



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS



**“INTENTOS SUICIDAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL
REGIONAL MORELOS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

DRA. LAURA ELENA FIGUEROA ZAMBRANO

TUTORES

**DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES
DR. JOSÉ FRANCISCO ÁNGEL MENDOZA GARCÍA**

MÉXICO, D. F.

MARZO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

“Intentos suicidas en pacientes del Hospital Regional de Psiquiatría Morelos”

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

DRA. FIGUEROA ZAMBRANO LAURA ELENA

Tutor Teórico
Dr. José Francisco Ángel Mendoza García
Psiquiatría
Hospital Regional de Psiquiatría Unidad
Morelos IMSS

Tutor Metodológico
Dra. Claudia Fouilloux Morales
Psiquiatría
Depto. de Psicología médica
Psiquiatría y Salud Mental

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Mi tesis es el resultado final de varios meses de trabajo, la he realizado con dedicación y con esmero. Este fruto de mi esfuerzo se lo dedico a mi esposo, a mis hijos y a mis padres. Todos, siempre han estado cerca de mí, alentandome no solo para concluir mi tesis, sino también para lograr uno de mis más grandes anhelos, hacer la especialidad de psiquiatría.

Agradezco a Dios por la vida y por haberme puesto en éste camino.

Gracias Carlos por el apoyo y la comprensión que me has otorgado.

Gracias Paul, Laura, Flor y Karla por su gran amor, alegría, comprensión y paciencia que día a día me dan, ustedes siempre han sido un impulso importante en mi vida para seguir adelante.

Gracias a mis queridos padres por su amor y apoyo incondicional, gracias por su legado, ejemplo de lucha y dedicación, que Dios los tenga en su Seno.

Gracias a mis asesores de tesis por otorgarme su tiempo, guiarme y apoyarme en la elaboración de ésta, que por momentos me fué difícil.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y su cuerpo de profesores por compartir sus conocimientos de forma tan generosa.

También agradezco a los psiquiatras del hospital, mis maestros, de los que he recibido apoyos y enseñanzas.

Finalmente mi respeto y agradecimiento a los pacientes, de ellos he aprendido y aprendo cada día.

LAURA.

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	IV
AGRADECIMIENTOS	V
RESUMEN	VI
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	2
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	13
Objetivo General	13
Objetivos Especificos	13
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>14</u>
TIPO DE ESTUDIO	14
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	15
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	16
RECOLECCIÓN DE DATOS	16
ANÁLISIS DE RESULTADOS	19
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	19
<u>RESULTADOS</u>	<u>20</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>21</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>24</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>25</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>27</u>
ANEXO 1.	27

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Frecuencia de intentos de suicidio según género	21
TABLA 2. Intentos de suicidio por grupo de edad	21
TABLA 3. Intentos de suicidio por estado civil	21
TABLA 4. Intentos de suicidio en cuanto a escolaridad	22
TABLA 5. Intentos de suicidio en cuanto a ocupación	22
TABLA 6. Intentos de suicidio en cuanto a religión	23
TABLA 7. Intentos de suicidio en cuanto a método empleado	23
TABLA 8. Intentos de suicidio en cuanto a diagnósticos más frecuentes	24
TABLA 9. Frecuencia de intentos de suicidio por mes	24

**INTENTOS SUICIDAS EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE
PSIQUIATRÍA UNIDAD MORELOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL**

AUTOR: Dra. Laura Elena Figueroa Zambrano, Médico Residente del cuarto año de psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Telefono del lugar de trabajo 57 81 75 61 o 55 77 44 19 extensión 115, correo electrónico: laura_figueroaz@hotmail.com.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de intento de suicidio en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro social para recibir atención médica.

Método: Se revisaron 2755 registros clínicos de los pacientes que acudieron a solicitar atención psiquiátrica al Hospital regional de Psiquiatría Unidad Morelos en el periodo comprendido de 01 de enero 2009 al 31 de diciembre del 2009. Se consideraron como criterios de inclusión los registros de pacientes mayores de 14 años, ambos sexos, ser derechoabiente y tener registro clínico de intento de suicidio. Fueron incluidos al estudio 518 registros de pacientes que presentaron intento de suicidio, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos de cada paciente, para determinar las variables de estudio.

Resultados: Los pacientes que durante el periodo de estudio presentaron intento de suicidio fueron 518. No se incluyeron 74 pacientes, de los cuales 25 presentaron el diagnóstico de estado confusional transitorio, 25 pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado/grave y 16 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo grave. Fueron excluidos 8 registros clínicos por ser ilegibles.

Se ingresaron un total de 444 pacientes. La frecuencia de intentos de suicidio durante el periodo de estudio fue del 16%. Los diagnósticos psiquiátricos que con más frecuencia se presentaron fueron los trastornos depresivos (35.1 %) seguidos por los trastornos adaptativos (25.0 %) y los trastornos mentales debidos a enfermedad médica (16.4 %). El diagnóstico de comorbilidad más frecuente fue el de trastornos depresivos (9.0 %) y como segundo diagnóstico más frecuente el de trastornos de personalidad (26.0 %). El método empleado más frecuente en los intentos de suicidio fue la ingesta de medicamentos (65.7 %).

Conclusiones: En esta investigación como en otras ya conocidas se reconoce la importancia del análisis de la conducta suicida, ya que conociendo las características como frecuencia, método más utilizado y los diagnósticos asociados mayormente con éste fenómeno, nos permitirán llevar a cabo estrategias de tratamiento.

Este estudio pretende formar parte de una investigación posterior en el Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos que pueda ayudar a establecer mejores medidas de prevención y manejo en esta población, logrando así una disminución en la presentación de la conducta suicida.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que interfieren factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida, aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

El intento suicida es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente del método empleado, y del conocimiento real de su intención. La conducta suicida aunque como concepto extenso y atemporal es un fenómeno instantáneo, violento y se manifiesta en forma sobresaliente su peligrosidad, como un trastorno complejo cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo.

