

11241



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD  
MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO  
ÁLVAREZ"

"Frecuencia A Seis Meses Y Diagnóstico Clínico Psiquiátrico  
De Los Pacientes Que Ingresan Al Servicio De Observación De  
Un Hospital General, Por Intento De Suicidio"

## T E S I S PARA OBTENER EL DIPLOMA DE : P S I Q U I A T R I A P R E S E N T A :

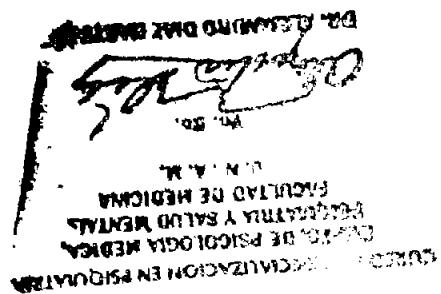
Dra. María Isabel Barrera Flores

Asesores:

Dr. Héctor Senties Castellá

Dr. Jorge Andrés Peña Ortega

México, D. F. Septiembre de 2004.





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).

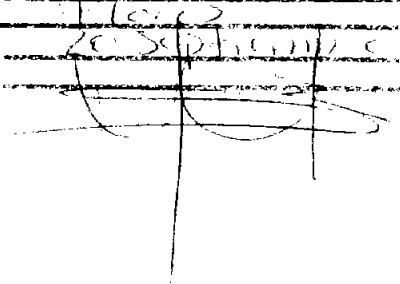
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Yo, el Director General de Bibliotecas, autorizo a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alejo José Escobar

FECHA: 20 Septiembre 2011

FIRMA: 

## **A modo de agradecimiento.**

*"Este libro fue, desde el comienzo, un enemigo de todos los fanatismos, que generalizan una interpretación con gusto partiendo de la voluntad humana de autoridad o validez. Aunque esto es casi inevitable y tiene sentido en un trabajo particular por causa del entusiasmo del descubridor en la etapa de la investigación y en persecución de todas las consecuencias posibles, sin embargo, en el esbozo de una imagen total, debe ser rechazado. La lucha contra el propio fanatismo –pues, ¿Quién no se inclina a él?– es la condición para esbozar un todo, en tanto que éste puede nacer realmente de la idea del todo, y no de una generalización absoluta. Ese todo no puede estar nunca terminado.*

*En oposición a lo cerrado y acabado de una formación teórica, desde un principio objetivo supuestamente reconocido de la cosa, la perspectiva señala, muchas direcciones, exige moverse en diversos planos, mantener los ojos abiertos viva e ilimitadamente – y sin embargo estar en posesión segura de la sistemática adquirida hasta allí y no ser absolutamente caóticos.*

*Es un asunto espinoso el querer integrar en un todo la multiplicidad de la investigación. Todo investigador está propenso a encontrar injustamente relativizados los resultados en su dominio, rechazará que alguien que no ha cooperado en su especialidad intervenga en su juicio, y liquidará fácilmente como meras consideraciones lógicas lo que resulta de la naturaleza de la cosa por la interpretación del todo. La construcción del todo acabaría violentamente en realidad si fuese ontológica; por tanto, en verdad, no puede tener la forma de un saber de lo existente total, sino la forma de la cognición (bewusstheit) total de los métodos, en donde tiene que hallar su puesto todo posible saber de lo existente. Ese saber acerca de los métodos mismos tiene que estar de tal modo fundado que quede abierto y deje espacio a nuevos métodos.*

*La actitud básica de este libro, por tanto, consiste en combatir toda generalización absoluta, señalar las infinitudes, penetrar las ambigüedades – pero reconocer toda experiencia auténtica, captar a su manera, comprender todo saber posible y apropiárselo y darle su lugar natural si cabe en la estructura de los métodos"*

***Acerca del libro Psicopatología General de Karl Jaspers.  
(1913)***

***Gracias por el entendimiento de la Psiquiatría, la  
Fenomenología y la Psicopatología.***

***Dra. María Isabel Barrera Flores.***

## ÍNDICE

<b>Antecedentes</b>	<b>1</b>
<b>Planteamiento del Problema</b>	<b>7</b>
<b>Justificación</b>	<b>7</b>
<b>Objetivo</b>	<b>7</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>7</b>
<b>Diseño</b>	<b>7</b>
<b>Población Estudiada</b>	<b>8</b>
<b>Definición de Variables</b>	<b>8</b>
<b>Descripción de Procedimientos</b>	<b>9</b>
<b>Análisis estadístico</b>	<b>9</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>9</b>
<b>Resultados</b>	<b>10</b>
<b>Discusión</b>	<b>23</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>25</b>
<b>Referencias</b>	<b>26</b>
<b>Anexos</b>	<b>28</b>

## Antecedentes

El suicidio es el acto de terminar deliberadamente la vida de uno mismo, así como el Intento suicida es cualquier acción deliberada con consecuencias potenciales de amenazar la vida de uno mismo. (1)

En otra definición el Intento suicida es una acción potencialmente letal con un resultado no fatal, en donde existe evidencia, implícita o explícita, del objetivo auto lítico y la acción pudo o no tener daños resultantes. (2)

La realización de estas conductas ha acompañado al hombre a través de su historia, y dichas acciones han sido origen de mitos, tabúes y leyendas que aún se comunican en la época actual.

La mayor contribución de los estudios epidemiológicos no sólo es identificar riesgos independientes o factores de protección, sino también cuantificar el tamaño de la contribución relativa al riesgo de desarrollar alguna enfermedad o trastorno. (3)

El papel de los científicos ha sido paulatinamente describir las causas y efectos del suicidio y el intento de suicidio. En la actualidad contamos con recursos diversos en todas las áreas, así como una integración interdisciplinaria para el estudio de éste fenómeno y el impacto a nivel bio-psico-social.

La prevalencia (es decir la proporción de personas que tienen enfermedad o trastorno dado en un punto específico del tiempo) (4) de las conductas suicidas, es que cerca del 80% de los suicidios consumados, es llevado a cabo por hombres, mientras que los intentos de suicidio son llevados a cabo por más mujeres.(5)

La prevalencia estimada de intentos en edad adulta tiene un rango de 1.1 a 4.3 por100, datos estimados de 12 meses en este mismo sentido es de 0.3 a 0.8 por 100 (3) Muchos estudios recientes desarrollados en EU: han reportado estimaciones de intentos de letalidad en adolescentes con un rango de 1.6 a 2.6 por 100. (3)

La Organización Mundial de la Salud, cuenta con datos estadísticos reportando la tasa de frecuencia en promedio anual de muerte por suicidio, y la distribución por sexo y continente.

Describiendo los datos, en África en promedio anual la tasa de mortalidad por suicidio en hombres es de 7,6 y en mujeres de 2,3. En Asia la tasa promedio anual en hombres es de 13,9 y mujeres con 7,0; los datos para Europa son de 30,0 en hombres y 8,2 en mujeres. En América, la cual subdividen en Latino América y Caribe, con una tasa anual promedio para hombres de 7,7 y para mujeres 2,0, mientras que en Norte América son de 20,7 para hombres y 4,9 para mujeres (6)

Estas cifras han determinado que diversos países paulatinamente incrementen la investigación en el área de Suicidología, para la determinación de los factores de riesgo, y así enfocar acciones dirigidas a la prevención oportuna de éste acto, que tanto impacto ocasiona en diferentes niveles de organización humana.

En México las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística Geografía, e Informática (INEGI) han sido publicadas desde 1916; posteriormente se han incorporado diferentes variables que amplían la caracterización del acto y de la población suicida (7)

En el transcurso del año 2001, se registraron 422 intentos de suicidio ocurridos en el país. Al observar la cantidad de los advertidos entre el año 2000 y el 2001, se percibió un descenso de Menos 1.7 puntos porcentuales.

Entre 1990 y 2001 se han identificado 3,082 intentos de suicidio en el país, que representaron un crecimiento medio anual de 10.3%.

En seis entidades federativas se registró 82.5% del total nacional y estas fueron: Yucatán con 103 casos, Durango 67, Nuevo León 57, Distrito Federal 49, Coahuila 36 y Jalisco 36.

De las causas más frecuentes que incidieron en la realización de los intentos de suicidio resaltó el disgusto familiar por su frecuencia, siguiéndole la causa amorosa. Los intentos efectuados en casa habitación constituyeron el 86.5% del total. Entre ellos sobresalió la intoxicación por medicamentos en una cifra relativa de 50.7%.

