



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**“SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES MAYORES DE  
15 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL  
HGZ/UMF 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**T E S I S**

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DRA. MEDINA FLORES EVELYN**

ASESORES

DR. ROBERTO DE LA FUENTE RODRIGUEZ

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

MEXICO, DF. 2010



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.

## **“SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD EN HGZ/UMF 8, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”**

AUTORES: Dra. Medina Flores Evelyn, Dr. Roberto De la Fuente Rodríguez, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

**Objetivo** Identificar de forma oportuna a las personas que se encuentran potencialmente en riesgo de suicidio e intervenir de manera oportuna una vez detectado al derechohabiente con riesgo de suicidio a través de la valoración psiquiátrica.

**Material y métodos** Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, No Comparativo, Descriptivo, Observacional. Criterios de inclusión: Pacientes que acuden al servicio de urgencias sin distinción de sexo y edad. Criterios de exclusión: Pacientes que no firme carta de consentimiento informado. Tamaño de la muestra: 100 pacientes Variables: Edad, sexo, estado civil, enfermedades concomitante. Se estudio a pacientes mayores de 15 años de edad que ingresaron a urgencias adultos y pediatría en invierno, los pacientes respondieron a 2 escalas la primera identifica a pacientes con riesgo de suicidio y la segunda el grado de severidad de dicho riesgo.

**Resultados.** Se estudio a 100 pacientes, con predominio femenino 53 pacientes (53%) y masculino 47 (47%). El riesgo de suicidio que se encontró fue de 23 (23%), y 77 pacientes (77%) sin riesgo de suicidio. La severidad de riesgo de suicidio que se analizo fue de: 10 (10%) con riesgo leve, 8 (8%) con riesgo moderado, 5 (5%) con riesgo alto.

### **Conclusiones.**

Se observo un riesgo suicida en el 23% de los pacientes. El riesgo leve predominante fue en el rango de edad 35-65 años de edad.

Palabras clave. Riesgo de suicidio. Severidad de riesgo suicida. Suicidio.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**Dr. Francisco Javier Padilla Del Toro**

**Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8**

**“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

---

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio**

**Médico Familiar**

**Encargado de la coordinación clínica de educación y de investigación en salud del**

**HGZ/UMF No. 8**

**“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

## **ASESORES**

---

**Dr. Roberto Felipe de la Fuente Rodríguez**  
**Especialista en Psiquiatría y Paidopsiquiatría**  
**Jefe de la Clínica de Salud Mental UMF #22**  
**Asesor clínico**

---

**Dr. Gilberto Espinoza Anrubio**  
**Especialista en Medicina Familiar**  
**Dr. Gilberto Flores Izquierdo**  
**Encargado de la coordinación clínica de educación y de investigación en salud del**  
**HGZ/UMF No. 8**  
**Asesor metodológico**

**“SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES  
MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD EN EL SERVICIO  
DE URGENCIAS EN EL HGZ/UMF 8”**

## **AGRADECIMIENTOS**

A ROMAN.  
POR SER INDISPENSABLE EN ESTE TRAYECTO.

A MI MAMA.  
POR IMPULSAR EL SUPERARME

A WENDY, HANS, AURY  
POR LA BENDICION DE SER MIS  
HERMANOS

A QUETZA, DANA Y VALE

A MIS AMIGOS.  
POR CONOCERNOS

A MIS PROFESORES  
POR SUS ENSEÑANZAS

## INDICE

ANTECEDENTES	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
JUSTIFICACION	18
OBJETIVO	19
HIPOTESIS	20
MATERIALES Y METODOS	21
TIPO DE ESTUDIO	21
DISEÑO DE INVESTIGACION	22
POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	23
MUESTRA	24
CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION, Y ELIMINACION	25
VARIABLES	26
DISEÑO ESTADISTICO	28
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	29

METODOS DE RECOLECCIONDE DATOS	30
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	30
CRONOGRAMA	32
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	34
CONSIDERACIONES ETICAS	35
RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	66
DISCUSION	67
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	71

## **ANTECEDENTES**

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año en todo el mundo, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.<sup>1</sup>

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra en forma sucinta que las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en América). Sin embargo, en 2001 México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. La población mexicana de 15-24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007. La prevalencia actual (12 meses) de las conductas suicidas en una muestra nacional que incluye población urbana y rural de entre 12 y 65 años, es de cualquier ideación suicida de 8.79%, la prevalencia de plan suicida fue de 1.22%, y 0.79% y de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Las estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, tenemos que 6,601,210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918,363 mexicanos planearon suicidio, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Dada la característica estigmatizante de la conducta suicida, es probable que estas prevalencias sean subestimaciones. <sup>2</sup>

Aunque el suicidio tiene prevalencias altamente variables entre países, en muchos de ellos es una de las tres primeras causas de muerte en varones entre 15 y 34 años de edad, en México la ideación suicida es altamente frecuente en jóvenes de ambos sexos entre 13 y 25 años de edad y frecuentemente no se detecta incluso el alto riesgo suicida en la población en general y en niños y adolescentes en particular. Así por ejemplo, de acuerdo con Clarck (1993), el 83 % de los adolescentes que asisten a centros de primer nivel de atención y que han intentado suicidarse no son reconocidos como personas con riesgo suicida por los médicos generales. Actualmente esta ampliamente aceptado que la identificación oportuna del riesgo suicida puede y debe ser una de las obvias medidas de prevención. <sup>3</sup>

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, define al suicidio como "la muerte ocasionada por la lesión autoinflingida informada como intencional". Las expresiones de la conducta suicida incluyen entre otras: el intento suicida, definido

como un acto auto lesivo con cualquier grado de intención letal; el parasuicidio, o acto no mortal de auto lesión deliberada; y la ideación suicida, constituida por pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio. La prevalencia de ideación suicida en la población, según algunos autores, oscila entre el 10 y el 28 %; y la del intento suicida alguna vez en la vida entre el 3 y el 5 %. Estudios internacionales presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado, siendo mayor el riesgo durante el primer año. La evidencia muestra que del 30% al 60 % de las muertes suicidas han sido precedidas por intentos.<sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud define el “Intento Suicida”, “parasuicidio” o “daño autoinflingido deliberado” como un acto de resultado no fatal, en el cual un individuo inicia deliberadamente un comportamiento no habitual que, sin la intervención de los demás, le causa daño, o deliberadamente ingiere una sustancia en exceso de lo prescrito o reconocido generalmente de la dosis terapéutica, lo cual está dirigido a conseguir cambios deseados por el sujeto por medio de las consecuencias reales o esperadas”.<sup>5</sup>

La conducta suicida no es explicable por una causa única, surge de múltiples factores de naturaleza biológica, psicológica y social. El suicidio representa una identidad compleja y sus estrategias de valoración, detección de riesgo y prevención se dificultan por el desconocimiento de una definición y clasificación operantes. El concepto de suicidio es complejo y ha evolucionado desde su enfoque de un acto aislado hasta su inclusión en un concepto más amplio que comprende un continuo entre la ideación suicida, la planeación suicida, el intento suicida y el suicidio consumado.<sup>6</sup> Para fines de este estudio el riesgo suicida será: en todas las personas con ideación, planeación o intento de suicidio, e identificación de factores específicos, signos y síntomas que puedan aumentar el riesgo de suicidio.<sup>7</sup>

El riesgo suicida involucra factores genéticos y neurobiológicos específicos que determinan varias etapas. La biología señala bajas concentraciones del metabolito de la serotonina, ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), en el líquido cefalorraquídeo en suicidas comparados con controles. La disminución de la neurotransmisión serotoninérgica en la corteza prefrontal ventral podría dar lugar a la propensión suicida, la función de esta parte de la corteza cerebral involucra el afrontamiento al estrés y el común denominador de la suicidalidad se expresa como una relativa incapacidad para elaborar conductas adaptativas frente a situaciones desfavorable. El suicidio es en sí una acción agresiva e impulsiva, emerge en respuesta a la privación o al castigo y se acompaña generalmente de frustración, irritabilidad, miedo e ira. Una herencia poligénica con presencia del alelo L en el gen codificador de la enzima triptófano hidroxilasa, la enzima limitante de la biosíntesis de la serotonina, lo cual se ha asociado a aumento en el riesgo suicida. Además un polimorfismo del gen transportador de serotonina, así como el gen de la enzima hidroxilasa triptófano (TPH) se encuentra en el cromosoma 11 y tiene 2 polimorfismos, en suma las variantes mencionadas, se encuentran asociados en los sujetos que tienen un conducta violenta y suicida.<sup>8</sup>

La ocurrencia del suicidio se apoya teóricamente en 2 modelos. El primero se denomina modelo de estrés-diátesis (figura 1) y se basa en que las características de algunos individuos les hace reaccionar de manera peculiar ante algunos estímulos del medio ambiente, la segunda esta basada en la observación de que el suicidio conlleva un proceso. (Figura 2). Frecuentemente el suicida da indicios verbales directos e indirectos de su intención suicida. Un 60% de los suicidas que lograron su propósito había consultado al médico el mes anterior al suceso; más de la mitad había comentado con alguien su deseo de morir, y un tercio del total había hecho una amenaza declarada de suicidio. Así, la evaluación de riesgo del paciente suicida debe ser una parte fundamental en la práctica clínica diaria, ya que la detección oportuna de los factores de riesgo suicida puede permitir su prevención. 9

Los factores de riesgo pueden considerarse como aquellos que llevan al suicido o están asociados con él; las personas que manifiestan los factores de riesgo tienen mayor potencial de tener comportamiento suicida.10

Factores de riesgo.

- Factores de riesgo biopsicosociales. Trastornos mentales, en particular trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, y ciertos trastornos de la personalidad. Trastornos relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, Desesperanza, tendencia a la impulsividad, antecedentes de trauma o abuso, algún tipo de enfermedad física seria, intento de suicidio previo, antecedentes familiares de suicidio.10
- Factores de riesgo ambientales. Perdida de trabajo o situación económica, perdida de relaciones amorosas o sociales. Acceso fácil a medios mortíferos. Focos de suicidio en la localidad que ejercen una influencia contagiosa.
- Factores de riesgo socioculturales. Falta de apoyo social y sentirse aislado, estigmatización del que busca ayuda, trabas al acceso a atenciones médicas, en particular a tratamientos para la salud mental y el abuso de sustancias. Ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo, creer que el suicidio es una forma noble de resolver un dilema personal) La simpatía, aún cuando fuera por medio de la prensa, con aquellos que se han suicidado y la influencia que éstos tienen sobre la persona.10

Otra clasificación:

- Sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, origen étnico, estado civil, nivel socioeconómico.
- Clínicos: trastornos médicos, trastornos mentales, trastornos afectivos, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de personalidad, conducta suicida previa, trastornos adaptativos,
- Genéticos neurobiológicos. Disfunción del sistema serotoninérgico. Antes comentados. 11

- Fijos: intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, estado civil, la situación económica y la preferencia sexual.
- Modificables: son principalmente la ansiedad y depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.
- Primarios: incluye trastornos psiquiátricos y enfermedad medica crónicas.
- Secundarios: son los factores que llevan a una actitud disfuncional como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo.
- Terciarios: incluye factores demográficos como la edad, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado.

Los factores sociales ligados a los papeles de genero, las mujeres que sufren violencia por parte se su compañero sentimental tienen un mayor riesgo de padecer dolor crónico, diversas somatizaciones, mayor consumo de sustancias toxicas como drogas o alcohol, depresión e intentos de suicidio. Las tasas de suicidio son mayores en los varones que en las mujeres; oscilan entre 1.4:1 y 10.4:1 entre los diferentes países, y la razón media mundial es de 2.8:1. Los factores sociales, especialmente ligados a los papeles de sexo y los cambios en estos papeles, son las explicaciones más probables. El papel masculino en las culturas occidentales implica no percibir o admitir la ansiedad, los problemas y las cargas. También los cambios en los papeles sociales y la realidad actual de las mujeres pueden haber llevado a una de construcción de la masculinidad tradicional que no se sustituyó por nuevos modelos para el varón. Un ejemplo podemos encontrarlo en el empleo. El varón puede reaccionar con estrategias adaptativas poco adecuadas como inexpresividad emocional, no solicitar ayuda, agresividad, conductas de riesgo, violencia, consumo de sustancias y suicidio. El abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y los desórdenes en la infancia son los problemas más frecuentes asociados al suicidio en los varones; entre las mujeres los problemas depresivos y afectivos son los más habituales. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que los varones tienen en proporción más trabajo remunerado que las mujeres.<sup>12</sup>

En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado para el suicidio, seguido por el que se consuma por armas de fuego; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos principalmente. Según la OMS la tasa de suicidio aumenta con la edad. Las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio 3 veces más que la población joven.

Está documentada la mayor frecuencia de intentos suicidas en mujeres que en varones, esta diferencia puede reflejar el hecho de que las mujeres tienden a buscar más la ayuda y a preferir la toma de sobredosis de medicamentos como medio de agredirse, lo cual favorece que sean llevadas a servicios médicos

después del intento suicida. En el caso de los varones, éstos tienden a preferir otros medios que, cuando no son letales, requieren menos de la ayuda médica.<sup>4</sup>

La conducta suicida es un fenómeno polimórfico, influenciado por múltiples factores que condicionan su desarrollo, perpetuación y desenlace. La determinación de estos factores junto a la pronta y efectiva intervención de los factores de riesgo controlables favorece la interrupción de un proceso que de otra manera tiene resultados funestos para el individuo, la familia y sociedad.

Personas con el estado civil de viudos y solteros presentaban tasas de suicidio más elevadas que las casadas. Que el matrimonio sea un factor protector frente al suicidio podría explicarse por el apoyo social que se recibe de la pareja y por que, al parecer, incrementa los hábitos saludables. Además, hasta ahora el matrimonio era un indicador de buena situación social. <sup>12</sup>

Entre los factores de riesgo para la conducta suicida, es la presencia de trastornos mentales observado en hasta 90-98% de las personas que intentan suicidarse de acuerdo con el DSM IV y 46% un trastorno de la personalidad, en particular, límite, antisocial y obsesivo compulsivo entre los trastornos del eje I destaca el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de sustancias, con respecto a este último, las sustancias cuyo uso se reporta con mayor frecuencia figuran el alcohol, *cannabis*, sedantes, estimulantes y opioides, aunque se ha considerado que no es el tipo de sustancias consumidas sino el número de ellas lo que incrementa el riesgo de suicidio. <sup>6</sup> La conducta suicida se incrementa a partir de procesos psiquiátricos más o menos graves, en el 60% de los casos de suicidio se observa un sustrato de enfermedad depresiva y en 40% restante existen trastornos de personalidad, esquizofrenia, drogadicción y alcoholismo. A pesar de la relación de los procesos psiquiátricos no puede equipararse la enfermedad mental con el suicidio, ya que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos no se suicidan. Por lo tanto se asume que otros factores aun no muy bien conocidos que se relacionan con la vulnerabilidad y la impulsividad de la conducta suicida. <sup>13</sup>

El alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquéllos que han cometido suicidio, particularmente jóvenes. Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son: Iniciación temprana del alcoholismo. Largo historial de bebida. Alto nivel de dependencia. Humor depresivo. Salud física deficiente. Desempeño laboral pobre. Antecedentes familiares de alcoholismo. Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante. El consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo que aumenta las probabilidades del intento suicida hasta 3.7 veces más que las personas que no lo consumen. Las adicciones pueden sugerir una tendencia autodestructiva que afecta principalmente a individuos jóvenes. Constituye una puerta de entrada al pensamiento suicida, ya que provoca estados depresivos transitorios o desinhibición de las conductas autodestructivas. <sup>14</sup>

