

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE

**“CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES
DERECHOHABIENTES DEL ISSSTE CON INTENTO SUICIDA QUE AMERITAN
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA”**

No. de Registro 295-2011

T E S I S D E P O S G R A D O

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A:

DRA. ANA MARIA CADENA CALDERON

DRA. MARTHA OROZCO QUIYONO
ASESOR DE TESIS

AGOSTO 2012



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.

DRA. AURA ERAZO VALLE
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR.FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS
PROFESOR TITULAR

DRA. MARTHA OROZCO QUIYONO
ASESOR DE TESIS

DRA ANA MARIA CADENA CALDERON
MEDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRIA

DEDICATORIAS

André: porque tu existencia me ha motivado a alcanzar estrellas y tu amor a disfrutarlas. Este logro también es para ti.

Jorge: por ser mi compañero en esta viaje que es la vida, por tu apoyo, tu amor y tus ganas de ser.

Bebé: tu existencia ha sido nuestro sueño y tu llegada nuestro más grande anhelo.

Mamá: por enseñarme el valor de la dedicación, el trabajo y la perseverancia.

Papá: por regalarme el gusto por la lectura y el conocimiento, y enseñarme que nunca es tarde para ser mejor.

Armando: por ser un gran hermano, un gran tío y un excelente ejemplo.

Argel: no existe nadie más con quien hubiera querido recorrer este camino, por tu amistad, tu confianza, tu apoyo y por los maravillosos años que nos esperan.

Dra. Orozco: por llevarme por el camino de la investigación con profesionalismo y cariño. Sólo un gran ser humano tiene la humildad de compartir su excelencia profesional como usted lo hace.

Christian: desde el cielo puedes ver que esa promesa que hicimos se hace realidad. Nunca la olvido y nunca lo hare.

AGRADECIMIENTOS

Dr. Francisco Javier Valencia: por su apoyo, sus enseñanzas y su confianza. Por enseñarme que el límite no es una teoría sino uno mismo.

Dra. Marta G. Ochoa: por ser una guía en este camino, por su confianza y siempre motivarnos a ser mejores.

A los adscritos del servicio de Psiquiatría:

Dr. Wilfrido Aguirre
Dr. Hugo Martínez Lemus
Dr. Ricardo Ortega
Dr. Jaime Ruiz
Mtra. Lilia Joya
Mtra. Lucía Ledesma

Gracias por cada una de las clases, los comentarios, los consejos, el apoyo, el ejemplo de profesionalismo, la sonrisa de aliento en el momento oportuno, y su confianza.

A mis compañeros residentes:

Margarita Olmos, Ricardo Monsiváis, Andrea Pardo, Sofía Zaragoza
Jaqueline Barriguete, Ana Lilia Canseco, Marisol Calderón, Laura Fritsche, Josué Rodríguez, José Manuel Sánchez, Laura Peñavera, Rodolfo Pérez, Octavio García, Marco Solís, y Carlos Tellez.

Por todo lo que me enseñaron, su amistad, las sonrisas, las diferencias, y la confianza que me tuvieron. La diversidad y el respeto es lo que hace excelente a un equipo de trabajo.

A las pasantes de Psicología: Viridiana Urueña y Diana Cano, por su amistad.

Don Artur: por ser ese gran ser humano que siempre tiene palabras de aliento, de confianza y de cariño.

Araceli: por ser el corazón del servicio.

INDICE

ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACION	10
HIPOTESIS	11
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODO	13
ANALISIS ESTADISTICO	20
RESULTADOS	21
DISCUSION	34
CONCLUSION	37
BIBLIOGRAFIA	39
ANEXO 1	41