En el año 2001 ocurrieron 3,089 suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los eventos ocurridos en el año 2000, mostraron una tendencia al incremento, con 12.9 puntos

porcentuales. En el Distrito Federal ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas a nivel nacional y le siguieron en orden descendente Jalisco, Veracruz, Guanajuato y Chihuahua.

La causa por la que se cometió la mayor proporción de los suicidios registrados fue el disgusto familiar (8.9%), siguiéndole en orden descendente la causa amorosa (7.7%) y la enfermedad grave e incurable (6.4%)

El medio empleado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue la estrangulación; por el se consumaron 65 de cada 100 eventos suicidas. Al utilizar un arma de fuego ocurrieron 20, por ingerir veneno 7 y por intoxicación con medicamentos tres de cada 100 casos en los que fue declarado el medio que se usó.

Los hombres que intentaron suicidarse en el 2001, significaron 40.3% del total de casos registrados mientras que las mujeres 59.7%

Las personas que tenían entre 15 y 34 años de edad fueron las que destacaron en mayor proporción con 64.7% del total. Entre ellas, 41% pertenecían al sexo masculino y 59% al femenino.

En lo que respecta al estado civil, los hombres solteros representaron 5 de cada diez casos registrados correspondientes a la población masculina; mientras que las mujeres casadas fueron reportadas 4 de cada 10, de acuerdo a su población.

Las mujeres con estado civil solteras y viudas que poseían hijos, constituyeron el 100% de las personas registradas en este rubro.

La población suicida registrada en el país estuvo constituida por 3089 personas. De éstas 82.0% eran hombres y 18% mujeres. Por cada suicida mujer se identificó a cinco hombres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteros. Las edades con mayor frecuencia de suicidas en hombres fueron de 20 a 24 años, mientras que en mujeres de 15 a 19 años (7)

En México, existen estudios de la conducta suicida en el país a manera de revisión entre los años 1966 y 1994, publicado en 1996, por un grupo de Psiquiatras del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón De la Fuente Muñiz", en donde se comentan que la base principal para los estudios de esas épocas era tomada de los registros de las personas que han intentado suicidarse son las instituciones hospitalarias, con servicio de Urgencias. (8)

Pero no se han diferenciado los intentos de suicidio con otras enfermedades, ya que se debe contar con personas preparadas que no sólo conozcan todo lo relacionado con el intento de suicidio, sino los otros problemas asociados que presenta la población, como el alcoholismo, la drogodependencia, etc., lo cual ayudaría a detectarlos y enviarlos a donde puedan recibir ayuda, aparte de los servicios médicos, con la finalidad de estudiar mejor el fenómeno y generar programas de atención adecuados para nuestra población.

En lo referente a esta situación de la investigación nacional, existe un estudio realizado también en el Hospital General Manuel Gea González, en el área de pediatría, analizando 56 casos de niños con diagnóstico de intoxicación medicamentosa en el periodo de 1 de octubre de 1987 a 31 de septiembre de 1988, siendo los varones más afectados, con causas iatrogénicas e incidentes accidentales y sólo 4 casos fueron reportados como intento de suicidio. (9)

Otro estudio reportado en el año 2000 aborda los precursores para el intento suicida y el suicidio, en el cual se identificaron en una muestra transversal en un hospital general de la ciudad de México, a cada paciente se le aplicó Clinimetría consistente en Inventario de depresión de Beck, el inventario de Desesperanza de Beck, el Cuestionario de Salud General, una escala de evaluación suicida, una escala de consumo de alcohol, y diversas escalas para problemas asociados al alcohol; reuniendo una muestra de 1,094 pacientes de ambos géneros de los cuales el 68% fueron mujeres, entre las edades de 18 a 65 años, resultando que aquellos pacientes jóvenes, divorciados o viudos y con sentimiento de depresión, desesperanza y bajo un desorden psicológico indeseable, son los factores que más se relacionan con el intento suicida. (10)

Además un artículo del año 2002 presenta la frecuencia de Intentos suicidas atendidos en un servicio de Urgencias, realizada por un especialista en Urgencias Médicas, en donde no se abordan los criterios diagnósticos de trastornos mentales presentados en los pacientes, ya que no se contaba con

un médico psiquiatra para su evaluación, disponible en cualquier horario, lo cual no permite identificar estos factores de riesgo que nos acercaría a conocer más de las características de la población mexicana. (11)

Por lo expuesto, se enfatiza que existe aún poca información médica al respecto del suicidio y de los intentos de suicidio a nivel nacional, ya se ha iniciado la captación de información para lograr establecer la correlación de la conducta suicida, con sus factores de riesgo y su prevención.

En lo que respecta a la presente investigación se toman en cuenta las deficiencias de otros estudios para la obtención de información más descriptiva de nuestra población, entre ellas se toman como base de datos epidemiológicos, los disponibles de la Secretaría de Salud (SSA)

Según las principales causas de mortalidad general en 2001, descritas por las SSA, del total de defunciones a nivel nacional que fue 441,004 con una tasa de 436.65 por 100 mil habitantes, la de mortalidad por suicidios en mujeres fue de 674, con una tasa de 1.3, y en hombres la mortalidad por suicidios fue de 3,110, con una tasa de 6.9 (12)

En lo que respecta a la obtención de una entidad nosológica en los pacientes que intentan el suicidio, es importante determinarla para dirigir acciones específicas al tratamiento de las mismas, por lo que hemos escogido el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), que es una entrevista estructurada, ya validada en inglés y de la cual contamos con su edición en español, que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV y el CIE 10. Estudios de validez y confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el CIDI y el SCID-P. Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, y puede ser administrado en un periodo de tiempo mucho más breve ( media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados (13,14)

Actualmente contamos con información mundial, respecto a la identificación de la mayoría de los factores que influyen para la presencia de conductas suicidas. Información que abarca desde la definición, causas, incidencia y factores de riesgo, síntomas, tratamientos, pronósticos, complicaciones y prevención, lo cual de inicio nos permite sentar las bases para la utilización de diversos metodologías para obtener la información requerida en nuestros pacientes.

Dentro de los factores de riesgo identificados por Maris (5) y otros autores (15,16,17,18,19,20,21,22), se pueden clasificar desde diversas áreas de influencia.



## Factores de Riesgo Personales

Por arriba de 90% de los adultos que cometen suicidios tiene por lo menos un diagnóstico englobado en el DSM IV (23), el diagnóstico más significativo es el de Episodio Depresivo Mayor, seguido por el Trastorno Bipolar (especialmente el tipo I), Esquizofrenia (especialmente durante el periodo postpsicótico), Personalidad de tipo Límite y en adolescentes y adultos jóvenes en el Trastorno de Personalidad Sociopática. El abuso de sustancias, con predominio del alcohol, sobre otro tipo de sustancias, y quizá lo más importante es la comorbilidad entre este abuso y los trastornos afectivos antes comentados.

Entre otros factores se distinguen la Desesperanza, asociada a una inflexibilidad cognoscitiva que condiciona la creencia de que no existe otra salida para resolver los problemas, más que el suicidio. Una historia familiar de suicidio o trastorno mental, o ambos, también es predictivo de suicidio.

A nivel Neurobiológico (20), se ha encontrado que bajas concentraciones de serotonina nivel cerebral, así como el estudio de su mayor metabolito ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA, por su abreviatura en Inglés) en Líquido Cefalo Raquídeo (LCR) están asociadas con la presencia de trastornos afectivos principalmente, y además de otros trastornos como Esquizofrenia, y trastornos de personalidad que cometen suicidio o que lo intentan. Similares relaciones existen entre las concentraciones bajas de serotonina y el 5-HIAA, y la agresión, por lo que se espera que en un futuro esta concentración a nivel de LCR pueda predecir la conducta y también se encuentra en relación estrecha con la presencia de impulsividad.

Dentro de estudios postmortem, examinando cortes coronales de la corteza prefrontal, se han observado la distribución de receptores de serotonina. Los sitios de transporte son más densos en el área medial, menos denso en ventral y mucho menos en la corteza prefrontal dorsal y dorsolateral. En los suicidas se ha encontrado reducción más pronunciada de los sitios de transporte de serotonina en diversas zonas del cerebro, siendo más pronunciada la reducción en la corteza prefrontal ventral y casi no detectables en la corteza prefrontal dorsal.