La depresión, representa un factor de riesgo veinte veces más alto con respecto a otros trastornos psiquiátricos. La desesperanza, esta definida como un sistema de esquemas que comparten el elemento de expectativas negativas sobre el futuro y una visión desfavorable del mismo, así aunada a acontecimientos vitales negativos y una disminución del apoyo social, puede desencadenar la ideación suicida y llevar al suicidio mismo. En la desmoralización, es decir, la inhabilidad para afrontar situaciones (*cope*) ya puede haber ideación suicida; la desesperanza es precedida de aislamiento, conflicto y descuido y, en la etapa previa al intento de suicidio ocurre una crisis consistente en pérdida del control y sentimientos de desesperanza, desesperación, ansiedad, pánico y un «vacío mental». Estos signos son comunes a muchas entidades psiquiátricas y no sólo a los deprimidos; por ejemplo, los esquizofrénicos suelen quejarse de desesperanza y desesperación lo que, aunado a actitudes negativas e indiferencia hacia el personal médico y a su medicación, indica cierto grado de suicidalidad.<sup>8</sup>

El suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes solo presentan enfermedad somática, en los episodios depresivos típicos, el individuo normalmente sufre de animo depresivo (tristeza), perdida de interés y capacidad de goce, energía disminuida, (fatiga y actividad disminuida). Las características clínicas específicas asociadas con un riesgo aumentado de suicidio en la depresión son: Insomnio persistente, Descuido consigo mismo, Enfermedad severa (en especial depresión psicótica), Deterioro de la memoria, Agitación, Ataques de pánico. Los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión: Edad menor de 25 años en varones, Fase temprana de la enfermedad, Abuso del alcohol, Fase depresiva de un trastorno bipolar, Estado mixto (maniaco-depresivo), Manía psicótico. Los recientes avances en el tratamiento de la depresión son muy relevantes para la prevención del suicidio en la atención primaria. <sup>15</sup>

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave y altamente estigmatizante, con consecuencias generalmente devastadoras para la persona y su entorno. El suicidio es la consecuencia más grave y la causa principal de muerte prematura en la esquizofrenia. Los pacientes esquizofrénicos tienen una alta tasa de suicidio consumado, recientemente estimada del 4,9% y clásicamente considerada entre el 10-13%. Además, entre el 20-55% de los pacientes cometen alguna tentativa suicida. En cuanto a las variables psicopatológicas, la depresión es un fenómeno frecuente que puede aparecer en cualquier fase de la esquizofrenia, con tasas que oscilan entre el 61% y el 75%. Dado que el riesgo de suicidio es mas alto en los estadios precoces de la esquizofrenia, seria mas que apropiado que los servicios de tratamiento precoz de la psicosis presentaran mucha atención en la prevención del suicidio.<sup>16</sup>

Los individuos con intento de suicidio tienen una probabilidad 4 veces mayor de volverlo hacer y el riesgo es mas alto en el primer año, y poco después de una hospitalización. Por tal motivo es indispensable una adecuada valoración del riesgo de reincidencia en los individuos con un intento suicida reciente. <sup>17</sup>

Riesgo suicida en las enfermedades médicas no psiquiátricas. Las enfermedades somáticas, sobre todo si son incapacitantes y de curso crónico, se consideran un factor de riesgo suicida. Se podría esperar que muchas personas afectadas de enfermedades somáticas graves que les ocasionan dolor y pérdida de la calidad de vida decidieran poner fin a su situación de sufrimiento. Entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal. Estas cifras van aumentando junto con la edad. El hecho de tener mala salud en los últimos 6 meses también aumenta el riesgo. Los diagnósticos más frecuentes son: enfermedad incapacitante crónica (insuficiencia renal que requiere diálisis); enfermedad terminal o diagnósticos que están relacionados con la idea de muerte a corto plazo (cáncer, SIDA); dolor crónico (neurálgia del trigémino, cefaleas incohercibles). En la mayor parte (80%) de los pacientes con enfermedad somática que realizan intentos suicidas hay una comorbilidad con trastornos depresivos. Sin embargo, es frecuente que al haber dolor importante la depresión quede disimulada y no sea identificada.18

Paradójicamente, el principal generador de violencia es el mismo sitio donde usualmente se fundamenta el amor y la adecuada relación de pareja, esto es, el hogar. Aunque generalmente se asocia a la mujer como principal víctima de violencia intrafamiliar se ha notado un incremento de violencia contra los hombres, lo que provoca víctimas mortales en forma de homicidios o suicidio. La mujer maltratada tiene cinco veces más probabilidad de suicidarse cuando vive con hombres violentos, cerca del 80% que sufren violencia de género han pensado alguna vez en el suicidio, de estas el 66% lo ha intentado alguna vez, tras una convivencia de 11 años con su conyugue o pareja y de sufrir durante más de 10 años maltrato, fundamentalmente psíquico, que con frecuencia de asocia al maltrato físico. 19

La incorporación de alta tecnología en la vida cotidiana, la industrialización de las actividades del ser humano, la crisis económica y la sobrepoblación de las grandes ciudades, aunado a la baja producción e inequitativa distribución de las tierras cultivables, motivan el éxodo de un gran número de campesinos a las ciudades en donde se suman a grupos de subempleados y desempleados que viven en la pobreza y constituyen una fuente de improvisación en las formas de convivencia y en la generación de conflictos, factores que contribuyen al incremento de los daños a la salud originados por accidentes y violencias que incluyen los homicidios, suicidios y otros tipos de violencia, como la intrafamiliar. 20

El abuso sexual está asociado con una gran cantidad de problemas de salud mental en la adolescencia y en la edad adulta, por definición el abuso sexual es perpetrado en la niñez, este podría considerarse como un factor de riesgo para intentar suicidarse. Si se consideran las diferencias entre los dos sexos, destaca que en las mujeres se han reportado como efectos a largo plazo del abuso infantil problemas tales como el trastorno por estrés posttraumático, la depresión, la ideación suicida y el intento suicida, la insensibilidad emocional, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia de

alcohol o de las drogas, victimización sexual posterior, y maltrato por parte de la pareja entre otras. En los hombres se han encontrado la sensibilidad interpersonal, la ansiedad fóbica, la depresión, y la obsesión-compulsión, así como baja autoestima, ideación e intento suicida y el abuso de sustancias.<sup>21</sup>

La asociación entre la precariedad laboral y el suicidio parece deberse a causas económicas y de apoyo social y familiar, las cuales producen una mayor vulnerabilidad a enfermedades mentales. La pérdida de empleo o el desempleo por grandes períodos son más atribuibles a fracasos individuales que a problemas sociales y resultan en problemas de identidad, pérdida de control, desamparo y depresión.

Los motivos que inducen a una persona a enmascarar un suicidio simulando una muerte accidental pueden ser varios: evitar el estigma social que conlleva el suicidio, asuntos de herencia familiar, asuntos pendientes con la justicia o simular una muerte accidental para obtener una indemnización de los correspondientes seguros. La incidencia de accidentes de tráfico que realmente son actos suicidas varía entre el 1.6% y al 5%, por lo que existe una proporción significativa desconocida de muertes por accidentes de tráfico que son realmente suicidios. Según Schmidt et al., un accidente de tráfico en el cual interviene un sólo vehículo con un único ocupante debe ser especialmente sospechoso. <sup>22</sup>

Evaluar al paciente parasuicida en urgencias es una de las intervenciones más importantes a las que debe enfrentarse el profesional sanitario, debido a la potencial gravedad del fenómeno, a la responsabilidad que conlleva y al aumento de frecuencia de este tipo de comportamientos. Y aunque la mayoría de los intentos auto líticos persiguen, frecuentemente, llamar la atención, disminuir el estrés o conseguir cambios en una situación sofocante, de la buena calidad de la evaluación clínica puede depender una mejor orientación terapéutica y una mejor derivación y cumplimiento del tratamiento. <sup>23</sup>

Muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado un acto suicida nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados, autopsias psicológicas reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces la única pista que puede aparecer es que aparezcan por nuestra consulta. El valorar que un paciente se suicide en un futuro inmediato, es una tarea compleja. El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínico, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. <sup>25</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cual es el riesgo de suicido de la población afiliada al HGZ #8 que acude al servicio de urgencias?

## **JUSTIFICACIÓN**

El suicidio es la tercera causa principal de muerte en personas de ambos sexos, entre las edades de 15 a 35 años en México. Los desórdenes mentales, particularmente la depresión y el abuso de sustancias o medicamentos adictivos, están asociados con más del 90%. Entre 1970 y 2007 el número de suicidios en México aumentó 275%, cuatro veces más que el promedio mundial. Se justifica este estudio para identificar el riesgo de suicidio así como el grado de severidad y canalizarlos hacia una terapéutica adecuada ya que de acuerdo con estadísticas oficiales, tres de cada 10 mexicanos tiene entre 15 y 35 años, y para 2012 la proyección es que habrá 36 millones de personas en este rango de edad.

El suicidio es un fenómeno que esta cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente prevalencia, y por lo tanto el identificar y mejorar las estrategias terapéuticas y preventivas para la reducción del riesgo suicida conlleva la finalidad de este estudio.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

- Identificar en forma oportuna a los derechohabientes que se encuentran potencialmente en riesgo de suicidio.

### Objetivo específico

- Intervenir de manera oportuna una vez detectado al derechohabiente con riesgo de suicidio a través de la valoración psiquiátrica.
- Detectar factores de riesgo asociados a intentos suicidas
- Determinar el grado de severidad del riesgo suicida.

## **HIPÓTESIS**

### Hipótesis alterna

El riesgo de suicidio esta potencialmente presente en los derechohabientes con factores de riesgo.

### Hipótesis nula

El riesgo de suicidio no esta potencialmente presente en los pacientes con factores de riesgo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### TIPO DE INVESTIGACION:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

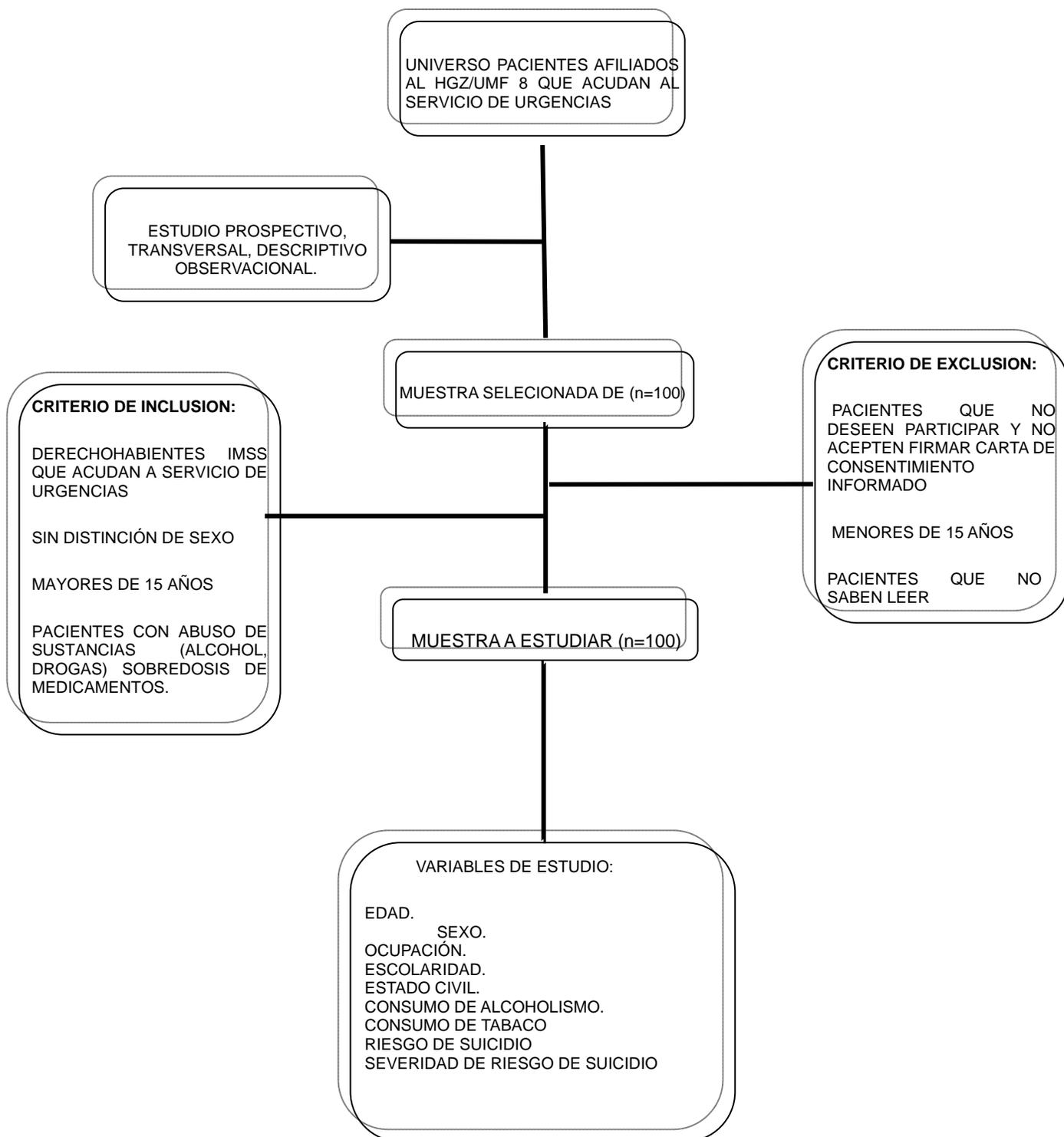
d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

e).- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

### MUESTREO

El tipo de muestreo será probabilística aleatorio.

# DISEÑO DE INVESTIGACION



### **POBLACION Ó UNIVERSO:**

El estudio se realizara en el servicio de Urgencias del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No 8, en los derechohabientes que acudan al servicio de urgencias pediatria y urgencias adultos, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se realizara en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina familiar No 8. En la Colonia Tizapan la Hormiga delegación Álvaro Obregón, México, DF. Se realizara invierno 2009-2010

## MUESTRA

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requerirá de 100 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%, con una proporción del 0.10, con una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

### DEFINICION DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Numero total de individuos requeridos

Z alfa =Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

La población estudiada serán pacientes afiliados al IMSS que acudan a servicio de urgencias del HGZ/UMF no. 8, sin distinción de genero, mayores de 15 años de edad. Se incluirán pacientes con diagnostico previo de Depresión, abuso de sustancias (alcohol), pacientes con sobredosis de medicamentos.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Personas no afiliadas a HGZ/UMF #8 , Personas que se entran fuera del rango de edad, pacientes que no deseen participar, así como las que no acepten firmar hoja de consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Información no confiable o insuficiente. Pacientes no afiliados al IMSS.  
Pacientes con negativa a seguir participando.

## VARIABLES

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad
2. Genero
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Escolaridad
6. Consumo de alcohol
7. Consumo de tabaco
8. Comorbilidad

### VARIABLES DE PATOLOGIA PRINCIPAL

Riesgo de suicidio.

- Con riesgo
- Sin riesgo

Severidad de riesgo de suicidio.

- leve
- moderado
- alto

Variable dependiente:

**Severidad de riesgo suicida:** dicotómica, cualitativa, nominal y finita

Variable independiente:

**Riesgo suicida:** cualitativa, nominal y finita

## DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Edad. Años cumplidos hasta tiempo del estudio.

Genero. Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas:  
*sexo masculino, femenino.*

Estado civil. Es la calidad de un individuo en orden a sus relaciones de familia en cuanto le confieren o le imponen determinados derechos y obligaciones.

Ocupación. Quehacer, actividad, labor, trabajo, tarea, obligación, cometido, empleo, cargo.

Escolaridad. Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

Consumo de Alcohol. Acto de ingerir bebidas embriagantes.

Consumo de tabaco. Acto de fumar.

Comorbilidades. Presencia de enfermedades crónico degenerativas.

Riesgo de suicidio. Presencia de deseos, pensamientos, intenciones y planes para cometer un acto suicida.

Severidad de riesgo de suicidio.

Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si ideación suicida. Rectifica su conducta, presencia de autocrítica.

Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plano claro.

Alto. Preparación concreta de hacerse daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza y no rectifica sus ideas.

