

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"

"PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS-OBSERVACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

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 :

RAFAELA CHÁVEZ PEÑA

ASESOR TEORICO:
DR. MIGUEL ANGEL HERRERA ESTRELLA

ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. LEONILA ROSA DÍAZ MARTÍNEZ

MÉXICO, D.F.

14 SEPTIEMBRE 2004

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

No. 50.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



SUBDIRECCION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN----- | 1 |
| ANTECEDENTES, ESQUIZOFRENIA----- | 3 |
| TIPOS DE ESQUIZOFRENIA----- | 6 |
| SUICIDIO----- | 7 |
| SUICIDIO EN MÉXICO----- | 9 |
| ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO----- | 12 |
| ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO EN MÉXICO----- | 17 |
| JUSTIFICACIÓN----- | 19 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA----- | 19 |
| OBJETIVO GENERAL----- | 20 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS ----- | 20 |
| HIPÓTESIS----- | 20 |
| METODOLOGÍA----- | 21 |
| PROCEDIMIENTO----- | 23 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO----- | 24 |
| RESULTADOS----- | 24 |
| DISCUSIÓN----- | 32 |
| CONCLUSIONES----- | 36 |
| RECOMENDACIONES----- | 37 |
| BIBLIOGRAFÍA----- | 38 |

INDICE DE CUADROS

| | |
|---|----|
| CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS----- | 28 |
| CUADRO 2. IDEACIÓN SUICIDA POR EDAD Y SEXO----- | 29 |
| CUADRO 3. ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE----- | 29 |
| CUADRO 4. PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS----- | 30 |
| CUADRO 5. PROYECTO DEL INTENTO----- | 31 |
| CUADRO 6. INTENTOS SUICIDAS PREVIOS POR SEXO----- | 31 |

INTRODUCCIÓN:

Cerca del 90% de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia se encuentran en las edades que oscilan entre los 15 a 55 años, y la prevalencia en la población general varía del 1 al 1.5% y a la vez es más frecuente en el sexo masculino e inicia en ellos a más temprana edad que en las mujeres, además de que en ellos hay más deterioro por la presencia más común de síntomas negativos. Alrededor del 10% de los pacientes con Esquizofrenia mueren por suicidio y agregado a lo anterior más de la mitad de los Esquizofrénicos han cometido un intento serio de suicidio; los factores de riesgo en tal población es el sexo masculino, edad inferior a 30 años, desempleo, evolución crónica con recaídas, depresión antes de desarrollar Esquizofrenia y un alto nivel de educación. El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por ser un hospital de concentración tiene una gran demanda para la atención de pacientes con Esquizofrenia, ya sea pacientes que acuden por primera vez o de manera subsecuente y particularmente aquellos que acuden por presentar ideación suicida o intento suicida.

El objetivo del presente estudio fue el conocer la prevalencia, y los principales factores sociodemográficos que interfieren en la ideación suicida de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, así como identificar intentos previos de suicidio en la misma población.

Durante el periodo de abril-mayo de 2004, se estudiaron a 125 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acudieron a urgencias del HPFBA a solicitar consulta, se realizó una entrevista clínica para corroborar el diagnóstico con base en los criterios del DSM IV TR, posteriormente se aplicó la escala de ideación suicida de Beck, para obtener adecuadamente y de manera confiable la ideación suicida.

Se analizaron los datos a través de la Chi² y estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y se encuentra que los hombres jóvenes fueron los que más acudieron a consulta, así como los que manifestaron ideas suicidas, y se vinculaban menos en relación a las mujeres. Los hombres manifestaron mayor deseo de morir intenso en relación a las mujeres, así como mayor planeación. En relación a los intentos suicidas previos los hombres lo intentaron más en una sola ocasión, pero las mujeres lo intentan con mayor frecuencia.

En este estudio, se observó que la frecuencia de la consulta es mayor en los hombres que en las mujeres, y el mayor porcentaje en los hombres jóvenes muy similar a lo reportado en la literatura internacional, se encuentra que las mujeres se vinculan más afectivamente, probablemente por la edad de inicio, también hay una diferencia en el área laboral, siendo que en las mujeres, se encontró un mayor porcentaje que trabajaban, y en la escolaridad no hubo gran diferencia. En relación a la expresión de ideación suicida se encuentra que la expresan más los hombres jóvenes con una diferencia estadísticamente significativa en relación con las mujeres. Dentro de las razones para realizar intento suicida se encontraron: escapar de sus problemas, pero se detenían principalmente por que pensaban en su familia, que fue el principal factor disuasorio que manifestaban los pacientes . Similar a lo reportado en la literatura las mujeres tiene más intentos suicidas en relación a los hombres.

La prevalencia de ideación suicida es mayor en los hombres que en las mujeres, se vinculan menos que las mujeres, y funcionan menos que las mujeres en el área laboral y no hay diferencias en la escolaridad. Los hombres intentan suicidarse en menos ocasiones.

Se sugiere vigilar más a la población de más riesgo que son los hombres jóvenes, solteros y desempleados que estadísticamente son los que tiene más riesgo por que son los que manifiestan más la idea suicida, para prevenir el suicidio en esta población, que por cifras una gran cantidad de la población presenta síntomas de Esquizofrenia. Y sobre todo ser más incisivos en la entrevista para detectar tal síntoma, dado que los pacientes no lo manifiestan y educar a los familiares con grupos psicoeducativos para que pueden detectar los síntomas y acudan a recibir atención de forma oportuna.

ANTECEDENTES

ESQUIZOFRENIA:

BREVE RESEÑA HISTORICA: En el siglo XIX se le había asignado el término *démence précoce* por Benedict Morel, posteriormente Kraepelin tradujo el termino anterior por *dementia precoz* por la edad temprana de inicio; Bleuler acuñó el término de *Esquizofrenia* a la presencia de una escisión entre pensamiento, emociones y conducta en los pacientes afectados, ésto en el mismo siglo, Bleuler identificó los síntomas primarios específicos de la *Esquizofrenia* los cuales son alteraciones en la capacidad de asociación, especialmente perdida de las asociaciones, las alteraciones de la afectividad, el autismo y la ambivalencia. Otros teóricos como Meyer, Schneider y Jaspers contribuyeron enormemente a la comprensión de la *Esquizofrenia*¹⁶.

Definición del DSM IV TR: Se considera como una alteración que persiste durante 6 meses incluye por lo menos un mes con síntomas en la fase activa, presentando los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.

Epidemiología.- En los EUA, la prevalencia de la *esquizofrenia* a lo largo de la vida oscila entre el 1 y el 1.5%, se ha visto en estudios que se han realizado en EUA que cada año se encuentra de un 0.025% y un 0.05% de la población general que tiene tratamiento para *esquizofrenia*.

Los primeros estudios epidemiológicos mostraban tasas de *Esquizofrenia* aproximadamente iguales en los hombres que en las mujeres, aunque probablemente se hayan utilizado conceptos muy amplios de *Esquizofrenia* y esto podía haber conducido a la inclusión de un número desproporcionado de mujeres, afectadas en realidad por una alteración del animo.

Se realizó un estudio con 387 pacientes ingresados para analizar el efecto de 6 tipos distintos de sistemas diagnósticos en la proporción hombre/mujer de la enfermedad. Los criterios diagnósticos con un concepto más amplio de Esquizofrenia de New Haven, deparaban una proporción igual en ambos sexos¹⁷. Pero los sistemas diagnósticos más restringidos, como los RDC detectaban un mayor porcentaje de hombres afectados que de mujeres¹⁷, por lo anterior y hasta estudios más recientes se ha visto un mayor porcentaje en hombres, así como diferencias entre ambos sexos en la edad de inicio; los hombres inician a más temprana edad, la cual oscila entre los 15 y los 25 años de edad, y en las mujeres se ha visto su presentación en la edad de 25 a 35 años con más frecuencia. A nivel hospitalario se ha observado que la mitad de los pacientes esquizofrénicos requieren su primera hospitalización antes de los 25 años, en cambio solamente un tercio de las mujeres con Esquizofrenia se hospitaliza antes de esta edad. El inicio de la Esquizofrenia antes de los 10 años después de los 50 años es extremadamente raro. Cerca de un 90% de los pacientes atendidos con dicho diagnóstico tienen la edad entre los 15 y los 55 años. Algunos estudios han indicado que es más probable que los hombres presenten deterioro, debido a los síntomas negativos, que las mujeres y, que las mujeres es más probable que sean más funcionales que los hombres. La evolución de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres que en los hombres.

Etiología.- Los pacientes con esquizofrenia presentan diferentes características clínicas, con causas heterogéneas, así como diferentes respuestas al tratamiento y curso de la enfermedad. Se han propuesto diversos modelos que pueden explicar la etiología: el modelo del estrés-diátesis, el cual es una integración de factores biológicos, psicosociales y ambientales: una persona puede tener una vulnerabilidad específica (diátesis) que, cuando es afectada por un factor estresante, permite que se desarrollen los síntomas de la esquizofrenia, el componente ambiental puede ser tanto biológico, como psicológico, además estos pueden ser moldeados por el consumo de drogas y estrés psicosocial.