El proceso dinámico y complejo del suicidio pasa por varias etapas antes de culminar en el acto que quita la vida a la persona. Sus fases previas pueden ser identificadas oportunamente para dar pie a la intervención adecuada, de este modo, el conocimiento específico de la dinámica del suicidio reduce la probabilidad de su aparición.

El suicidio en México constituye un problema de salud pública, por lo que requiere ser estudiado y entendido por los trabajadores de la salud mental, sobre todo por los psiquiatras.

Este estudio se realiza con el objetivo de conocer la frecuencia de intentos de suicidio en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, así como sus variables sociodemográficas; además conocer el método utilizado por los pacientes en el intento, ya que hasta el momento no se cuenta con esta información, seguros que servirá como base para nuevas investigaciones relacionadas con este fenómeno que beneficiarán considerablemente, ya que el mejor conocimiento de las

características asociadas a la conducta suicida en estos pacientes es necesario para establecer el mejor tratamiento así como medidas preventivas específicas y adecuadas a nuestro contexto. Se espera que en este estudio realizado en la población del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social se encuentren los resultados similares que en la bibliografía analizada.

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

Desde la perspectiva histórica, el suicidio ha sido descrito en muchas civilizaciones antiguas. También se tienen escritos históricos de la conducta suicida descritos en forma detallada y esporádica, siempre en relación con eventos de importancia (1).

Fue en la antigua Grecia donde se propagó la tolerancia al suicidio en cuanto a entenderlo como un asunto privado. La literatura griega da cuenta de infinidad de suicidios, todos ellos matizados de grandeza. El de Yocasta, madre-esposa de Edipo, era la única salida honorable de una situación intrincada y monstruosa. Egeo se ahoga llorando a su hijo Teseo, a quien cree víctima del minotauro. (1).

Varios autores han intentado clasificar la conducta suicida. Desde el punto de vista legal, el acta sobre suicidio en Inglaterra en 1961 es altamente significativa, a través de ella las penalidades criminales por comisión de suicidio fueron abolidas, posteriormente los sobrevivientes de intentos suicidas ya no fueron sujetos a juicio criminal. (1)

En cuanto a los antecedentes históricos del suicidio en México, sólo dos casos concretos de cierta trascendencia se muestran en la historia de México. El primero, fue referente al Tercer Emperador Mexica Chimalpopoca, quien se ahorcó dentro de una jaula, antes de aceptar ser vasallo de los Tecpanecas cuando lo hicieron prisionero. En el segundo, el del Cadete del H. Colegio Militar que se despeñó envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo, en la batalla del castillo de Chapultepec durante la invasión Norteamericana de 1847. (2)

En referencia a autores que hicieron grandes contribuciones al tema de suicidio podemos mencionar la obra de Durkheim “Le Suicide” publicada en 1897, ésta se consideró como un modelo para realizar investigaciones sobre el suicidio, estableciendo desde entonces la relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales. El trabajo de Durkheim, sigue siendo marco de referencia para el estudio de factores sociales como causa de suicidio. Sus dos hipótesis fueron sustentadas; primero, el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada. Segundo la motivación principal para el comportamiento suicida varía con el cambio de valores de una sociedad en particular. Freud hipotetizó que el individuo volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia la persona amada (2).

Menninger adoptó las mismas explicaciones psicodinámicas de Freud, pero sugirió que con fuerzas destructivas prevalecían tres dinámicas: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Existen otras explicaciones psicodinámicas para el suicidio y éstas incluyen el autocastigo, reparación y expiación de culpa, fantasías compensatorias por las diferencias de esta vida en una vida futura, manipulación, intentos por castigar fuerzas u objetos específicos o escapar de una situación intolerable, dolor o pánico e incapacidad para concebir acciones alternativas a la muerte. (3)

Las actitudes con respecto al suicidio están íntimamente ligadas con ideologías acerca de la muerte, esto explica las similitudes y diferencias entre las reacciones de varias sociedades frente al suicidio. En gran parte como resultado de los problemas señalados antes y por aspectos relacionados con el conocimiento público y profesional, a través de los años han sugerido varios mitos en torno al suicidio; entre algunos de estos mitos y realidades asociados a ellos se puede hablar de que la persona que habla del suicidio difícilmente lo intenta o lo comete; la realidad es que aproximadamente entre el 70 y 75 por ciento de los jóvenes que intentan o cometen el suicidio han proporcionado pistas, verbales o no, de sus intenciones en las semanas precedentes. Todas las amenazas de suicidio deben tomarse en serio (4).

Existe el mito de que los jóvenes que intentan suicidarse están buscando atención, la realidad es que semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida. El que la persona suicida esté, definitivamente eligiendo la muerte más que la vida es sólo un mito ya que hay una considerable cantidad de ambivalencia asociada con el comportamiento suicida, la mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para encontrar posibles soluciones, el principal problema no es que quieran morir, sino es que, no existe alguna manera de seguir viviendo. Asimismo también es un mito el decir que las personas suicidas están deprimidas; si bien es cierto que casi todas las investigaciones muestran rasgos de depresión, el comportamiento suicida está más significativamente asociado con otros trastornos psiquiátricos (no depresivos) y otros factores de alto riesgo. (5)

En general los factores de riesgo podemos dividirlos en específicos y no específicos, los factores de riesgo no específicos pertenecen al efecto de imitación. Los factores específicos son factores con los que el paciente tropieza directamente. (6).

Los factores estresantes que pueden aumentar el riesgo de suicidio son principalmente la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones entre familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales (7). También son importantes las crisis existenciales, las crisis económicas, el desempleo, la desintegración social, la inestabilidad política y el colapso social (8).

