cantidad de Veces que ha intentado suicidarse.
Motivo principal de intento suicida.	Hace referencia al motivo por el cual la paciente ha intentado suicidarse.	Cualitativa Nominal	Independiente	1. Alucinaciones auditivas imperativas 2. Alucinaciones auditivas peyorativas 3. Alucinaciones visuales 4. Duelo complicado 5. Estresor de pareja 6. Estresor de salud 7. Estresor familiar 8. Ideas delirantes 9. Impulsividad 10. Intoxicación por alcohol 11. Poca tolerancia a la frustración
Ingresos percibidos por el paciente al mes.	Hace referencia a la cantidad de dinero que obtenido la paciente por actividades laborales.	Cualitativa Ordinal	Independiente	1. Menos de 3000 pesos. 2. Entre 3001 y 6000 pesos. 3. Entre 6001 y 9000 pesos.

				4. Más de 9001 pesos al mes.
Tipo de Familia	Hace referencia al tipo de familia al que pertenece el paciente.	Cualitativa Nominal	Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extensa 2. Monoparental 3. Nuclear 4. Pareja sin hijos 5. Reconstituida
Antecedente de trastorno Psiquiátrico.	Hace referencia al tipo de trastorno psiquiátrico que presenta el paciente.	Cualitativa Nominal	Independiente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Episodio depresivo 2. Esquizofrenia 3. Reacción a estrés agudo 4. Trastorno adaptativo 5. Retraso mental 6. Trastorno de ideas delirantes persistente 7. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad 8. Trastorno depresivo recurrente 9. Trastorno esquizoafectivo 10. Trastorno esquizofreniforme 11. Consumo de sustancias

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó *odds ratio* como medida de asociación en este estudio retrospectivo, mediante el cociente entre el número de veces que ocurre el suceso frente a cuántas veces no ocurre, efectuando una relación entre los sujetos que presentan el intento suicida cuando están expuestos a las variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, tipo de familia, nivel educativo, situación laboral y trastorno psiquiátrico, para saber el riesgo o la probabilidad de que ocurra el intento suicida. Se aplicó estadística descriptiva paramétrica y no paramétrica según fuera el nivel de medición de la variable a tratar, así como asociación de variables con X^2 , y para identificar el riesgo se llevó a cabo un análisis de Razón de Productos Cruzados (OR con IC al 95%). El análisis se realizó con el uso del programa SPSS versión 20.

CONSIDERACIONES E IMPLICACIONES ÉTICAS

Este estudio cubre las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración del Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

Así mismo, el investigador principal se apegó a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud. El proyecto se presentó ante los comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray

Bernardino Álvarez, habiendo recibido autorización de cumplir con lo necesario para realizar la colección de información.

Esta investigación no implicó o generó ningún riesgo para el paciente ni para la institución, ya que no se aplicaron tratamientos ni pruebas invasivas. Solo se utilizó información brindada por los pacientes y sus familiares de manera habitual para recibir atención.

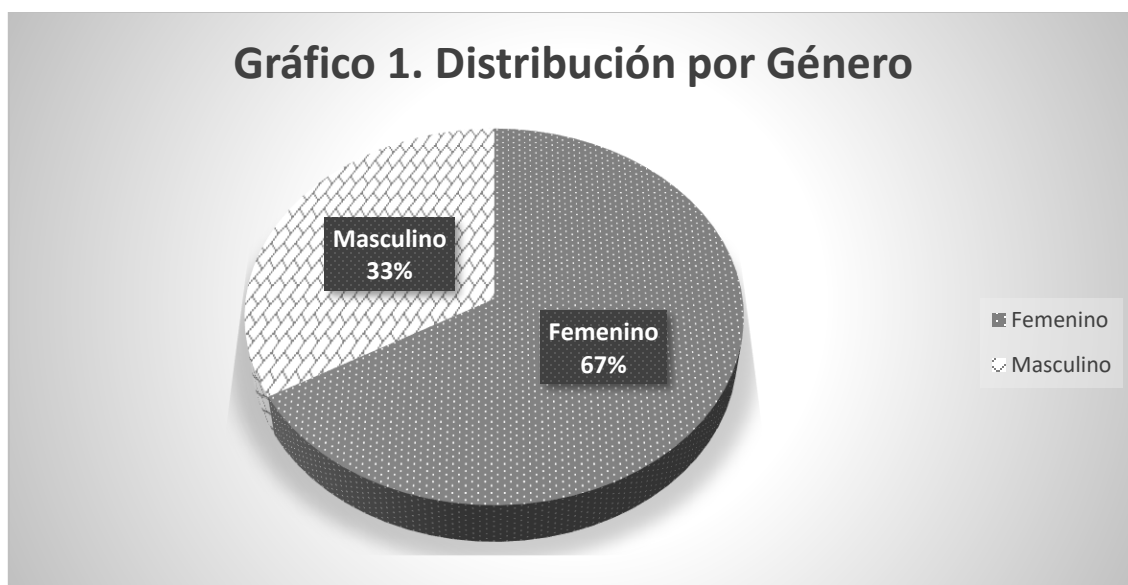
Dado el tipo de investigación, esta se clasifica: **sin riesgo**, por lo que no se requiere carta de consentimiento informado, no obstante se aplica lo establecido al manejo del Expediente clínico y la información de carácter confidencial, se maneja con absoluta secrecía.