En cuanto a los factores biológicos, se ha visto que las principales áreas afectadas en la esquizofrenia son las estructuras límbicas, los lóbulos frontales y los ganglios basales. También se han implicado el tálamo, debido a su papel en el mecanismo integrador. Se han realizado diversos estudios que cada vez descartan la participación del sistema límbico.

Factores genéticos: Una gran cantidad de estudios sugieren la existencia de un componente genético en la heredabilidad de la esquizofrenia. Se han realizado estudios en gemelos homocigóticos, estudiando si estos presentan una mayor concordancia, en estudios de estos pacientes, que han sido adoptados, se ha observado que los criados por padres adoptivos sufren esquizofrenia en la misma proporción que sus respectivos hermanos gemelos criados por sus padres biológicos. Algunos marcadores genéticos se han asociado a la esquizofrenia en diversos estudios: los brazos largos de los cromosomas 5, 11 y 18; el brazo corto del cromosoma 19, y el cromosoma X han sido los más implicados.

Factores psicosociales: se han propuesto diversas teorías, las cuales incluyen teorías psicodinámicas, psicoanalíticas y las más importantes: las teorías relacionadas con la familia, ya que algunos pacientes provienen de familias disfuncionales. También se ha sugerido que la industrialización y la urbanización pueden ser factores causales de la esquizofrenia, principalmente por que actúan más en la edad de inicio y sobre la gravedad de dicha patología.

Cuadro clínico: los síntomas más característicos de la esquizofrenia son: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, síntomas negativos como por ejemplo aplanamiento afectivo, abulia o abulia. Disfunción importante familiar y social, así como el descuido de su higiene; toda esta sintomatología con una duración de aproximadamente 6 meses, se debe excluir el origen de sintomatología basado en el consumo de sustancias o alguna enfermedad médica.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA:

· **Tipo paranoide:** Esta se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que origina preocupación o la presencia de alucinaciones auditivas frecuentes. Las ideas delirantes se caracterizan principalmente por ideas de persecución o de grandeza, los pacientes que presentan este tipo de esquizofrenia la desarrollan a una edad mayor que otro tipo de esquizofrenia y regularmente presentan menor regresión de sus facultades mentales y respuestas emocionales. Este tipo de pacientes son muy desconfiados, muy ansiosos, y agresivos.

· **Tipo desorganizado:** En este tipo de esquizofrenia predomina un lenguaje desorganizado, el afecto francamente aplanado y se presenta una regresión a comportamientos primitivos. Generalmente los pacientes con este tipo de esquizofrenia inician a más temprana edad, y presentan mal pronóstico.

· **Tipo catatónico,** actualmente es raro encontrar este tipo de esquizofrenia, pero todavía hace algunas décadas era sumamente frecuente . Presentan una marcada alteración de las funciones motoras, las cuales pueden consistir en estupor, negativismo, rigidez , agitación o adopción de posturas, presentando flexibilidad cêrea y movimientos estereotipados, así como mutismo, es de mal pronóstico, ya que estos pacientes presentan un gran riesgo de desarrollar desnutrición, agotamiento o de autolesionarse.

· **Tipo indiferenciado,** pacientes que presentan síntomas claros de esquizofrenia, pero no llegan a presentar un predominio de la sintomatología para clasificar en otro tipo y se ha denominado indiferenciada .

· **Tipo residual,** se caracteriza por la presencia continua de las manifestaciones de la esquizofrenia, pero no hay una presencia importante de síntomas activos, presentan aêctividad embotada, aislamiento social, pensamiento ilógico , regularmente no hay alteraciones sensoperceptuales y si las hay no causan gran descarga emocional.

· Existen otros subtipos de esquizofrenia, como la esquizofrenia simple que se llegaba utilizar cuando la esquizofrenia era un diagnostico muy amplio , así como la parafrenia, pseudoneurótica, oniroide y latente.

SUICIDIO:

Edwin Schneidman lo definió como el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución.

Epidemiología: En EUA anualmente mueren 30,000 personas por suicidio, se ha estimado que 8 a 10 más veces presentan intentos suicidas. Sin embargo se pierde información, dado que no se registran adecuadamente las conductas parasuicidas, por ejemplo, como la de los accidentes de causa no determinada, así como los llamados suicidios crónicos, como por ejemplo muertes por consumo de alcohol, mal tratamiento de enfermedades crónicas. Se ha calculado que en EUA suceden 75 suicidios al día, aproximadamente uno cada 20 minutos. En EUA se ha encontrado que el suicidio es la 9ª causa de muerte.

Los factores asociados son: 1) El sexo.- los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, pero estas lo intentan hasta cuatro veces más que los hombres; en cuanto al método, los hombres utilizan armas de fuego, ahorcamiento o precipitación de lugares elevados por lo que lo consuman con mayor facilidad que las mujeres que regularmente consumen una dosis elevada de medicamentos o de veneno; la edad: la tasa de suicidio aumenta con la edad, entre los hombres el pico más alto es a los 45 años, mientras que en las mujeres llegan a consumir más el suicidio alrededor de los 55 años, aunque también se ha visto que los ancianos presentan el 25% de los suicidios; 2) La raza.- dos de cada tres suicidas son varones blancos, se ha visto hasta el momento que en la raza blanca el suicidio es casi el doble a la de los demás grupos raciales, aunque en la última década se ha visto que la cifra en los registros de suicidio ha aumentado entre la raza negra, así como en mujeres y en los varones. 3) La religión es un factor importante, viéndose que en los católicos hay una disminución importante en la tasa de suicidio, comparado con los protestantes, y aun más en las personas que no tienen una afiliación religiosa. 4) El estado civil.- se ha visto que el matrimonio, reforzado por

los hijos disminuye el riesgo de suicidio, comparados con los solteros, viudos o divorciados ya que en estos la tasa de suicidio es del doble, aunque se ha visto que las personas que fueron casadas y actualmente no, presentan una tasa mucho mayor que las personas que no fueron casadas; 5) La ocupación.- el trabajo es un factor que protege del suicidio, pero los profesionales liberales sobre todo los médicos han sido considerados como los de mayor riesgo de suicidio, en particular las mujeres médicas en que aumenta el riesgo; 6) Salud física.- se ha visto en diversos estudios que el 32% de las personas que se han suicidado tuvieron una atención médica en los 6 meses previos a su muerte, y se estima que el tener una enfermedad física es un factor importante viéndose hasta el momento que del 11 al 51% en las personas con suicidios tenían una enfermedad física y se ha relacionado más con las siguientes enfermedades: epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia, y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Así como algunas afecciones endocrinas como la enfermedad de Cushing y la Porfiria; dentro de las gastrointestinales se ha visto más en la Cirrosis hepática, así como en los pacientes ulcerosos, ambas presentes en pacientes alcohólicos, y 7) Factores de la salud mental.- Los trastornos psiquiátricos más importantes son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales, se ha visto que un 95% de los pacientes que se suicidan tienen un trastorno mental; en los trastornos depresivos se ha visto un 80% , en la esquizofrenia un 10% y la demencia y el delirium el 5%, además agregándose alcoholismo y abusos de otras sustancias , así como una hospitalización psiquiátrica, la cual tiene un alto riesgo de suicidio.

Comparación entre las poblaciones de suicidio y de intento de suicidio

| Criterio | suicidio | intento de suicidio |
|----------------|--|---|
| Sexo | mayoría de hombres | mayoría de mujeres |
| Edad | aumenta con la edad (40-80 años) | disminuye con la edad (15 y 40 años) |
| Edo civil | Viudos, divorciados, solteros | casados |
| Medio | rural | urbano |
| Tipo | ahorcamiento, arma de fuego Y gas | medicamentos |
| Psicopatología | correlación significativa entre Suicidio y afección psiquiátrica | Correlación débil con afección psiquiátrica |

Tabla tomada de Encyclopedie Médico-Chirurgicale E 37-678-A 10.

SUICIDIO EN MÉXICO:

Elorriaga ^{5,9}, hizo una recopilación de datos de la década de los años sesenta, señalando que los estados de la República Mexicana que presentaron mayor proporción de suicidios fueron Chihuahua, D.F., y Veracruz, de dicho estudio se dedujo que la proporción de tentativas suicidas es de 2 hombres por una mujer, y de 4 personas que lo intentaron, 3 lo logran y una no. La tentativa de suicidio en esta década aumentó 30.5% (3% anualmente). Los disgustos familiares ocuparon el primer lugar como principal motivación para intentar suicidarse.

Jiménez y cols ^{5,15}, dieron los datos obtenidos en un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, en el cual se observa el predominio de los sujetos de sexo masculino (4 a 1) y mayor frecuencia (65%) entre los sujetos de menos de 35 años. El hombre utilizó más frecuentemente los mecanismos violentos y la mujer recurrió, en primer término a la intoxicación.

Saltijeral ^{5,21}, planteó que la conducta suicida y parasuicida de la década de los años setenta se mantuvo constante debido a que no hubo grandes fluctuaciones del fenómeno, manteniéndose con una prevalencia que variaba de 1.5 a 2 por cada 100,000 habitantes.