En cuanto al perfil del temperamento y la personalidad de quienes intentan cometer suicidio en México, se encuentran, sobre todo adolescentes y adultos jóvenes, la actitud de búsqueda de novedades, evitación del daño, preocupación por trascender, pero sin una definición clara de objetivos y metas, y una baja capacidad de cooperación (10) todo ello aunado a la sensación de no poder enfrentar y resolver problemas, particularmente entre los adolescentes (9).

En otra clasificación (10, 11, 12, 13, 14), los factores de riesgo del suicidio se establecen como: 1) los primarios, que incluyen los trastornos psiquiátricos antes mencionados y la enfermedad médica crónica. 2) Los secundarios, que son los factores que llevan a una actitud disfuncional, como la dificultad en la solución de problemas y el pesimismo. 3) Los terciarios, que incluyen los factores demográficos como la edad, el género, ciertos periodos vulnerables (periodo premenstrual y cambios estacionales) y el formar parte de un grupo socialmente minoritario que con frecuencia es perseguido o vetado (15).

Aunque un posible marcador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida. En México aproximadamente un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis

horas previas al intento. Adicionalmente, quien intenta o logra suicidarse pasa por un estado de ansiedad en el momento del acto (13), Es irrelevante el tipo de ansiedad, lo importante es que suele concurrir con depresión mayor. Los trastornos afectivos de ansiedad moderados y severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida (12). En el extremo final de la vida ocurre la depresión de la tercera edad, ellos se van dejando morir lentamente, en un suicidio silencioso, lo cual ilustra que existen diferentes formas de manifestar un acto suicida de acuerdo a la edad y al deterioro psicosocial. (12)

Siendo la depresión un diagnóstico frecuentemente asociado con la conducta suicida, se pueden mencionar factores biológicos asociados a la depresión que han sido encontrados en pacientes con este trastorno. Se han descrito alteraciones en las concentraciones de sustancias como neurotransmisores (serotonina, acetilcolina, noradrenalina y dopamina) o sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo (LCR), plasma u orina. La relación entre esto y el suicidio no ha sido aún establecida. Sin embargo, se ha reportado frecuentemente una alteración en la concentración de un metabolito de la serotonina, el 5HTAA (Acido 5 hidroxindol- acético), en la literatura es el hallazgo más constante hasta el momento en la búsqueda de algún sustrato biológico para el suicidio. (14)

Shaffer menciona que se puede evocar cierta evidencia de que los niveles bajos de serotonina se correlacionan con una conducta agresiva, impulsividad y que esto puede ser más específico que el diagnóstico psiquiátrico para estudiar al paciente con conducta suicida. En efecto, se ha encontrado este patrón en la composición de LCR en pacientes con conducta suicida independiente de los distintos diagnósticos psiquiátricos hechos en ellos. Esto significa que se trata de un factor común en la conducta suicida independiente del diagnóstico por trastorno mental subyacente. La relación exacta entre estos hallazgos y el desenlace clínico, es decir su

poder predictivo, aún no ha sido claramente demostrado y se requieren más estudios al respecto. En nuestro país no se han realizado hasta el momento estudios sobre este aspecto (16).

La investigación científica, también ha abordado a la conducta suicida o parasuicida desde una perspectiva genética. El entendimiento actual de la conducta suicida está multideterminado y resulta de la interacción de conductas determinadas por un estado patológico o un rasgo de carácter. Entre los efectos de los rasgos del carácter, los factores genéticos resultan tener importancia como lo demuestran las investigaciones sobre las conductas suicidas realizadas en gemelos, familias y estudios de adopción. Se desconoce si los resultados de estos estudios se relacionan con los resultados de los estudios sobre los factores genéticos asociados a la esquizofrenia, trastorno bipolar y alcoholismo. Sin embargo algún factor genético independiente podría estar directamente relacionado a la conducta suicida per se, sin tomar en cuenta el padecimiento psiquiátrico subyacente si es que existe. Con base a la utilización de estudios de asociación, últimamente se han tratado de identificar marcadores genéticos relacionados a la conducta suicida. Abbar y cols. intentaron buscar la asociación entre el gen que codifica a la enzima triptofano hidroxilasa y la conducta suicida (17).

La conducta suicida, aunque como concepto extenso y atemporal, es un fenómeno instantáneo, violento y se manifiesta en forma sobresaliente su peligrosidad, como un trastorno complejo cuyo estudio tiene su punto de partida en el acto mismo. Actualmente y desde una perspectiva epidemiológica se han obtenido datos importantes que se asocian a la conducta suicida. Se sabe que la conducta suicida se ha incrementado en las dos últimas décadas, sobre todo en países industrializados, (18). Internacionalmente las proporciones se extienden desde un máximo de 25/100 000 habitantes en Escandinavia, Suiza, Alemania, Austria, países europeos del Este (llamado el cinturón suicida) y Japón, hasta un mínimo de 10/100 000 en España, Italia, Irlanda, Egipto y países bajos (18).

En Estados Unidos cada año se producen 30 000 muertes por suicidio (29 350 muertes en 2000), esta es la cifra de suicidios consumados, el número estimado de intentos de suicidio es de 8 a 10 veces ese valor. En el mismo año se registraron 2.7 veces mas suicidios que homicidios. (8)

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercer causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que esta cifra podría duplicarse en 20 años (8).

En México, estudios de tipo epidemiológico han llegado a concluir que la tasa global de suicidio es mucho menor que en países industrializados (18). La primera investigación epidemiológica realizada con respecto al suicidio fue hecha por Cabildo y Elorriaga durante el año 1966. Saltijeral y Terroba investigaron las tasas de suicidio en México durante el periodo de tiempo comprendido entre 1970 y 1980 encontrándose que la tendencia del suicidio y del intento de suicidio durante este periodo se mantuvo más o menos constante, en esa misma investigación se documentó una mayor proporción de hombres suicidas en comparación con las mujeres (proporción 3 a 1). Estas autoras reportan que en promedio uno de cada millón de personas menores de 14 años de edad cometían actos autolesivos durante la década de los setenta (18).