## CARACTERISTICAS GENERALES

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1.empleado 2.desempleado
Genero	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.femenino 2.masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1.soltero 2.casado 3.divorciado 4.viudo 5.unión libre
Consumo de alcohol	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.si consumo 2.no consumo
Consumo de tabaco	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.si consumo 2.no consumo
Comorbilidad	Cualitativa	Nominal	1.con enfermedad 2.sin enfermedad
Riesgo suicida	Cualitativa	Dicotómica	1.con riesgo 2.sin riesgo
Severidad de riesgo suicida	Cualitativa	Nominal	1.leve 2.moderado 3.alto

## DISEÑO ESTADISTICO

El análisis estadístico se llevara acabo a través del programa SPSS 17 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevalecia del 10%.

## **INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

- 1) La Escala de Riesgo suicida de Plutchik, fue desarrollado para posibilitar la identificación del Riesgo suicida por parte de personal no especializado en salud mental que bien puede facilitar la rápida y oportuna detección de riesgo suicida y toma de decisiones por parte del personal no especializado en salud mental.

Los ítems cuestionan acerca de la conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y estresores actuales.

Se diseñó una presentación con los datos de identificación personalizada y se utilizó la Escala de Riesgo suicida de Plutchik para discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son.

La Escala de Riesgo Suicida en la validación española es para un punto de corte de 6 puntos, la sensibilidad y especificidad es de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik y Validada por Rubio y cols.

El punto de corte de 6 o más preguntas contestadas como si indica un riesgo suicida en el paciente entrevistado.

- 2) MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. M.I.N.I. 6.0.0 (January 1, 2009) TENDENCIAS SUICIDAS. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL 6.0.0 (ENERO 1, 2009)

El M.I.N.I. fue diseñado como una breve entrevista estructurada para el eje principal que los trastornos psiquiátricos en el DSM-IV y CIE-10. Validación y estudios de fiabilidad se han realizado comparando el MINI a la SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollado por la Organización Mundial de la Salud). Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene la fiabilidad y la validez similares propiedades, pero puede ser administrada en un período mucho más corto de tiempo (media  $18,7 \pm 11,6$  minutos, mediana 15 minutos) que el por encima de los instrumentos de referencia.

Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la "Salpêtrière" en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998.

La MINI es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable y fácil de usar tras un breve curso de formación.

## **METODO DE RECOLECCION**

Se aplicará la Escala de Riesgo suicida de Plutchik, que es auto administrada de 15 preguntas, con respuestas Si o No a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. Fácil y rápida de administrar (1-2min); pacientes que presenten una puntuación mayor a 6 se aplicará el apartado de “riesgo de suicidio” del cuestionario MINI para determinar la severidad de riesgo suicida. Esta información será recolectada en invierno 2009-2010.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se debe de aplicar la Escala de Riesgo Suicida de forma individual. Se aplicara a pacientes en derechohabientes mayores de 15 años de edad, y quienes puedan leer.

Si el administrador de la prueba sospecha que el nivel de lectura es inadecuado, deberá trabajar con la primera pregunta, haciendo que el sujeto lea el enunciado en voz alta y seleccionando en voz alta algunas alternativas.

Si el sujeto tiene dificultades para leer la primera pregunta, se debe interrumpir la aplicación de la prueba.

La prueba deberá realizarse en minutos (1 o 2). Durante la aplicación recordar que las respuestas no requieren ayuda de otras personas.

No se hará mención del riesgo de suicidio que se esta estudiando. Hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.

El examinador debe decir: Usted puede dejar una pregunta en blanco si lo desea, cuando no este seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente es aplicable a usted, pero antes de dejarla en blanco intente dar una respuesta.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser el quien debe buscar sus percepciones u opiniones.

Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición del cuestionario.

El examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas alternativas ha sido señalada para cada pregunta.

Captura:

1. Se integrarán los cuestionarios de cada paciente en una carpeta de archivo.
2. Posterior a la captura de datos se colocará un número de folio a cada cuestionario.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

### TITULO DEL PROYECTO

“SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS  
 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ/UMF 8”

**2009**

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Título	Xxx											
Antecedentes		Xxx										
Planteamiento del problema			Xxx									
Objetivos				Xxx								
Hipótesis					Xxx							
Propósitos						Xxx						
Diseño metodológico							Xxx					
Análisis estadístico								Xxx				
Consideraciones éticas									Xxx			
Recursos									Xxx			
Bibliografía		Xxx							Xxx			
Aspectos generales									Xxxx	Xxx		

## 2010

	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Aceptación											xxxx	
Etapa de ejecución del proyecto										xxxxxxxxxx	xxxxxx	Xxxxxx
Recolección de datos										xxxxxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxx
Almacenamiento de datos	Xxxxx										Xxxx	xxxx
Análisis de datos	xxxxx											xxxxx
Descripción de datos	xxxxx											xxxxx
Discusión de datos	xxxxxx											xxxxx
Conclusión del estudio		xxxx										
Integración y revisión final		xxx	xxxx									
Autorizaciones				xxxx	xxxx							
Impresión del trabajo						xxxx						
Publicación						xxxxx						

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO**

### **RECURSOS HUMANOS**

#### **Asesor:**

- La investigación del estudio estará a cargo del Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, médico de base de Medicina Familiar en el HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.
- La asesoría clínica estará a cargo del Dr. Roberto de la Fuente Rodriguez, Jefe de Departamento de Salud Mental de la UMF no. 22

#### **Revisores:**

- La revisión esta a cargo de la Dra. Hermila Reyes medico de base del servicio de Urgencias HGZ/UMF 8, Dra. Gerardo Alarcón medico de base encargada de la clínica de VIH del HGZ/UMF8

#### **Investigador:**

- La evaluación de los pacientes estará a cargo del residente de Medicina Familiar Dra. Medina Flores Evelyn

#### **Sujetos:**

- Derechohabientes que acuden al servicio de urgencias del HGZ con UMF No. 8

### **RECURSOS FÍSICOS:**

Papelería (hojas, bolígrafos) para realización de instrumento. Servicio de fotocopiado para reproducir la Escala de Riesgo Suicida. USB para almacenamiento de información. Lap top SONY VAIO para análisis del instrumento. Los gastos en general se absorberán por residente de segundo grado de Medicina Familiar Medina Flores Evelyn.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente protocolo de investigación no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se solicitará el consentimiento verbal y por escrito del paciente otorgando la hoja especial de consentimiento informado los derechohabientes, que se encuentra en anexos.

El estudio no representará riesgo alguno para el paciente y se conservarán los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia.

## RESULTADOS

Estudio a 100 pacientes, que acudieron al servicio de urgencias adultos y urgencias pediatría, se observo predominio del genero femenino 53 (53%) pacientes y masculino 47 (47%) pacientes.

Se obtuvo una edad media de 40.9 años, mediana 35.5 años, moda 21 años, desviación estándar 18.1, valor mínimo de 15 años y valor máximo de 84 años.

Se analizo encontrándose en el estado civil solteros 40 (40%), pacientes casados 41 (41%), pacientes divorciados 4 (4%) pacientes, viudos 9 (9%) pacientes, y en unión libre 6 (6%). pacientes

Se observo en la ocupación a empleados 56 pacientes (56%), estudiantes 11pacientes (11%), ama de casa 21 (21%) pacientes, otro 12 (12%) pacientes.

La escolaridad que se analizo fue de 23 (23%) pacientes con primaria, 12(12%) secundaria, 32 (32%) bachillerato, 26(26%) licenciatura, analfabetas 7(7%).

Se obtuvo una frecuencia de 93(93%) pacientes con religión católica, y 7 (7%) pacientes otra religión.

Se analizo a 43(43%) de pacientes con consumo de alcohol, y un 57(57%) de pacientes sin consumo de alcohol.

Se encontró 41(41%) pacientes fumadores y 59 (59%) pacientes no fumadores.

En los pacientes con otras enfermedades concomitantes se observo 79 (79%) pacientes con otras enfermedades concomitantes y 21(21%) pacientes sin comorbilidad.

El riesgo de suicidio que se encontró fue en 23 (23%) pacientes, y 77 (77%) pacientes sin riesgo de suicidio.

La severidad de riesgo de suicidio que se analizo fue de 10 (10%) pacientes con riesgo leve, 8 (8%) pacientes con riesgo moderado, 5 (5%) pacientes con riesgo alto.

Se midió a 49 (49%) pacientes en un rango de edad de los 15-35 años, 38 (38%) pacientes en el rango de edad de 36- 65 años y 13 pacientes (13%) fueron mayores de 65 años.

Se observo una distribución de riesgo suicida de acuerdo al genero de la siguiente manera: femenino 15 (15%) pacientes con riesgo de suicidio, y 8 (8%) pacientes con riesgo de suicidio en el genero masculino.

Se analizo la severidad de riesgo suicida a de acuerdo al genero de la siguiente manera: femenino 5 (5%) pacientes con grado leve, 8 (8%) pacientes con grado moderado, 2 (2%) pacientes con grado alto; en el genero masculino se observo a 5 (5%) pacientes con grado leve, 0 pacientes con grado moderado y 3 pacientes (3%) con grado alto.

La relación entre riesgo de suicidio y el estado civil que se encontró fue de la siguiente manera: 6 (6%) pacientes solteros con riesgo de suicidio y 34 (34%)

pacientes solteros sin riesgo, 11 (11%) pacientes casados con riesgo de suicidio y 30 (30%) pacientes casados sin riesgo de suicidio, ningún paciente divorciado con riesgo de suicidio y 4(4%) pacientes divorciados sin riesgo de suicidio, 5(5%) pacientes viudos con riesgo de suicidio y 4(4%) pacientes viudos sin riesgo de suicidio, en unión libre 1(1%) con riesgo de suicidio y 5 (5%) pacientes en unión libre sin riesgo de suicidio.

Se analizo la severidad de riesgo en relación al estado civil de la siguiente manera, se encontró 0 (0%) pacientes solteros con grado leve, 3 (3%) pacientes solteros con grado moderado, 3 (3%) pacientes con grado alto; 7 (7%) pacientes casados con grado leve, 3 (3%) pacientes casados con grado moderado, 1(1%) paciente con grado de severidad alto; no se encontró ningún grado de severidad de riesgo suicida en pacientes divorciados; 2 (2%) pacientes viudos con grado leve, 2 (2%) pacientes viudos con grado moderado, 1 (1%) paciente viudo con grado alto; en unión libre 1(1%)paciente con grado leve, 0(0%) con grado moderado, 0(0%) con grado alto.

El riesgo de suicidio de acuerdo a la ocupación fue de la siguiente manera empleados 10(10%) pacientes con riesgo de suicidio, 46 (46%) empleados sin riesgo de suicidio; estudiantes 1(1%) paciente con riesgo de suicidio, 10(10%) estudiantes sin riesgo de suicidio; 11(11%) de las amas de casa tienen riesgo suicida, y 10 pacientes (10%) de las amas de casa sin riesgo suicida; otro 1 paciente (1%) con riesgo de suicidio y 11(11%) sin riesgo de suicidio.

Se encontró una severidad de riesgo suicida en relación a la ocupación de la siguiente manera: 3 (3%) empleados con un grado leve, 4 pacientes (4%) empleados con grado moderado, 3 pacientes (3%) empleados con grado alto, 0 pacientes (0%) estudiantes con grado leve, 0 pacientes (0%) estudiantes con grado moderado, 1 (1%) estudiante con grado alto; 6 pacientes (6%) amas de casa con grado leve, 4 pacientes (4%) amas de casa con grado moderado, 1 paciente (1%) ama de casa con grado alto, 1 paciente (1%) con otra ocupación con grado leve, 0 pacientes (0%) con grado moderado, 0(0%) con grado alto.

Se observo una relación de escolaridad con un riesgo de suicidio de la siguiente manera: 9(9%) con primaria en riesgo de suicidio, 14 (14%) con primaria sin riesgo suicida; 4 (4%) con secundaria con riesgo de suicidio, 8 pacientes (8%) con secundaria sin riesgo de suicidio; 5 pacientes (5%) con bachillerato con riesgo de suicidio, 27 pacientes (27%) con bachillerato sin riesgo de suicidio; 3 (3%) con licenciatura con riesgo suicida, 23 pacientes (23%) con licenciatura sin riesgo suicida; 2 (2%) analfabetas con riesgo suicida y 5 pacientes (5%) analfabetas sin riesgo suicida.

La relación que se observo entre la severidad de riesgo suicida y la escolaridad fue de la siguiente manera: 5 (5%) con escolaridad primaria tuvieron un grado leve, 2 (2%) con grado moderado, 2(2%) un grado alto; 1 paciente con escolaridad secundaria tuvo un grado leve, 0(0%) un grado moderado, y 3 (3%) grado alto; se encontró 1 paciente (1%) grado leve, 4(4%) en grado moderado, 0 pacientes (0%)

grado alto con nivel bachillerato; se observo 3(3%) con grado leve, 0 pacientes (0%) con grado moderado, 0(0%) con grado alto en nivel licenciatura; y en analfabetas 0 pacientes (0%) con grado leve, 2 pacientes (2%) con grado moderado, 0 pacientes (0%) con grado alto.

Se analizo la relación de riesgo de suicidio con la religión y se encontró una distribución de la siguiente manera: 21 pacientes (21%) católicos con riesgo suicida, 72 pacientes (72%) sin riesgo de suicidio; 2 pacientes (2%) con otra religión con riesgo de suicidio y 5 pacientes (5%) con otra religión sin riesgo de suicidio.

La severidad de riesgo suicida en relación con la religión que se observo fue la siguiente: 10 pacientes (10%) católicos con grado leve, 8 pacientes (8%) con grado moderado, 3 pacientes (3%) con grado alto; 0 pacientes (0%) que practica otra religión grado leve, 0 pacientes (0%) grado moderado, 2 pacientes (2%) grado alto.

La relación que se observo en pacientes con riesgo de suicido y el consumo de alcohol fue de la siguiente manera: 12 pacientes (12%) con consumo de alcohol con riesgo suicida y 31 pacientes (31%) con consumo de alcohol sin riesgo de suicidio; 11 pacientes (11%) sin consumo de alcohol tienen riesgo de suicidio y 46 pacientes (46%) sin consumo de alcohol sin riesgo de suicidio.

Se encontró una relación de la severidad del riesgo suicida con consumo de alcohol de la siguiente manera: 5 pacientes (5%) con grado leve, 4 pacientes (4%) grado moderado, 3 pacientes (3%) grado alto con consumo de alcohol; y 5 pacientes (5%) con grado leve, 4 pacientes (4%) con grado moderado, 2 pacientes (2%) con grado alto sin consumo de alcohol.

Se analizo la relación de riesgo de suicidio con pacientes fumadores y se encontró a 12 pacientes (12%) fumadores con riesgo de suicidio, 29 pacientes (29%) pacientes fumadores sin riesgo de suicidio; y a 11 pacientes (11%) no fumadores con riesgo de suicidio, 48 pacientes no fumadores sin riesgo de suicidio.

Se analizo la relación de severidad de riesgo suicida en fumadores, y se observo que 5 pacientes (5%) fumadores tienen un grado leve, 4 pacientes (4%) grado moderado, 3 pacientes (3%) grado alto, en pacientes no fumadores de obtuvo 5 pacientes (5%) con grado leve, 4 pacientes (4%) con grado moderado y 2 pacientes (2%) no fumadores con grado alto de severidad.

Se encontró un riesgo de suicidio en relación con co-morbilidades la siguiente distribución: 19 pacientes (19%) con co-morbilidad con riesgo suicida, 60 pacientes (60%) con co-morbilidad sin riesgo suicida; 4 pacientes (4%) sin enfermedades concomitantes con riesgo suicida y 17 pacientes sin enfermedades concomitantes sin riesgo suicida.