En 1984 se realizó una investigación en el D.F., en las que se compararon las características demográficas y clínicas de tres poblaciones que habían presentado conductas suicidas ^{5,26}, y demostraron que en el grupo de los parasuicidas, las más afectadas fueron las mujeres, las cuales generalmente emplearon sustancias tóxicas y psicofármacos. Entre los motivos para intentar suicidarse destacaron los problemas familiares y afectivos, y entre los motivos para el suicidio consumado destacaron los problemas con la pareja y la enfermedad mental.

Se observó que las mujeres (69.13%) fueron las que más intentaron suicidarse en relación con los hombres (30.36%). Así mismo, 67.90% de los intentos de suicidio fueron efectuados por personas solteras, contra 17.28% de las personas que tenían un vínculo conyugal. Un 34.56% de los adolescentes que intentaron suicidarse tenía educación media, 27.16% tenía preparatoria y el 20% tenía estudios profesionales. Un 28.39% de los parasuicidas había intentado suicidarse con anterioridad y 29.62% lo habían intentado dos o más veces.

En otro estudio, Terroba y cols ^{5,25} intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3% había tenido ideas suicidas severas durante el último año, y ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse de nuevo. Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas principalmente los de índole familiar. En la escala sobre la expectativa de vivir y morir, que evalúa en un continuo la severidad de la ideación suicida, encontraron que en los últimos 6 meses el 8% refería que había sentido que no valía la pena vivir, 7% había atravesado por situaciones que lo habían hecho desear dejar de existir,

6% había pensado en los últimos meses que valía más morir que seguir viviendo, 3% había estado a punto de intentar suicidarse y 2% había intentado quitarse la vida durante los últimos 6 meses.

Así mismo, Borges y cols ^{4,5}, publicaron datos sobre el suicidio desde 1970 a 1991 y durante tal periodo la tasa de suicidio en ambos sexos pasó de 1.13 por 100,000 habitantes a 2.55 por 100,000 habitantes en 1991, lo cual presenta un aumento de 125%. El suicidio pasó del 0.11% al 0.52% en términos de mortalidad proporcional. En la población masculina es más notable este aumento ya que la tasa se incrementó en 170% durante ese periodo, mientras que en la población femenina aumentó sólo 70%.

Se encontró que el consumo de sustancias ilícitas y de alcohol están muy relacionados con la ideación e intento suicida.

Herman ^{5,13}, describe los aspectos teóricos del suicidio. Menciona que el intento de suicidio tiene importancia por su relación con el suicidio consumado posteriormente. Así mismo los factores como el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación y los trastornos mentales se han correlacionado íntimamente con el acto suicida, pero estos factores varían constantemente a través de los años por el incremento de la población. En 1984, la mayoría de los suicidas eran hombres aunque en las últimas décadas en diferentes países se ha ido estrechando la distancia que existía entre hombres y mujeres. El intento de suicidio ocurre frecuentemente en todos los estratos sociales, pero no todos los casos son plenamente detectados y muchos quedan en el anonimato debido a su carácter de acto rechazado por la sociedad.

En la última década, la tasa de mortalidad en México por suicidio ha ido aumentando considerablemente. En 1999 la tasa fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. La prevalencia de intentos de suicidio es variable en diversos tipos de población (adultos y adolescentes) la cual va de una prevalencia nacional de 1.4% hasta 10.1% entre la población adolescente, encontrándose mayor prevalencia en Pachuca Hgo ¹⁸, en cambio en los intentos suicidas son más comunes entre las

mujeres adolescentes. La prevalencia más elevada es la de Pachuca, con 13.3% en las mujeres estudiantes. En la población adulta, el rango en la prevalencia es más estrecho, variando de 1.7% hasta un 6.1% (estudio del Hospital General del D.F.)¹⁸.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO:

Esquizofrenia y suicidio.- Alrededor del 10% de los pacientes con esquizofrenia mueren por suicidio¹. El riesgo de suicidio ha aumentado desde la desinstitucionalización y los intentos de inserción a la comunidad, esto ha generado un estrés importante. Aunado a lo anterior más de la mitad de los esquizofrénicos han cometido un intento serio de suicidio. De el 65 al 90% de las victimas son hombres y la gran mayoría son jóvenes, teniendo los siguientes como factores de riesgo en los pacientes con esquizofrenia, sexo masculino, edad inferior a 30 años, raza blanca sobre todo en EUA, desempleo, evolución crónica con recaídas, depresión antes de desarrollar esquizofrenia, y alta reciente de un hospital psiquiátrico; también se han visto los siguientes factores de riesgo: un alto nivel de educación^{1,23} lo cual se ha relacionado con una mayor conciencia de su trastorno, miedo a la integración social²².

Se realizó un estudio retrospectivo de 234 pacientes que murieron por suicidio en el año posterior a que fueron dados de alta del hospital, comparados con 431 pacientes que se habían admitido, sin hacer diferencias en la edad , el diagnostico y el genero; los factores de riesgo que se encontraron en este estudio fue el vivir solo, historia de intento de suicidio, o autoagresión, la idea suicida que originó el ingreso, desesperación, perdida de trabajo, dificultades con sus relaciones interpersonales, estrés imprevisto. Este estudio se realizó en el hospital de Wessex, por el grupo de especialistas en salud mental, también de la Universidad de Sheffield, de la correspondencia Británica, fue un estudio retrospectivo y fue diseñado para probar la

hipótesis que ciertas características personales y clínicas pueden predecir un riesgo creciente de suicidio. Se observó en este estudio que un 68% de los 234 pacientes se suicidaron en los tres meses próximos posterior a su egreso, y el 83% en el plazo de 6 meses. Las edades medias de los pacientes masculinos fue de 42 años y de las mujeres de 48 años. En este estudio no se delimitó los diagnósticos en los pacientes, argumentando el hecho de que los paciente suicidas con el diagnóstico de Esquizofrenia que en este estudio eran pocos, aunque este estudio fue para determinar el suicidio, no para un diagnóstico en especial ⁸.

El suicidio ha sido la causa más común de la muerte prematura en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, la OMS ha encontrado un cifra importante de pacientes con dicho diagnóstico que expresaron constantemente la ideación suicida, así como la causa de suicidios ya consumados. En 1990 Caldwell²⁷ en una revisión encontró que del 9 al 13 % de pacientes con Esquizofrenia expresaron a un personal médico ideas suicidas y se encontró que un 1 a 2 % intentó suicidarse en los 12 meses siguientes a que expresó la idea, por lo anterior el suicidio en Esquizofrenia ha sido objeto de múltiples estudios y de interés de parte de los investigadores así como de su preocupación, este fue una revisión de diversos artículos ²⁷.

En 1993 en Dinamarca Mortensen y Juel²⁷ Examinaron de forma retrospectiva una muestra de 9156 pacientes los cuales presentaban su primera admisión hospitalaria por sintomatología de Esquizofrenia y se encontró de primera ocasión que el 50% de los varones manifestaron la idea suicida y el 35% de las hembras también confiaron dicha idea y el periodo de seguimiento fue de 17 años, y durante este tiempo presentaban un riesgo relativo de suicidio. Encontrándose un 56% de riesgo en los pacientes al termino del seguimiento. Esto sugiere que el riesgo no sea estable en una sola cifra, y ciertamente no ha mejorado hasta el momento, este es un estudio retrospectivo con una gran cantidad de pacientes por lo que es un estudio importante. Los resultados de una investigación confidencial británica ²⁷ la cual fue reciente, en suicidio en gente con enfermedad mental, se encontró que el 20% de las víctimas de

suicidio durante el periodo de 1996 a 1998 tenían un diagnóstico de Esquizofrenia y el 50% de todos los casos habían tenido contacto con servicio psiquiátrico en los 7 días anteriores y con todo lo anterior un 85% habían sido considerado que eran pacientes con bajo riesgo de cometer suicidio. Por lo tanto es obvio que aun con los esfuerzos que se realizan, el reconocimiento de el riesgo real sigue siendo extremadamente difícil. En este mismo artículo Waltzer²⁷ en 1984 encontró que los pacientes jóvenes con esquizofrenia tiene mayor riesgo de suicidio que los pacientes jóvenes con diagnósticos de trastornos afectivos.

En un estudio psicológico en el área de Manchester, el estudio fue de autopsia psicológica se encontró que de los suicidas menores en edad de 35 años el 19% tenían criterios para esquizofrenia, esto es una cifra más elevada que en otras edades con el mismo diagnóstico, por lo que se surge que se tiene que realizar más estudios al respecto dado la importancia del hecho ²⁷.

En un estudio Cheng²⁷ en 1990 encontró que los pacientes que manifestaron ideas suicidas tomaban dosis más altas de la medicación, aunque no se ha encontrado una relación directa en los tratamiento sobre todo de los antipsicóticos atípicos y típicos, pero sí sobre los efectos secundarios de estos. Rossau y Mortensen²⁷ en 1997 encontraron que el riesgo más alto para suicidio estaba posterior a su primera hospitalización, así como en los primeros 5 días de hospitalización, así como se encontró en el mismo estudio que el 22% de suicidio fue durante un permiso en la hospitalización. Resultados similares se han encontrado en otros estudios, aunque se refiere que es muy difícil precisar el tiempo ya que llega a causar confusiones y en todos ha estado implicado la falta de respuesta del antipsicótico y la depresión tratada antes del desarrollo de la esquizofrenia.