Los resultados del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2005 registraron 3 553 suicidios consumados, registrándose como principal método empleado la estrangulación con 2 593 seguido por arma de fuego en 497 y veneno en 238 casos. Estos datos revelaron que fue el sexo masculino el que registró mayor incidencia con 2 970 casos mientras que el sexo femenino registró 583 casos (20).

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia autoinfligida como uno de los padecimientos sustanciales

que deben de enfrentar las sociedades modernas. Dicho informe muestra en forma sucinta cómo las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas) (8). Sin embargo, la misma OMS había mostrado en su informe previo, de 2001 (OMS 2001), que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio para el período 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres. (21).

El suicidio en México se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 250% para los hombres y 225% para las mujeres), la tasa nacional se ubica en un 3.4 por cada 100 000 habitantes, afectando más a los hombres que a las mujeres (casi cinco suicidios masculinos por un femenino), con una ligera tendencia a una disminución en la edad media del suicidio masculino. En los grupos de jóvenes el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte (21).

En el año 2002 ocurrieron 3 089 suicidios, con aumento de un 13% en dos años y de 10 veces entre adolescentes en los pasados 9 años. La serie histórica de suicidios en México indicó que en el año 1980 se cometieron 672 suicidios, en 1990 1 405 y 3 089 en 2002, así, en 20 años los suicidios aumentaron un 459%, evidentemente sin relación con el aumento general de la población. (21).

Como no existe en el país una instancia oficial que registre en forma amplia a los intentos de suicidio, las estimaciones nacionales de intentos de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), llevada a cabo de septiembre de 2001 a mayo de 2002 muestran que el intento de suicidio alguna vez en la vida fue reportado por 2.8% de la población nacional, y es más frecuente en las mujeres (3.5%) que en los hombres (2.0%). No se encontraron

diferencias por sexo en los intentos recientes (últimos 12 meses (2000)), los cuales fueron reportados por 0.6% de la población nacional (21).

Los intentos de suicidio registrados a nivel nacional en las estadísticas del INEGI 2005 reportaron un registro 227 casos, de los cuales 108 se presentaron en el sexo masculino y 119 en el sexo femenino. En cuanto al método empleado, la mayor ocurrencia se registró con intoxicación por medicamentos(83 casos) seguidos envenenamiento (30 casos), lesión con arma blanca u objeto punzocortante (27 casos) y estrangulamiento (26 casos) (20).

La distribución geográfica de los intentos de suicidio (cuyas prevalencias más elevadas se encontraron en la región centro-oeste) no se superpone con la distribución de los suicidios consumados. Alrededor de 75% de los casos de intentos de suicidio de la ENEP reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. El diagnóstico de un trastorno mental incrementó alrededor de 10 veces más el riesgo de reportar un intento de suicidio alguna vez en la vida e incrementó en casi 17 veces el riesgo de reportar un intento de suicidio en los últimos 12 meses. El sexo femenino, el grupo de edad más joven (18 a 29 años), las personas separadas, divorciadas o viudas, los jubilados y las personas que informaron de “otras” ocupaciones, mostraron probabilidades más elevadas de reportar intento de suicidio “alguna vez en la vida”. Además del trastorno mental, los factores de riesgo para presentar un intento de suicidio “en los últimos 12 meses”, fueron la región del país (la región oeste central), los jubilados y las personas que reportaron “otras” ocupaciones. Encontramos, por último, que los entrevistados que informaron de un intento de suicidio “en los últimos 12 meses” (año 2000) frecuentemente hacen contacto con los servicios de salud. El 36% de los casos de intento de suicidio en los últimos 12 meses (AÑO 2000) consultó con algún servicio de salud, mientras que sólo 4.0% de los entrevistados sin intento de suicidio notificaron hacer uso de un servicio de salud en el mismo período. Se encontró también evidencia limitada de que el proceso Migratorio hacia los Estados Unidos de América

(EUA) puede verse asociado con un incremento en la conducta suicida de los mexicanos que se asientan en el vecino país del norte (21). Por lo anteriormente documentado es importante conocer la conducta suicida que incluye su frecuencia, el método más utilizado así como los diagnósticos asociados más frecuentemente con éste fenómeno, sin dejar de lado las variables sociodemográficas que forman parte de las características que repercuten en su aparición. Comenzando con una pequeña muestra de la población mexicana que está expuesta a estos factores de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en el que interfieren factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un continuum que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

El intento suicida es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente del método empleado, y del conocimiento real de su intención.

La Organización Mundial de la Salud estima que por lo menos 1 100 personas se suicidan y ocurren de 10 a 15 intentos suicidas por cada suicidio al día, siendo el grupo etáreo más afectado el de 15 a 24 años. La violencia autoinfligida es uno de los padecimientos sustanciales que deben de enfrentar las sociedades modernas. Las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas) (8). Sin embargo, la misma OMS ha mostrado en su informe previo, de 2001 (OMS 2001), que México mostró un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. El suicidio se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 250% para los hombres y 225% para las

mujeres) (8). la tasa nacional se ubica en un 3.4 por cada 100 000 habitantes, afectando más a los hombres que a las mujeres (casi cinco suicidios masculinos por un femenino). Y en los grupos de jóvenes el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte. (21) La importancia del tema de suicidio estriba en que este tipo de conducta se está volviendo “el modo preferencial de morir”, (Shneidman 1976), y día con día crecen las estadísticas de mortalidad que por suicidio hay en todo el mundo.

Pregunta de investigación¿Cual es la frecuencia de intentos de suicidio en el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos?