ANTECEDENTES

El suicidio es un tema que históricamente se le ha dado gran importancia a su estudio. Desde la cultura Griega ¹se consideraba una ofensa al Estado, negando así el entierro de las personas suicidas en los sitios convencionales. Platón llegó a considerar algunas excepciones refiriendo que podía “entenderse o permitirse” cuando la persona había vivido un evento muy desafortunado. En Roma ¹ era un acto común e incluso honorable, hasta la época de Constantino quien restringe este medio, disponiendo de los bienes del suicida para “reponer” la pérdida económica del Estado por ese ciudadano. Se cree que fue Sir Thomas Browne ²quien acuñó el término en su obra *Religio Medici* (1642) buscando diferenciar el homicidio hacia uno mismo del homicidio hacia otro ser humano. Utiliza el término *sui* del latín (uno mismo) y *caedere* (matar), es decir: “matarse uno mismo”. Alrededor del siglo XVII y XVIII se observa la relación de las conductas suicidas con la depresión como lo hace Robert Burton ³ en su “Anatomía de la melancolía”. Dejando un amplio margen de estudio a la relación de enfermedades psiquiátricas con el suicidio. Se produce un cambio en las creencias respecto a esto en el siglo XX cuando Emile Durkheim⁴ escribe “El suicidio: un estudio sociológico” definiendo al suicidio en términos de un acto personal, propositivo y consciente, mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida (Durkheim, 1897), generando que se preste atención a la importancia de los elementos contextuales que interactúan con la persona y los motivos que generan esta conducta. En los últimos años este interés nos ha permitido conocer que el suicidio es un problema multifactorial⁵, que sigue un curso en ocasiones definido, se han creado categorías de los actos que pueden relacionarse a este fin e incluso se ha identificado que en muchas ocasiones la finalidad de este acto no es perder la vida sino obtener secundariamente una ganancia, en donde se reconoce la influencia de la psicopatología de la persona.

A nivel mundial ⁶ se reconoce el aumento en la mortalidad por suicidio encontrando que en algunos países como Japón, Canadá y Estados Unidos hubo una disminución en la mortalidad, en México se observan incrementos de 90% para la población masculina mexicana y 25% para la femenina. La Organización Mundial de la Salud ⁷ considera que la cifra de suicidios en el año 2000, que fue de un millón podría duplicarse en el año 2020. Usualmente ⁸, el 25% de quienes intentan suicidarse por primera vez, lo intentará nuevamente durante el siguiente año y el 10% logrará su suicidio dentro de los siguientes 10 años. Considerando lo anterior, se ha cobrado especial interés en estudiar las conductas alrededor del suicidio como son, la ideación suicida, los planes, los gestos y las características de los intentos suicidas ⁹. La importancia del estudio de estos eventos se establece en la observación de estos como precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio o suicidios consumados ¹⁰, como son: adolescentes, o adultos mayores, ser soltero o viudo, no tener hijos, no tener empleo, bajo nivel socioeconómico y escolar, antecedentes familiares de suicidios consumados, adicciones, enf. psiquiátricas. El costo social, moral, cultural y económico de nuestro País por la problemática en torno al suicidio es muy alto. Desafortunadamente no se han logrado medidas preventivas con el suficiente impacto poblacional, sino por el contrario, éste ha ido en aumento. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó un aumento en el índice de suicidios desde 1990, con 1405 hasta 2005 con 3556. Encontrando ¹¹ un alza significativa en los grupos etarios de 10-14 y entre los 15-24 años, es decir, niños, adolescentes y jóvenes, encontrando este grupo etario como uno de los más afectados con un 28% del total de suicidio en el 2007. Estudios ¹² realizados en la población nacional adulta y en adolescentes de la región metropolitana se enfocan en el estudio de la prevalencia alguna vez en la vida de las conductas suicidas, y mostraron que un trastorno mental incrementa en 5 veces la probabilidad de ocurrencia de la ideación suicida y en 10 veces la ocurrencia de un plan o intento suicido. Alrededor del 50% de las personas adultas han intentado suicidarse utilizando alguna vez un servicio de salud para tratar sus problemas emocionales y de abuso

de sustancias. Los métodos utilizados para suicidarse tienen diferentes grados de violencia, intencionalidad y letalidad, por lo tanto, condicionan la posibilidad de recibir atención. En el caso de las mujeres, se recibió atención en 30% de las muertes, y en el de los hombres, solamente en 14%. Las diferencias en la letalidad de los métodos empleados se reflejan también en los registros de intentos de suicidios, según los cuales, 62% de los intentos correspondieron a envenenamientos o sobredosis de medicamentos y solo 10% de los que utilizaron este medio, murieron. En cambio, 5% de los intentos de suicidios fueron por disparo de arma de fuego, mientras que 19% de los suicidas que emplearon este medio murieron ¹³. De hecho, el incremento en la utilización de métodos más letales para quitarse la vida, particularmente del ahorcamiento, puede ser un factor que esté influyendo en la disminución de la brecha entre hombres y mujeres¹⁴. Es por eso que se concluye mayor número de muertes por suicidio en hombre, pero mayor intentos suicidas en mujeres, siendo estas quienes reciben atención médica con mayor frecuencia. Considerando los grupos etarios afectados se hace evidente las repercusiones económicas resultantes de este fenómeno por la discapacidad, incapacidad o muertes resultantes, así como el costo institucional de su atención, los días de incapacidad laboral o incluso la necesidad de pensionarse a edades tempranas. El suicidio en la mayoría de sus variantes y categorías es causa de hospitalización en hospitales generales y en algunos casos de hospitalización voluntaria o involuntaria en Hospitales Psiquiátricos. Se ha relacionado como una complicación de diversas enfermedades psiquiátricas como ¹⁵: el trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, uso y abuso de sustancias y trastornos de personalidad. Evidenciando perfiles sociales en los grupos en los que se presentan como son: pérdidas tempranas, violencia intrafamiliar, abuso físico y sexual¹⁶