Heila²⁷ en 1998 examinó de forma retrospectiva por medio de un estudio por autopsia psicológica en Finlandia a nivel nacional encontró que el 52% de víctimas Esquizofrenicas de suicidio y habían comunicado intento suicida y/o habían hecho tentativas de suicidio en los 3 meses antes del suicidio. Esto sugiere que el escuchar la ideación suicida puede ser una buena forma de prevención del riesgo de suicidio.

Así como en 1999 se realizó en un estudio nacional de intervenciones medicamentosas²⁷, se encontró en un año y medio de estudio que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que realizaron suicidio eran pacientes obedientes al tratamiento farmacológico y el 68% de los suicidas estaban en la fase activa de la enfermedad, sugiriendo que el tratamiento inadecuado de la psicosis puede ser un factor importante.

En una revisión Palmer²⁷ 1999 comentó respecto a la carencia de la información de los factores de riesgo para el suicidio que puede ser específico a las fases anteriores de la esquizofrenia, e incluso antes de que se haga el diagnóstico o incluso su primera hospitalización.

Los anteriormente mencionados, han sido estudios retrospectivos, se sugiere que un estudio longitudinal que permitiera un análisis más completo de los factores de riesgo que contribuyan, incluyendo los que afectan estando fuera del hospital. Turner en 1998 describió una entrevista semi-estructurada de determinar vulnerabilidad al suicidio en esquizofrenia, y las herramientas estandarizadas para determinar la depresión, la desesperación y la ideación suicida en este grupo que un foco importante para estudio, así como también se necesita una mayor evaluación del impacto de la droga y de los tratamientos psicológicos.

Se encontraron como factores de riesgo en diversos estudios como los más frecuentes los siguientes:

Fueron los factores sociodemográficos como la edad, se ha encontrado que los pacientes más jóvenes tienen más riesgo de suicidio; duración de la enfermedad y aislamiento social importante. Y dentro de las características clínicas que se encontraron con mayor riesgo fueron la alta funcionalidad previo a desarrollar la enfermedad por el grado de conciencia que se presenta de la pérdida del contacto con la realidad, así como también se ha encontrado que la baja funcionalidad premorbida

presenta un riesgo importante, las recaídas constantes y el número de días en hospitalización, las pobres habilidades para hacer frente a la enfermedad y la impulsividad.

En el artículo factores asociados con suicidio entre pacientes con esquizofrenia²² se encuentra que los factores de riesgo para suicidio entre pacientes con Esquizofrenia incluyen el género masculino, la edad menor de 30 años, el estado civil tienen un mayor riesgo en personas que no han sido casados, la historia de depresión antes de presentar la esquizofrenia, tentativas anteriores de suicidio, la historia de abuso de sustancias y un alta reciente del hospital. Así como se ha visto que los pacientes que experimentan ansiedad importante y el miedo a la desintegración mental tiene un riesgo importante para presentar suicidio. La depresión parece ser un factor importante para las tentativas de suicidio Jones y asociados²² encontraron que los pacientes con esquizofrenia que también experimentó depresión tenían una mayor probabilidad de realizar suicidio. En su estudio la cuenta en la escala de Hamilton para la depresión correlacionaron con tentativas de suicidio, mientras que no lo hizo la breve escala de grado psiquiátrica. Encontrando también Jones que un alto grado de educación es un riesgo importante para desarrollar suicidio, así como el conocimiento y deseo de expectativas que no se pudieron cumplir. Así como se encontró que la concentraciones bajas de del ácido acético-5-hydroxindol (5-hiaa) en líquido cerebroespinal se encuentra entre los pacientes con esquizofrenia que más intentan suicidio. Estos datos fueron avalados por un estudio que se realizó en la Universidad de Iowa en el centro de investigación clínico mental sobre el periodo de 1990 a 1994 reclutaron los pacientes en el protocolo de la investigación de la universidad de Iowa posterior a proporcionar consentimiento por escrito, todos los pacientes tenía criterios para esquizofrenia, se utilizaron a pacientes que tenían una historia de intento suicida y excluyeron a los pacientes que tenía retraso, demencia o que tenía lobotomía. Los datos fueron recogidos usando el Comprehensive Assessment of Symptoms e History structured interview, un instrumento desarrollado en el centro de investigación para determinar a pacientes psicópatas y

con trastornos del humor . El instrumento proporciona datos en el ajuste de la premorbilidad de los pacientes , así como datos sociodemográficos en el logro educativo, la historia de trabajo así como la social, los síntomas positivos y los negativos usando la escala de gravamen para los síntomas positivos y el gravamen para los síntomas negativos. Eran 336 pacientes de los cuales un 100% eran masculinos, el 75% vivía solo, del total el 29.2 habían tenido intento de suicidio previos, la edad era de 19.8+-5.2 la edad de inicio de la enfermedad. La muestra fue grande por lo tanto como conclusión se considera que la depresión es un factor importante para suicidio en pacientes con esquizofrenia.

ESQUIZOFRENIA Y SUICIDIO EN MÉXICO:

Se ha documentado que la depresión se presenta frecuentemente en los pacientes con Esquizofrenia y se ha estimado que 60% de los pacientes con Esquizofrenia presentan un episodio de depresión mayor durante el curso del padecimiento, lo que resulta elevado el compararlo con la prevalencia de la población general. Actualmente se reporta una incidencia de depresión en la Esquizofrenia del 20% al 70% ¹⁹, Los síntomas depresivos pueden presentarse en cualquier fase de la Esquizofrenia, resaltando su aparición en los pacientes que atraviesan por su primer episodio psicótico. Los síntomas depresivos frecuentemente acompañan a los síntomas psicóticos siguiendo su misma intensidad y evolución, lo que ha permitido establecer que los síntomas depresivos preceden al inicio de una recaída. Los síntomas descritos como pródromos de una recaída son la tristeza, los sentimientos de culpa y la baja autoestima, el insomnio y la disminución de la energía; lo anterior se ha relacionado con un mal pronóstico ya que incrementa el riesgo de recaídas, con falta de respuesta al tratamiento farmacológico, una mayor cronicidad y un mayor

deterioro funcional de los pacientes con Esquizofrenia y frecuentemente con la aparición de ideas suicidas y el acto suicida como tal.

En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ², se observó que un 14.8% de los pacientes que había cometido intento de suicidio en la sala de UMQAIP (unidad médica quirúrgica de atención intensiva psiquiátrica) presentaban diagnóstico de Esquizofrenia, el resto tenían otros diagnósticos. La conducta suicida se presenta entre el 18 y el 55% de los pacientes con Esquizofrenia. Los Esquizofrénicos crónicos que tienen una mala o incompleta respuesta al tratamiento farmacológico y que continúan presentando sintomatología positiva residual tiene un alto riesgo de suicidarse ¹².

JUSTIFICACIÓN:

Se ha encontrado un número elevado en las cifras estadísticas de ideación suicida e intentos suicidas en los pacientes con Esquizofrenia ^{1,2,8,14,19,22,27}, si tomamos en cuenta que del 1 al 1.5% de la población presenta dicho diagnóstico y se ha encontrado que hasta un 52% de los pacientes han manifestado ideas suicidas, además que un 10% de pacientes con dicho diagnóstico mueren de forma prematura por suicidio, esto forma un gran problema de salud pública. Realizar un estudio para medir dichas variables en nuestro lugar de trabajo, es importante para obtener cifras reales de la magnitud del problema y poder realizar medidas preventivas más eficientes, ya que el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es el hospital que atiende a un gran porcentaje de pacientes psiquiátricos en general, pero la demanda de atención por parte de los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, es constante, ya sea de primera vez o de forma subsecuente, sobre todo en el servicio de urgencias, en el cual se han registrado una gran cantidad de pacientes con Esquizofrenia que buscan atención por presentar ideación suicida o intento suicida, por lo que si es factible realizar un estudio epidemiológico con dichos pacientes y por la buena disposición del personal y de la directiva del Hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Cual es la prevalencia de ideación suicida en los pacientes con Esquizofrenia en el HPFBA?

¿Cuáles fueron los principales factores sociodemográficos encontrados en nuestra muestra?

¿ Cual fue el número de intentos de suicidio previos a la valoración?

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia de ideación e intentos de suicidio y los principales factores sociodemográficos en los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, que llegan a atención en la sala de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Conocer la prevalencia de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.
- 2.- Conocer los principales factores sociodemográficos que predominan en pacientes con Esquizofrenia que desarrollan ideación suicida.
- 3.- Identificar intentos de suicidio previos.

HIPOTESIS :

Es significativa la prevalencia de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

No es importante la prevalencia de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia.

METODOLOGÍA:

1.-Tipo de estudio: El nuestro es un estudio descriptivo, transversal y correlacional.