RESULTADOS

Se realizó un estudio cuya finalidad fue determinar los factores de riesgos socioculturales de los pacientes con intento suicida Hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante el año 2016.

Se analizaron los datos de 57 pacientes atendidos en la UCEP, durante 2016. De ellos se supo que el promedio de edad fue de 38,3 (DE± 16.52), con un mínimo de 18 años y un máximo de 83 años. Cuando se compara el promedio de edad por género las mujeres tienden a ser menores que los hombres (37.82 años en mujeres DE ±15 y 39.37 DE ±18, para hombres)

En relación al género de los pacientes, 66,67% fueron femeninas y 33,33% masculinos con una P de .017, para chi cuadrada (Véase gráfico 1).



Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P>.017

Por ingreso, la muestra se caracteriza por tener un promedio de 10879 pesos mensuales, y por género las mujeres tuvieron más ingresos que los hombres, ya que ellas alcanzaron 11850 y ellos 8936. El ingreso económico más frecuente fue un ingreso entre \$9001 a \$30,000 pesos mensuales, seguido de ingresos mensuales entre \$6001 y \$9000 pesos. El ingreso no está asociado con el intento suicida cuando se someten los datos a análisis estadístico (Véase Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los Ingresos Percibidos Mensualmente			
Ingresos (pesos)	Mujeres	Hombres	Total
\$0 - \$3000	2	4	6
\$3001 - \$6000	5	4	9
\$6001 - \$9000	10	3	13
\$9001 – \$30000	21	8	29
Total	38	19	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

El número de internamientos que presentaron los pacientes va de 1 a 23 veces y la moda muestral fue de 3.51, en género femenino tuvo una media de intentos de 4.05 y el masculino de 2.42, al contraste con Chi cuadrada se obtuvo un nivel de significancia para P.000

En cuanto al estado civil, se observó que la mayor parte son solteros, con un 54,39%, seguidos de los casados con un 29,82%, y en tercer lugar los casos en unión libre con un 8,77% (Véase Tabla 2). Si los datos se analizan por género 42% de las femeninas y 37% de los masculinos tenían pareja. Para esta variable se encontró una $P > .000$

Tabla 2. Distribución por Estado Civil		
Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	31	54,39%
Casado	17	29,82%
Viudo	2	3,51%
Divorciado	2	3,51%
Unión Libre	5	8,77%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

$P > .000$ chi cuadrada

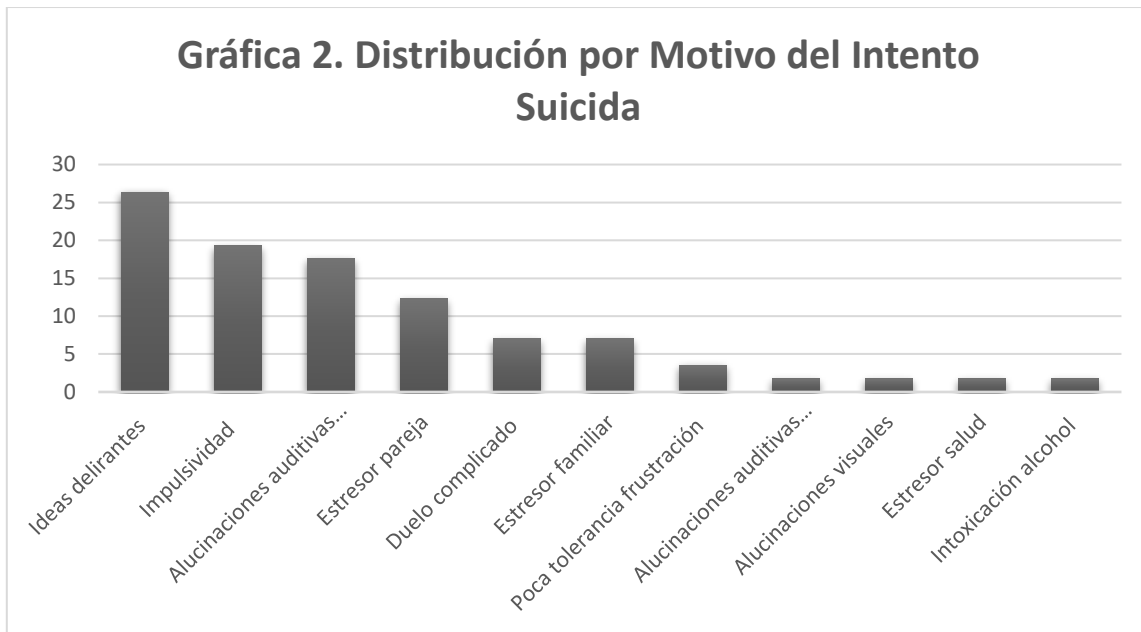
La procedencia de los pacientes mostró que la gran mayoría viven en la Ciudad de México, con un 70,18%, seguido por los casos del Estado de México, con un 19,3%, en tercer lugar, se encuentran los estados de Hidalgo y Morelos con un 3,51% cada uno (Véase Tabla 3) .