Además como se sabe, la corteza prefrontal ventral juega un rol importante en las funciones ejecutivas de la conducta, o inhibición cognitiva. El rompimiento de este rol inhibitorio puede resultar en potencial enorme para actuar de forma impulsiva, o de profundos sentimientos que desencadenen en enojo o ideación suicida. (20)

Los factores genéticos también han sido involucrados. La modulación genética de la actividad serotoninérgica, así como la presencia de casos en la familia pueden ser áreas que aun tenemos que conocer más. (24)

Existen otros aspectos biológicos que actualmente se encuentran en investigación tales como la participación de la dopamina sus metabolitos en las conductas suicidas violentas o no violentas, etc.

### **Factores de Riesgo Sociales.**

La familia representa un área susceptible para este tipo de conductas, es común que en la historia familiar de los pacientes suicidas, existan trastornos del humor o de abuso de sustancias.

Un ambiente familiar disruptivo, influido por la separación de los padres, divorcio, viudez, o conflictos familiares, estrés o problemas legales en los padres también están asociados. (25)

Se han reportado hallazgos consistentes que la paternidad negligente y el abuso físico o sexual, está asociado con intentos de suicidio en la adolescencia tardía (3)

En cuanto a los estudios de sociobiología, se sugiere que hay una vulnerabilidad especial en el individuo, ya que generalmente tienen antecedentes de tener serias dificultades para la relación interpersonal, así como una conducta problemática en la sociedad.

Además que también se han desarrollado modelos de prevención y tratamiento para este tipo de pacientes, sin embargo estos deberían ser adecuados a nuestro país.

Para eso se precisa de conocer más acerca del Suicidio y el Intento de Suicidio en nuestra sociedad. Sin embargo la investigación de Suicidas debe seguir otros lineamientos en donde se involucre la realización de autopsias psicológicas, estadísticas del Ministerio Público, etc., lo cual queda fuera por el momento del área de acción clínica que pretende desarrollarse en esta investigación, enfocándonos al estudio del Intento suicida.

### **Factores de Riesgo Ambientales.**

La presencia de armas de fuego en la casa, además de la disponibilidad de medicamentos al alcance del sujeto con factores de riesgo importantes, incrementa la ocurrencia del intento de suicidio. (3,5)

Otro factor descrito es la presencia de eventos vitales estresantes, tales como las pérdidas o conflictos interpersonales, problemas económicos, problemas legales o un diagnóstico reciente de enfermedad terminal puede ser asociada con individuos vulnerables.

Además se han reportado trastornos médicos en pacientes con este tipo de conductas, sobresaliendo los diagnósticos de HIV positivo, SIDA, Enfermedad de Huntington, Neoplasmas malignos, Esclerosis múltiple, Úlcera péptica, Enfermedad Renal, Lesiones de Médula Espinal y Lupus eritematoso sistémico.(3)

Estos datos sientan las bases para conocer las características de los pacientes con conductas suicidas, por lo que es necesario establecer una línea de acción inicial para identificar la prevalencia de estos casos en nuestro país, fuera de las instituciones de Salud mental, para poder conocer los patrones de presencia de estos trastornos en la población abierta.

En la presente investigación, se realizará la aplicación de la encuesta de identificación del paciente con Intento Suicida, así como las características del Intento de Suicidio, para posteriormente aplicar la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), en su versión en español, en donde se abarcan diagnósticos del Eje I, según DSM IV.

No se pretende conocer si existe Diagnóstico en Eje II, a excepción del incluido en la MINI, debido que para establecer un Diagnóstico de éste eje, sería necesario utilizar otra Escala de mayor tiempo de aplicación y considerando que se llevará a cabo en un área de Observación en el Servicio de Urgencias, esto no es factible.

Todo esto con el fin de sentar las bases para investigaciones clínicas posteriores, que dirijan el campo de acción del futuro inmediato para establecer la prevención y tratamiento de estos pacientes y sus familias y evaluar el impacto en la sociedad.

Al obtener información de un Hospital General con atención a población abierta, la muestra será más representativa de la población en general que presenta los intentos suicidas y la comorbilidad psiquiátrica valorada por un especialista de este ramo, y con una encuesta validada.

## **Planteamiento del problema.**

¿Cuál es la prevalencia de intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital general? ¿Cual es el diagnostico clínico de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias por presentar un intento suicida?

## **Justificación.**

Después de una exhaustiva revisión bibliográfica en búsqueda de información referente a la conducta suicida en la población mexicana, aún existe poca información publicada en donde se describan los datos epidemiológicos y los factores de riesgo para el suicidio y el intento de suicidio en nuestro país.

Los estudios publicados se han basado en población de hospitales psiquiátricos y además en los estudios en Hospital General, no se describen diagnósticos psiquiátricos, únicamente se enfocan a la depresión, el alcoholismo y la desesperanza, así como a describir el método utilizado por los que intentan el suicidio.

Sin embargo en la bibliografía mundial, se describe la influencia de los trastornos psiquiátricos, en la conducta suicida, por lo que en nuestro país, aun estamos en la descripción de estos datos.

Este tipo de investigación es importante para sentar las bases de las medidas preventivas, de tratamiento, mediante la identificación de factores de riesgo relevantes, apropiadas a nuestra población nacional.

Al obtener información de un Hospital General con atención a población abierta, la muestra será más representativa de la población en general que presenta los intentos suicidas, además que la aplicación de una escala validada que nos permita conocer la comorbilidad psiquiátrica en este tipo de pacientes con conducta suicida.

## **Objetivo.**

- a).- Estimar la prevalencia de ingresos al servicio de urgencias por intento de suicidio en un hospital general.
- b).- Conocer la patología psiquiátrica asociada en este tipo de sujetos.

## **Hipótesis.**

Si la enfermedad mental es común en personas que intentan suicidarse, la población que se ingrese en el servicio de urgencias de un hospital general tendrá asociada algún tipo de trastorno psiquiátrico, primordialmente trastornos del afecto.

## **Diseño**

El diseño metodológico de la presente investigación es de tipo observacional, descriptivo y de escrutinio.

### Población estudiada:

La población que ingresó a la Unidad de Observación del Servicio de Urgencias durante el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de junio al 31 de diciembre del año 2003. Se definió como probable "caso" de intento de suicidio a toda aquella persona que ingresara a la Unidad de Observación del Servicio de Urgencias bajo la siguiente definición:

Definición de intento de suicidio: Acto sin consecuencias fatales, en donde el individuo deliberadamente inició con una conducta no habitual y que sin la intervención de otros, causó daño a sí mismo, o deliberadamente ingirió una sustancia en una dosis mayor a lo prescrito o la terapéuticamente indicado, con el propósito de realizar ciertos cambios que el sujeto desea, por medio de las actuales o esperadas consecuencias físicas. (2)

### Definición de variables.

Independientes. Ver tabla 1.

Variables		Escala.
1. Sexo	Masculino o Femenino	Categórica.
2. Edad	Años cumplidos o se ignora	Nominal
3. Estado civil	Soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre, separado o se ignora	Categórica
4. Escolaridad y alfabetismo	Sin escolaridad: sabe leer y escribir. O no. Con escolaridad: Primaria, secundaria, preparatoria, profesional, otra o se ignora.	Ordinal
5. Religión	Católica, protestante, otra, ninguna o se ignora	Categórica
6. Ocupación	Especificar el nombre de la actividad.	Categórica
7. Sitio donde se efectuó el acto	Casa habitación, hotel o casa de huéspedes, vía pública, edificio público, cantina o cabaret, restaurante o café, hospital o consultorio, fábrica o taller, campo, cárcel, otro lugar o se ignora.	Categórica
8. Medio empleado para cometer el acto	Arma de fuego, arma blanca, estrangulación, machacamiento, precipitación, veneno tomado, gas venenoso, quemaduras, sumersión, intoxicación por medicamentos, otro medio o se ignora.	Categórica
9. Causa que motivó el acto	Causa amorosa, dificultad económica, disgusto familiar, enfermedad grave e Incurable, enfermedad mental, remordimiento, otra causa, o se ignora.	Categórica

**Tabla 1. Variables independientes.**

## **Descripción de Procedimientos.**

Como procedimiento cotidiano, se informó al Jefe de Servicio de Urgencias y/o al Responsable del Servicio de Observación, del inicio de las evaluaciones de los pacientes con Intento Suicida para esta investigación, con el fin de mantener comunicación estrecha acerca de las eventualidades presentadas.