2.-Muestra de estudio: Se realizó dicho estudio en la sala de Urgencias-Observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez; captando a los pacientes que requirieron atención de urgencias, con el diagnóstico de Esquizofrenia, el cual fue dado clínicamente bajo los criterios del DSM IV TR; siendo captados todos los pacientes con tal diagnóstico independientemente del tipo de Esquizofrenia. Fue una muestra tomada de forma secuencial, 125 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que llegaron al servicio en los meses de abril a mayo del año 2004. La edad osciló de 18 a 64 años, con un rango de 46 años y con una edad promedio de 33.8 años. De los 125 pacientes, 51 (40.8%) eran del sexo femenino y 74 (59.2%) eran del sexo masculino. Criterios de inclusión y de exclusión: Se incluyeron en el estudio, pacientes que solicitaron atención de urgencias psiquiátricas y que tuvieran el diagnóstico de Esquizofrenia, bajo los criterios del DSM IV TR; se excluyeron a los pacientes que llegaron intoxicados con alguna sustancia y a los que presentaron mutismo.

3.- Variables:

- a) las Independientes, fue el diagnóstico de los pacientes: Esquizofrenia.
- b) dentro de las dependientes se aplican la ideación suicida e intentos de suicidio, obtenidos por la aplicación a los pacientes de la escala de ideación suicida de Beck.
- c) dentro de las Intervinientes se consideraron los datos sociodemográficos como la edad, sexo, escolaridad, estado civil, medicación actual, ocupación, datos obtenidos por la entrevista clínica.

4.-Instrumentos: Para este estudio se utilizó la Escala de ideación suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979)³, para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Fue traducido al castellano y adaptada a población hispana ^{7,11}.

Es una Escala de 19 ítem que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a:

- Actitud hacia la vida y la muerte.
- Pensamientos o deseos suicidas.
- Proyecto del intento de suicidio
- Realización del intento proyectado.

Y añaden una quinta sesión, con dos ítem, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidio. Estos dos ítem tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida.

Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento (lo que se realizó en este estudio) y otras referida al peor momento de la vida del paciente, es decir al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado.

Interpretación: El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítem 4 y 5 (deseo de realizar un intento activo de suicidio e intento pasivo de suicidio, respectivamente) sea 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede a continuar aplicando la escala. Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítem, ya que los ítem 20 y 21 (intentos previos de suicidio e intención de morir asociada al último intento, respectivamente), tienen sólo valor descriptivo y no se tienen en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0-38. Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, indicando una mayor puntuación un más elevado riesgo de suicidio. En un estudio realizado en España²⁰, la puntuación media en pacientes ingresados en una unidad hospitalaria de psiquiatría por tentativa o ideación suicida fue de 13.5 y 11.6 respectivamente.

Esta escala puede ser un instrumento útil en la investigación, tanto como variable clasificatoria, al permitir distinguir entre individuos que varían en su grado de ideación suicida, como de variable dependiente, posibilitando cuantificar el cambio producido por el tratamiento^{3,7}. En la práctica clínica, permite la cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas, puede servir de ayuda en la valoración clínica de la conducta suicida^{3,8}.

PROCEDIMIENTO:

El presente estudio se realizó en la sala de urgencias-observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de la SSA el cual se encuentra en México D.F. durante los meses de abril y mayo del 2004, captando a los pacientes que acudieron a solicitar consulta por cualquier motivo, primeramente se corrobora clínicamente el diagnóstico de Esquizofrenia, bajo los criterios del DSM IV TR, independientemente del tipo de esta, posteriormente se les informa sobre el estudio y se procede a la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck. La muestra se tomó de forma secuencial y se logró captar a 125 pacientes, a los cuales se les aplicó los primeros 4 items de la escala, que evalúan las características de la actitud hacia la vida y muerte, si lo anterior calificaba positivo, se procedía a continuar aplicando los siguientes items, de lo contrario ya no se continuaban aplicando. Pero también se investigan los antecedentes de intentos suicidas en todos los pacientes.

La escala se aplica realizando una entrevista semi-estructurada.

Detectando a la vez los factores sociodemográficos por medio de la entrevista.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizó Estadística descriptiva para análisis de los datos sociodemográficos y la prueba χ^2 para análisis del resto de los datos.

RESULTADOS:

CUADRO 1.- Se describen los datos sociodemográficos de la muestra que fueron 125 pacientes captados en el servicio de urgencias-observación del HPFBA $n=74$ (59.2%) eran del sexo masculino y $n=51$ (40.8%) pertenecían al sexo femenino.

Edad.- Se dividieron en 3 grupos : de 18 a 33 años, 34 a 49 años y de 50 a 65 años; y en el primer grupo en el sexo masculino se encuentran 40 pacientes (54.05%) y del sexo femenino 22 pacientes (43.13%) del total de las pacientes sexo femenino; dentro del segundo grupo 30 (40.5%) eran masculinos y 24 (47.05%) eran femeninos; dentro del tercer grupo 4 (5.4%) masculinos y 5 (9.8%) sexo femenino.

Estado civil.-En el sexo masculino el 93.2% eran solteros, 2.7% eran casados y el 4.05% eran separados esto de una $n= 74$ pacientes. En el sexo femenino se encontró que el 50.9% de una $n=51$ pacientes eran solteras, el 25.4% eran casadas, el 5.88% eran separadas, 3.92% vivía en unión libre, 5.88% eran madres solteras, 1.96% era viuda y divorciadas el 3.92%. Ocupación.- Encontramos que el 14.86% de los hombres trabajaban en relación con el 41.7% de las mujeres que también trabajaban; el 82.43% de los hombres se mantenían sin ocupación comparado con el 54.9% de las mujeres que se mantenían sin ocupación; y estudiaban de los hombres sólo el 2.7% comparado con el 3.92% de las mujeres que se dedicaban a trabajar.

Escolaridad.- El 2.70% de los hombres tenían primaria incompleta y en las mujeres no se reportó tal escolaridad; el 12.16% de los hombres habían terminado la primaria en relación con el 7.84% de las mujeres; el 8.10 % de los hombres tenía escolaridad de secundaria incompleta y un 13.72% de las mujeres; el 27% de los hombres tenían la secundaria terminada en relación al 37.25% de las mujeres; el 21.6% de los

hombres no habían concluido la preparatoria y el 3.92% de las mujeres; el 21.6% de los pacientes hombres habían terminado la preparatoria en relación a 21.56% de las mujeres; y sólo en las mujeres se encontró escolaridad de carrera técnica encontrándose un 5.88% de ellas; Se encontró que el 2.70% de los hombres no habían terminado la carrera a nivel profesional principalmente por el inicio de la Esquizofrenia, así como el 9.8% de las mujeres la había dejado trunca; De los pacientes que habían terminado la carrera solamente se encontró en el sexo masculino en un 1.35% de los hombres.

CUADRO 2.- Ideación suicida por grupos de edad y sexo.- Se encontró que en el grupo de 18 a 33 años el 18.86% de los hombres presentó ideación suicida en comparación con el 7.84% de las mujeres en este mismo grupo de edad, viéndose claramente el mayor porcentaje de la ideación suicida en los hombres; en el grupo de 34 a 49 años se encuentra en los hombres un 6.75% en relación con el 5.88% que se encontró en las mujeres y en el grupo de edad de 50 a 65 años el cual es el menos numeroso se encuentra el 1.35% de hombres presentaba ideación suicida, pero no se encontró en las mujeres de tal grupo de edad.

CUADRO 3.- Actitud hacia la vida y la muerte.- Se encontró un deseo de morir moderado a intenso en los hombres en un 13.5% en relación con un 3.9% de las mujeres, y un deseo débil de morir se encontró en un 9.4% de los hombres y en un 9.8% de las mujeres, en cambio en los pacientes que negaron deseo de morir se encontró un menor porcentaje en los hombres en la relación a las mujeres siendo un (n=74) 77.02% para los primeros y un (n=51) 86.2% para los segundos. Al valorar las razones que tenían para vivir/morir se encontró un mayor porcentaje en los pacientes que refirieron que su tenían mayores razones para vivir que para morir siendo un 74.3% para los hombres y un 86.2% de las mujeres, dentro de los que refirieron que les daba lo mismo vivir o morir un 16.2% eran hombres en relación a un 7.8% de las mujeres, en se encontró mayor porcentaje en los hombres que refirieron tener más razones para morir que para vivir siendo un 9.4% en relación a

las mujeres que se encontró un 5.8% de ellas. En relación al deseo de realizar un intento activo de suicidio dentro de la población estudiada se encontró que un 10.8% de los hombres tenían un deseo de moderado a intenso de suicidarse, en relación a un 1.9% de las mujeres, y un 4.05% reconoció un deseo débil de realizar un intento activo de suicidio en relación a un 1.9% de las mujeres, en cambio fue menor el porcentaje de los hombres que no deseaban realizar un intento activo de suicidio (85.1%) en relación a un 96.07% encontrado en las mujeres, las cuales estas negaban realizar un intento activo. En relación al deseo de realizar un intento pasivo de suicidio se valoró si tomaría precauciones para salvar su vida ante un accidente se encontró en los hombres un 75.6% y un 88.2% de las mujeres, lo dejaría su vida/muerte al azar encontrándose en el sexo masculino un 13.5% y en el femenino un 5.8%, los que refirieron que evitarían los pasos necesarios para salvar su vida lo reconocieron un 10.8% de los hombres y un 5.8% de las mujeres.