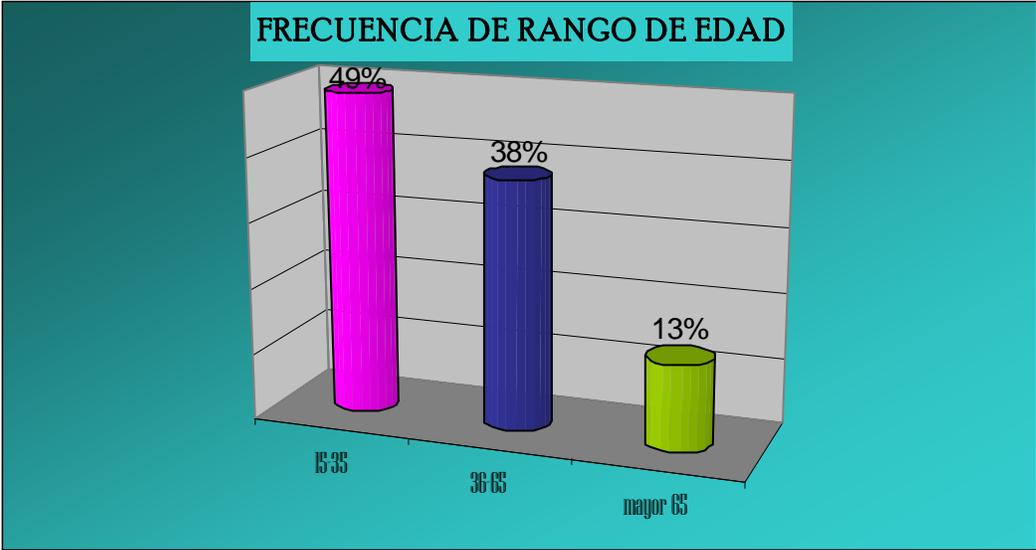
La severidad de riesgo suicida que se encontró en pacientes con co-morbilidad fue la siguiente: 10 pacientes (10%) con grado leve, 5 pacientes (5%) con grado moderado y 4 pacientes (4%) con grado alto. La severidad de riesgo en los pacientes sin co-morbilidad fue de 0 pacientes (0%) con grado leve, 3 pacientes (3%) con grado moderado y 1 paciente (1%) con grado alto.

La relación entre el riesgo de suicidio y el rango de edad que se observó fue de 7 pacientes (7%) con riesgo de suicidio, 42 pacientes (42%) sin riesgo de suicidio en un rango de edad de 15-35 años, 12 pacientes (12%) con riesgo de suicidio, 26 pacientes (26%) sin riesgo de suicidio en un rango de 36-65 años y 4 pacientes (4%) con riesgo de suicidio, 9 pacientes (9%) sin riesgo de suicidio en pacientes mayores de 65 años.

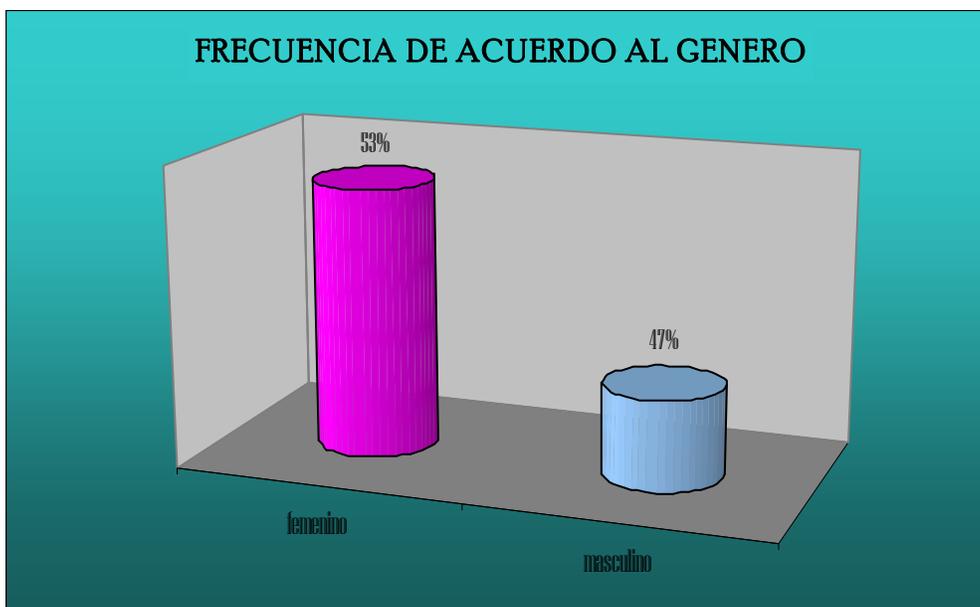
Se observó una severidad de riesgo suicida en relación al rango de edad de la siguiente manera: en un rango de edad de 15-35 años 3 pacientes (3%) con grado leve, 1 paciente (1%) con grado moderado, 3 pacientes (3%) con grado alto, en un rango de edad de 36-65 años se encontró a 5 pacientes (5%) con grado leve, 6 pacientes con grado moderado, 1 paciente con grado alto y en un rango de edad mayor 8a 65 años a 2 pacientes (2%) con grado leve, 1 paciente (1%) con grado moderado y 1 paciente (1%) con grado alto.

**SECCION DE TABLAS Y GRAFICOS**

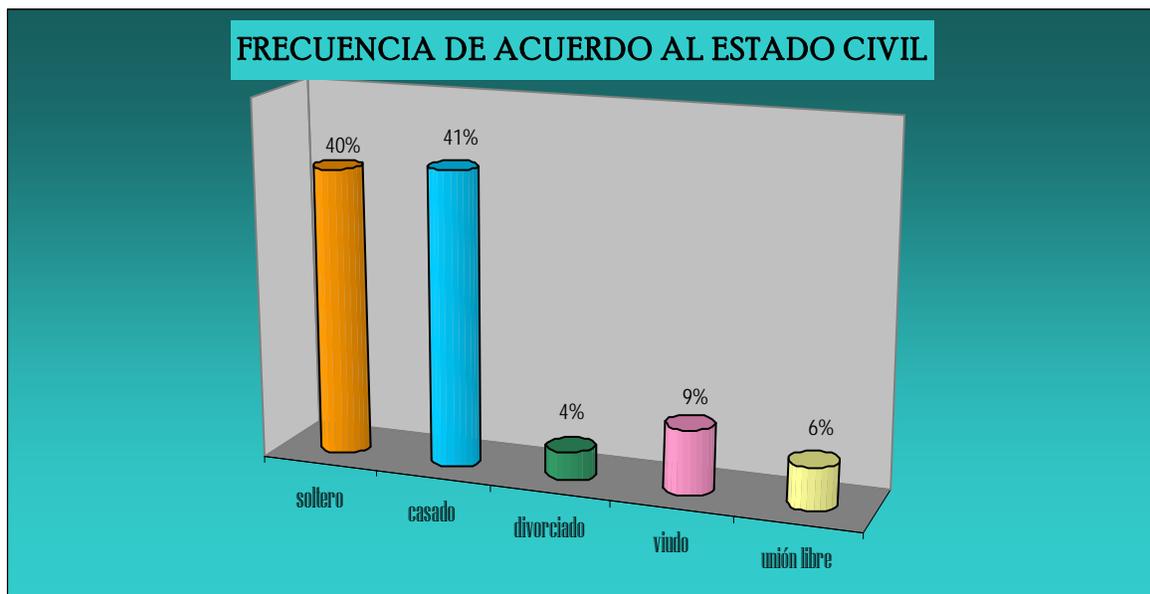
<b>RANGO DE EDAD</b>	Frecuencia	%
15-35	49	49%
36-65	38	38%
mayor 65	13	13%
Total	100	100



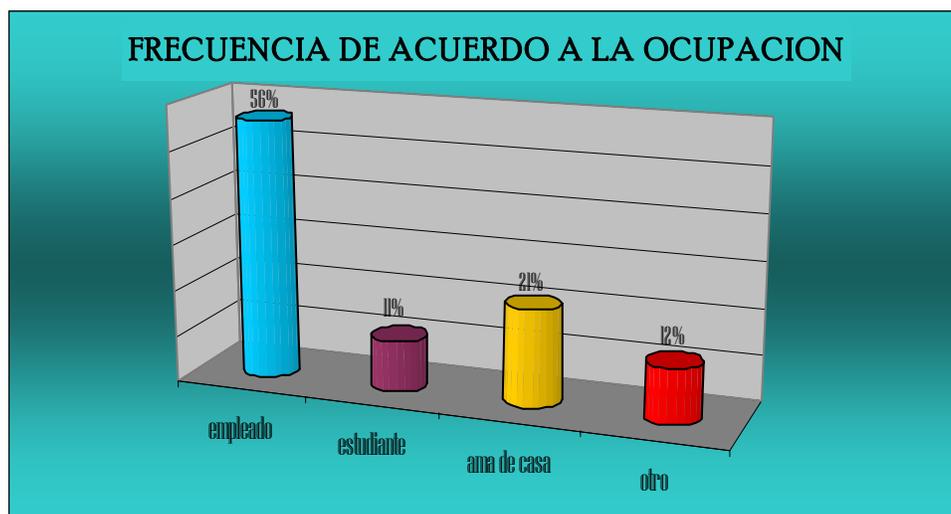
GENERO	Frecuencia	%
Femenino	53	53%
Masculino	47	47%
Total	100	100%



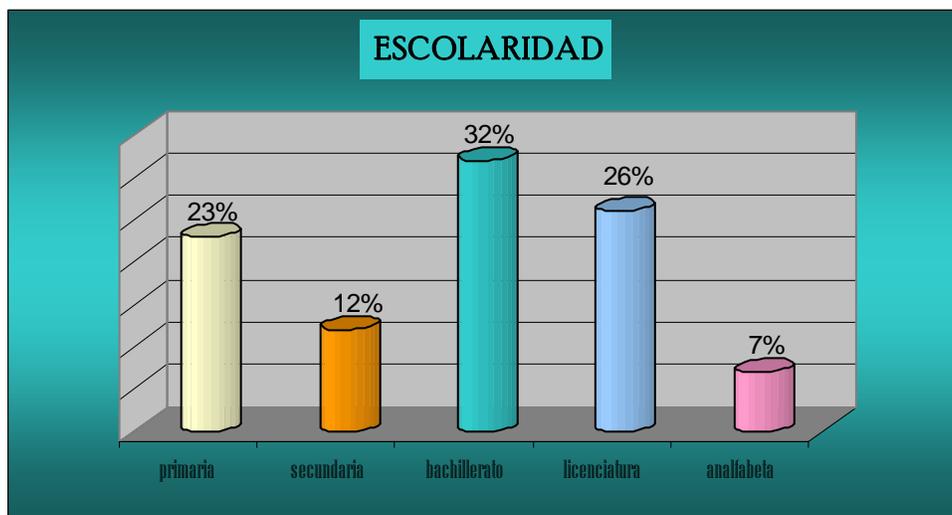
<b>ESTADO CIVIL</b>	Frecuencia	%
Soltero	40	40%
Casado	41	41%
Divorciado	4	4%
Viudo	9	9%
Unión libre	6	6%
Total	100	100



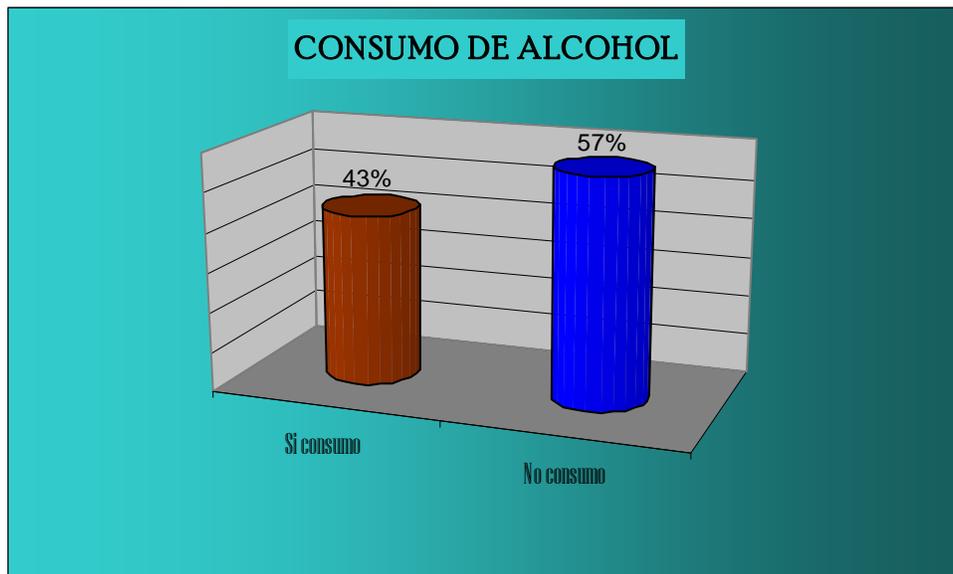
OCUPACION	Frecuencia	%
Empleado	56	56%
Estudiante	11	11%
Ama de casa	21	21%
Otro	12	12%
Total	100	100



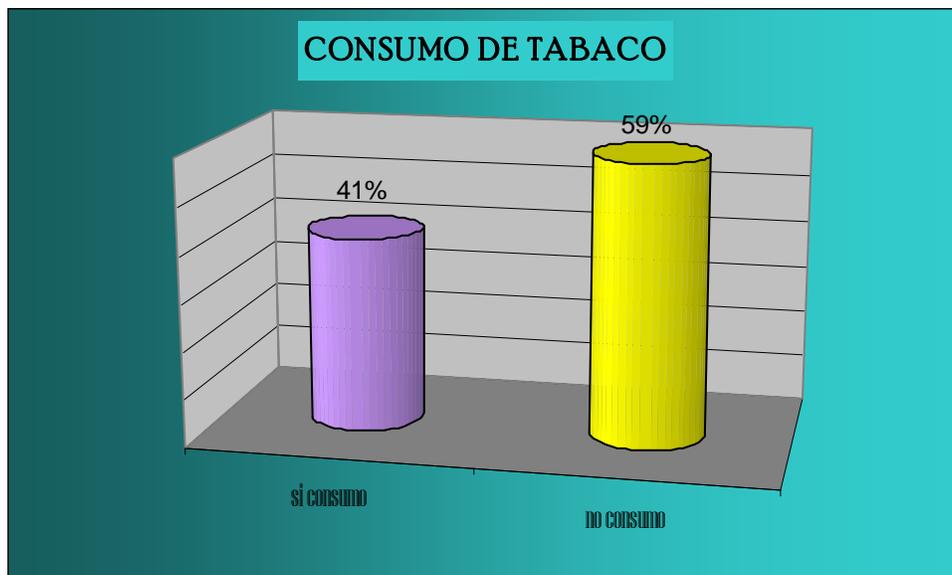
<b>ESCOLARIDAD</b>	Frecuencia	%
Primaria	23	23%
Secundaria	12	12%
Bachillerato	32	32%
Licenciatura	26	26%
Analfabeta	7	7%
Total	100	100



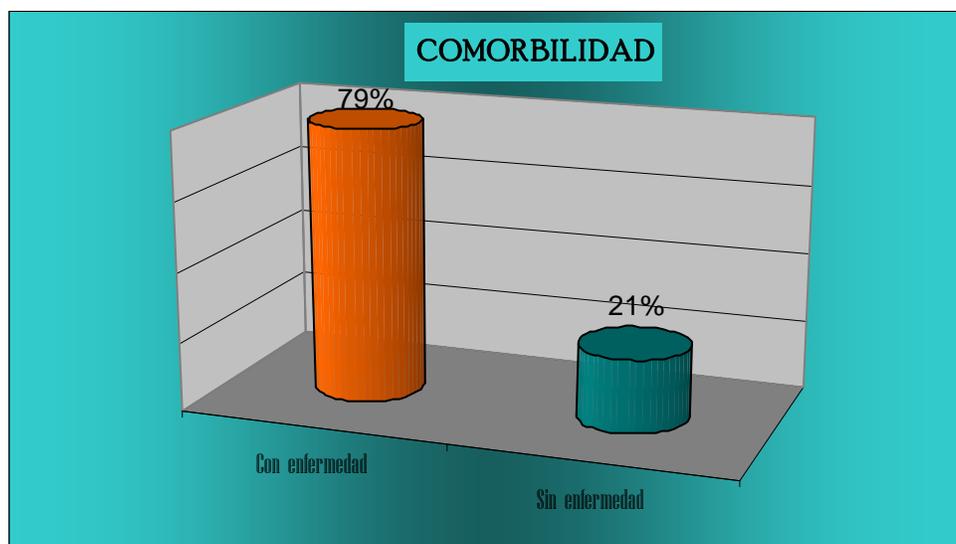
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	Frecuencia	%
si consumo	43	43%
no consumo	57	57%
Total	100	100