JUSTIFICACIÓN

Como resultado de los problemas señalados anteriormente y por aspectos relacionados con el conocimiento público profesional, existe el mito de que las personas suicidas están deprimidas, mientras que casi todas las investigaciones señalan que la mayoría de las personas que manifiestan comportamiento suicida muestran rasgos de depresión, el comportamiento suicida está significativamente asociado con otros trastornos psiquiátricos y otros factores de riesgo.

El suicidio en México constituye un problema de Salud Pública por lo que requiere ser estudiado y entendido por los trabajadores de la salud mental, sobre todo por los psiquiatras.

El proceso dinámico y complejo del suicidio pasa por varias etapas antes de culminar en el acto que quita la vida a la persona. Sus fases previas pueden ser identificadas oportunamente para dar pie a la intervención adecuada, de este modo, el conocimiento específico de la dinámica del

suicidio sumado al reconocimiento de los factores de riesgo reduce la probabilidad de su aparición.

Si bien, en nuestro país, y otros lugares del mundo se han realizado estudios sobre este tema, consideramos importante conocer el comportamiento suicida en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, que es una población derechohabiente, buscando intencionalmente la presencia de alguna o algunas características especiales que nos permitan establecer medidas preventivas y de tratamiento específicas para este grupo de estudio.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de intento de suicidio en los pacientes que acuden al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos para recibir atención médica en el periodo comprendido entre enero 2009 y diciembre del 2009.

Objetivos específicos:

1.- Conocer los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con intento de suicidio que acudieron al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos para recibir atención médica en el periodo comprendido entre enero 2009 y diciembre del 2009.

2.- Conocer el método empleado por los pacientes con intento de suicidio que acudieron al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos para recibir atención médica en el periodo comprendido entre enero 2009 y diciembre del 2009.

3.- Identificar la presencia o no de tratamiento psiquiátrico en los pacientes con intento de suicidio que acudieron al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos para recibir atención médica en el periodo comprendido entre enero 2009 y diciembre del 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO; Observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR:

Se llevó a cabo en el Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos, de tercer nivel de atención, con área de influencia correspondiente a la Delegación Norte del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Se revisaron los registros clínicos de los pacientes que acudieron a recibir atención al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos

MUESTRA: Se incluyeron 444 registros clínicos de los pacientes con intento de suicidio que acudieron a recibir atención psiquiátrica en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2009

PROCEDIMIENTO: El investigador llevó a cabo la revisión de los registros clínicos de los pacientes que acudieron a recibir atención en el periodo de estudio para valorar la existencia de intento de suicidio tomando en cuenta la nota de referencia, las hojas de admisión continua, las

notas médicas y las notas de alta, se llenó la hoja de recolección con los datos de cada paciente, obteniéndose las variables sociodemográficas que incluyeron edad, sexo, religión, ocupación, estado civil y escolaridad; así como el diagnóstico psiquiátrico y el método empleado en el intento de suicidio. No se realizaron escalas de medición pues los diagnósticos fueron realizados por expertos en la materia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Expedientes que contengan el registro de intento suicida, de los pacientes que acudieron al hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos para recibir atención en el periodo comprendido entre enero 2009 a diciembre del 2009.

Expedientes de pacientes derechohabientes

Expedientes de pacientes mayores de 14 años

Criterios de exclusión

Se excluyeron los registros clínicos de pacientes con deterioro cognitivo severo

Se excluyeron los registros clínicos de pacientes con Retraso mental moderado, grave y profundo

Se excluyeron los registros clínicos de pacientes en estado confusional transitorio

Criterios de eliminación

Fueron eliminados los registros clínicos con información incompleta o no legible.

VARIABLES DE ESTUDIO

Nombre de la variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización De la variable
EDAD CRONOLÓGICA	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento hasta la actualidad expresada en años	La documentación de la edad cronológica en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cuantitativa	De intervalo	De acuerdo al número de años documentado en los registros clínicos de los pacientes en estudio.
SEXO	Clasificación de los hombres o mujeres de acuerdo a las características fenotípicas y genotípicas del individuo	La documentación del sexo en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa-dicotómica	Nominal	Hombre Mujer
ESCOLARIDAD	Grado máximo de estudios realizado en el sistema escolarizado	La documentación de la escolaridad en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Bachillerato Licenciatura
OCUPACIÓN	Conjunto de funciones y/o tareas específicas que desempeñan las personas en su trabajo	La documentación de la ocupación en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Nominal	Desempleado Obrero Empleado de oficina Comerciante Hogar Pensionado
INTENTO DE SUICIDIO	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la recomendada como terapéutica”.	La documentación del intento de suicidio en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Nominal	1. Ahorcamiento 2. Envenenamiento 3. Arma blanca 4. De alturas 5. Ahogamiento 6. Ingesta de medicamentos

<p>MÉTODO EMPLEADO</p>	<p>Recurso, elementos o instrumentos utilizados con el objeto de llevar a cabo el intento de suicidio o suicidio.</p>	<p>La documentación del método empleado en el intento de suicidio en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. Ahorcamiento (Compresión sobre el cuello efectuado con un lazo, una cuerda, un cinturón, agujetas, mascada, etcétera, producida por el propio peso del cuerpo del suicida en suspensión contra el elemento suspensor al que se encuentra atado, por el otro extremo, a un punto fijo)</p> <p>2. Envenenamiento (Cualquier sustancia que destruye o altera las funciones vitales, introducido por vía oral)</p> <p>3. Arma blanca (Se refiere a los instrumentos punzo cortantes, generalmente de acero.)</p> <p>4. Precipitación. (Acción y efecto de arrojarse desde un lugar alto.)</p> <p>5. Ahogamiento (Sustitución del aire de la respiración por un líquido cualquiera, estando los orificios externos de las vías aéreas superiores, nariz y boca sumergidos en él)</p> <p>6. Ingesta de medicamentos (Se produce por la ingestión o inhalación de sustancias empleadas para curar.)</p>
-------------------------------	---	--	--------------------	----------------	---