Tabla 3. Distribución por Ciudad de Residencia		
Ciudad de Residencia	Frecuencia	%
CDMX	40	70,18%
Edo Mex	11	19,30%
Hidalgo	2	3,51%
Michoacán	1	1,75%
Morelos	2	3,51%
Puebla	1	1,75%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P.000 chi cuadrada

Los motivos del intento suicida para la muestra fue primero por Ideas delirantes (26,32%), en segundo lugar la Impulsividad (19,3%) y en tercer lugar encontramos las alucinaciones auditivas imperativas (17,54%) (Véase Gráfica 2).



Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P.000

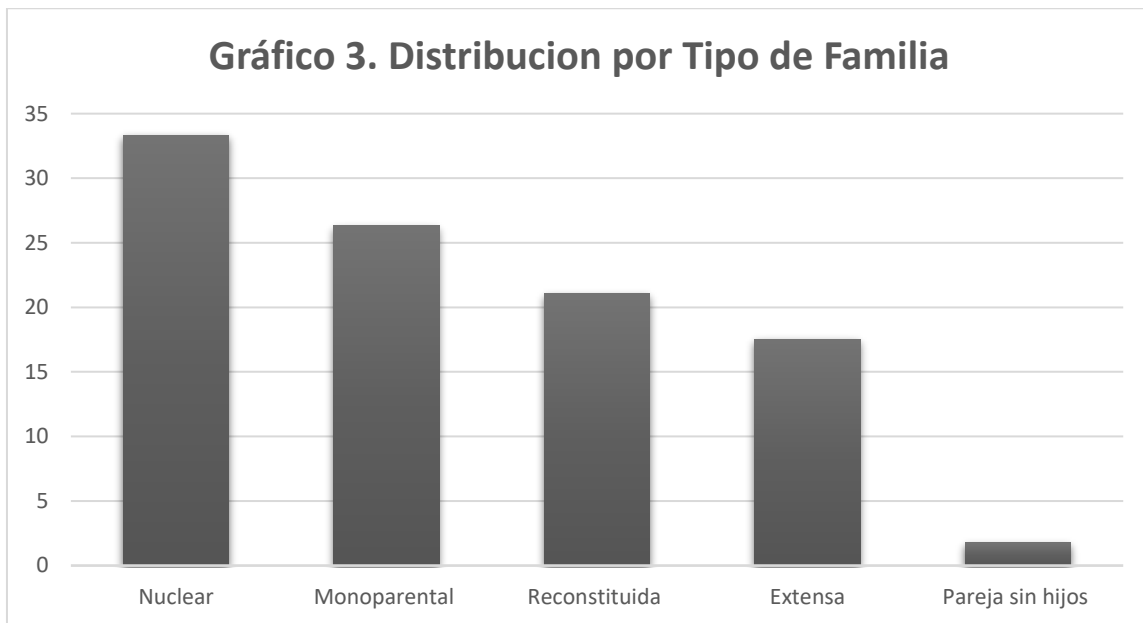
Por nivel Educativo se obtuvo que la mayor parte de los pacientes cuentan con Bachillerato Trunco (22,81%), seguido de secundaria Trunca (17,54%), y en tercer lugar se encuentra Bachillerato completo (14,04%) (Tabla 4). Por género las femeninas que superan el bachillerato tienen una relación de 4:1 con los masculinos.

Tabla 4. Distribución por Nivel Académico		
Nivel académico	Frecuencia	%
Primaria	5	8,77%
Secundaria	3	5,26%
Bachillerato	8	14,04%
Licenciatura	6	10,53%
Postgrado	3	5,26%
Primaria Trunca	3	5,26%
Secundaria Trunca	10	17,54%
Bachillerato Trunca	13	22,81%
Licenciatura Trunca	6	10,53%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P.018

La distribución de los pacientes por Tipo de Familiar mostró que la familia nuclear es la primera en la lista, con un 33,33%, en segundo lugar, se encuentra la familia Monoparental con un 26,32%, y en tercer lugar se encuentra la familia reconstituida con un 21,05% (Véase Gráfico 3). Por género, las mujeres se agrupan más frecuentemente en la categoría de familia nuclear y extensa.



Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P.003

Los pacientes desempeñan diferentes actividades productivas, aunque la gran mayoría de los pacientes son desempleados (49,12%), destacando que 17,54% se dedica al Hogar, y otro 14,04% de los pacientes son empleados (Véase tabla 5).

Tabla 5. Distribución por Tipo de Trabajo		
Trabajo	Frecuencia	%
Hogar	10	17,54%
Empleado	8	14,04%
Desempleado	28	49,12%
Jubilado	5	8,77%
Estudiante	6	10,53%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaria de Salud.

P.000

En cuanto al tratamiento farmacológico observó que el Clonazepam es el fármaco más utilizado, al menos el 61,4% de los pacientes lo consumen, el segundo fármaco más utilizado fue la Risperidona (40,35%) y en tercer lugar se encuentra la Sertralina con un 24,56%; debe subrayarse que debido a la combinación de medicamento para el tratamiento individualizado puede incluir varios de éstos, los porcentajes no se ajustan al 100% (Véase tabla 6).

Tabla 6. Distribución por Tipo de Tratamiento Farmacológico

Fármaco	Frecuencia	%
Clonazepam	35	61,40%
Risperidona	23	40,35%
Sertralina	14	24,56%
Otros *	11	19,30%
Quetiapina	10	17,54%
Paroxetina	9	15,79%
Fluoxetina	8	14,04%
Valproato	8	14,04%
Olanzapina	6	10,53%
Haloperidol	5	8,77%
Citalopram	3	5,26%

* Clozapina, Alprazolam, Biperideno, Atomoxetina, Topiramato, Trifluoperazina, Escitalopram, Oxcarbacepina.