Es por eso que nace el interés de conocer las características epidemiológicas de la población derechohabiente del ISSSTE que requiere de hospitalización por presentar intentos suicidas francos, esperando encontrar las similitudes y diferencias con los conocimientos ya existentes con respecto al suicidio, dando

relevancia a las Enfermedades Psiquiátricas relacionadas con esta conducta, su relación con antecedentes de familiares con patología psiquiátrica, las características del intento suicidan y establecer conclusiones respecto al grupo vulnerable de derechohabientes con riesgo de presentar este problema, y proponer medidas preventivas y terapéuticas, individuales e institucionales que repercutan favorablemente en nuestra población.

JUSTIFICACION

Actualmente en México el suicidio representa un problema de salud pública. Los intentos suicidas no son conductas aleatorias y ya desde los primeros estudios científicos se observó que hasta cierto punto se podían predecir, ya que se encontraron asociados a diversos factores biopsicosociales. Reconocer estos factores en un grupo poblacional son determinantes para evaluar el riesgo autolítico de un individuo.

Entre 1990 y 2005 la tasa de mortalidad por suicidio se incrementó en niños de 7 a 12 años de edad, de 2.40% a 10.50% y en adolescentes y jóvenes se ha duplicado, en el 2009 se encontraron 5190 casos de suicidio consumado en la República Mexicana de los cuales 517 fueron en el grupo etario de 20 a 24 años, frustrando vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo.

La causa se ha relacionado con las características sociodemográficas de las población de estudio, encontrando variaciones entre los diversos grupos, por lo que es fundamental conocer las características sociodemográficas de los derechohabientes del ISSSTE que presentan estas conductas, con el fin de identificar sus factores de riesgo y con ello, establecer medidas preventivas y terapéuticas que impacten en la incidencia de este acto.

HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo retrolectivo no requiere Hipótesis.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar los factores sociodemográficos en los pacientes derechohabientes del ISSSTE con intentos suicidas que requirieron de hospitalización.

Objetivos específicos:

1.- Identificar la incidencia de intento suicida en pacientes derechohabiente del ISSSTE que requirieron hospitalización.

2.-Identificar las características culturales de los pacientes derechohabientes con intentos suicidas que requirieron hospitalización.

4.- Identificar los factores sociales, biopsicológicos y económicos de los pacientes derechohabientes del ISSSTE con intento de suicidio.

5.-Determinar la posible asociación entre estos factores y la intencionalidad y letalidad del intento suicida.

6.- Identificar el apego al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los pacientes derechohabientes del ISSSTE con intentos suicidas.

MATERIAL Y METODO

Unidades de observación:

Pacientes mayores de edad, hombres y mujeres, derechohabientes del ISSSTE que requirieron de atención en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” por intento suicida.

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes hospitalizados derechohabientes del ISSSTE que tuvieron como motivo de internamiento Intento suicida
- 2.- Mayores de edad hombres y mujeres.

Criterios de exclusión:

Pacientes con patología psiquiátrica con lesiones físicas al momento del internamiento en los que no se identificó como causa relacionada con intento suicida.

Criterios de eliminación:

Expediente clínico con información incompleta.