RELIGIÓN	Creencia o preferencia espiritual que se profesa, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado.	La documentación de la religión en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Nominal	Católica Testigo de Jehová Cristiano Mormón Creyente Ninguna
ESTADO CIVIL	Situación de las personas en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbres del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho.	La documentación del estado civil en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Separado 6. Divorciado
COMORBILIDAD	la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, la presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario	La documentación de la comorbilidad en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa	Nominal	1. T. relacionados con sustancias 2. T. Depresivos 3. T. Bipolares 4. T. Adaptativos 5. T. Ansiedad 6. T. debidos a enfermedad médica 7. T. personalidad 8. Retraso mental
TRATAMIENTO MÉDICO PSIQUIÁTRICO	Atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes con un trastorno psiquiátrico, para prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas del trastorno.	La documentación de la administración de tratamiento psiquiátrico en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No
HOSPITALIZACION	La reclusión por más de una noche en calidad de paciente en una clínica u hospital	La documentación de la indicación de hospitalización en los registros clínicos de los pacientes incluidos en el estudio.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se obtuvo la frecuencia de los pacientes que intentaron suicidio, la frecuencia de intentos de suicidio por mes, la frecuencia de hospitalizaciones, así como los porcentajes de las variables sociodemográficas, los porcentajes de los tipos de métodos empleados en el intento de suicidio y el porcentaje de pacientes que se encontraba con tratamiento psiquiátrico al momento del intento, por medio de medidas de tendencia central, de frecuencia y de dispersión.

IMPLICACIONES ÉTICAS

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Centro Médico de Alta especialidad La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social y fue aceptado por el Comité Científico de la misma institución, se fundamentó en los principios derivados de la declaración de Helsinki, en relación al deber del médico de proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

La presente investigación fue considerada de riesgo mínimo ya que sólo se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y revisión de expedientes clínicos, en los que no se identificó al paciente, no se realizó ninguna intervención con medicamentos, o manipulación de sujetos.

Dadas las características del estudio no fue necesaria la solicitud de consentimiento informado a pacientes o familiares por lo que no se tomaron estas medidas.

RESULTADOS

De un total de 2755 pacientes que acudieron a recibir atención Psiquiátrica al Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos en el periodo comprendido de 01 de enero 2009 al 31 de diciembre del 2009, 518 presentaron intento de suicidio, de estos no se incluyeron 74 pacientes, de los cuales 25 presentaron el diagnóstico de estado confusional transitorio, 25 pacientes con diagnóstico de retraso mental moderado/grave y 16 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo grave. Fueron excluidos del estudio 8 registros clínicos por ser ilegibles, quedando una muestra de 444 pacientes.

De los pacientes considerados en la muestra N= 444, 247 pacientes (55.6 %) no fueron hospitalizados, siendo enviados a la consulta externa de su Hospital General de Zona para seguir con su control por considerar que no cumplieron criterios para la hospitalización o bien se regresaron por presentar aún sintomatología de intoxicación u otra entidad que debía ser controlada en hospitalización general, mientras que 190 (42.7 %) fueron ingresados a hospitalización. 263 (59.2 %) no se encontraban en tratamiento psiquiátrico al momento del intento de suicidio mientras que el resto 174 (34.1 %) si se encontraban bajo algun tratamiento psiquiátrico al momento del evento.

TABLA 1. FRECUENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO

GENERO		CASOS	PORCENTAJE
	HOMBRE	117	26.35%
	MUJER	327	73.65%
	NO CONTESTADO	0	0.00%
	TOTAL	444	100%

TABLA 2. INTENTOS DE SUICIDIO POR GRUPO DE EDAD

		CASOS	PORCENTAJE
EDADES	DE 13 A 19	57	12.84%
	DE 20 A 24	66	14.86%
	DE 25 A 29	70	15.77%
	DE 30 A 34	55	12.39%
	DE 35 A 39	63	14.19%
	DE 40 A 44	42	9.46%
	DE 45 A 49	45	10.14%
	DE 50 A 54	23	5.18%
	DE 55 A 59	12	2.70%
	DE 60 Ó MAS	10	2.25%
	NO CONTESTADO	1	0.23%
	TOTAL	444	100%

TABLA 3. INTENTOS DE SUICIDIO POR ESTADO CIVIL.

		CASOS	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	CASADO	154	34.68%
	SOLTERO	181	40.77%
	UNION LIBRE	36	8.11%
	VIUDO	14	3.15%
	DIVORCIADO	17	3.83%
	SEPARADO	36	8.11%
	NO CONTESTADO	6	1.35%
	TOTAL	444	100%

TABLA 4. INTENTOS DE SUICIDIO EN CUANTO A ESCOLARIDAD

		CASOS	PORCENTAJE
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	74	16.67%
	SECUNDARIA	150	33.78%
	PREPARATORIA	52	11.71%
	CARRERA TECNICA	54	12.16%
	LIC. TRUNCA	38	8.56%
	LIC. TERMINADA	49	11.04%
	NINGUNA	20	4.50%
	NO CONTESTADO	7	1.58%
	TOTAL	444	100%

TABLA 5. INTENTOS DE SUICIDIO EN CUANTO A OCUPACIÓN

		CASOS	PORCENTAJE
OCUPACION	HOGAR	111	25.00%
	OBRERO	28	6.31%
	EMPLEADO	107	24.10%
	COMERCIANTE	13	2.93%
	PROFESIONAL TECNICO	11	2.48%
	PROFESIONAL	12	2.70%
	ESTUDIANTE	69	15.54%
	JUBILADO/PENSIONADO	13	2.93%
	OTRO	30	6.76%
	NINGUNA	41	9.23%
	NO CONTESTADO	9	2.03%
	TOTAL	444	100%