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

El método usado en el intento suicida que se estudió al momento de esta investigación fue: (33,33%) Envenenamiento Autoinfligido, (31,58%) Lesión Autoinfligida por objeto cortante, y en tercer lugar (14.4%) Lesión Autoinfligida por ahorcamiento y/o estrangulamiento (Véase tabla 7).

Tabla 7. Distribución Del Método Del Intento Suicida		
Diagnósticos médicos	Frecuencia	%
Envenenamiento Autoinfligido	19	33,33%
Lesión autoinfligida por objeto cortante	18	31,58%
Lesión Autoinfligida por ahorcamiento, estrangulamiento	8	14,04%
Lesión autoinfligida por arrojarse delante de un objeto en movimiento	5	8,77%
Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	4	7,02%
Lesión autoinfligida por objeto romo o sin filo	2	3,51%
Lesión autoinfligida por medios no definidos	1	1,75%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

P.000

Los tres diagnósticos psiquiátricos más relevantes fueron: la Esquizofrenia y el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad con 24,56% cada uno, y el Trastorno Depresivo Recurrente, al cual corresponde el 14,04% (Véase tabla 8).

Tabla 8. Distribución de los Diagnósticos Psiquiátricos		
Diagnósticos psiquiátricos	Frecuencia	%
Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad	14	24,56%
Esquizofrenia	14	24,56%
Trastorno depresivo recurrente	8	14,04%
Episodios depresivos	6	10,53%
Trastorno Mentales y del Comportamiento/Consumo de Drogas	4	7,02%
Reacciones a estrés grave/Trastorno de Adaptación	3	5,26%
Trastorno Esquizoafectivo	3	5,26%
Retraso Mental	2	3,51%
Reacción a Estrés Agudo	1	1,75%
Trastorno de Ideas Delirantes Persistente	1	1,75%
Trastorno Esquizofreniforme	1	1,75%
Total	57	100,00%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

P.000

Se realizó el análisis del cruce de variables independientes con la variable dependiente (número de intentos suicidas) Se observa que el sexo femenino presento un mayor número de intentos suicidas que los hombres y siendo más recurrente entre ambos sexos de 1 a 5 intentos suicidas (44). (Véase tabla 9).

Tabla 9. Distribución del No. De intentos suicidas Vs el Género de los pacientes

Género	Número de intentos suicidas			Total
	1-5	6 - 10	11 a más	
Femenino	27	8	3	38
Masculino	17	2	0	19
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

La relación existente entre el diagnóstico psiquiátrico y el número de intentos suicidas obtuvo una mayor frecuencia de presentación entre los pacientes con Esquizofrenia y los pacientes con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad. (Mostrándose esta en el rango de 6 a 10 intentos suicidas) (Véase tabla 10).

Tabla 10. Distribución entre el Diagnóstico Psiquiátrico en Asociación con el Número de Intentos Suicidas

Diagnósticos psiquiátricos	No. de Intentos Suicidas			Total
	1 a 5	6 a 10	11 y mas	
Episodios depresivos	5	1	0	6
Esquizofrenia	11	2	1	14
Reacción a Estrés Agudo	0	0	1	1
Reacciones a estrés grave/Trastorno de Adaptación	3	0	0	3
Retraso Mental	2	0	0	2
Trastorno de Ideas Delirantes Persistente	1	0	0	1
Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad	9	5	0	14
Trastorno depresivo recurrente	7	1	0	8
Trastorno Esquizoafectivo	1	1	1	3
Trastorno Esquizofreniforme	1	0	0	1
Trastorno Mentales y del Comportamiento/Consumo de Drogas	4	0	0	4
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.
P.045 chi cuadrada

El nivel académico de los pacientes y el número de intentos suicidas presentan secundaria trunca y bachillerato trunco, sin embargo, en todos los niveles se observa que lo han intentado en al menos una ocasión en su vida (Véase tabla 11).

Tabla 11. Distribución entre el Nivel Académico en Asociación con el Número de Intentos Suicidas

Nivel académico	No. de Intentos Suicidas			Total
	1 a 5	6 a 10	11 y más	
Primaria	5	0	0	5
Secundaria	3	0	0	3
Bachillerato	8	0	0	8
Licenciatura	5	1	0	6
Posgrado	2	1	0	3
Primaria Trunca	2	1	0	3
Secun. Trunca	6	3	1	9
Bachille. Trunco	8	4	1	13
Lic. Trunca	5	0	1	6
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

La relación entre el número de intentos suicidas y el estado civil se logró observar que la gran mayoría de los pacientes con un mayor número de intentos suicidas son solteros seguidos de las personas viudas. (Véase tabla 12)

Tabla 12. Distribución entre el Estado Civil en Asociación con el Número de Intentos Suicidas

Estado civil	No. de Intentos Suicidas			Total
	1 a 5	6 a 10	11 y mas	
Soltero	23	6	2	31
Casado	16	1	0	17
Viudo	0	2	0	2
Divorciado	1	0	1	2
Unión Libre	4	1	0	5
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

P.007 ji cuadrada

El tipo de familia de origen también fue considerada en la relación con el número de intentos suicidas, observándose que las familias monoparentales presentan un mayor número de veces de intentos suicidas, hasta 11 y más, seguido de familia extensa y posteriormente la nuclear. Sin embargo, no hubo asociación significativa con ji cuadrada (Véase tabla 13).