Se evaluó a partir de las 8:00 hrs. de lunes a domingo, a los pacientes que hallan ingresado al servicio de Observación, con un Intento de suicidio.

Ya que no se cuenta con la permanencia de un Médico Psiquiatra las 24 hrs., no fue posible valorar aquellos pacientes con un intento suicida que acudían a solicitar atención médica, y fueron referidos antes del pase de visita matutino diario.

Una vez identificado el o los casos ingresados en el servicio de observación, se informó a familiares y/o paciente al respecto de la Investigación y se solicitó la autorización de su participación, por medio del Consentimiento informado. (ver anexo 1)

Si el paciente no aceptaba participar en la investigación, se especificó que esto no ejercía de ninguna forma influencia para el trato y su tratamiento durante su estancia en el hospital.

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, llenaron el formato "Comorbilidad Psiquiátrica en Intento de Suicidio" el cual esta basado en la hoja de captura de datos del INEGI. en donde se solicitaron los datos de sexo, edad, estado civil, alfabetismo y escolaridad, religión, ocupación, sitio donde se efectuó el acto, medio empleado para cometer el acto, y causa que lo motivó. (Ver anexo 2)

Posteriormente se procedió a aplicar la "Mini International Neuropsychiatric Interview" (MINI), en su versión en español. Una vez concluida la evaluación, se informó al Responsable del Servicio la conclusión de las evaluaciones de ese día.

Una vez concluida la recolección de los datos, se procedió a revisar el número total de pacientes que ingresaron al Servicio de Observación, así como se cuantificaron el número de Intentos de Suicidio registrados, además se recolectaron las características que se reportan al Ministerio Público, únicamente como marco de referencia, para tener una visión aproximada de los datos comparativos, ya que no existen variables que se puedan cruzar para ser más específicos.

## **Análisis Estadístico.**

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de las variables categóricas. Las variables de tipo ordinal o continuas se analizaron por medio de la media y desviación estándar

## **Consideraciones éticas.**

Todos los procedimientos se enmarcaron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud"

## Resultados

### Datos Asentados en Libreta de Registro del Servicio de Observación

Un total de 1638 pacientes ingresaron al Servicio de Urgencias durante el periodo de tiempo comprendido entre el primero de junio al 31 de diciembre del año 2003. De estos pacientes, solo se registraron 14 ingresos por intento suicida como motivo del mismo. 78 pacientes ingresaron al servicio de urgencias bajo el diagnostico presuncional de intoxicación por medicamentos o intoxicación por venenos, dando por lo tanto un total de 92 pacientes como probables "casos" de intento suicida. En el registro de ingresos no se menciona si la intoxicación de medicamentos o venenos fue accidental o intencional. Con estos datos se puede estimar que la prevalencia semestral de ingresos al servicio de urgencias por probable intento suicida fue de 5.6%.

De los 92 pacientes registrados, el 74% fueron pacientes del genero femenino, con una media de edad de 28.1 años; mientras que el 26% de los pacientes fueron del genero masculino con una Media de edad de 26.7 años. (ver tabla 2)

92 REGISTROS	MUESTRA REGISTRO		Edad
	Sexo		
	MASCULINO	N	24
	MASCULINO	S	8.4
	MASCULINO	MEDIA	26.7
	FEMENINO	N	68
	FEMENINO	S	10.9
	FEMENINO	MEDIA	28.1

Tabla 2. Edad y Sexo en Libreta de Registro

De los pacientes registrados como probables "casos de intento de suicidio, un total de 9 pacientes se intoxicaron con algún tipo de veneno (7 para órgano-fosforados, Cloro 1 y Amonio 1) (ver Tabla 3) mientras que 71 pacientes se intoxicaron con medicamentos (Benzodiacepinas 9, antiinflamatorios no esteroideos 7, anticonvulsivantes 2, antipsicóticos 1, otros medicamentos no especificados 2) (ver Tabla 4). Cabe señalar que en 50 pacientes no se pudo especificar el tipo de sustancia ingerida. Es importante mencionar que en 92 registros de ingreso al servicio de urgencias de los pacientes con un probable intento suicida, no se especifico ningún tipo de diagnostico psiquiátrico presuncional.

TIPO DE VENENO (REGISTRO)	
Organofosforados	7
Cloro	1
Amonio	1

Tabla 3. Tipo de veneno Libreta de Registro

MEDICAMENTO (REGISTRO)	
AINES	7
Anticonvulsivantes	2
Benzodiacepinas	9
Antipsicóticos	1
Otros	2
Se ignora	50

Tabla 4 Tipo de Medicamentos Libreta de registro

## Datos Notificados al Ministerio Público

Cuando se fueron a revisar las libretas de registro de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias y que además por procedimiento administrativo hay que dar aviso al ministerio Publico, se encontró que solo 72 pacientes estaban registrados en el mismo ministerio, pero en solo 42 casos el ministerio publico documentó el rubro intento suicida.

De los 72 pacientes registrados en el ministerio publico, el 78% fueron mujeres y 22% hombres con edades promedio de 27.3 y 27.1 años respectivamente. (ver Tabla 5)

72 MINISTERIO	MUESTRA MINISTERIO		Edad
Sexo			
MASCULINO	N		16
MASCULINO	S		10.0
MASCULINO	MEDIA		27.1
FEMENINO	N		56
FEMENINO	S		11.1
FEMENINO	MEDIA		27.3

**Tabla 5. Edad y Sexo Notificados a Ministerio Público**

Se reportaron 8 pacientes intoxicados por veneno (7 con órgano-fosforados y 1 con cloro) (ver Tabla 6) y 55 pacientes intoxicados con medicamentos ( benzodiazepinas 18 casos, múltiples medicamentos 11 casos, anticonvulsivantes 3 casos, antiinflamatorios no esteroideos 1 caso, antipsicóticos 1 caso y "otros" medicamentos 6 casos .) (ver Tabla 7)

En 15 pacientes se registro desconocer el tipo de medicamento ingerido.

TIPO DE VENENO (MINISTERIO)	
Organofosforados	7
Cloro	1
Amonio	0

**Tabla 6. Tipo de veneno Ministerio Público**

MEDICAMENTO (MINISTERIO)	
AINES	1
Anticonvulsivantes	3
Benzodiazepinas	18
Antipsicóticos	1
Otros	6
Combinados	11
Se ignora	15

**Tabla 7. Tipo de medicamento Ministerio Público**



En relación a los pacientes que fueron reportados y registrados en el Ministerio Público, solo se documentaron 14 pacientes portadores de algún tipo de padecimiento psiquiátrico. Ahí se especificaron algunos diagnósticos psiquiátricos. ( Trastorno Depresivo Mayor 8 casos, Esquizofrenia Paranoide 4 casos y Conducta Antisocial 1 caso.) (ver Tabla 8)

DX PSIQUIATRICO (MINISTERIO)	
Trastorno Depresivo Mayor	8
Esquizofrenia paranoide	4
Conducta antisocial	1

**Tabla 8. Diagnóstico Notificado a Ministerio Público**

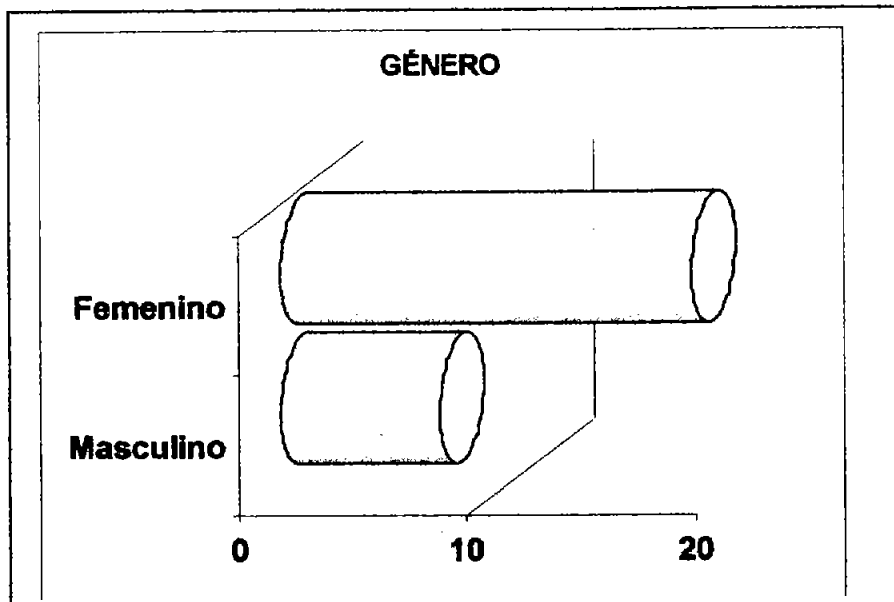
## Datos Obtenidos de MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Solo a 25 pacientes que ingresaron a la Unidad de Observación por probable intento suicida se les pudo realizar una entrevista clínica y se les aplicó el MINI.