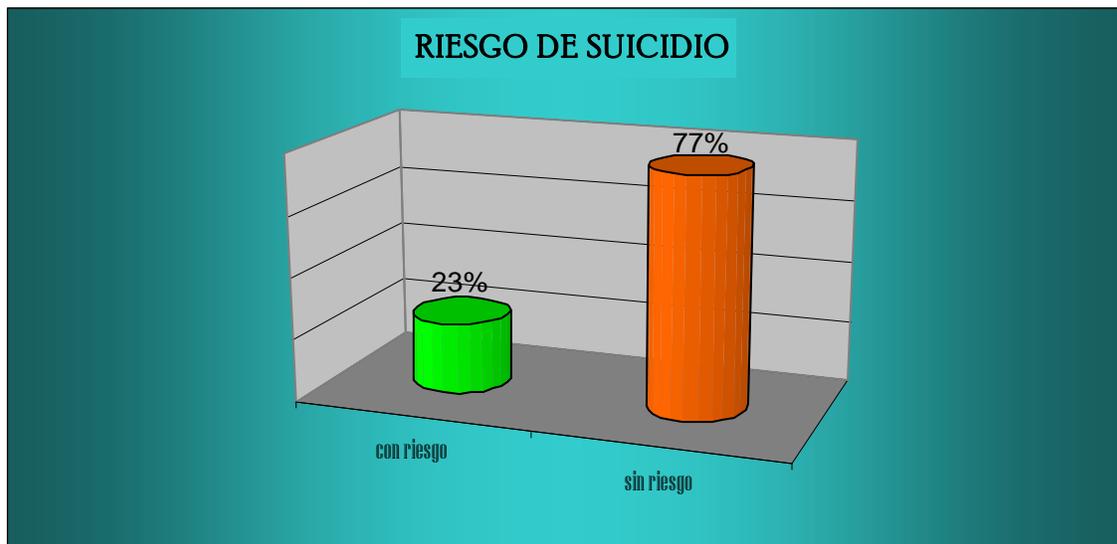
<b>CONSUMO DE TABACO</b>	Frecuencia	%
si consumo	41	41%
no consumo	59	59%
Total	100	100



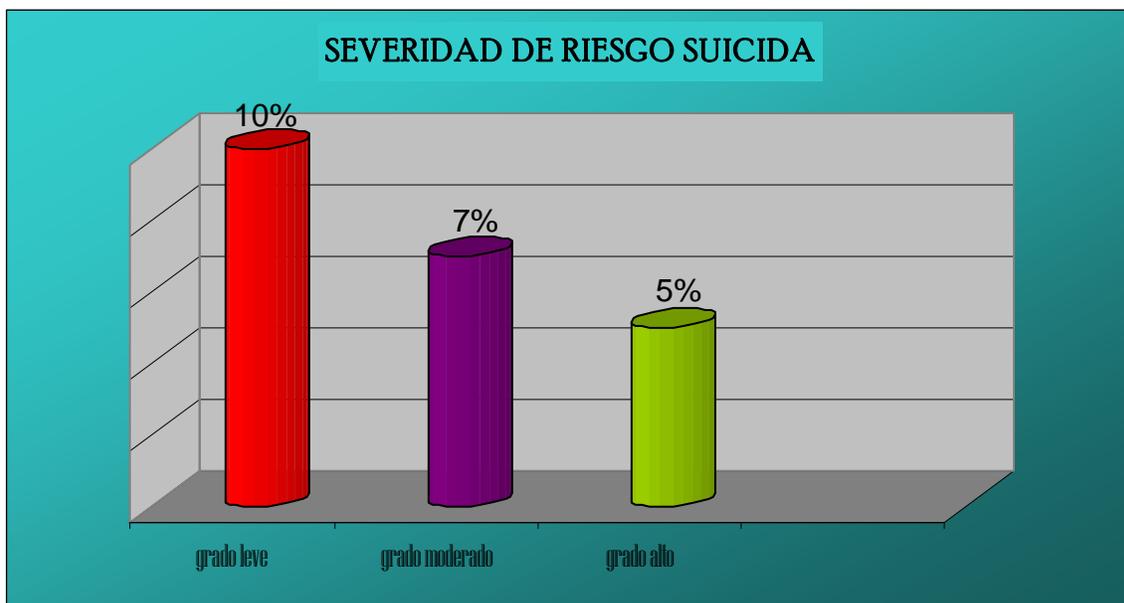
<b>CO MORBILIDADES</b>	Frecuencia	%
Con enfermedad	79	79%
Sin enfermedad	21	21%
Total	100	100



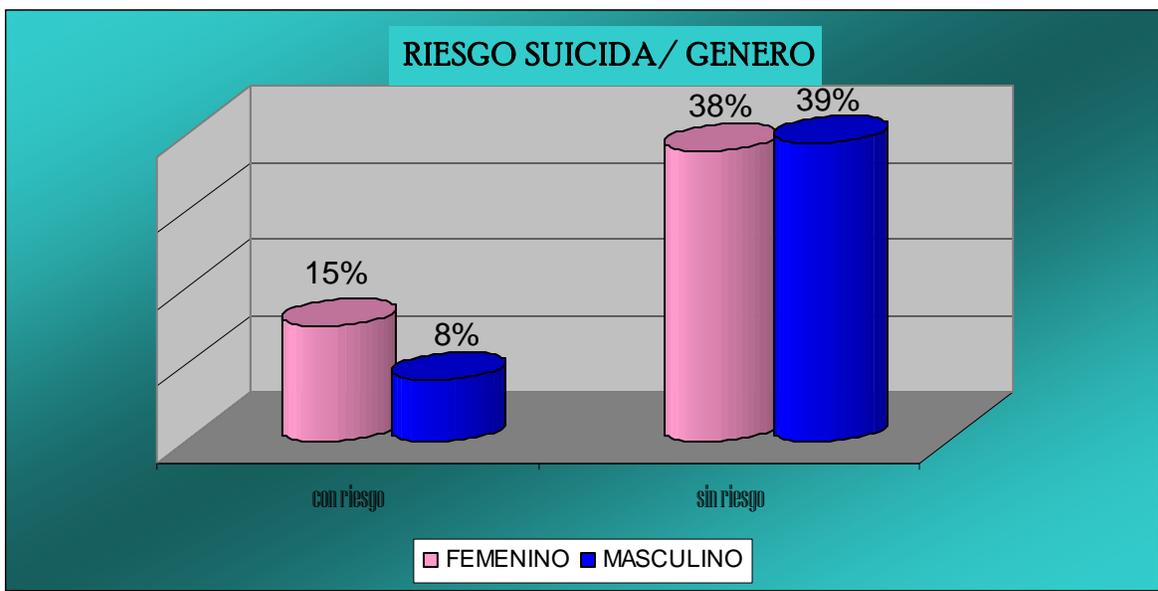
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	Frecuencia	%
Con riesgo	23	23%
Sin riesgo	77	77%
Total	100	100



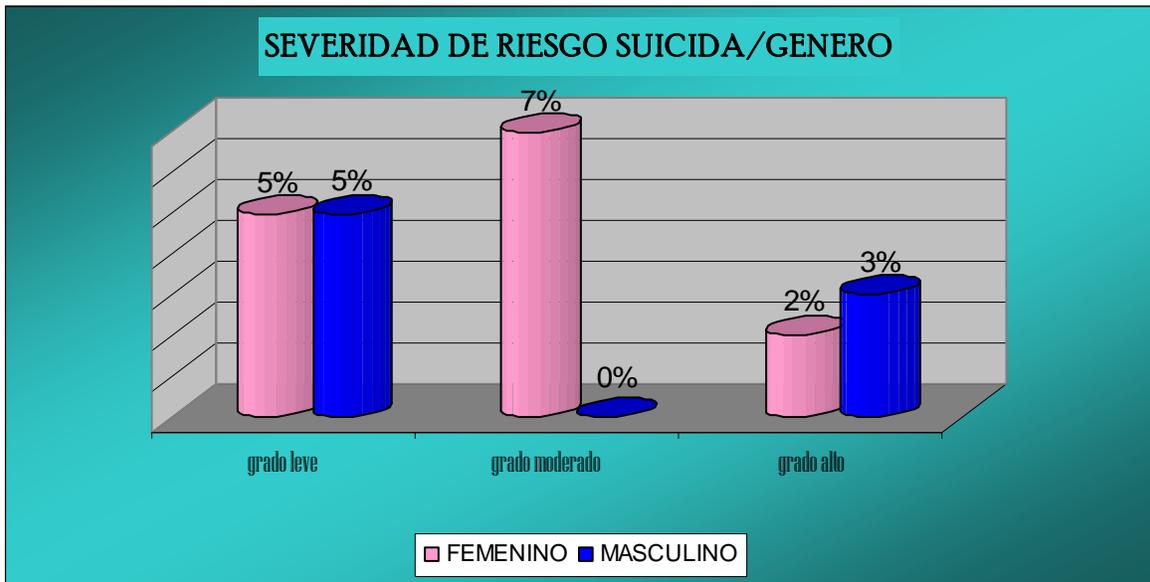
<b>SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA</b>	Frecuencia	%
Grado leve	10	10%
Grado moderado	8	8%
Grado alto	5	5%
Sin grado	77	77%
Total	100	100



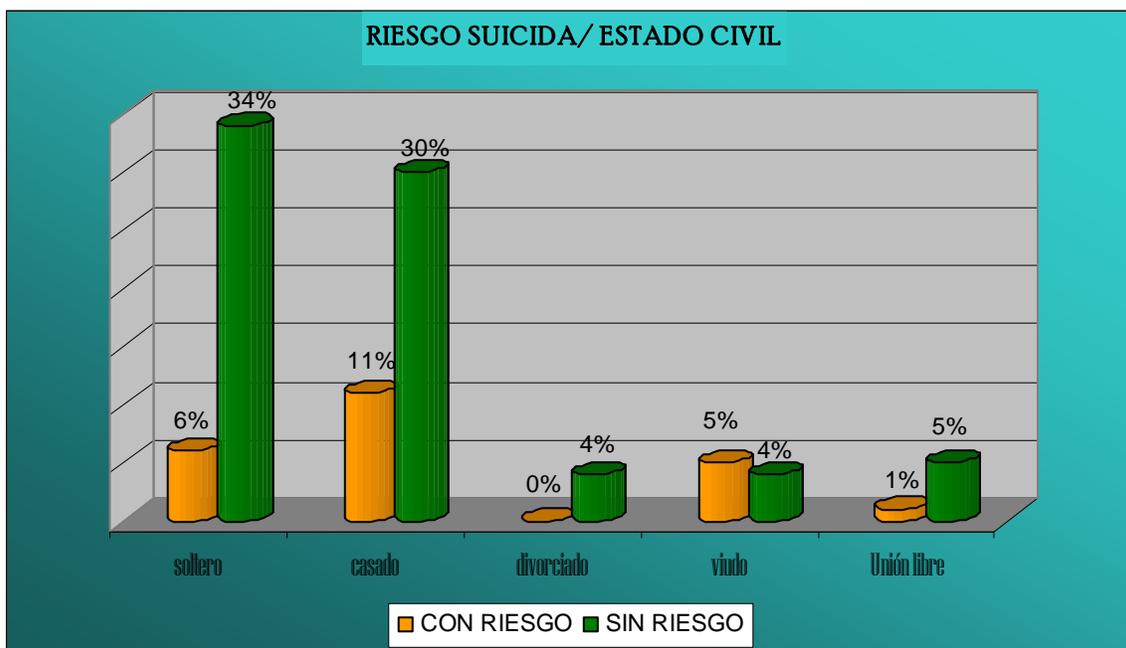
Genero * riesgo de suicidio				
		Con riesgo	Sin riesgo	Total
femenino	Recuento	15	38	53
	% del total	15,0%	38,0%	53,0%
masculino	Recuento	8	39	47
	% del total	8,0%	39,0%	47,0%
Total	Recuento	23	77	100
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%



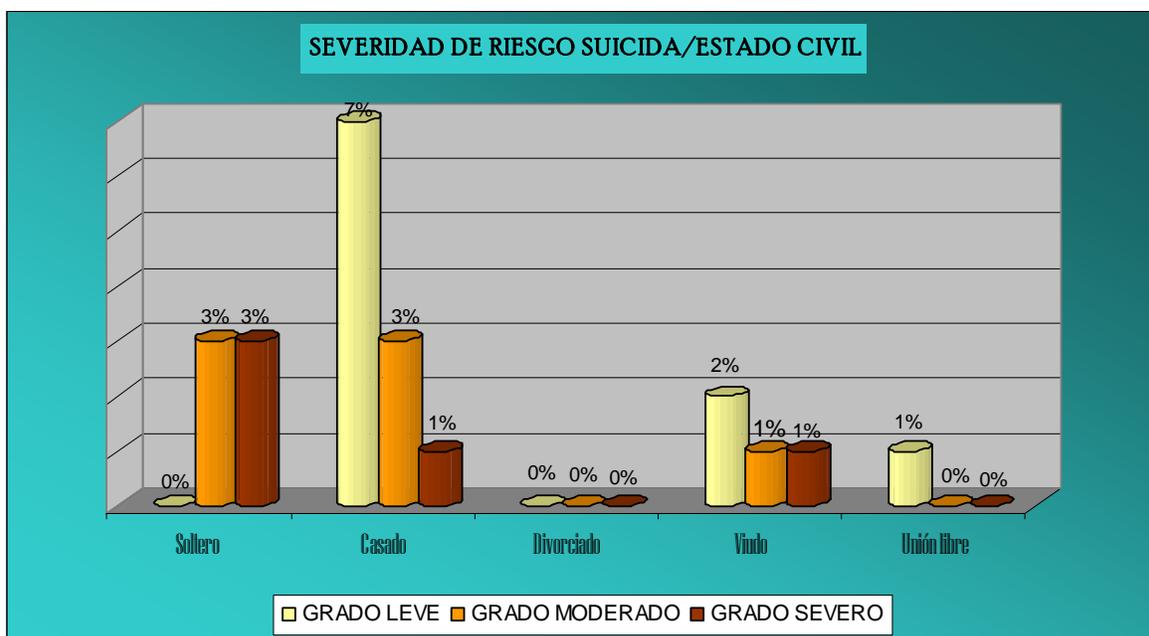
Genero * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Femenino	Recuento	5	8	2	38	53
	% del total	5,0%	8,0%	2,0%	38,0%	53,0%
Masculino	Recuento	5	0	3	39	47
	% del total	5,0%	,0%	3,0%	39,0%	47,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