Tabla 13. Distribución entre el Tipo de Familia en Asociación con el Número de Intentos Suicidas

Tipo de familia	No. de Intentos Suicidas			Total
	1 a 5	6 a 10	11 y mas	
Extensa	7	2	1	10
Monoparental	10	3	2	15
Nuclear	16	3	0	19
Pareja sin hijos por elección	0	1	0	1
Reconstituida	11	1	0	12
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

Por último, la actividad laboral de los pacientes en relación con el intento suicida se observó que es más frecuente en personas desempleadas y posteriormente, las que se dedican al hogar. La asociación no fue significativa (Véase tabla 14).

Tabla 14. Distribución entre el tipo de Trabajo en Asociación con el Número de Intentos Suicidas

Trabajo	No. de Intentos Suicidas			Total
	1 a 5	6 a 10	11 y mas	
Hogar	8	1	1	10
Empleado	7	1	0	8
Desempleado	20	7	1	28
Jubilado	5	0	0	5
Estudiante	4	1	1	6
Total	44	10	3	57

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

En cuanto al riesgo, se encontró que es significativo para las mujeres con un riesgo de 6.8 más veces que para hombres; tener más de un internamiento o haber cometido más de una vez el intento de suicidio incrementa el riesgo en 7.6 veces y en el caso de tener un nivel educativo básico, es decir de primaria a bachillerato, el riesgo de suicidio aumenta en 1.2

Por diagnóstico psiquiátrico para factor de riesgo en intento suicida no se obtuvo ni asociación ni factor que sea significativo, aunque fue notoria la frecuencia de trastornos psicóticos, afectivos y de personalidad en los pacientes que intentaron suicidio (véase tabla 15).

Tabla 15. Relación por número de intento suicidas y categoría diagnóstica		
Psicopatología	Número de intentos suicidas	
	Más de dos intentos suicidas	Un intento suicida
Consumo de sustancias	4.3%	7.0%
Trastornos Psicóticos	40.4%	35.1%
Trastornos Afectivo	25.5%	26.3%
Trastornos Personalidad	25.1%	26.3%
Discapacidad intelectual	2.1%	3.5%
Total	100%	100%

Fuente: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Secretaría de Salud.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Algunos estudios mencionan que el intento de suicidio es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método ^{4, 6, 18}. En éste estudio se valoró a 57 pacientes de los cuales, 19 pacientes presentaban un diagnóstico psiquiátrico perteneciente a cuadros psicóticos, con sintomatología que se caracteriza por alucinaciones visuales y auditivas e ideas delirantes, las personas que presentan sintomatología psicótica, por definición, tienen un juicio que se encuentra fuera del marco de la realidad, por el que las personas no están conscientes de la finalidad de acabar con su propia vida, por lo cual de acuerdo al Algoritmo de Columbia pueden clasificarse dentro del grupo de eventos no suicidas/auto- daño no suicida, es decir comportamientos que tiene otras intenciones como aliviar el estrés o causar un efecto en otra persona o clasificarse como otro auto – daño no deliberado, en donde no existe evidencia de suicidabilidad o auto daño deliberado asociado al evento, el evento se caracteriza por un daño accidental, síntomas psiquiátricos o médicos únicamente ¹⁸.

Un concepto de interés es el hecho de que los pacientes integrados en este proyecto de investigación son considerados como intento suicida, aun cuando solo hacen la planeación de este; evidentemente también se encuentran aquellos pacientes que logran autoinfligirse algún tipo de lesión. Cuando el paciente hace la planeación del evento, éste es considerado, aun cuando no se lleve a cabo, lo cual ocasiona que

se presente un sesgo de información en el presente estudio, es decir, el número de intentos suicidas puede estar subregistrado.

El sesgo de información conocido como sesgo de memoria, habla sobre lo que el paciente puede recordar, o bien, lo que el entrevistador puede registrar, y en el número de intentos suicidas, se puede considerar que es algo totalmente subjetivo, ya que, si el paciente no recuerda, y/o miente el momento de la entrevista, esto puede ocasionar una variación del número de intentos suicidas.

Dentro de los factores de riesgo asociados al intento suicida a nivel mundial se han registrado el sexo (una mayor distribución de suicidio completado para hombres, en una relación 4:1). En México durante el año 2016 INEGI reportó 6,291 muertes por suicidio, de estos 5,116 eran hombre, mientras que 1,173 eran mujeres, lo que se traduce en que de cada diez suicidios, ochos fueron cometidos por hombres; en este estudio la relación mujeres hombres es 2:1.

En el presente estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino, no ha sido posible realizar la estimación de la incidencia de los eventos consumados, sin embargo, no se ha logrado documentar la cantidad de intentos suicidas que presentan los pacientes. En este estudio el número de intentos suicidas tienen un variación de entre 1 evento hasta 23 eventos en un mismo paciente; muy contrastante con lo mencionado en la literatura médica, esto se debe a que la institución es un Hospital de tercer nivel a donde se canalizan y concentran pacientes con trastornos mentales de toda la república Mexicana, al parecer la gran mayoría de los pacientes que consuman el evento son hombres, pero las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas, con una media de 5,4 ^{11, 20, 21}.