Se encontró, que de los pacientes que fueron entrevistados y a los cuales se les aplicó el MINI, el 39% eran del sexo masculino, con una media de edad de 26.3 años y 61% fueron del sexo femenino, con una media de edad de 26.8 años. (Ver Tabla 9 y Gráfica 1)

25 MINI	MUESTRA MINI		Edad
	<b>Sexo</b>		
	MASCULINO	N	7
	MASCULINO	S	7.4
	MASCULINO	MEDIA	26.3
	FEMENINO	N	18
	FEMENINO	S	11.2
	FEMENINO	MEDIA	26.8

Tabla 9. Edad y Sexo en MINI

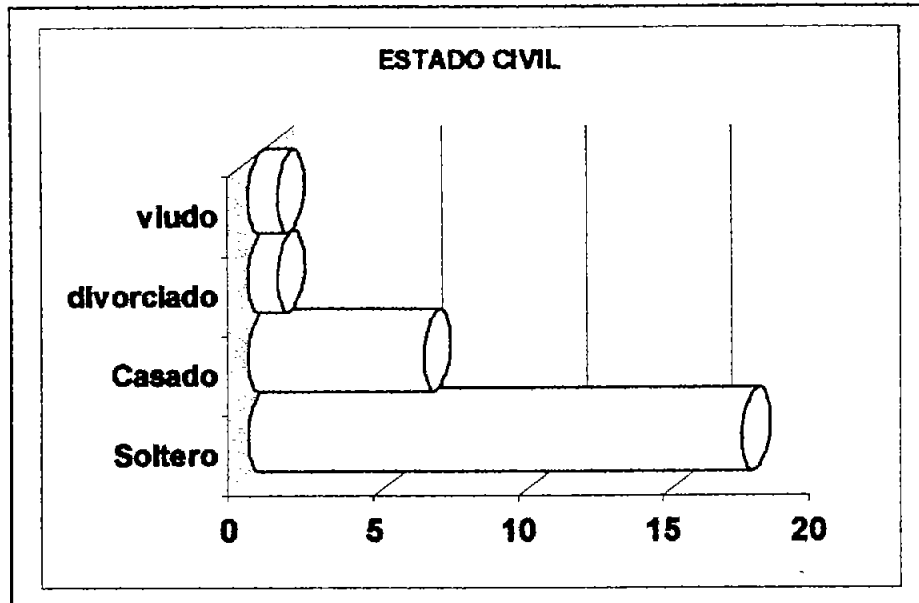


Gráfica 1. Frecuencia por Género en MINI

El Estado civil mas frecuente es el de soltero con un 68%, seguido por Casado 24%, Divorciado 4% y Viudo 4%.(ver tabla 10 y Gráfica 2)

edo civil	
Soltero	17
Casado	6
divorciado	1
viudo	1

Tabla 10. Estado Civil en MINI

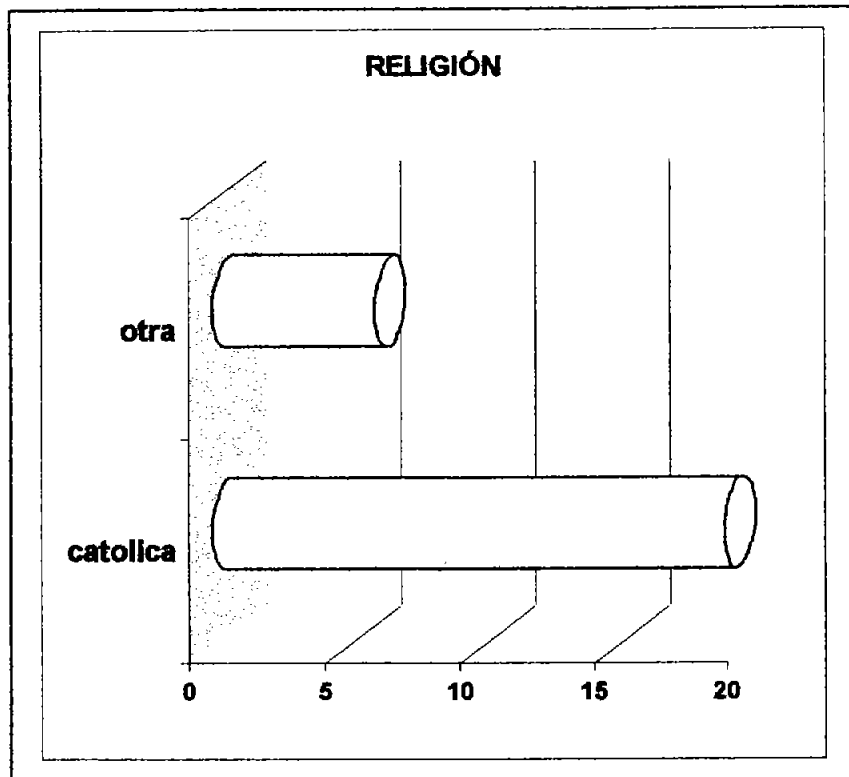


Gráfica 2. Frecuencia de Estado Civil en MINI

En casos con Religión Católica fue del 76%, mientras que Otras Religiones el 24%. ( Ver Tabla 11 y Gráfica 3)

religion		
catolica	19	
otra	6	

**Tabla 11. Religión en MINI**

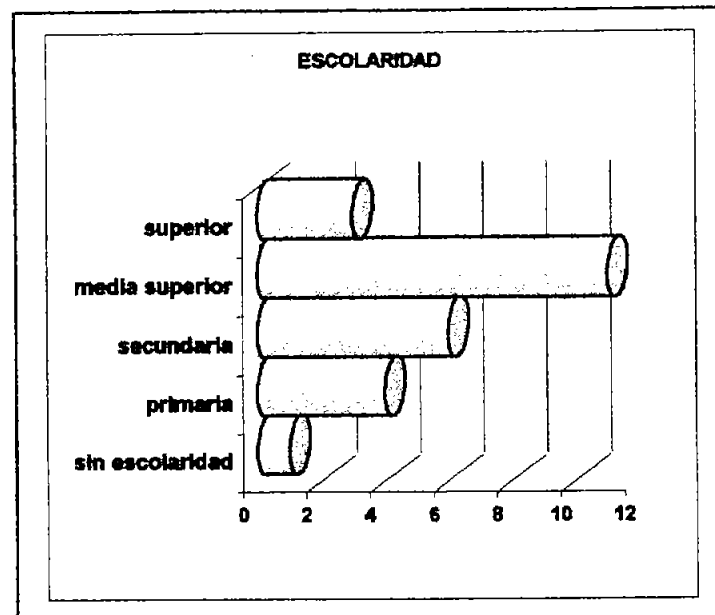


**Gráfica 3. Frecuencia de Religión en MINI**

La escolaridad mas frecuente fue la Media Superior con un 44%, seguida de Secundaria 24%, Primaria 16%, Superior 12% y Sin Escolaridad 4%. (Ver Tabla 12 y Gráfica 4)

escolaridad	
sin escolaridad	1
primaria	4
secundaria	6
media superior	11
superior	3