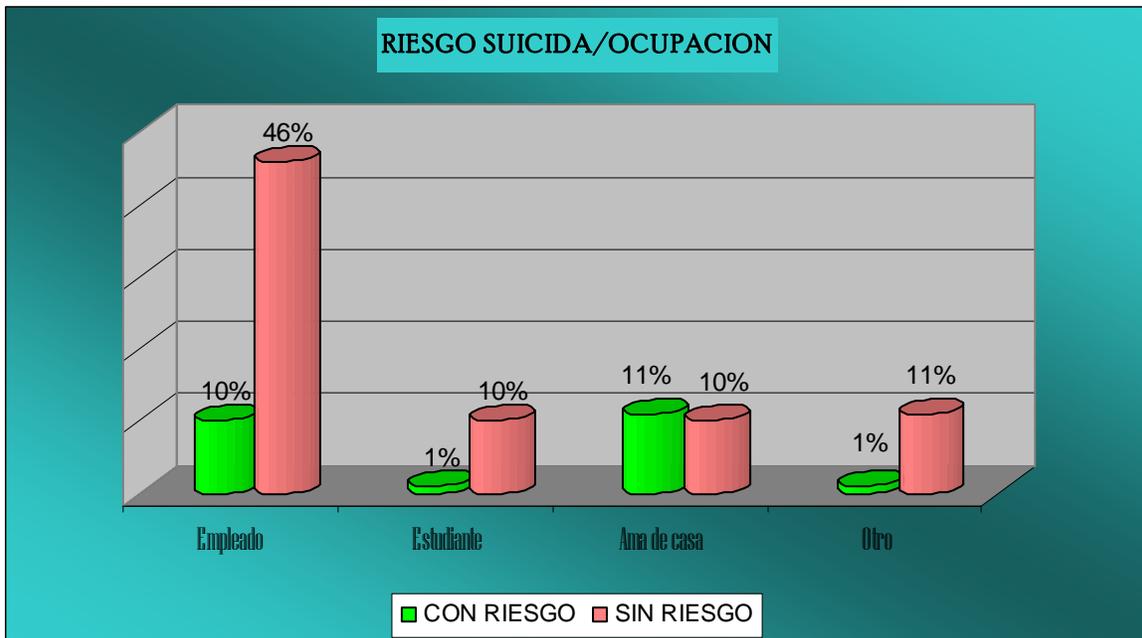
Estado civil * riesgo de suicidio					
			con riesgo	sin riesgo	Total
	Soltero	Recuento	6	34	40
		% del total	6,0%	34,0%	40,0%
	Casado	Recuento	11	30	41
		% del total	11,0%	30,0%	41,0%
	Divorciado	Recuento	0	4	4
		% del total	,0%	4,0%	4,0%
	Viudo	Recuento	5	4	9
		% del total	5,0%	4,0%	9,0%
Unión libre	Recuento	1	5	6	
	% del total	1,0%	5,0%	6,0%	
Total		Recuento	23	77	100
		% del total	23,0%	77,0%	100,0%



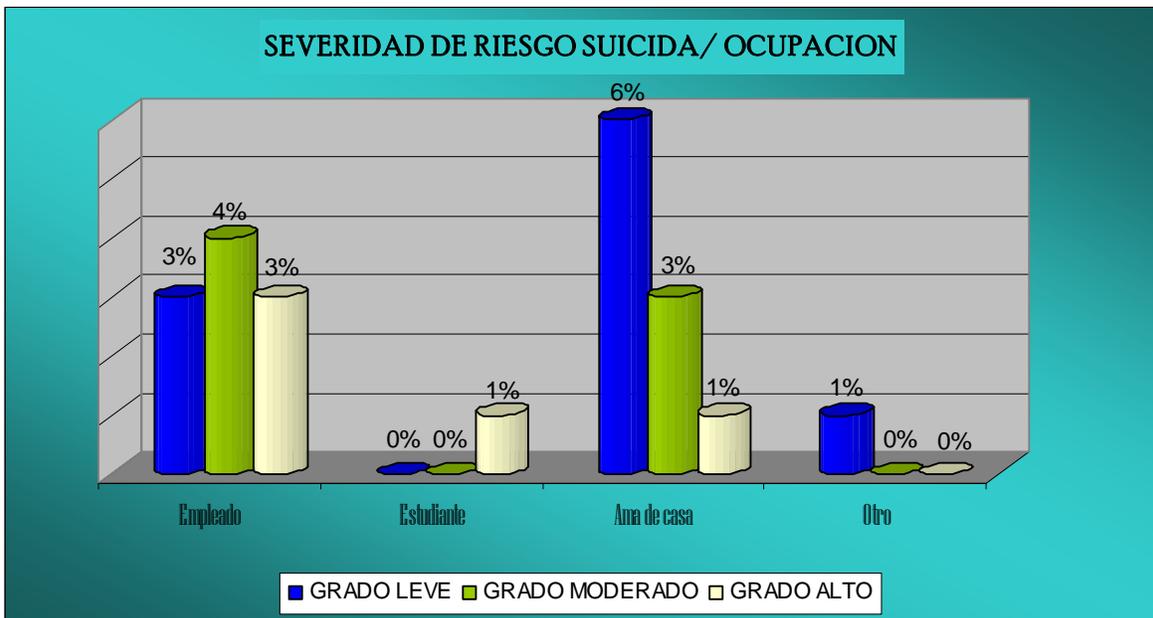
Estado civil * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Soltero	Recuento	0	3	3	34	40
	% del total	,0%	3,0%	3,0%	34,0%	40,0%
Casado	Recuento	7	3	1	30	41
	% del total	7,0%	3,0%	1,0%	30,0%	41,0%
Divorciado	Recuento	0	0	0	4	4
	% del total	,0%	,0%	,0%	4,0%	4,0%
Viudo	Recuento	2	2	1	4	9
	% del total	2,0%	2,0%	1,0%	4,0%	9,0%
Unión libre	Recuento	1	0	0	5	6
	% del total	1,0%	,0%	,0%	5,0%	6,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



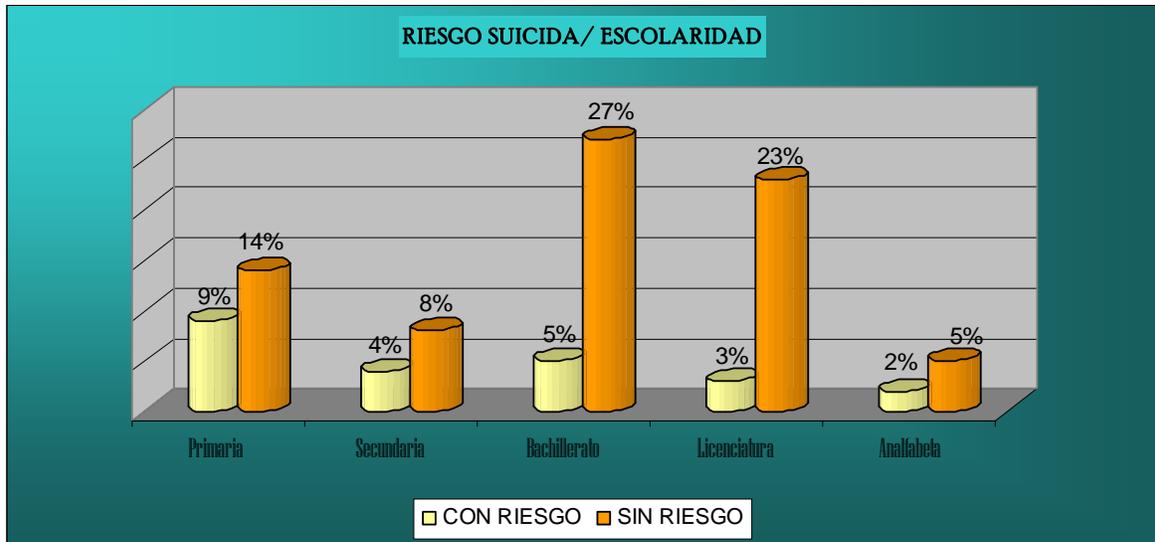
Ocupación * riesgo de suicidio				
		Riesgo de suicidio		Total
		Con riesgo	Sin riesgo	
Empleado	Recuento	10	46	56
	% del total	10.0%	46.0%	56.0%
Estudiante	Recuento	1	10	11
	% del total	1.0%	10.0%	11.0%
Ama de casa	Recuento	11	10	21
	% del total	11.0%	10.0%	21.0%
Otro	Recuento	1	11	12
	% del total	1,0%	11,0%	12,0%
Total	Recuento	23	77	100
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%



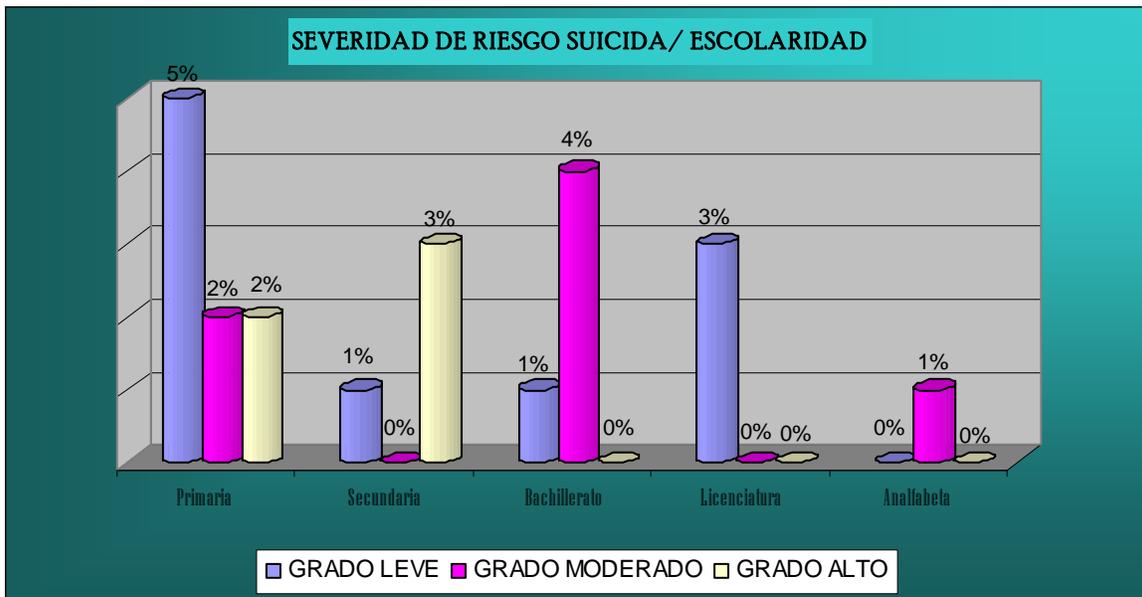
Ocupación * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Empleado	Recuento	3	4	3	46	56
	% del total	3,0%	4,0%	3,0%	46,0%	56,0%
Estudiante	Recuento	0	0	1	10	11
	% del total	,0%	,0%	1,0%	10,0%	11,0%
Ama de casa	Recuento	6	4	1	10	21
	% del total	6,0%	4,0%	1,0%	10,0%	21,0%
Otro	Recuento	1	0	0	11	12
	% del total	1,0%	,0%	,0%	11,0%	12,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



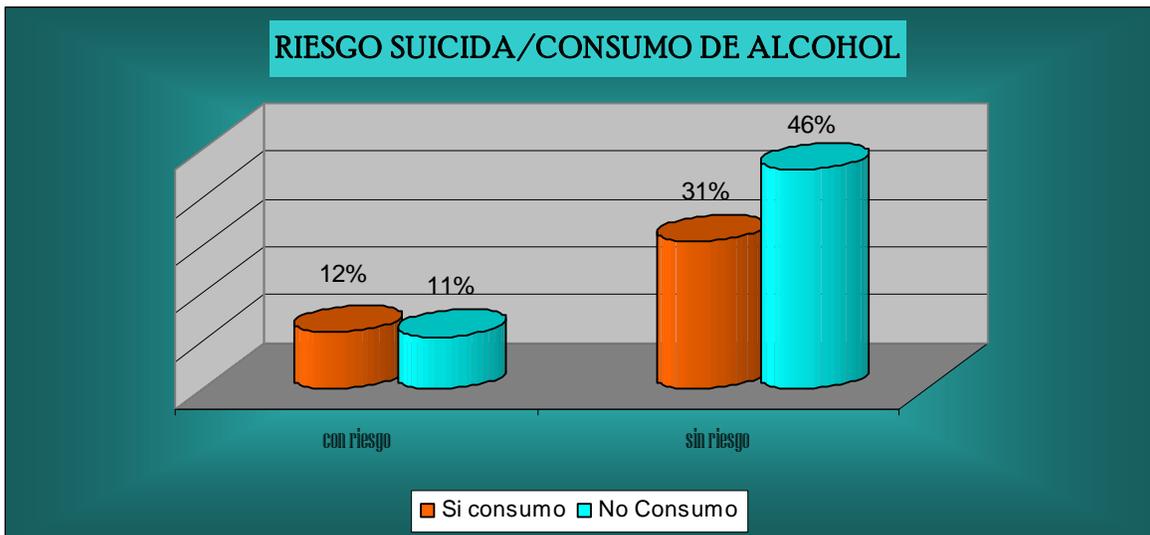
Escolaridad * riesgo suicida				
		Con riesgo	Sin riesgo	Total
Primaria	Recuento	9	14	23
	% del total	9,0%	14,0%	23,0%
Secundaria	Recuento	4	8	12
	% del total	4,0%	8,0%	12,0%
Bachillerato	Recuento	5	27	32
	% del total	5,0%	27,0%	32,0%
Licenciatura	Recuento	3	23	26
	% del total	3,0%	23,0%	26,0%
Analfabeta	Recuento	2	5	7
	% del total	2,0%	5,0%	7,0%
Total	Recuento	23	77	100
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%



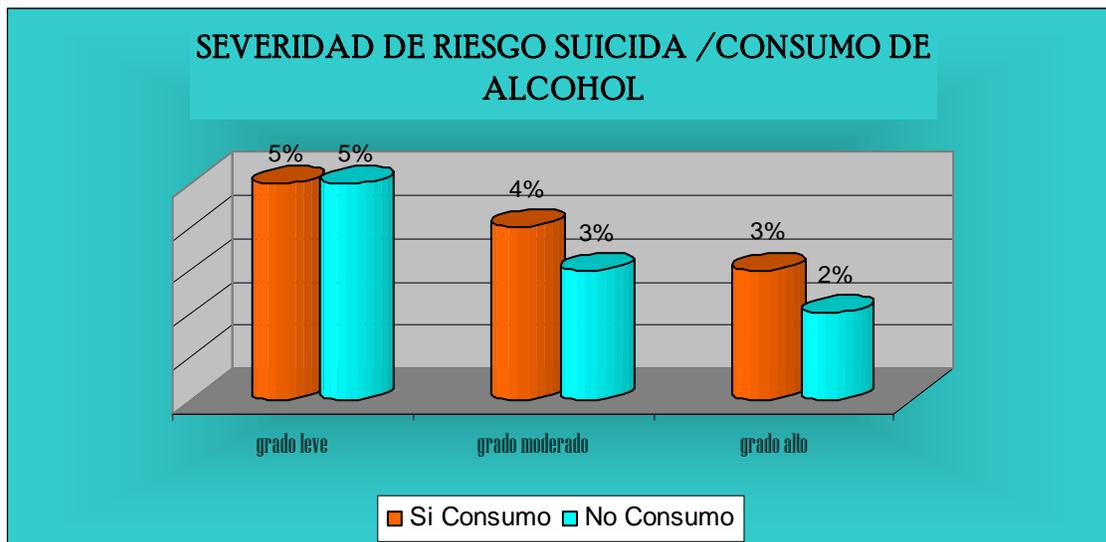
Escolaridad * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Primaria	Recuento	5	2	2	14	23
	% del total	5.0%	2.0%	2.0%	14.0%	23.0%
Secundaria	Recuento	1	0	3	8	12
	% del total	1.0%	.0%	3.0%	8.0%	12.0%
Bachillerato	Recuento	1	4	0	27	32
	% del total	1.0%	4.0%	.0%	27.0%	32.0%
Licenciatura	Recuento	3	0	0	23	26
	% del total	3.0%	.0%	.0%	23.0%	26.0%
Analfabeta	Recuento	0	2	0	5	7
	% del total	.0%	2.0%	.0%	5.0%	7.0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10.0%	8.0%	5.0%	77.0%	100.0%