Al mismo tiempo se establece que la gran mayoría de los pacientes que han intentado un suicidio (90%), presentan una patología psiquiátrica de base ^{2, 4, 24, 25, 26}. Los datos registrados en este proyecto ha identificado que el 100% de los pacientes presentan una enfermedad de origen psiquiátrico, los padecimientos con mayor frecuencia son Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y Esquizofrenia, estos padecimientos representan el 50% de la población estudiada en este Hospital, lo cual indica que lo que se menciona a nivel internacional coincide con los datos obtenidos en México, además de ser el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez un hospital de concentración de pacientes con trastornos psiquiátricos.

Dentro de los factores de riesgo asociados al intento suicida se han registrado el nivel económico (bajos ingresos se encuentran asociados al suicidio), la edad menor a 45 años también está asociada al suicido ^{4, 26, 29, 30, 32, 33}.

En este estudio se observó que en contraste a la literatura el ingreso promedio de los pacientes es de más de 9,000, siendo el máximo de 30,000 mil pesos, es decir un ingreso alto, que a pesar de que la mayoría de la población estudiada está desempleada o desempeña trabajos no remunerados, se observa que cuentan con apoyo familiar al pertenecer a familia nucleares, por lo general las mujeres se agrupan más frecuentemente en familias nucleares y extensas. Se reportó en 2016 en INEGI por medio de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares, qué en el país, el ingreso mensual por hogar fue de 15 mil 507 pesos en promedio, mientras que para la Ciudad de México era de 23 mil 611 pesos.

Se ha logrado determinar que la media de la edad de los pacientes con intento suicida se encuentra en los 38 años, lo cual coincide con lo reportado en la literatura

en donde se reporta que el grupo de edad de mayor frecuencia está en los menores de 45 años de edad, por otro lado, se establece que el sexo femenino si es un factor de riesgo para una mayor cantidad de intentos suicidas ^{4, 29, 32, 33}.

En este estudio se observa que las personas solteras, viudas y divorciadas presentan con mayor frecuencia un intento suicida y más de 2 intentos suicidas, lo cual es comparable con estudios en donde se comenta que el matrimonio disminuye el riesgo de suicidio, mientras que personas solteras duplican el riesgo de suicidio al igual que personas divorciadas, viudos o en aislamiento social ^{4,32,33}.

El intento suicida puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método, en este estudio se observó que los métodos más habituales del intento suicida son por medio del envenenamiento y el uso de armas punzocortantes, 33% y 31% respectivamente.

Así, en concordancia con los reportes de INEGI en 2016, el 53% de los adultos jóvenes (de 25 a 34 años) en México sólo contaba con educación por abajo de media superior, cifra que aumenta al 63% en el caso de personas entre 25 y 64 años, según el estudio Panorama de la Educación 2017 de la OCDE, lo cual se muestra es nuestra población el 73% cuenta con educación por debajo de la media superior. Reportes de OCDE refieren que solo el 17% de los jóvenes de entre 25 a 64 años de edad en México había cursado la educación superior (universidad) en el 2016, comparado en nuestra población de estudio 27% contaba con licenciatura y posgrado, con mayor proporción de mujeres en relación a hombres.

Los pacientes que se incluyeron en este estudio se observaron que cuentan con tratamiento farmacológicos se ha documentado que el 61% de los pacientes presentó la administración de Clonazepam, otro 40% de los pacientes recibieron

Risperidona, este tipo de medicamentos estaba indicado sobre todo en los pacientes con diagnósticos como esquizofrenia. Sería de mucha importancia para posteriores evaluaciones, determinar el tiempo de duración del tratamiento, y sobre todo, la dosis en la que se han manejado los pacientes, con la finalidad de establecer si existe alguna asociación entre los fármacos empleados, duración y dosis del tratamiento, con el número de intentos suicidas.

Se describe el caso particular de un paciente del género femenino, de 53 años, con diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia paranoide, quien cuenta con antecedente de 23 intentos suicidas, fue hospitalizada en 12 ocasiones, siendo el motivo del último internamiento alucinaciones auditivas imperativas y diagnóstico médico lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado, quien presenta las características sociodemográficas estado civil divorciada, integrada en una familia extensa, escolaridad licenciatura incompleta, desempleada; de gran interés es la forma individual para enfocarnos en estas características y prevenir intentos suicidas recurrentes y sus fatales consecuencias.

Cabe mencionar que existen diversos factores sociodemográficos que deben de interferir en la decisión de los pacientes al momento que realizan un acto suicida, sin embargo, en el presente estudio fueron considerados los más relevantes, al mismo tiempo se establece que este proyecto puede ser el inicio de investigaciones futuras.

CONCLUSIONES

Posterior al análisis de resultados que se realizó en este proyecto, se ha decidido aceptar la Hipótesis de Trabajo, la cual indica que existen factores de riesgo sociales en los pacientes con intento suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Adicionalmente se han obtenido las siguientes conclusiones.

En la muestra estudiada si fueron factor de riesgo para intento suicida, el número de internamientos, el acto reiterado de suicidio, la escolaridad y el género, mientras que otros factores como la soltería y la economía no parecen afectar a esta población, como si lo hace en otros grupos sociales.