**Tabla 12. Escolaridad en MINI**

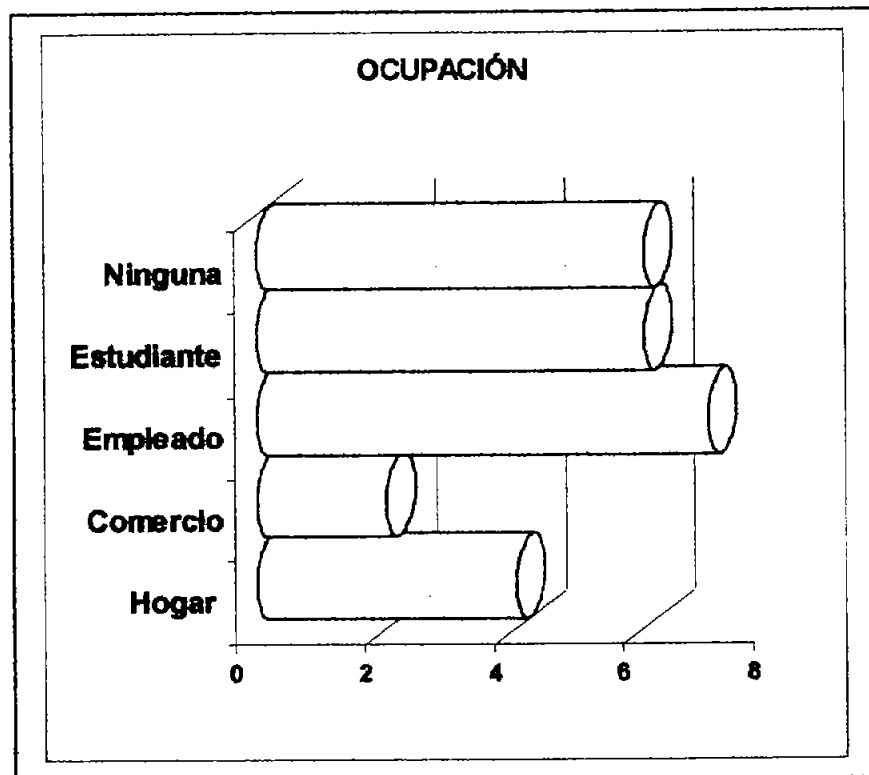


**Gráfica 4. Frecuencia de Escolaridad en MINI**

La Ocupación mas frecuente es la de Empleado en el 28% de los casos, Estudiante 24%, Ninguna 24%, Hogar 16% y Comercio 8%. (Ver Tabla 13 y Gráfica 5)

ocupacion	
Hogar	4
Comercio	2
Empleado	7
Estudiante	6
Ninguna	6

**Tabla 13. Ocupación en MINI**



**Gráfica 5. Frecuencia de Ocupación en MINI**

El Sitio donde fue cometido el Intento Suicida, arrojó que el 92% fue Dentro del Hogar, el 8% restante Fuera del Hogar. (Ver Tabla 14)

sitio		
dentro de hogar	23	
fuera del hogar	2	

**Tabla 14. Sitio de Ocurrencia en MINI**

La Causa Identificada por el propio paciente, al momento de la Encuesta fue por Disgusto Familiar con un 48 %, seguida con el mismo numero de casos y un 12%, 3 causas, en las que se encuentran Causa Amorosa, Enfermedad Mental y Remordimiento. Para el rubro de se Ignora un 8%, y con un mismo 4% las Causas de Dificultad económica y Otras Causas.( Ver Tabla 15)

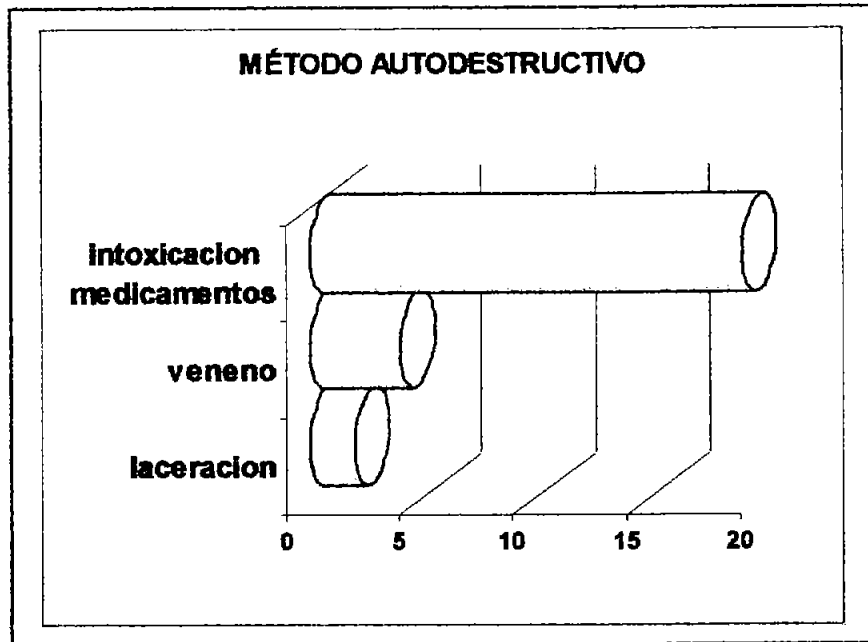
causa		
Causa Amorosa	3	
Dificultad económica	1	
Disgusto familiar	12	
Enfermedad Mental	3	
Remordimiento	3	
Otra Causa	1	
Se Ignora	2	

**Tabla 15. Causa identificada por paciente en MINI**

El Método Autodestructivo fue por intoxicación Medicamentosa con el 76%, Veneno 16 y Laceración 8%, de los casos.(Ver tabla 16 y Gráfica 6)

metodo autodestructivo	
laceracion	2
veneno	4
intoxicacion medicamentos	19

Tabla 16. Método Autodestructivo en MINI



Gráfica 6. Método Autodestructivo en MINI

ESTA TESIS...  
DE LA REGION...