TABLA 6. INTENTOS DE SUICIDIO EN CUANTO A RELIGIÓN

		CASOS	PORCENTAJE
RELIGION	CATOLICO	258	58.11%
	T. JEHOVA	7	1.58%
	CRISTIANO	16	3.60%
	MORMON	2	0.45%
	CREYENTE	27	6.08%
	OTRO	8	1.80%
	NINGUNA	31	6.98%
	NO CONTESTADO	95	21.40%
	TOTAL	444	100%

TABLA 7. INTENTOS DE SUICIDIO EN CUANTO A MÉTODO EMPLEADO

		CASOS	PORCENTAJE
METODO EMPLEADO	ARMA BLANCA	80	18.02%
	INGESTA DE MEDICAMENTOS	292	65.77%
	AHORCAMIENTO	31	6.98%
	LANZAMIENTO DE ALTURAS	12	2.70%
	ENVENENAMIENTO	14	3.15%
	OTROS	12	2.70%
	NO CONTESTADO	3	0.68%
	TOTAL	444	100%

TABLA 8. INTENTOS DE SUICIDIO EN CUANTO E DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

	DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
1	TRANSTORNOS RELACIONADOS C/SUSTANCIAS	11	2.48%
2	ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS	15	3.38%
3	TRANSTORNOS DEPRESIVOS	156	35.14%
4	TRANSTORNOS BIPOLARES	1	0.23%
5	TRANSTORNOS DE ANSIEDAD	35	7.88%
6	TRANSTORNOS ADAPTATIVOS	111	25.00%
7	TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD	28	6.31%
8	RETRASO MENTAL	0	0.00%
9	OTROS TRANSTORNOS DE LA INFANCIA, NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA	9	2.03%
10	TRANSTORNO MENTAL DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA	73	16.44%
11	TRANSTORNOS SEXUALES Y DE LA IDENTIDAD SEXUAL	0	0.00%
0	NO CONTESTADO	5	1.13%
	TOTAL	444	100%

TABLA 9. FRECUENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO POR MES.

MES		CASOS	PORCENTAJE
	ENERO	33	7.43%
	FEBRERO	30	6.76%
	MARZO	32	7.21%
	ABRIL	41	9.23%
	MAYO	30	6.76%
	JUNIO	44	9.91%
	JULIO	37	8.33%
	AGOSTO	40	9.01%
	SEPTIEMBRE	44	9.91%
	OCTUBRE	36	8.11%
	NOVIEMBRE	39	8.78%
	DICIEMBRE	38	8.56%
	TOTAL	444	100%

DISCUSIÓN

Del total de registro de los pacientes que durante el periodo de estudio acudieron a recibir atención, 16 % de la población mayor de 14 años resultó con un intento suicida. (N=444), lo cual es mucho mayor a lo reportado por la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica (ENEP) que es de 2.8% para intentos de suicidio (21). Esto seguramente debido a que el hospital es de concentración y eso favorece a que se detecten más casos que en la población general.

De estos 444 registros de pacientes con intento suicida 247 requirieron hospitalización (55.6%), mientras que 190 (42.7%) no requirieron el manejo hospitalario. Cabe recordar que se trata de un hospital de concentración y se hospitalizan solamente aquellos casos de intento suicida reciente, serio y peligroso, de acuerdo al grado de letalidad del mismo, o bien hay presencia de ideación suicida persistente con planeación realista o notoriamente peligrosa, lo cual se ve reflejado en el alto porcentaje de pacientes que requirieron hospitalización para el manejo del intento suicida. Sería importante realizar investigaciones en los hospitales generales de zona para poder conocer la frecuencia de intentos suicidas que acuden a dichas unidades y realmente cuantos de estos se canalizan a un tercer nivel para su evaluación y manejo.

Es de resaltar el hecho de que el 34.1% de nuestra muestra se encontraba bajo algún tratamiento psiquiátrico al momento del evento, lo cual corresponde a lo reportado por la literatura que describe que 36% había tenido contacto con algún servicio de salud en los 12 meses previos al intento (21), llamando la atención que el 59.2% de la muestra no habían tenido tratamiento psiquiátrico previo pudiendo esto indicar que un porcentaje mayor de la población no contempla la atención psiquiátrica como parte de solución a sus conflictos o a su sintomatología.

El género femenino fue el predominante, con una relación hombre mujer 3:1, lo que confirma lo observado en estudios anteriores que refieren al sexo femenino como predominante para presentar intento de suicidio.(21).

Los grupos de edad que con mayor frecuencia presentaron intento de suicidio fue el de 15 a 19 y 20 a 24, se considera importante mencionar que en tercer lugar de frecuencia se encontró el grupo de 13 a 19 años (12.8%), lo que confirma lo referido la literatura la cual menciona que en los jóvenes la conducta suicida ha aumentado considerablemente en los últimos años (9, 12, 21), lo cual resalta la necesidad de establecer programas preventivos integrales en la población para atender estos grupos de edad y evitar que lleguen cometer suicidio.

El estado civil que presentó la frecuencia más alta fue el de solteros, sin embargo el estado civil de casado, sumado al de union libre muestra una mayor frecuencia en la condición de vida en pareja (42 %) que la condición de soltero, lo cual guarda relación con la presentación de sexo femenino (73.6%) y la condición de ama de casa (25%), presentadas con mayor frecuencia en este estudio.

En cuanto al nivel de escolaridad, la mayor frecuencia se presentó en los pacientes con secundaria terminada (18.8%), seguido del nivel primaria (16.6%) guardando relación con lo referido en los resultados de las estadísticas de INEGI 2005 (20).