CUADRO 4.- Características de los pensamientos/deseos suicidas.- Dentro de los pacientes que aceptaron ideas suicidas, siendo 17 hombres y 7 mujeres, se estudiaron las características de los pensamientos y deseos suicidas, tomando la duración, de la cual se encontró que en los hombres un 23.5% de una n=17 reportaron que la idea suicida era de duración breve, en cambio en las mujeres de una n=7 se encontró un 42.8% con esta duración, pero la presentaban por periodos más largos un 17.6% de los hombres y un 28.5% de las mujeres, y las presentaban de forma continua un 58.8% de los hombres y un 28.5% de las mujeres. En relación a la frecuencia se encontró que de forma rara u ocasional se presentaban dichas ideas en un 23.5% de los hombres y en un 14.7% de las mujeres, y los que las presentaban de forma intermitente se encontró en un 17.6% de los hombres y un 57.1% de las mujeres y presentaban las ideas suicidas de forma continua de los pacientes que reconocieron tener ideas suicidas un 58.6% de los hombres y un 28.5% de las mujeres. Dentro de las razones que los pacientes manifestaron para realizar el suicidio se encontró que el 5.8% de los hombres pretendía hacerlo para manipular en relación a un 14.7% en

las mujeres y un 88.2% de los hombres pretendía realizarlo para escapar de sus problemas o resolverlos en relación a un 57.1% de las mujeres que pensaban realizarlo por tal motivo.

Se exploraron los factores en que pensaban para detenerse a realizar el intento suicida y se encuentran entre los factores disuasorios principalmente a la familia (siendo la madre principalmente) en el 76.4% de los hombres y en el 71.4% de las mujeres. Pensaban en la religión (Dios) un 11.7% de los hombres y un 28.5% de las mujeres, y un 11.7% de los hombres no tenían ningún factor disuasorio que los detuviera, presentando un gran riesgo de suicidarse.

CUADRO 5.-Características del proyecto de intento de suicidio.- Se encontró que un 23.5% de los hombres tenían los detalles bien formulados para realizarlo en relación a un 14.2% de las mujeres, un 52.9% de los hombres tenía un método accesible para realizarlo, en cambio las mujeres no se encontró el dato, pero si tenían posibilidad para una accesibilidad futura del método en el cual se encontró en un 14.2% de las mujeres y en los hombres un 11.7%. En relación a su capacidad se encuentra que un 58.8% de los hombres estaba inseguro de su coraje y capacidad para realizarlo en relación a un 42.8% de las mujeres, en cambio un 17.6% de los hombres se sentía seguro de dicha capacidad y coraje para realizarlo en relación a un 14.2% de las mujeres.

CUADRO 6.- Intentos suicidas previos por sexo.- De una n=74 del sexo masculino un 72.9% no lo habían intentado antes, un 20.2% lo había intentado en una ocasión y un 6.7% lo había intentado más de 1 vez. En relación a las mujeres con una n=51 un 70.5% no había intentado suicidarse en ninguna ocasión , un 15.6% lo había intentado en una ocasión y lo habían intentado más de una vez en su vida un 13.7%.

CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

| DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | |
|--------------------------------|------------------|--------|-----------------|--------|--------------------|
| | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA |
| EDAD | n= 74 | % | n=51 | % | p |
| 18 a 33 años | 40 | 54.05% | 22 | 43.13% | p=.001 |
| 34 a 49 años | 30 | 40.5% | 24 | 47.05% | p=n/s |
| 50 a 65 años | 4 | 5.4% | 5 | 9.8% | P=n/s |
| EDO CIVIL | | | | | |
| solteros | 69 | 93.2% | 26 | 50.9% | P=.0005 |
| casados | 2 | 2.7% | 13 | 25.4% | P=.0005 |
| separados | 3 | 4.05% | 3 | 5.88% | P=n/s |
| unión libre | 0 | 0.0% | 2 | 3.92% | P=n/s |
| madre soltera | 0 | 0.0% | 3 | 5.88% | P=n/s |
| viuda | 0 | 0.0% | 1 | 1.96% | P=n/s |
| divorciados | 0 | 0.0% | 2 | 3.92% | P=n/s |
| OCUPACION | | | | | |
| trabajan | 11 | 14.86% | 21 | 41.7% | P=.009 |
| no trabajan | 61 | 82.43% | 28 | 54.9% | P=.0008 |
| estudian | 2 | 2.7% | 2 | 3.92% | P=n/s |
| ESCOLARIDAD | | | | | |
| primaria incompleta | 2 | 2.70% | 0 | 0.0% | P=n/s |
| primaria completa | 9 | 12.16% | 4 | 7.84% | P=n/s |
| secundaria incompleta | 6 | 8.10% | 7 | 13.72% | P=n/s |
| secundaria completa | 20 | 27% | 19 | 37.25% | P=n/s |
| preparatoria incompleta | 16 | 21.6% | 2 | 3.92% | P=.0008 |
| preparatoria completa | 16 | 21.62% | 11 | 21.56% | P=n/s |
| carrera técnica | 0 | 0.0% | 3 | 5.88% | P=n/s |
| licenciatura trunca | 2 | 2.70% | 5 | 9.8% | P=n/s |
| licenciatura completa | 1 | 1.35% | 0 | 0.0% | P=n/s |
| TRATAMIENTO | | | | | |
| medicados | 39 | 52.7% | 22 | 43.1% | P=.0008 |
| no medicados | 35 | 47.2% | 29 | 56.86% | P=.06 |

CUADRO 2. PORCENTAJE DE IDEACIÓN SUICIDA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.

| EDAD | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA P |
|--------------|-----------|--------|----------|--------|------------------|
| | n=74 | % | n=51 | % | |
| 18 a 33 años | 11 | 18.86% | 4 | 7.84% | P=.008 |
| 34 a 49 años | 5 | 6.75% | 3 | 5.88% | P=n/s |
| 50 a 65 años | 1 | 1.35% | 0 | 0.0% | P=n/s |
| total | 17 | 22.9% | 7 | 13.72% | P=.001 |

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE.

| | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA P |
|-----------------------------------|-----------|--------|----------|--------|------------------|
| | n= 74 | % | n=51 | % | |
| DESEO DE MORIR | | | | | |
| moderado a intenso | 10 | 13.5% | 2 | 3.9% | P=.0001 |
| débil | 7 | 9.4% | 5 | 9.8% | P=n/s |
| ninguno | 57 | 77.02% | 44 | 86.2% | P=n/s |
| RAZONES PARA VIVIR/MORIR | | | | | |
| vivir es superior | 55 | 74.3% | 44 | 86.2% | P=n/s |
| igual | 12 | 16.2% | 4 | 7.8% | P=.002 |
| morir es superior | 7 | 9.4% | 3 | 5.8% | P=n/s |
| DESEO DE SUICIDIO ACTIVO | | | | | |
| moderado a intenso | 8 | 10.8% | 1 | 1.9% | P=.0002 |
| débil | 3 | 4.05% | 1 | 1.9% | P=n/s |
| ninguno | 63 | 85.1% | 49 | 96.07% | P=.03 |
| INTENTO PASIVO DE SUICIDIO | | | | | |
| tomaría precauciones | 56 | 75.6% | 45 | 88.2% | P=.05 |
| lo dejaría al azar | 10 | 13.5% | 3 | 5.8% | P=.003 |
| evitaría salvarse | 8 | 10.8% | 3 | 5.8% | P=.03 |

CUADRO 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS.

| | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA |
|--------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|-------------|
| | n=17 | % | n=7 | % | P |
| DURACIÓN DE LA IDEA SUICIDA | | | | | |
| breve | 4 | 23.5% | 3 | 42.8% | P=n/s |
| periodos largos | 3 | 17.6% | 2 | 28.5% | P=n/s |
| continuo | 10 | 58.8% | 2 | 28.5% | P=.0003 |
| FRECUENCIA DE LA IDEA SUICIDA | | | | | |
| rara, ocasional | 4 | 23.5% | 1 | 14.7% | P=n/s |
| intermitente | 3 | 17.6% | 4 | 57.1% | P=n/s |
| persistente o continuo | 10 | 58.6% | 2 | 28.5% | P=.0003 |
| RAZONES DE LA IDEA SUICIDA | | | | | |
| manipular | 1 | 5.8% | 1 | 14.7% | P=n/s |
| escapar, resolver problemas. | 15 | 88.2% | 4 | 57.1% | P=.0007 |
| ambos | 1 | 5.8% | 2 | 28.5% | P=n/s |
| FACTORES QUE DETIENEN EL I.S. | | | | | |
| familia | 13 | 76.4% | 5 | 71.4% | P=.0006 |
| religión | 2 | 11.7% | 2 | 28.5% | P=n/s |
| ninguno | 2 | 11.7% | 0 | 0% | P=n/s |