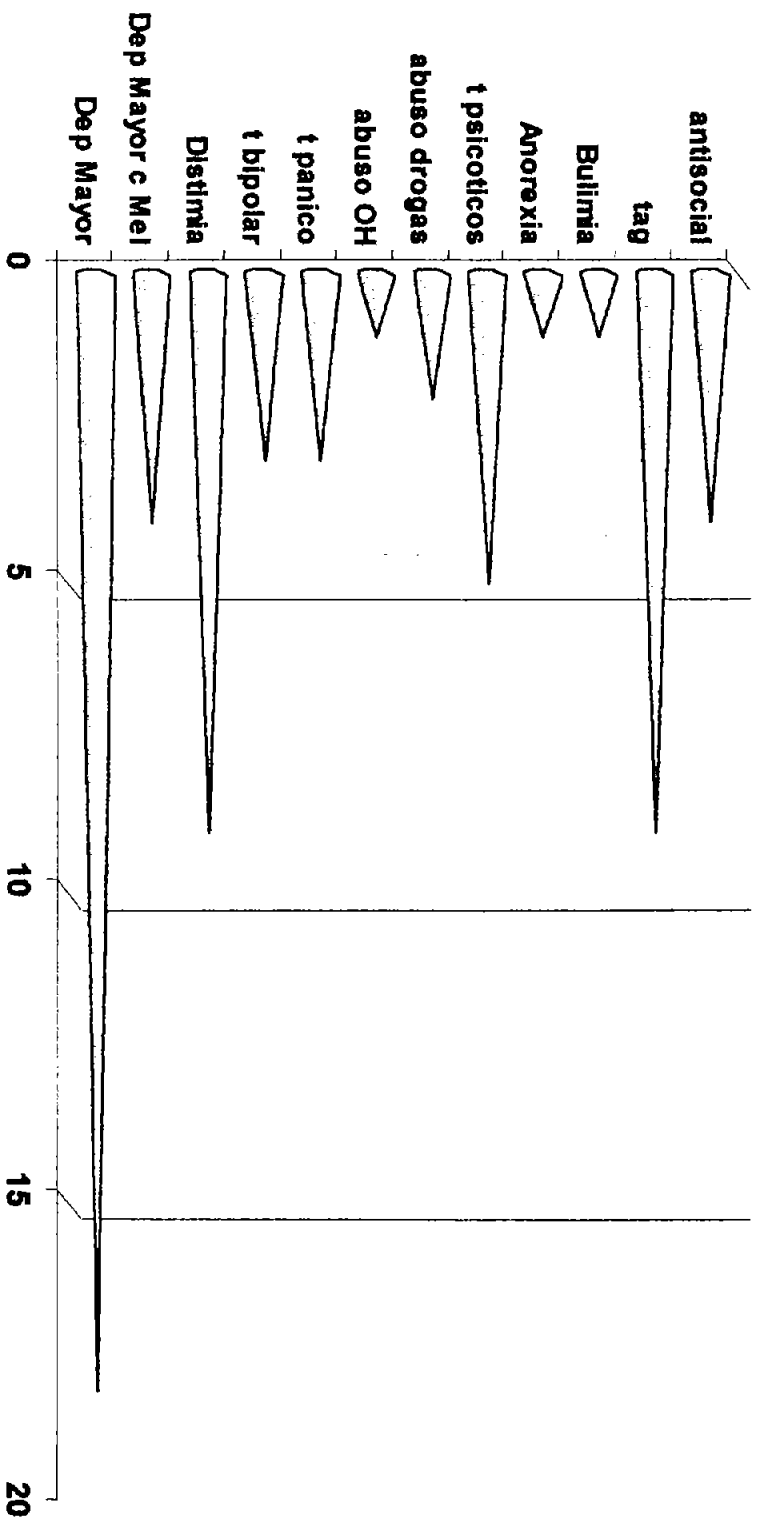


En cuanto a los Diagnósticos psiquiátricos identificados, se encontró que 18 casos cursaban con Trastorno Depresivo Mayor, 4 casos con Depresión Mayor con síntomas Melancólicos, Distimia 9 casos, Trastorno Bipolar 3, Trastorno de Pánico 3, Abuso de Alcohol 1, Abuso de Drogas 2, Trastornos psicóticos 5, Anorexia 1, Bulimia 1, Trastorno de Ansiedad Generalizada 9 y Conducta antisocial 4 casos. (Ver Tabla 17 y Gráfica 7)

MUESTRA MINI		
Dep Mayor c Mel		4
t bipolar		3
abuso OH		1
t psicoticos		5
Bulimia		1
antisocial		4

**Tabla 17. Diagnósticos en MINI**

# DIAGNÓSTICOS MINI (n= 25)



Gráfica 7. Frecuencia de Diagnósticos en MINI

Cabe mencionar que de los 1638 casos Ingresados al Servicio de Observación, en el periodo de estudio, al cruzar los datos de concordancia entre la Libreta de registro con sus 92 casos, las notificaciones al Ministerio Público con 72 casos y las 25 Encuestas MINI; sólo 18 de éstos últimos aparecen en Libreta de Registro, 19 casos en Ministerio Público y 14 Concordancias entre estas tres fuentes de información; además que existen 5 Reportados al Ministerio Público, que no aparecen en la Libreta de Registro, y 4 casos aparecen en Libreta de Registro, pero no en Ministerio Público.( Ver Tabla 18 )

<b>26 MINIS</b> <b>18 REGISTRO</b> <b>19 MINISTERIO</b> <b>14 CONCORDANCIAS</b>
<b>5 EN MINISTERIO PERO NO EN REGISTRO</b> <b>4 EN REGISTRO PERO NO EN MINISTERIO</b>

Tabla 18. Incongruencias de los datos.

## Discusión

A partir de la presente investigación, se encontró que la prevalencia de ingresos a al servicio de urgencias de un hospital general de alta concentración por probable intento de suicidio, es similar a lo reportado por otros investigadores. Con respecto a los pacientes que ingresaron a la unidad de observación por probable intento de suicidio, se observó que alrededor de un 75% de los casos fueron personas del genero femenino. Esta proporción se mantuvo prácticamente sin cambios en las tres submuestras de pacientes evaluados (registro de urgencias, registro de ministerio publico y entrevistas por MINI)

Las cifras reportadas por INEGI con respecto a la proporción de mujeres que atentan contra su vida es muy similar a la que encontramos en los 25 casos entrevistados por el MINI. (59.7% vs. 61%) En lo que respecta a estado civil, también los resultados obtenidos son muy similares; los solteros son los que más intentaron el suicidio. En relación al método empleado, el 92% de la muestra entrevistada se intoxicó con medicamentos o venenos. El 8% restante se lacero la piel o los pliegues carpo radiales. El 92% de la muestra atento contra su vida dentro de su hogar.

Con respecto al motivo o el detonante del probable intento de suicidio de los pacientes entrevistados por el MINI (n= 25), el disgusto familiar ocupó el primer lugar. Los problemas amorosos, la enfermedad y la culpa también fueron detonantes de un probable intento de suicidio en la muestra entrevistada. Estos resultados son muy similares a lo reportado por INEGI en el presente año.

Según lo reportado en la literatura mundial, existe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados al intento de suicidio. ( Depresión Mayor en el 70% de los casos, seguido del Trastorno Bipolar (especialmente el tipo I) y después la Esquizofrenia con un 15 a 25%). En nuestro estudio, el 100% de los pacientes evaluados tuvieron asociado al intento de suicidio algún tipo de trastorno psiquiátrico, ya sea único o en comorbilidad. El 72% de los pacientes evaluados por el MINI, tenían en el momento de la entrevista un episodio depresivo mayor. El 35% de los pacientes evaluados tenían un trastorno distímico, un trastorno por ansiedad (pánico o ansiedad generalizada) y un 20% de la muestra tenia el diagnostico de un trastorno psicótico probablemente de tipo esquizofrénico.

Estos resultados son muy similares a lo reportado por otros investigadores en diferentes países.

*Este el primer estudio realizado en México, donde se aplicó una entrevista clínica estructurada a un grupo de pacientes internados en el servicio de urgencias por probable intento de suicidio, para conformar categorías diagnosticas validas.*

Llama la atención la falta de consistencia y concordancia entre los registros de urgencias y el ministerio publico. Si todo paciente que ingrese al servicio de urgencias bajo la sospecha de un probable intento de suicidio, debe de ser notificado y registrado en el ministerio publico, en la presente investigación se evidencia una discordancia del procedimiento clínico administrativo que da como consecuencia un mal registro de los probables casos de intento de suicidio, y por lo tanto de un subregistro a nivel local.

Esto podría hacernos inferir que el sistema de registro de potenciales casos de intento de suicidio dentro del sector salud y del sistema estadístico nacional pudiera estar detectando una proporción menor de "casos" de intento de suicidio de lo que la realidad clínica nos indica.

México es uno de los países que tiene una proporción menor de registros de intento de suicidio en comparación a los registros de suicidio consumado. La literatura americana y europea reporta una proporción mayor de registros de intento suicida en comparación a los registros de suicidio consumado. Se ha estimado que la proporción de intentos de suicidio en relación a suicidio consumado es de 20 a 1. En México, este tipo de proporción no está claramente documentada.

Otro punto de preocupación es que solo 18 de los 25 pacientes entrevistados en la Unidad de Observación, estaban registrados en el Servicio de Urgencias. Por lo tanto, 7 pacientes no formaron parte de la casuística del servicio de urgencias, a pesar de estar atendidos en dicho servicio. Por último, solo 14 pacientes entrevistados por MINI, estaban registrados en el servicio de urgencias y en el ministerio público respectivamente.

A pesar de que el 100% de la muestra entrevistada tenía algún tipo de trastorno psiquiátrico, ninguno de ellos fue evaluado por el servicio de psiquiatría del hospital.

De esto último podemos inferir que el Servicio de Psiquiatría del hospital no juega un papel preponderante en la dinámica de atención dentro un área tan importante como es el servicio de urgencias, en donde podrían identificarse los casos con Intento de suicidio y recibir canalización oportuna para su tratamiento y seguimiento.

También nos enfrentamos a la dificultad de obtener datos confiables con respecto a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos en urgencias por un intento de suicidio.

*El registro del término intento suicida se omite con frecuencia, restándole importancia a tan delicado fenómeno clínico. Las necesidades propias del servicio, la gran afluencia de urgencias médico quirúrgicas, la sobrecarga de trabajo en un servicio de alto impacto en la salud de la población general, podrían ser las causas por la cual este tipo de urgencia se valore con indiferencia y poca importancia clínica.*

Aunque inferimos que los pacientes atendidos por probable intento suicida en la unidad de observación del servicio de urgencias, fueron posteriormente referidos a alguna unidad de atención psiquiátrica, nosotros no pudimos recabar la información sobre la canalización de este grupo de pacientes y su subsecuente atención psiquiátrica, ya que este tipo de registro no se lleva a cabo de manera sistemática.

## CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por nuestra investigación coinciden con los reportados por la literatura mundial, en lo que respecta a la comorbilidad de los intentos de suicidio; así como a la distribución por género, edad, estado civil, ocupación y causa identificadas por el mismo paciente reportadas por el INEGI en cuanto a este tipo de variables. No se cuenta hasta ahora con algún estudio nacional comparativo en lo que respecta a la comorbilidad psiquiátrica en pacientes con Intento Suicida.