La relevancia de esta investigación radica en visibilizar la complejidad del diagnóstico adecuado del intento suicida aun en instituciones de especialidad, pues puede confundirse el síntoma psicótico con intento suicida y ello implica usar tratamientos inadecuados para enfrentar problemáticas muy específicas.

Por lo anterior se propone la identificación oportuna de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico y mayor seguimiento a los pacientes con Esquizofrenia y Trastorno límite de la personalidad, que presenten sintomatología aguda caracterizada por ideas delirantes, impulsividad y alucinaciones auditivas imperativas, que tanto los pacientes como la red de apoyo refiera como evento disparador de la autoagresión.

Se recomienda por tanto, capacitar a los trabajadores de la salud mental para detección y registro adecuado del intento suicida, manejo en situación de crisis, mejorando de forma integral el estado de salud, hábitos saludables, adecuada alimentación, sentido de esperanza y optimismo, autoestima, adecuada manejo del estrés, adaptabilidad y mejorar estrategias de afrontamiento.

Se recomienda el establecimiento de Intervenciones grupales tanto de pacientes como de familiares dirigidos por equipos multidisciplinarios de la salud mental, como talleres y actividades psicoeducativas a grupos vulnerables, como en el caso de personas solteras y viudas, así como dar seguimiento de pacientes que egresan de hospitalización por intento suicida, además de fomentar el apoyo familiar y promoción de la amistad.

El comportamiento suicida se presenta, tanto en la comunidad como en la población clínica, existe una subvaluación de los síntomas que incluye el constructo del comportamiento suicida por lo que es necesario que en las valoraciones psiquiátrica de los pacientes se incluyan instrumentos de evaluación o entrevistas estructuradas para establecer diagnósticos más apropiados, así como también el registro adecuado del intento suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chan S., Chiu F., Lam., Wong Y. A multidimensional risk factor model for suicide attempts in later life. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [internet] 2014 [citado en 2017 Abr 27]; 10 (1) 1807-1817. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S70011>
2. Pandey G. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord.* [Internet] 2013 [citado en 2017 abr 28]; 15(5) 524–541. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/bdi.12089>.
3. Haglund A., Lindh Å., Lysell H., Renberg E., Salander E., Jokinen J., et al. Interpersonal violence and the prediction of short-term risk of repeat suicide attempt. *Scientific reports.* [Internet] 2016 [citado en 2017 may 01]; 1 (1) 1-8. Disponible en: www.nature.com/scientificreports
4. Valle L. Frecuencia por grupo de edad, genero, factores de riesgo y reincidencia de intento suicida en el servicio de urgencias de pediatría del hospital regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE, periodo febrero 2015 a febrero 2017. Universidad autónoma de México, facultad de medicina. [citado en 2017 13 de oct.]; 1 (1): 1-36.
5. Organización Mundial de la Salud, 2018. Suicidio. www.who.int
6. Knipe D., Carroll R., Thomas K., Pease A., Gunnell D., Metcalfe C. Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia – a systematic review. *BMC Public Health* [Internet] 2015 [citado en 2017 abr 28]; 15 (1) 105. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2301-5>

7. Bentley K., Franklin J., Ribeiro E., Kleimanb E., Fox K., Nock M. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* [Internet] 2016 [citado en 2017 abr 29]; 43 (1) 30–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4771521/>
8. Stevens D., MacKinnon D., Mondimore F., Schweizer B., Wilcox H., Jancic D., et al. Posttraumatic stress disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depress Anxiety* [internet] 2013 [citado en 2017 may 01]; 30(10) 940–946. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893768>
9. Han B., Crosby A., Parks S., Ortega L., Compton W., Gfroerer J. Suicidal ideation, suicide attempt, and occupations among employed adults aged 18–64 years in the United States. *Compr Psychiatry.* [Internet] 2016 [citado en 2017 may 01]; 66: 176–186. Disponible en: [1https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26995251](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26995251)
10. Randal J, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens P, Bolton J. Acute Risk of Suicide and Suicide Attempts Associated With Recent Diagnosis of Mental Disorders: A Population-Based, Propensity Score–Matched Analysis. *La Revue canadienne de psychiatrie,* [Internet] 2014 [citado 2017 abr 28]; 59 (10) 531-538. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4197787/>
11. Pitman A., Osborn D., Rantell K., King M.. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open* [internet] 2016 [citado en 2017 abr 28]; 6 (1) 1-11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948.com>

12. Berman A. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. The official journal of the American Association of Suicidology. [Internet] 2017 [citado en 2017 abr 29]; 1 (1) 1-13. Disponible en: [10.1111/sltb.12351](http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12351)
13. Large M., Kaneson M., Myles N., Myles H., Gunaratne P., Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. PLOS ONE. [Internet] 2016 [citado en 2017 may 01]; 1(1) 1-17. Disponible: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156322>
14. Zhao C., Dang X., Su X., Bai J., Ma L. Epidemiology of Suicide and Associated Socio- Demographic Factors in Emergency Department Patients in 7 General Hospitals in Northwestern China. Med Sci Monit. [Internet] 2015 [citado 2017 abr 29]; 21(1): 2743-2749. Disponible en: <http://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/894819>
15. Cadena AM. Características sociodemográficas de derechohabientes del ISSSTE con intento suicida que ameritan hospitalización psiquiátrica. Universidad autónoma de México, Facultad de medicina. [internet]. 2012. [citado en 2017 13 de oct]; 1(1): 1-43.
16. Durkheim. Le suicide. Nee York. Free Press. 1897.
17. Gillo, C; Le Bonniec Y. Suicidio: técnicas, historia, actualidad. España: ATE (1982).
18. Solano C. intento suicida en adolescentes. Universidad autónoma de México. Instituto nacional de pediatría. [internet] 1998. [citado en 2017 13 de oct]; 1(1): 1-60.

19. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007; 154: 1035-43
20. Darvishi N., Farhad M., Haghtalab T., Poorolajal J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLOS ONE* [internet] 2015 [citado en 2017 abr 29]; 1(1) 1-12 disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439031/>
21. Ribeiro J., Franklin J., Fox K., Bentley K., Kleiman E., Chang B., et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. [internet] 2016 [citado en 2017 may 01]; 46(2) 225–236. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26370729>
22. Otsuka k. , Nakamura H , Kudo K , Endo J , Sanjo K , Fukumoto K, et al. The characteristics of the suicide attempter according to the onset time of the suicidal ideation. *Ann Gen Psychiatry* [internet] 2015 [citado en 2017 may 01]; 14 (48) 1.12. Disponible en: [1https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4696195/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4696195/)
23. Tsigotis K., Gruszczyn W., Maniecka M. Gender Differentiation in Indirect Self-Destructiveness and Suicide Attempt Methods (Gender, Indirect Self-Destructiveness, and Suicide Attempts). *Psychiatr Q* [internet] 2014 [citado en 2017 mayo 01]; 85 (1):197–209. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24302076>
24. Lyu J., Zhang J. Characteristics of the Schizophrenic Suicides in Comparison with the Suicides with Other Diagnosed Psychiatric Disorder and without a Psychiatric Disorder. *Schizophr Res*. [Internet] 2014 [citado 2017 abr 29]; 155(0): 59–65. Disponible en: [10.1016/j.schres.2014.02.018](https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.018).

25. Schaffer A., Isometsä E., Tondo L., Moreno D., Sinyor M., Kessing L., et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. [internet] 2015 [citado en 2017 may 01]; 49(9) 785–802. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26185269>
26. Fernández D. frecuencia de intento suicida y características biopsicosociales en la población pediátrica hospitalizada en el hospital general Dr. Manuel Gea González, revisión de 10 años. Universidad autónoma de México. [internet] 2013. [citado en 2017 13 de oct] 1(1): 1-55.
27. Omi T., Ito H., Riku K., Kanai K., Takada H., Fujimi S., et al. *BMC Psychiatry* [internet] 2017 [citado en 2017 may 01]; 17 (99) 4-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28320371>
28. Wang S., Yeon S., Choi K., Oh Y., Lee H., Hwang S., et al. Suicide Risk Assessments: Which Suicide Risk Factors Psychiatric Residents Consider Significant?. *Psychiatry Investig* 2015; 12(3):324-329. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2015.12.3.324>
29. Ayehu M., Solomon T., Lemma K. Socio-demographic characteristics, clinical profile and prevalence of existing mental illness among suicide attempters attending emergency services at two hospitals in Hawassa city, South Ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Ment Health Syst* [internet] 2017 [citado en 2017 may 01] 11 (1) 32. Disponible en: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-017-0136-4>

30. Medina G. correlación de psicopatología de acuerdo a la SCL-90 R en pacientes con abuso de sustancia psicoactivas y riesgo suicida en el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Universidad autónoma de México. el hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. [internet] 2017. [citado en 2017 13 de oct]; 1(1): 1-79.
31. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why?. La Revue canadienne de psychiatrie [Internet] 2014 [citado en 2017 may 01]; 59(3) 120–130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24881160>
32. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. I. Evaluación y tratamiento. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicidio. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad. Axencia de aviliacion de tecnoloxias sanitarias de Galicia; 2010 guías de práctica clínica en el SNS: Avila-t 2010/02.
33. Madsen T., Erlangsen A., Nordentoft M. Risk Estimates and Risk Factors Related to Psychiatric Inpatient Suicide—An Overview. Int. J. Environ. Res. Public Health [internet] 2017 [citado en 2017 may 01]; 14 (1), 253 Disponible en: www.mdpi.com/journal/ijerph
34. Nancy P. intento suicida en los adolescentes estudiantes y su relación con la familia y el grupo de pares. Universidad Salesiana [internet] 2005. [citado en 2017 13 de oct]; 1 (1): 1-155. Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nancy_perez.pdf .

ANEXO

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BENARDINO ALVAREZ**

Ciudad de México a 11 de Octubre del 2017

Asunto: Autorización de Revisión de Expedientes Clínicos.

Dr. Hector Cabello Rangel.

PRESENTE:

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar la revisión de expedientes clínicos del área de archivo clínico con el fin de llevar a cabo el protocolo de estudio **"Factores de Riesgo Sociodemográficos de los Pacientes Hospitalizados por Intento Suicida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez"** el cual se llevará a efecto en las instalaciones que se encuentran a su cargo.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

ADD: La revisión de expedientes se realizará a partir de obtener la autorización.

ATENTAMENTE:



Dra. Carolina Conejo Garcia
Investigador Principal