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DEL INTENTO Y PORCENTAJE POR SEXO.

| | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA P |
|-----------------------------------|-----------|-------|----------|-------|------------------|
| | n= 17 | % | n= 7 | % | |
| PLANES | | | | | |
| no los ha considerado | 6 | 35.2% | 4 | 57.1% | P=n/s |
| no los ha detallado | 7 | 41.1% | 2 | 28.5% | P=.01 |
| detalles bien formulados | 4 | 23.5% | 1 | 14.2% | P=n/s |
| OPORTUNIDAD | | | | | |
| no hay oportunidad | 4 | 23.5% | 4 | 57.1% | P=n/s |
| no accesible | 2 | 11.7% | 2 | 28.5% | P=n/s |
| método accesible | 9 | 52.9% | 0 | 0.0% | P=.0001 |
| accesibilidad futura | 2 | 11.7% | 1 | 14.2% | P=n/s |
| CAPACIDAD | | | | | |
| no tiene coraje | 4 | 23.5% | 3 | 42.8% | P=n/s |
| inseguro de su coraje | 10 | 58.8% | 3 | 42.8% | P=.003 |
| seguro de su coraje | 3 | 17.6% | 1 | 14.2% | P=n/s |
| ANTICIPACIÓN DE UN INTENTO | | | | | |
| no | 5 | 29.4% | 4 | 57.1% | P=n/s |
| incierto, inseguro | 8 | 47% | 2 | 28.5% | P=.004 |
| si | 4 | 23.5% | 1 | 14.2% | P=n/s |

CUADRO 6. INTENTOS SUICIDAS PREVIOS POR SEXO

| | MASCULINO | | FEMENINO | | ESTADISTICA P |
|------------|-----------|-------|----------|-------|------------------|
| | n= 74 | % | n=51 | % | |
| NINGUNO | 54 | 72.9% | 36 | 70.5% | P=.004 |
| UNO | 15 | 20.2% | 8 | 15.6% | P=.04 |
| MÁS DE UNO | 5 | 6.7% | 7 | 13.7% | P=n/s |

DISCUSIÓN:

En este estudio, se observó que fue mayor la frecuencia de solicitud de consulta por los varones que por las mujeres (1.4:1), lo cual coincide con Lewine y cols ¹⁷ quienes señalaron que la frecuencia de Esquizofrenia es mayor en hombres que en mujeres; en nuestra muestra, que fue de 125 pacientes, se corroboró lo anterior, aunque no fue un estudio para este hecho. En el estudio mencionado se encontró que el rango de edad que tenían los pacientes oscilaba de los 18 a los 64 años, dicho rango es la edad en que estadísticamente los pacientes con Esquizofrenia llevan tratamiento. En nuestro estudio se encontró que el 54.05% de los pacientes hombres oscilaba entre la edad de 18 a 33 años mientras que en las mujeres el porcentaje fue de 43.13% en el mismo rango de edad, y se observa una diferencia estadísticamente significativa con una $p = .001$, lo que nos dice que tomando en cuenta la edad de inicio de la sintomatología de la Esquizofrenia en ambos sexos se corrobora que los hombres inician más tempranamente en comparación con las mujeres ¹⁷.

En relación al estado civil, se observa que las mujeres con Esquizofrenia se vinculan más afectivamente que los varones, por que de 74 pacientes del sexo masculino se encontró que el 93.2% de estos no tenían pareja en relación a un 50.9% de 51 pacientes de las mujeres, observándose una diferencia estadísticamente significativa con una $p = .0005$, lo cual corrobora lo reportado en la literatura acerca de que las mujeres con Esquizofrenia tienen una mejor funcionalidad, ya sea por el tipo de síntomas que presenten, dado, que los síntomas negativos hacen que haya mayor deterioro en los pacientes ¹⁷, y tales síntomas son más frecuentes en los hombres, aunado a la edad de inicio de los síntomas. Aunado a lo anterior se encuentra que si hay una gran diferencia en el área laboral entre hombres y mujeres, ya que de las 51 pacientes mujeres estudiadas se encuentra que el 41.7% de ellas desarrollan una labor, entre ellas el hogar, área de administración, secretaria, obreras. Y en los hombres se encuentra un mayor grado de desempleo, se encuentra que un 14.86% de los 74 pacientes masculinos estudiados se dedicaban a alguna actividad, por ejemplo

campesinos, comerciantes (ayudando a algún familiar), albañiles y lavacoches, lo anterior nos demuestra que hay una diferencia estadísticamente significativa con una $p=.009$.

En relación a la escolaridad, aunque actualmente el nivel de estudios ya es similar entre ambos sexos, por la edad de inicio de la enfermedad mental en cuestión, esperaríamos encontrar que los hombres tuvieran menos escolaridad, pero a diferencia de lo esperado se encuentra en el nivel preparatoria incompleta que hay una diferencia significativa, un 21.6% de los hombres tenían dicha escolaridad y un 3.92% de las mujeres, con una $p=.0008$, por lo demás no se encuentran diferencias importantes en ésta área, sólo 2 (2.70%) de los hombres tenían licenciatura trunca y sólo 5 (5.98%) de las mujeres, 1 hombre (1.35%) había terminado la licenciatura. Probablemente se da este fenómeno (baja escolaridad) debido al tipo de población que se atiende en el HPFBA, el cual corresponde a familias de bajo nivel socioeconómico.

A pesar de la importancia de que los pacientes con Esquizofrenia mantengan un tratamiento adecuado, para evitar recaídas, esto no siempre es lo observado en nuestro estudio, el 52.7% de los hombres tenían tratamiento farmacológico en relación a un 43.1% de las mujeres, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa con una $p=.0008$, pero lo anterior son cifras muy bajas en relación a lo esperado, por lo tanto observamos que es común que los pacientes no continúen su tratamiento adecuadamente. Por lo contrario un 56.86% de las mujeres no estaban recibiendo medicación en el momento del estudio, lo cual nos habla de un mayor porcentaje de la población femenina con Esquizofrenia en relación con un 47.2% de los hombres, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa con una $p=.06$. Lo anterior y según lo refiere Cheng y cols, que presentan una situación de riesgo mayor y se ha visto que muchos pacientes con una buena obediencia al tratamiento y con buen control de la sintomatología no los descarta de que lleguen a presentar complicaciones, como el suicidio (Cheng y cols ²⁷).

Al analizar la ideación suicida por grupos de edad y sexo con pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia se encuentra que un 18.86% de los hombres del grupo de edad de los 18 a los 33 años, expresaban dicha idea, siendo diferente a las mujeres, en las que solamente un 7.84% la expresaban, con una diferencia estadísticamente significativa de $p=.008$, siendo diferente por otra parte a lo que Mortensen y Juel²⁷ encontraron en su estudio el cual arrojó que el 50% de los pacientes varones con Esquizofrenia manifestaban ideas suicidas, en nuestro estudio encontramos que esta cifra del 22.9% de los hombres y un 13.72% de las mujeres de la muestra total. probablemente por el mayor tamaño de la muestra y por los años de seguimiento, que fue de 17 años. En cambio coincide con lo que menciona Waltzer²⁷ quien encontró que los pacientes que expresaban más frecuentemente ideación suicida eran los varones jóvenes, lo cual es similar a lo que se encontró en nuestro estudio. Caldwell²⁷ encontró que de los esquizofrénicos estudiados los que manifestaban ideas suicidas fueron del 9 al 13%, por lo anterior corroboramos con nuestro estudio que el ser varón y ser joven aumenta el riesgo de suicidio en los pacientes con esquizofrenia^{1,22,23,27}.

En relación al análisis de las características de la actitud hacia la vida y la muerte por sexos, se encuentra a 10 hombres (13.5%) y 2 mujeres (3.9%) con una diferencia estadísticamente significativa y una $p=.0001$ mencionaban un deseo de moderado a intenso de morir, por lo que los hombres tienen un deseo constante de morir, aunque no lo manifiesten directamente, y las razones para vivir o morir en ellos eran iguales. Al analizar el deseo de realizar un intento activo de suicidio, se encontró que predominó la idea en los hombres (10.8%) en comparación con las mujeres (1.9%) con una diferencia estadísticamente significativa de $p=.0002$. En cambio al interrogar el intento pasivo de suicidio aumentó de (10.8%) en los hombres y (5.8%) en las mujeres, lo que confirma que las mujeres tienen más actitudes parasuicidas o intentos suicidas pasivos, en relación a los hombres que regularmente utilizan métodos más drásticos para consumar el suicidio como armas de fuego, lanzarse de alturas y las mujeres utilizan más la intoxicación, Jiménez y Cols^{15,20,26}.