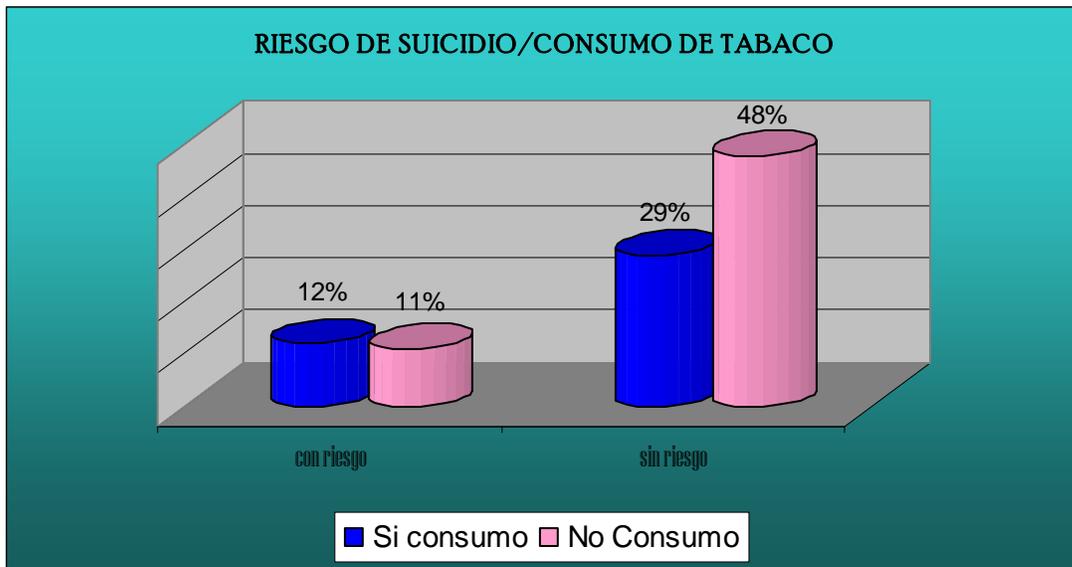
Consumo de alcohol * riesgo de suicidio				
		Con riesgo	Sin riesgo	Total
Positivo	Recuento	12	31	43
	% del total	12,0%	31,0%	43,0%
Negativo	Recuento	11	46	57
	% del total	11,0%	46,0%	57,0%
Total	Recuento	23	77	100
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%



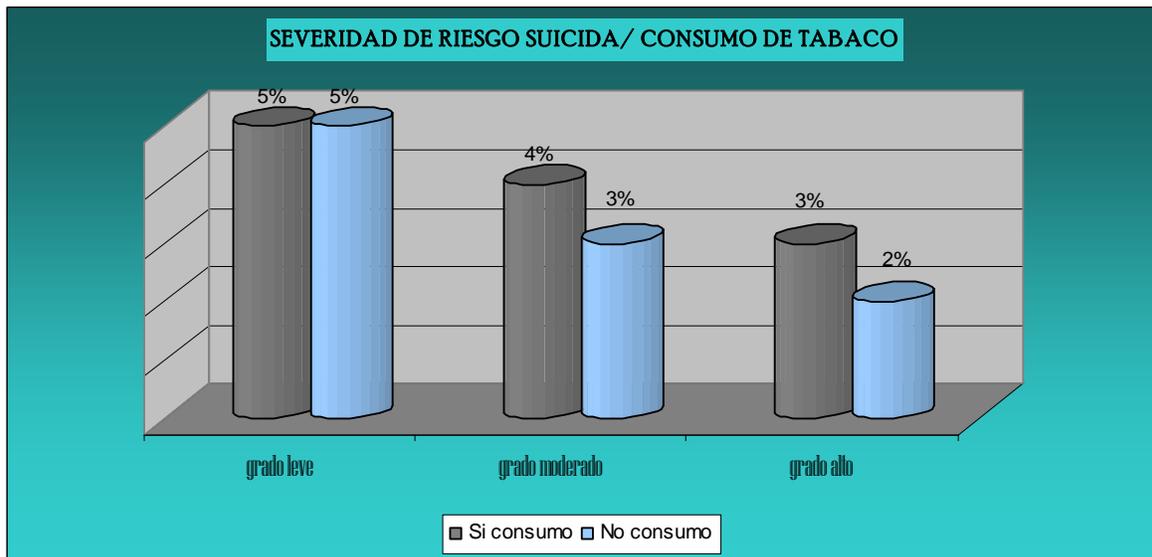
Consumo de alcohol * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Positivo	Recuento	5	4	3	31	43
	% del total	5,0%	4,0%	3,0%	31,0%	43,0%
Negativo	Recuento	5	4	2	46	57
	% del total	5,0%	4,0%	2,0%	46,0%	57,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



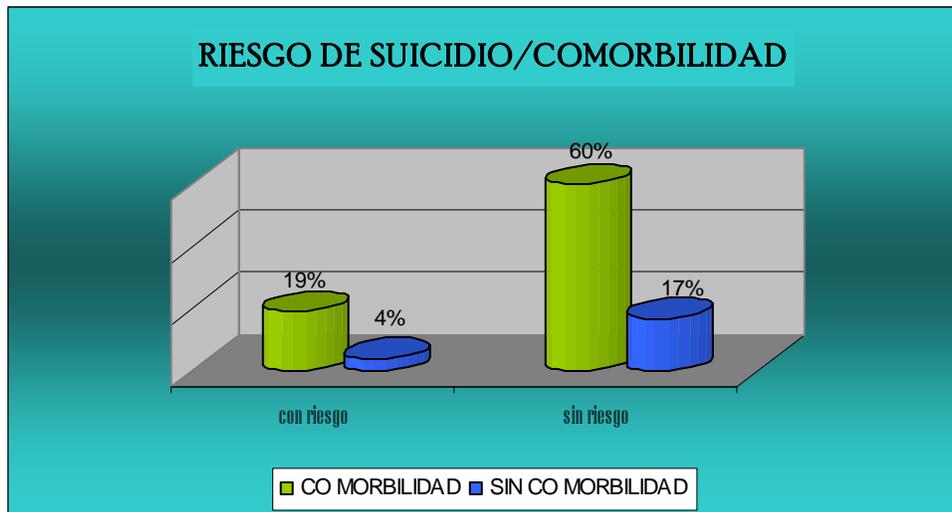
Consumo de tabaco* riesgo de suicidio					
			Con riesgo	Sin riesgo	Total
	Positivo	Recuento	12	29	41
		% del total	12,0%	29,0%	41,0%
	negativo	Recuento	11	48	59
		% del total	11,0%	48,0%	59,0%
Total		Recuento	23	77	100
		% del total	23,0%	77,0%	100,0%



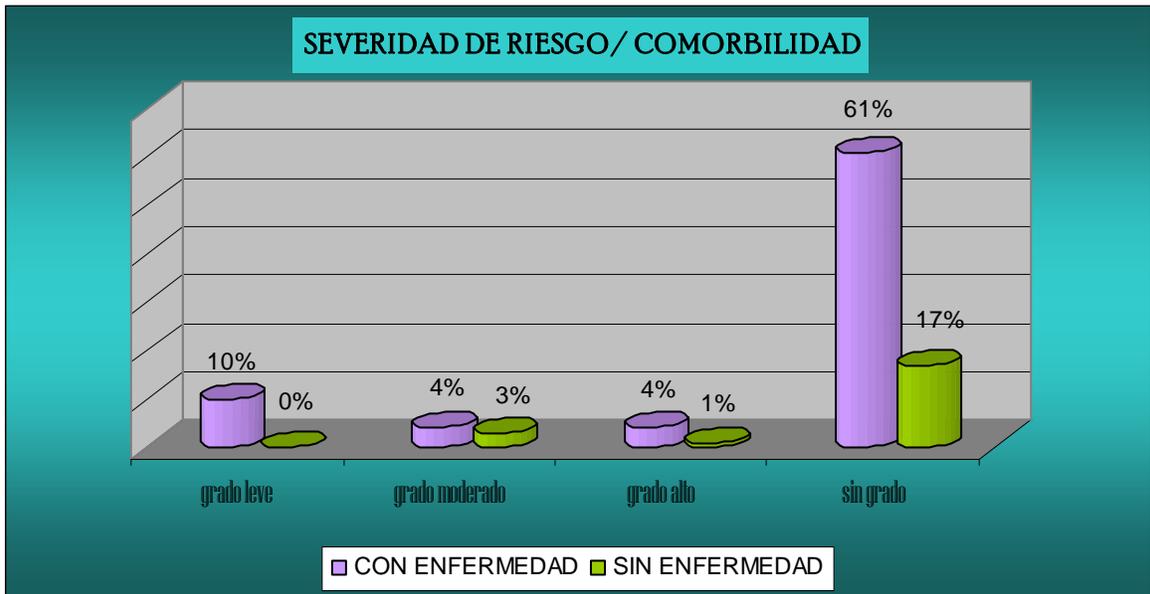
Tabaquismo * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Positivo	Recuento	5	4	3	29	41
	% del total	5,0%	4,0%	3,0%	29,0%	41,0%
Negativo	Recuento	5	4	2	48	59
	% del total	5,0%	4,0%	2,0%	48,0%	59,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



Co-morbilidad * riesgo de suicidio				
		Con riesgo	Sin riesgo	Total
Con enfermedad	Recuento	19	60	79
	% del total	19,0%	60,0%	79,0%
Sin enfermedad	Recuento	4	17	21
	% del total	4,0%	17,0%	21,0%
Total	Recuento	23	77	100
	% del total	23,0%	77,0%	100,0%



Co-morbilidades * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
Con enfermedad	Recuento	10	5	4	60	79
	% del total	10,0%	5,0%	4,0%	60,0%	79,0%
Sin enfermedad	Recuento	0	3	1	17	21
	% del total	,0%	3,0%	1,0%	17,0%	21,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



Rango de edad * riesgo de suicidio					
			Con riesgo	Sin riesgo	
Rango de edad	15-35	Recuento	7	42	49
		% del total	7.0%	42.0%	49.0%
	36-65	Recuento	12	26	38
		% del total	12.0%	26.0%	38.0%
	mayor 65	Recuento	4	9	13
		% del total	4,0%	9,0%	13,0%
Total		Recuento	23	77	100
		% del total	23,0%	77,0%	100,0%

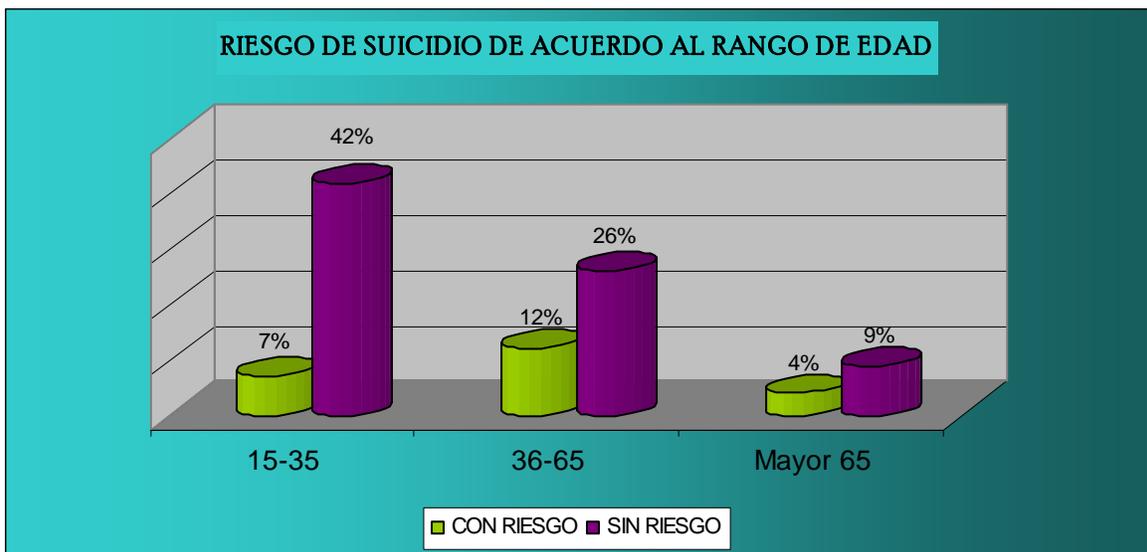
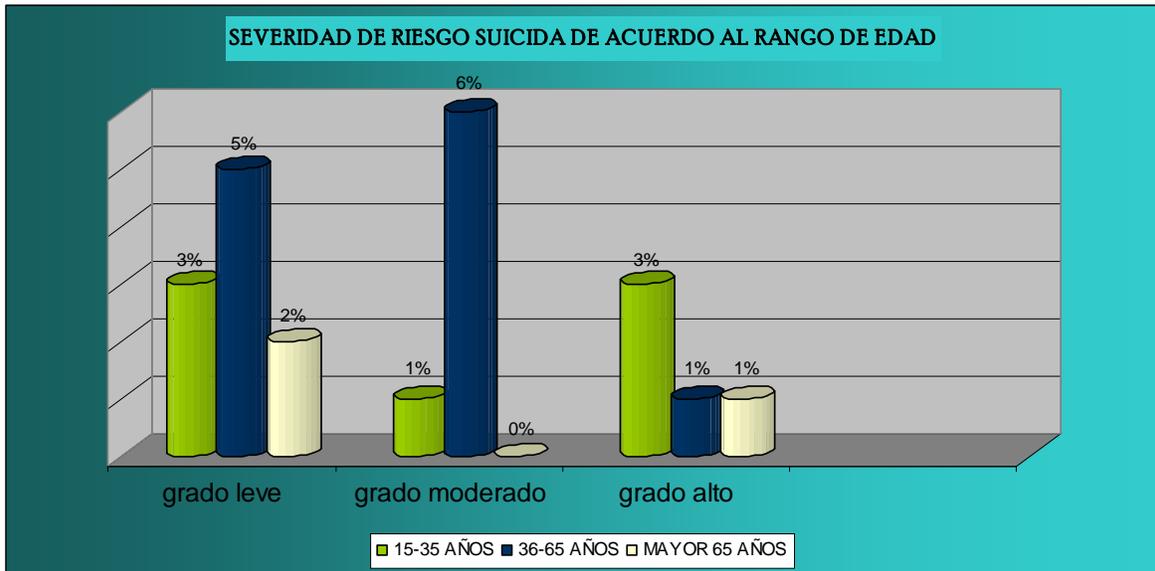


Tabla de contingencia rango de edad * severidad del riesgo						
		Grado leve	Grado moderado	Grado alto	Sin grado	Total
15-35	Recuento	3	1	3	42	49
	% del total	3,0%	1,0%	3,0%	42,0%	49,0%
36-65	Recuento	5	6	1	26	38
	% del total	5,0%	6,0%	1,0%	26,0%	38,0%
mayor 65	Recuento	2	1	1	9	13
	% del total	2,0%	1,0%	1,0%	9,0%	13,0%
Total	Recuento	10	8	5	77	100
	% del total	10,0%	8,0%	5,0%	77,0%	100,0%



## CONCLUSIONES

Con el propósito de identificar pacientes en riesgo de suicidio así como la severidad del mismo en el presente trabajo se observó:

- Se obtuvo un Riesgo de suicidio del 23% y una severidad leve en el 10%.
- El grado de severidad de riesgo suicida, que con mayor frecuencia se observó fue un riesgo leve.
- El género femenino presentó mayor frecuencia de riesgo suicida con un grado de severidad de riesgo moderado.
- Los derechohabientes con civil casados tuvieron mayor frecuencia de riesgo suicida predominando con un grado de severidad leve.
- Las amas de casa tuvieron mayor frecuencia de riesgo suicida con predominio de una severidad de riesgo moderado.
- La mayor frecuencia de riesgo suicida con severidad de riesgo leve se observó en pacientes con escolaridad primaria.
- Los derechohabientes con religión católica tienen mayor frecuencia de riesgo suicida con predominio de severidad de riesgo leve.
- Predominó una severidad de riesgo suicida leve en pacientes con consumo de alcohol.
- Los derechohabientes fumadores con riesgo de suicidio tuvieron un predominio por grado leve de severidad de riesgo.
- Se observó mayor frecuencia un grado leve de severidad de riesgo suicida en pacientes con comorbilidad.
- La mayor frecuencia de riesgo suicida se observó en el rango de edad de 35-65 años con grado moderado de severidad.

## DISCUSION

Es necesario conocer y tener en cuenta los factores de riesgo suicida en los diferentes grupos etarios sobre todo en los de alto riesgo, e implementar un seguimiento y tratamiento interdisciplinario para tratar de disminuir el aumento en este problema.

No es tarea fácil indagar la conducta suicida, y como problema de salud publica, debe tener prioridad. En los resultados obtenidos, independientemente de las limitaciones de este estudio, permiten considerar que el riesgo de suicidio que se presenta en los derechohabientes, amerita atención, lo que nos exige orientar esfuerzos para la detección y prevención.