La ocupación más frecuente con intento de suicidio se presentó en la relacionada con las labores del hogar, seguida de la referida como empleado, considerando importante mencionar que el tercer lugar de ocupación es la de estudiante

El grupo de sujetos con religión conformó casi la totalidad de la muestra estudiada, siendo la católica la más predominante; debiendo considerarse que en 95 pacientes (21.4%) de la población estudiada no fue documentada esta variable, sin embargo puede asociarse con los resultados de las estadísticas de INEGI del 2005 que refiere un predominio de la religión católica en la población general de hasta un 90% (20).

Al tomar en consideración el método empleado en los intentos de suicidio, fue más frecuente el relacionado con la ingesta de medicamentos, confirmando lo encontrado en la literatura de estudios anteriores (20), seguido de la utilización de armas punzocortantes, difiriendo con la literatura antes mencionada en donde se registra como segundo método el envenenamiento y en tercer lugar el uso de armas punzocortantes (20). De estos pacientes, 27 (6%) utilizaron una combinación de dos métodos como la ingesta de medicamentos y el intento de ahorcamiento o la ingesta de medicamentos y el corte o lesión en las muñecas con arma blanca u objeto punzocortante. Sobre los pacientes que utilizaron como método para el intento de suicidio la ingesta de medicamentos se encontró que la mayoría de estos medicamentos utilizados fueron principalmente las benzodiazapinas, medicamento que generalmente requiere de prescripción médica. En este sentido sería importante un estudio más a fondo en el cual pudieramos conocer las secuelas que dejan cada uno de estos métodos empleados, ya que muchos de ellos se quedan en hospitales generales sin recibir atención psiquiátrica.

Los diagnósticos psiquiátricos que con más frecuencia se presentaron fueron los trastornos depresivos, que confirma lo encontrado en otros estudios (5,12,14). En segundo lugar los trastornos adaptativos (12), seguidos de los trastornos mentales debidos a enfermedad médica. Tomando en consideración el segundo diagnóstico, se encontró que el de mayor frecuencia fue el de trastorno de la personalidad (26 %) (12), Mientras que el de depresión se presentó en 9% como comorbilidad.

Cabe resaltar que se encontró un porcentaje muy bajo de trastornos bipolares y esquizofrenicos, lo que viene a resaltar nuevamente la importancia de programas preventivos.

Los meses en los que se presentaron con mayor frecuencia los intentos de suicidio fueron junio y septiembre (tabla 8).

Para poder tener mejores resultados y proyecciones a futuro sería importante contar con un estudio que incluyera 5 años al menos, y para reducir sesgos por falta de información se podría hacer un estudio prospectivo con una encuesta aplicada al paciente y al familiar para contar con datos más fidedignos.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se logra conocer la frecuencia de intento suicida de los pacientes que acuden a solicitar atención la cual fue del 16%, sin dejar de considerar que es un hospital de concentración.

Se logró conocer en todos los casos que requirieron atención, el diagnóstico psiquiátrico del médico psiquiatra que evaluó en ese momento, en base a una entrevista, lo cual implica la posibilidad de la presencia de algún sesgo, por lo cual se podría optimizar la propuesta diagnóstica a través de escalas para poder tener diagnósticos más fidedignos.

También se pudo conocer los métodos que emplearon al momento de cometer el intento de suicidio, corroborándose así la necesidad de programas preventivos.

No se pueden generalizar los resultados dado que es poco el tiempo que fue analizado, sin embargo es una muestra importante considerando que es un hospital de concentración que da atención a una población específica de 5 millones de habitantes de la región norte del DF, todo el Estado de México y el estado de Hidalgo. Por lo que la importancia de este estudio radica en que puede ser la base para estudios posteriores en esta población.

ANEXOS

Hoja de recolección de datos

Mes: _____

Nombre: _____

NSS: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Grado de estudios: _____

Estado civil: _____

Religión: _____

Metodo empleado: _____

Diagnostico Psiquiátrico: _____

Tratamiento psiquiatrico: si _____ no _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Lyons A. Petrucelli J. *Medicine NA Illustrated History* Abradale Pres. Harry N. Abrams; 1987.
- (2) Riva Palacio, V: "México a través de los siglos" Cumbre Vol. 1, México; 1953.
- (3) Farmer R. Hirsch "the suicide Syndrome" Croome Helm press London; 1980
- (4) Farberow N. Schnnerdman E. "Necesito ayuda" México, La Prensa Mexicana; 1969.
- (5) Borges G Rosovsky H. Caballero M Gómez C: Evolución reciente Del suicidio em México 1970-1991, *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1994; 15-21.
- (6) Kaplan H. And Sadok B "sinopsis de Psiquiatría" Baltimore Maryland William and Wilkains; 2009.
- (7) Mann JJ: Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4(10):819-828.
- (8) Organizacion Mundial de la Salud: *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OMS, Ginebra, 2002.
- (9) Speckens AE, Hawton K: Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35(4):365-387.
- (10) Ahrens B, Linden M: Suicidal behavior-symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(Supl.1):116-121.
- (11) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wassermann: Suicide and mental disorders: do we know enough? *British J Psychiatry* 2003; 183:382-383.
- (12) Chioqueta AP, Stiles TC: Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis* 2003; 24(3):105-112.
- (13) Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA: Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of FDA database. *J Affect Disord* 2002; 68(2-3):183-190.
- (14) Van Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5):292-300.

- (15) Sharma V: Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord* 2003; 5(Supl.2):48-52.
- (16) Shaffer, Piacentini: Suicide and Attempted Suicide. In Michael Rutter (ed) *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd ed. Blackwell Scientific Publication. London, England; 1994.
- (17) Sculsinger F. et al. *Family Study Orgins Prevention Treatment of Affective disorders* Orlando Florida Academic Press 1979; 277-287.
- (18) Diekstra R. F Suicide and attemped suicide Na International Perspective. *Acta Psychiatric. Scad* 1989; 80 (suppl) 1-24.
- (19) Balton R suicide ¿Can We Predict it? *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 236-249.
- (20) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI); 2005.
- (21) Secretaría de Salud. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SSA; 2006.