Dentro de las razones que los pacientes expresaron en relación a la ideación suicida, se encontró: el escapar de sus problemas, principalmente de índole familiar, coincidiendo con el estudio de Terroba y cols ^{5,22}, lo mismo con los factores disuasorios los cuales son la familia, la religión con una frecuencia en los hombres (76.4%) y en las mujeres (71.4%) habiendo una diferencia estadísticamente significativa con una $p=.0006$. De los pacientes que aceptaron la idea suicida, mencionaron que no se suicidaban por que pensaban constantemente en su familia, aunque algunos pacientes hombres reconocieron que por la religión y algunos que no tenían nada que se los impidiera, aunque no había una diferencia estadísticamente significativa, con una frecuencia de (11.7%), los cuales tienen un alto riesgo de cometer suicidio en un futuro y de acuerdo a diversos estudios a corto plazo, Caldwell ²⁷. Dentro de las características del proyecto del intento se encuentra que la mayoría de los pacientes que reportaron tener ideas suicidas, no habían detallado el intento. El 52.9% de los hombres y 0% de las mujeres mencionaron que aunque el método de suicidio estaba a su alcance, estaban inseguros de su coraje para realizarlo.

Los estudios ^{1,26,27} han reportado que los pacientes con intentos suicidas previos sobre todo con Esquizofrenia, tienen un mayor riesgo de presentar suicidio consumado prontamente, en nuestro estudio se valoraron los intentos suicidas previos, de los 74 pacientes hombres el 20.2% reconoció haber intentado suicidarse alguna vez en su vida, en cambio de las 51 pacientes mujeres con tal diagnóstico sólo el 15.6% reconocieron haber intentado suicidarse en una ocasión en su vida, habiendo una diferencia entre sexos estadísticamente significativa con una $p=.04$, por lo que tenemos un gran población en riesgo de cometer suicidio en un futuro; en cambio sólo 5 hombres (6.7%) reconoció haberlo intentado en más de una ocasión en relación a el 13.7% de las mujeres que lo habían intentado en más de una ocasión, aunque no hay diferencia significativa entre sexos, es importante el número de pacientes con más de un intento previo de suicidio, que tienen el diagnóstico de Esquizofrenia y si ya lo han realizado en alguna ocasión, es importante vigilar para evitar en ellos nuevamente un intento de suicidio.

CONCLUSIONES:

En este estudio concluimos que de los pacientes que solicitaron consulta en la sala de urgencias-observación, no hubo diferencias significativas respecto a la literatura internacional, en cuanto a que los hombres jóvenes manifiestan más ideas suicidas, por lo tanto, tienen un riesgo más alto de consumir el suicidio conforme va aumentando la edad en los pacientes va disminuyendo la ideación suicida. Dentro de los datos sociodemográficos se concluye que los hombres con diagnóstico de Esquizofrenia tienen un funcionamiento menor que las mujeres, en el área laboral, en la vinculación afectiva aunque en la escolaridad no hay diferencias; y en cuanto a los intentos suicidas previos las mujeres reportaron mayor número de intentos suicidas, de acuerdo a lo reportado en la literatura internacional, sin embargo en nuestra muestra hay más hombres que tenían un intento suicida previo. Por lo tanto los hombres tienen más riesgo de cometer suicidio en comparación con las mujeres.

Conclusión final:

- a) la prevalencia de ideación suicida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia es de 22.9% para los hombres y de 13.72% para las mujeres y 19.2 % del total de la muestra.
- b) Los principales factores sociodemográficos que predominan en los pacientes con Esquizofrenia fueron: sexo.- los hombres manifiestan más ideación suicida, edad.- el grupo que más manifestó ideación suicida fue de 18 a 33 años en ambos sexos, estado civil.- los hombres se vinculan menos en relación a las mujeres, ocupación.- las mujeres tienen mejor funcionalidad en el área laboral, escolaridad.- en la preparatoria incompleta y completa fue el mayor porcentaje en los hombres, y las mujeres el mayor porcentaje fue la secundaria terminada, por lo que los hombres tienen una mayor escolaridad que las mujeres.
- c) Intentos suicidas previos: Los hombres han intentado suicidarse más que las mujeres en una ocasión, pero en relación al número de intentos suicidas, las mujeres tienen más intentos suicidas previos.

RECOMENDACIONES:

Si en nuestro estudio observamos, que los hombres jóvenes tiene más peligro de intentar suicidarse, así como de consumarlo, ya sea por que hay más desempleo, por que tienden a estar más aislados, por que no se vinculan afectivamente y por los síntomas propios de la Esquizofrenia, y por que hay un gran porcentaje de pacientes que deja el tratamiento probablemente por falta de recursos económicos, sería importante sobre todo la psicoeducación en esta población y de su familia, para que se pueda detectar tempranamente la sintomatología de muerte y suicida y se acuda a atención médica, así como apoyo en casos de falta de recursos económicos para que lleven el tratamiento adecuado; si tomamos en cuenta que el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez atiende a un gran porcentaje de esta población es importante enfocarnos a esta problemática. Aunque cabe mencionar que el servicio de Hospital Parcial realiza estas actividades, se sugiere ser más incisivos en el tratamiento y vigilancia, así como escuchar más activamente a los pacientes para detectar las ideas suicidas que en muchas ocasiones pasan desapercibidas y estar más atentos a las conductas parasuicidas en esta población, que como se vio anteriormente son muy frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Addington JM: Attempted suicide and depresión in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 85:288,1992.
- 2.- Alejandro Jiménez Genchi, Héctor Senties Castella, Héctor A. Ortega Soto. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. Salud Mental Vol. 20 No. 1 marzo 1997.
- 3.- Beck AT, Kovacs M, Weissman A, Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation, J Consult Clin Psicol. 1979;47: 343-352.
- 4.- . Borges G, Rosovsky H, Caballero M, Gómez C. Evolución reciente de suicidio en México 1970-1991, Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría , 15-21, 1994.
- 5.- Cecilia Gómez Castro, Guilherme Borges, Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994, Salud Mental V.19 No. 1 Marzo 1996.
- 6.- Comeche MI, Diaz MI, Vallejo MA. Cuestionarios, Inventarios, Escalas, Ansiedad , depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad empresa, 1995: P194-200.
- 7.- Diaz J, González MP, González Quiros M. Evaluación del riesgo suicida y/o parasuicida. Escalas de evaluación de riesgo suicida. En Bobes J, González JC, Saiz PA (eds) Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas, Barcelona; Masson S.A 1997 p74-89.
- 8.- Elizabeth A King, David S. Baldwin. the Wessex Recent In-Patient Suicide Study.. British journal of psychiatry (2001) 178, 531 a 536.
- 9.- Elorriaga M. Breve estudio sobre el tema del suicidio en la década 1960 a1969, Salud Pública de México 14:487-498, 1972.
- 10.- Encyclopedie Médico-Chirurgicale E 37-678-A 10 y E 37-397-A- 10 Epidemiología del suicidio.
- 11.- Fernández C, Saiz PA, González MP , et al, Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales. Actas Esp Psiquiatr 2000; 28: 224-230.

- 12.- Héctor A. Ortega Soto, Sergio Gracia. Validez y reproductibilidad de una escala para evaluar la depresión en pacientes Esquizofrénicos . Salud Mental Vol.17, No.3, septiembre de 1994.
- 13.- Heman G: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio, Salud Pública de México 26:39-49, 1984.
- 14.- Jiménez N, Rico M: El suicidio en México, enfoque epidemiológico Salud Pública de México. 20: 67-78 1978.
- 15.- Jiménez N, Rico M: El suicidio en México, enfoque epidemiológico, Salud Pública de México, 20:67-78 1978.
- 16.- Kaplan H.Sinopsis de Psiquiatría de 8va Edición capitulo 13. pag 519,521, 523 , 529,531,532
- 17.- Lewine R, Burbach D, Melzer HY: Effect of diagnostic criteria on the ratio of male to female schizophrenic patients. Am J Psychiatry 141:84-87, 1984.
- 18.- Liliana Mondragón, Guilherme Borges, Reyna Gutierrez. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos, Salud Mental Vol. 24, No. 6 diciembre 2001 4-13.
- 19.- R. Apiquian, Ana Fresan, Rosa Elena Ulloa. Estudio comparativo de pacientes Esquizofrénicos con y sin depresión. Salud Mental vol. 24, No.5 octubre del 2001.
- 20.- Ros S. La conducta suicida, Madrid: Ed Libro del año S.A: 1997, P 316-318.
- 21.- Saltijeral M, Terroba G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México, Salud Pública de México, 29:345-360, 1987.
- 22.- Sanjay Gupta, M.D. Donald W.Black M:D: Factors Associated With Suicide Attempts Among Patients With Schizophrenia. Psychiatric Services October 1998 Vol 49 No 10.
- 23.- Steven Reid Suicide in Schizophrenia. A review of the literature. Journal of mental Health; Vol. 7 Abingdon; Aug 1998.
- 24.- Terroba G, Heman C, Saltijeral M, Martinez D, El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Salud Pública de México, 28,48-55, 1986.

25.- Terroba G, Saltijeral T, Gómez M: El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV reunión de investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 310-315, 1988.

26.- Terroba G, Heman A, Saltijeral M, Martínez L, Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. Salud Mental, 9:74-80 1986.

27.- Vanessa Raymont. **Suicide in Schizophrenia- how can Resear influence training and clinical practice.** Psychiatric Bulletin 2001
25 pag 46 a 50