La mayor frecuencia de riesgo leve encontrada en este estudio concuerda a los estudios nacionales como la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

El riesgo de suicidio encontrado en este estudio es considerable, por lo que es necesario tener presente los factores de riesgo como los son una baja escolaridad, aunado limitadas oportunidades de trabajo; el riesgo de suicidio que las amas de casa podría estar condicionado a violencia intrafamiliar entre otras, lo que nos da pauta a indagar sobre las causas de esta; siendo estos factores socio demográficos más destacados.

Es necesario indagar y considerar el potencial riesgo de suicidio en el primer nivel de atención, ya que de acuerdo a la literatura, los pacientes que consumaron el suicidio acudieron a un servicio medico un mes anterior, por lo que la detección y sobre todo prevención oportuna seria el ideal. El unir esfuerzos con un grupo interdisciplinario para la realización de un programa específico al detectar la conducta suicida y una pronta valoración sobre todo en pacientes con ideas y planes, para conocer y favorecer los factores de protección y el dar un seguimiento, para tratar de disminuir este problema serio de salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Organizacion Mundial de la Salud.** El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS 2004. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
2. Guilherme Borges, Maria Elena Medina-Mora, Ricardo Orozco, Christiane Oueda, Jorge Villatoro, Clara Fleiz. **Distribución y determinantes socio demográficos de la conducta suicida en México.** Salud mental vol.32, No. 5, septiembre-octubre 2009
3. R. Robles García, F. Páez Agraz, M. Ascencio Guirado, E. Mercado, Salcedo L. Hernández Muñoz. L. Hernández Muñoz. **Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)** Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):292-297
4. Isabel Pérez-Olmos, Milcíades Ibáñez-Pinilla, Julio C. Reyes-Figueroa, **Factores Asociados al Intento Suicida e ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria.** Bogotá, 2004-2006 REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 (3), Julio 2008
5. Dr. Juan Manuel Saucedo-García<sup>1</sup>, Dra. Ma. del Carmen Lara-Muñoz<sup>2</sup>, Dra. Mónica Fócil Márquez. **Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio** Bol Med Hosp Infant Mex. Vol. 63, julio-agosto 2006
6. René Ocampo, Psiq, Ietza Bojorquez, Dr epidemiol, Mario Cortés, MCS. **Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema vigilancia epidemiológica de las Adicciones,** 1994-2006. salud pública de México / vol. 51, no. 4, julio-agosto de 2009
7. Pablo Pascual Pascual, Alejandro Villena Ferrer, Susana Morena Rayo, Juan Manuel Tellez Lepeira, Carmen Lopez Garcia. **El paciente suicida.** Guías Clínicas 2005.
8. Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras. **El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos.** Primera parte. Salud Mental 2008;31:321-330
9. ANA G. GUTIÉRREZ-GARCÍA, CARLOS M. CONTRERAS, ROSSELLI CHANTAL OROZCO-RODRÍGUEZ. **El suicidio, conceptos actuales.** Salud Mental, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006
10. <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/strategy.asp>  
Comprender el suicidio: lo fundamental. Asociación de Salud Mental en Texas. Red Comunitaria Tejana para la Prevención del Suicidio. Proyecto para la Prevención del Suicidio Juvenil.

11. E. Garcia de Jalon, V. Peralta. **Suicidio y riesgo de suicidio.** ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 87-96.
12. Isabel Ruiz-Pérez / Antonio Olry de Labry-Lima **El suicidio en la España de hoy. Parte I. Vivir, enfermar y morir en una sociedad opulenta** Gac Sanit. 2006;20(Supl 1):25-31
13. Rafael Tuesca Molina<sup>1</sup>, Edgar Navarro Lechuga. **Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio** Salud Uninorte. Barranquilla (Col.), 17: 19-28, 2003
14. Nayeli Gabriela Jiménez Saab, José Juan Lozano nuevo, Leticia Rodríguez López, German Vargas Ayala, Alberto Francisco Rubio Guerra, Ines López Islas. **Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida.** Medicina Interna México 2005; 21: 183-7
15. Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas trastornos mentales y cerebrales departamento de salud mental y toxicomanías organización mundial de la salud Ginebra 2000
16. Donald E. Addington, MBBS **Seguridad en esquizofrenia: reducir el suicidio y el intento de suicidio** RET, Revista de Toxicomanías. Canadá N<sup>o</sup>. 49 - 2006
17. García Valencia J. Palacio-Acosta C. Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, Vargas G, Lopez C, **Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente.** Rev. Colomb. Psiquiat. Volumen XXXVI no.4 2007
18. Hernán Martínez Glattli. Evaluación del Riesgo de Suicidio. Hojas clínicas de salud Mental 35, 2004
19. Ángela M Gómez, Gonzalo Godoy, Diego García, Fidias E. Leon-Sarmiento. **Amor y violencia: otro coctel neuropatológico en el siglo XXI.** Salud Uninorte Barranquilla (Col.) 2009; 25,(2) : 350-361.
20. Aviña – Valencia J y cols. **Accidentes y violencia en México: un problema de salud en los albores de del tercer milenio.** Cirugía y cirujanos, volumen 68 no.3, mayo-junio 2000
21. Catalina González Forteza, Luciana Ramos Lira, Luz Elena Vignau Brambilia, Claudia Ramírez Villareal. **El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes.** Salud Mental. Vol. 24, no 6 , diciembre 2001
22. ME. Domínguez Pedroso<sup>1</sup>, F. Sánchez Ugena<sup>2</sup> y T. Sánchez Botet. **Suicidio disimulado como accidente de tráfico.** A propósito de un caso. ME. Domínguez Pedroso et al. Cuad Med Forense, 13(50), Octubre 2007
23. Zimmermann-Serret A et al. Tentativa de suicidio. **Valoración de un caso clínico en un servicio de urgencias** Enferm Clin. 2007;17(5):272-7
24. Isabel Pérez-Olmos, Esther Rodríguez-Sandoval, Mónica M Dussàn-Buitrago y Juan P. Ayala-Aguilera. **Caracterización psiquiátrica y social del Intento Suicida** Atendida en una Clínica Infantil, 2003-2005. Rev. salud publica. 9(2):230-240,2007

25. A. Niméus, M. Alsén y L. Träskman-Bendz **The Suicide Assessment Scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters.** Eur Psychiatry Ed. Esp. (2001); 8: 54-62
26. Alberto Jiménez Tapia, Catalina González Cortez **Veinticinco años de investigación en suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la fuente.** Salud Mental Vol. 26 no.6 dic 2003
27. Kelly Posner, Ph D, Maria A, Oquendo MD, Madelyn Gould, Ph, MPH, Barbara Stanley, Ph D, Mark Davies, MPH. **Algoritmo de clasificación de Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA): clasificación de los acontecimientos suicidas en el análisis de riesgo de suicidio de los antidepresivos en niños llevado a cabo por la FDA.** Am J Psychiatry (Ed Esp) 2007; 10:540-548
28. María Cristina López Pedraza, Alejandro Molina López, Martha Ontiveros Uribe. **Evaluación de la conducta suicida en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría «Ramón de la Fuente Muñiz».** Vol. 5 Número 1. Enero-Abril 2010 pp 22-32
29. Miguel Vega-Piñero, Hilario Blasco-Fontecilla, Enrique Baca-García Carmen Díaz-Sastre **El suicidio.** Salud mental. Atención primaria Año II, num.4, 2002
30. Wendy Cervantes P. Hermilia Melo Hernández. **El suicidio en los adolescentes: un problema en crecimiento.** Revista de la Facultad de ciencias de la salud. Duazary 2º semestre 2006 volumen 5 no2
31. Tatiana Zoila Ochoa Roca, María Lucía Vázquez Concepción, María de los Angeles Carrasco Feria, Marianela Sánchez Fernández, Milca Sofía Hernández Cruz Casaus. **Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica docente «Rene Ávila Reyes».** Facultad de ciencias Médicas de Holguín «Mariana Grajales Coello» Correo Médico científico se Holguín 2009; 1(1).
32. Ana María Chávez Hernández, Luis Fernando Macías García, Haydee Palato Merino, Leticia Ramírez. **Epidemiología del suicidio en el Estado de Guanajuato.** Salud Mental volumen 27. no. Abril 2004
33. Niméus, M. Alsén y L. Träskman-Bendz **La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida.** Eur Psychiatry Ed. Esp. (2001); 8: 54-62
34. F. Acosta Artilles, E. Aguilar García-Iturrospe, M. Cejas Méndez, R. Gracia Marco, A. Caballero Hidalgo, S. Siris **Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos.** Actas Esp Psiquiatr 2009;37(1):42-48

**ANEXOS**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DELEGACION 3 SUROESTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA, ASPECTOS ETICOS  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, PARA LA PARTICIPACION EN EL  
PROYECTO:

**“SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD  
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL HGZ/UMF 8”**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación, registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud. El objetivo es la obtener si están presentes síntomas de depresión y desesperanza y otros relacionados con Riesgo de suicidio.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir al investigador la Dra. Medina Flores Evelyn, la aplicación de un cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios de mi participación en el estudio, a través de acciones preventivas del equipo de salud. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee relacionado con la investigación.

La información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónimo y será obtenida de manera voluntaria. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

Si se siente en algún momento herido (a), lastimado (a) o agredido (a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando a si con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación.

El cuestionario tiene 15 preguntas y se contesta en aproximadamente 1-2 minutos, no existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus repuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta contestarlas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su participación.

Firma de Aceptación \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

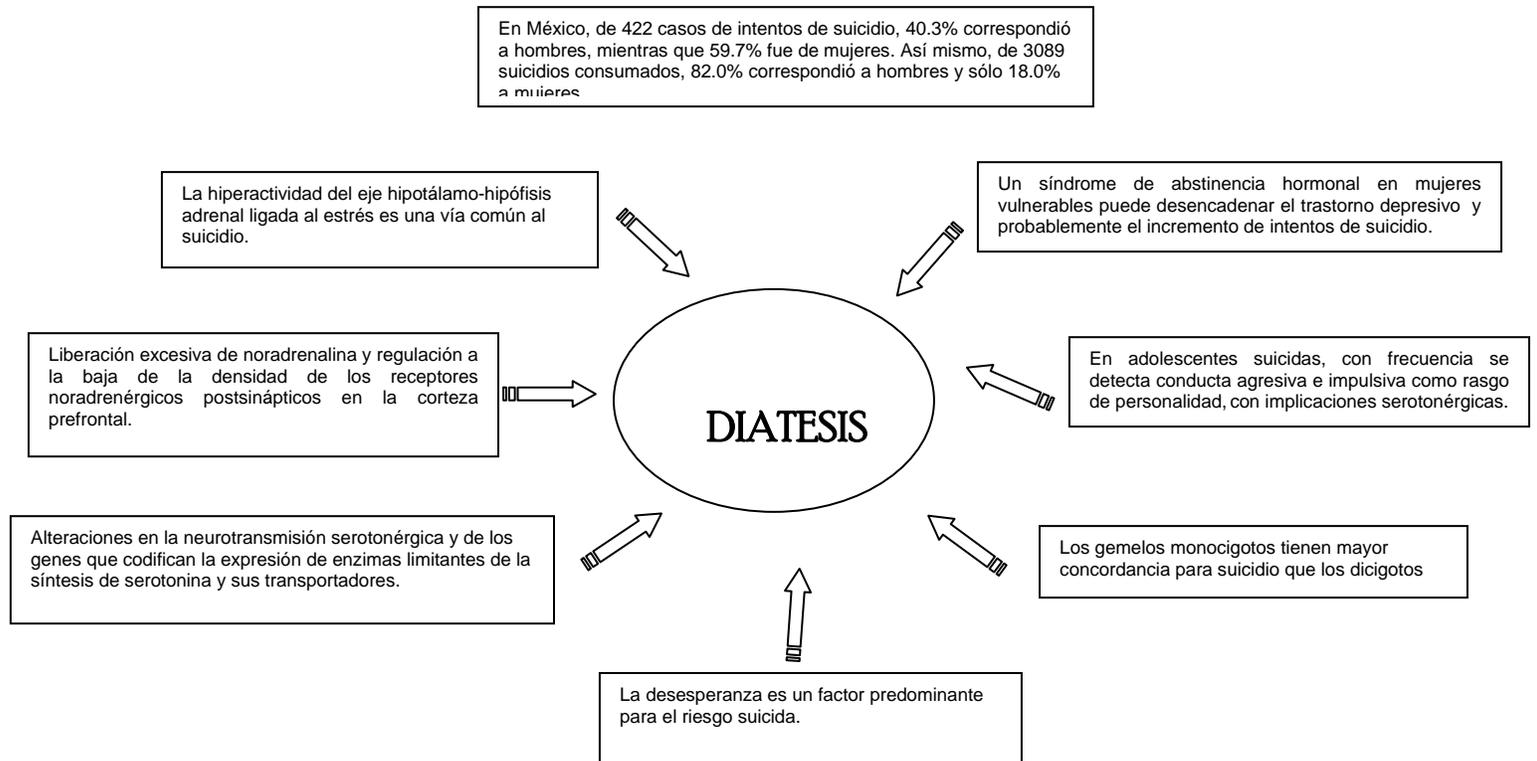
## ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK VARIABLES DEL TEST

1	¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?
4	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
5	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
6	¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
7	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?
9	¿Está deprimido/a?
10	¿Esta usted separada divorciado o viuda?
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado que habría sido capaz de matar a alguien?
13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión que quería suicidarse?
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

<b>B. RIESGO SUICIDA</b>				
<b>DURANTE EL ÚLTIMO MES:</b>				<b>PUNTOS</b>
B1.	¿Tuviste algún accidente? si la respuesta es no a b1, pase a b2: si la respuesta es si, haga la pregunta b1 a	NO	SI	0
B1a	¿Planeaste o intentaste hacerte daño en este accidente? incluya intento pasivo o activo en su marcación si la respuesta es no a b1a, pase a b2: si la respuesta es si, haga la pregunta b1b:	No	Si	0
B1b	¿Pretendías morir como resultado de este accidente?	No	Si	0
B2	¿Te sentiste sin esperanza	No	Si	1
B3	¿Pensaste que estarías mejor muerto o deseaste la muerte?	No	Si	1
B4	¿Quisiste hacerte daño?	No	Si	2
B5	¿Pensaste en quitarte la vida? Si la respuesta es si pregunte la frecuencia e intensidad de los pensamientos	No	Si	6
	¿Puedes decir que no harás realidad dichos pensamientos mientras estés en este programa de tratamiento?	No	Si	
B6	¿Te sentiste incapaz de controlar estos impulsos?	No	Si	8
B7	¿Tenias un plan para suicidarte?	No	Si	8
B8	¿Emprendiste actividades específicas como preparación para hacerte daño o para quitarte la vida y esperabas morir a consecuencia de ello?	No	Si	9
B9	¿Intentaste hacerte daño sin intención de quitarte la vida?	No	Si	4
B10	¿Trataste de quitarte la vida? Si la respuesta es no pase a la pregunta B11 Esperabas ser rescatado/sobrevivir Esperabas/tenias intención de morir	No	Si	9
B11	¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida?	No	Si	4
<p>De al menos 1 de los anteriores (excepto b1) codificada sí?  ¿Al menos 1 de las preguntas anteriores (excepto B2) se marco como si?  si la respuesta es si, sume el total de puntos para las respuestas (B1-B11) marcadas como "si"  y especifique el nivel de riesgo de suicidio de acuerdo al recuadro de diagnostico:  en el espacio de abajo haga cualquier comentario adicional sobre su evaluación del riesgo de suicidio en el presente o futuro cercano de este paciente:</p>				

<b>NO</b>	<b>SI</b>
<b>RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL</b>	
1-8 Puntos	Leve
9-16 puntos	Moderado
> 17 puntos	Alto

**EL MODELO DE DIATESIS** sugiere que la predisposición del individuo, aunada a las condiciones estresantes, lo convierte en un sujeto vulnerable a llevar a cabo intentos o actos suicidas.



**MODELO DE SUICIDIO COMO PROCESO.**