De lo anteriormente expuesto, podemos concluir, que aunque si se ha llevado a cabo estudios en nuestro país, donde se correlacionan morbilidades como la Depresión, el alcoholismo, y la intoxicación medicamentosa, así como el grado de letalidad en los intentos suicidas; la presente investigación correlaciona la comorbilidad psiquiátrica de éstos, mostrándonos una perspectiva general del alto índice de pacientes que ameritan atención por el Servicio de Psiquiatría, para la indicación de un tratamiento más específico correlacionado con los factores de riesgo identificados en cada paciente, y acceder a una futura prevención de recaídas en estos pacientes.

Las estrategias terapéuticas actuales aun carecen de este acercamiento personalizado, ya que aún no contamos con una infraestructura que proporcione, primero que nada la identificación oportuna de los pacientes en su primer contacto con un servicio de salud, por no registrarse adecuadamente para su seguimiento, posteriormente, que en el mismo seguimiento, no se verifica que éste sea otorgado por un especialista en el área de salud Mental, y finalmente que dentro de los Servicios de Salud Mental aún esta en ciernes una línea de atención para la delimitación de los daños ocasionados por intento de suicidio.

El estudio de los suicidios consumados debe ser superado por la investigación de los intentos de suicidio, siguiendo la propuesta de la prevención que rige a las Ciencias Médicas.

Tal vez lo mas importante de los resultados de la presente investigación, es sentar las bases para lograr llevar un registro estadístico mas detallado especifico y confiable, para si poder planear políticas de intervención clínica mas eficaces, como integrar mas al personal medico del servicio de psiquiatría a la evaluación y atención de este tipo de población que llega con relativa frecuencia al servicio de urgencias.

## Referencias.

1. Medical Encyclopedia. Department of Psychiatry. University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, 2003.
2. Platt S. y cols. Acta Psychiatr. Scand. 85 : 97-104. 1992
3. Moscicki E. Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. The Psychiatric Clinics of North America 1997; 20 (3): 499-517.
4. Dawson-Saunders B, Trapp R. Bioestadística Médica. México D: F: Manual Moderno, 1997.
5. Maris R. Suicide. The Lancet 2002; 360: 319-326.
6. World Health Organization. Suicides rates of different countries. World Health Statistics Annual and World Population Prospects, 1994 Revision.
7. Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios, Cuaderno Numero 8, Edición 2002.
8. Borges G, Gómez C. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental 1996; 19 (1): 45-55.
9. Escobedo-Chávez E. et.al. Frequency of poisoning in a General Hospital in México City. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Aug; 46 (8): 559-63.
10. Borges G. Saltijeral MT. Suicide attempts in a sample of patients from General Hospital. Archives Medical Research. 2000 Jul-Aug;31 (4):366-72.
11. Hernández F. Frecuencia de intentos suicidas atendidos en un servicio de urgencias. Revista Médica del IMSS; 40 (3): 247-251.
12. Secretaría de Salud. Principales Causas de Mortalidad en México. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. 2001.
13. Sheehan DV, Lecrubier Y. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview: according to the SCID-P. European Psychiatry 1997; 12: 232-241.
14. Sheehan DV, Lecrubier Y. The MINI International Neuropsychiatric Interview: The development and validation of a Structured Diagnostic Psychiatry Interview. Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59(suppl20): 22-23.
15. Ayd F. Palma J. Suicide: Risk recognition and prevention. Psychiatric Times May 1999.

16. Gould M. King R. Greenwald S. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry* 1998; 37 (9): 915-923.
17. Markus M. Henriksson M. Hillevi M. Marttunen M. Mental disorders and co morbidity in suicide. *American Journal Of Psychiatry* 1993; 150 (6): 935-940.
18. Kessler R. Borges G. Ellen E. Walters M. Prevalence of and Risk factors for lifetime suicide attempts in the National Co morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 617-626.
19. Lecrubier Y. The Influence of co morbidity on the prevalence of suicidal behavior. *European Psychiatry* 2001, 16: 395-399.
20. Mann J. Oquendo M. Underwood M. Arango V. The Neurobiology of suicide risk: a review for the Clinician. *Journal Of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (suppl. 2): 7-11.
21. Rudd D. Dahm F. Hasan Rajab M. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150 (6): 928-934.
22. Suominen . Henriksson M. Isometsa E. Mental Disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 94: 234-240.
23. American Psychiatry Association. DSM IV, Washington DC: APA, 1994.
24. Fu Q. Heath A. Bucholz K, Nelson E. Glowinski A. A Twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological Medicine* 2002; 32 (1): 11-24.
25. Maris R. Social and familial Risk factors in suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics Of North America* 1997,20 (3): 519-550.



**ANEXOS**

Anexo 1

**Universidad Nacional Autónoma de México  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

**Hoja de Consentimiento Informado**

México D. F: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ o Padre o Tutor de

Después de haber sido informado del Protocolo "Prevalencia a 6 meses y Diagnóstico Clínico Psiquiátrico de los pacientes que ingresan al Servicio de Observación por Intento de Suicidio", autorizo mi ingreso ( o el de mi familiar) a dicho estudio, tomando en cuenta que se me ha explicado ampliamente el procedimiento al que me someteré, que consiste en:

- a) Aplicación de la entrevista "Comorbilidad Psiquiátrica en Intento de suicidio", que consta de dos partes que son la Ficha de identificación del paciente con Intento suicida y Características del Intento de Suicidio.
- b) Aplicación de la Entrevista "Mini International Neuropsychiatric Interview" en su versión en español.

Tengo derecho a que se me explique cualquier duda, aclaración o pregunta que surja durante el procedimiento. También soy consciente de que puedo abandonar el protocolo de estudio en el momento en que yo lo decida, sin que esta decisión afecte mi atención médica.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Título II, Capítulo I, Artículo 17, Sección II.

Nombre y firma del paciente (o Familiar Responsable)

\_\_\_\_\_

Nombre y firma de Testigos

\_\_\_\_\_

**Nota.** En caso de dudas me puedo comunicar con el Dr. Kawa en Dirección de Investigación del Hospital General "Manuel Gea González" Tel.56-65-36-11 ext 198

**Anexo 2 Universidad Nacional Autónoma de México  
Hospital General "Dr. Manuel Gea González"**

**"Comorbilidad Psiquiátrica en Intento de Suicidio"**

Expediente.							
Nombre							
Fecha de ocurrencia	Mes			Año			

**Ficha de identificación del paciente con intento suicida**

**Sexo**

Masculino		1
femenino		2

**Edad**

Anote los años cumplidos	
Se ignora	99

**Estado civil**

Soltero		1
Casado		2
Viudo		3
Divorciado		4
Unión Libre		5
Separado		6
Se ignora		99

**Alfabetismo y escolaridad**

<b>Sin escolaridad</b>		1
Sabe leer y escribir		1
No sabe leer y escribir		2

<b>Con escolaridad</b>		2
Primaria		1
Secundaria o equivalente		2
Preparatoria o equivalente		3
Profesional		4
Otra		5
Se ignora		99

**Religión**

Católica		1
Protestante		2
Otra		3
Ninguna		4
Se ignora		99

**Ocupación**

(Especifique el nombre de la actividad a la que se dedique)

\_\_\_\_\_

## Características del Intento de Suicidio

### Sitio donde se efectuó el acto

Casa habitación	1	Hospital o Consultorio	7
Hotel o Casa de Huéspedes	2	Fábrica o Taller	8
Vía Pública	3	Campo	9
Edificio Público	4	Cárcel	10
Cantina o Cabaret	5	Otro Lugar _____	11
Restaurante o café	6	Se ignora	99

### Medio empleado para cometer el acto

Arma de fuego	1	Gas venenoso	7
Arma blanca	2	Quemaduras	8
Estrangulación	3	Sumersión	9
Machacamiento	4	Intoxicación por medicamentos	10
Precipitación	5	Otro medio _____	11
Veneno tomado	6	Se ignora	99

### Causa que motivó el acto

Causa amorosa	1	Enfermedad mental	5
Dificultad económica	2	Remordimiento	6
Disgusto familiar	3	Otra causa _____	7
Enfermedad grave e incurable	4	Se ignora	99