Definición de variables y unidades de medida:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE EXPRESION
Nombre	Iniciales del nombre completo del paciente	Cualitativa	Nominal	Letras del abecedario
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de ingreso al Hospital	Cuantitativa	Discreta	Años
Fecha de Nacimiento	Día, mes y año en que nació el paciente	Cualitativa	Nominal	Dias,meses y años
Estación del año	Estaciones climáticas	Cualitativa	Nominal	Invierno, Primavera,

				verano, otoño
No de embarazo	Posición numérica del embarazo de la madre del que se obtuvo al paciente.	Cuantitativa	Discreta	Número
Embarazo de término	El paciente fue producto de un embarazo de 38 a 40 SDG	Cuantitativa	Nominal	Si, No
Tipo de nacimiento	Método de nacimiento del paciente	Cuantitativa	Nominal	Parto, Cesárea
Complicaciones perinatales	Patología que pertenece u ocurre desde la semana 28 de gestación hasta los primeros siete días después del parto.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
Desarrollo psicomotor normal	Antecedente de presencia de los Hitos del desarrollo en la edad cronológica esperada	Cuantitativa	Nominal	Normal, anormal
Escolaridad	Nivel de estudios concluidos al momento del internamiento.	Cuantitativa	Nominal	Primaria, secundaria, preparatoria (bachiller), carrera técnica, Licenciatura, Posgrado
Ocupación	Situación laboral en la que se considera el paciente	Cuantitativa	Nominal	Empleado, independiente, desempleado, jubilado, hogar.
Estado civil	Estado de unión con otra persona de acuerdo a la ley	Cuantitativa	Nominal	Soltero, casado, unión libre.
Hijos	Presencia o ausencia de hijos del paciente	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF Depresión	Presencia o ausencia de depresión: trastorno que afecta el área afectiva de una persona.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF Intentos suicidas	Antecedentes de intentos suicidas en familiares de primer grado. Intento suicida: acto suicida cuyo resultado no es la muerte.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF suicidios	Presencia o ausencia	Cuantitativa	Nominal	Si, No

consumados	de suicidios en la familia. Suicidio: acto consciente de autoaniquilación que se produce por un malestar pluridimensional de un individuo que percibe este acto como la mejor solución.			
AHF Esquizofrenia	Familiares de primer grado con Esquizofrenia; grupo de síntomas y signos, caracterizado por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico y una desorganización neuropsicológica.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF T. Bipolar	Familiares de primer grado con Trastorno Bipolar. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición. Y del estado del ánimo.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF: adicciones	Familiares de primer grado con uso, abuso y/o dependencia a sustancias psicotrópicas	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF Demencia	Familiares de primer grado con Demencia; pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales no atribuibles al envejecimiento normal.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF: Epilepsia	Familiares de primer grado con Epilepsia; afección neurológica	Cuantitativa	Nominal	Si, No

	crónica, recurrente y repetitiva, de fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas de neuronas cerebrales de forma desordenada y excesiva.			
AHF Tras. Personalidad	Familiares de primer grado con Trastorno de Personalidad; conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
AHF T. P. Clasifi. CIE-10	En caso de contar con familiar de primer grado con trastorno de personalidad e específica tipo de acuerdo a CIE-10	Cuantitativa	Nominal	T. paranoide T. esquizoide T. disocial T. de inestabilidad emocional de la personalidad T. histriónico de la personalidad T. anacástico de la personalidad T. ansioso de la personalidad T. dependiente de la personalidad, otros trastornos específicos de la personalidad T. de la personalidad sin especificación
AHF.T. Esquizaafectivo	Familiar de primer grado con T. Esquizaafectivo; enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de trastorno del ánimo y psicosis.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP: Depresión	Paciente diagnosticado con	Cuantitativa	Nominal	Si, No

	depresión, trastorno que afecta el área afectiva de una persona.			
APP: Intentos suicidas	Paciente con intentos suicidas previos al actual. Intento suicida: acto suicida cuyo resultado no es la muerte.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP: Esquizofrenia	Paciente diagnosticado con Esquizofrenia; grupo de síntomas y signos, caracterizado por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico y una desorganización neuropsicológica.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP:T.Bipolar	Paciente diagnosticado con T. Bipolar. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición. Y del estado del ánimo.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP:Adicciones	Paciente con uso, abuso y/o dependencia de sustancias psicotrópicas	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP: Demencia	Paciente con diagnóstico de Demencia. Pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales no atribuibles al envejecimiento normal.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
APP: Epilepsia	Paciente con diagnóstico de Epilepsia. afección	Cuantitativa	Nominal	Si, No

	neurológica crónica, recurrente y repetitiva, de fenómenos paroxísticos ocasionados por descargas de neuronas cerebrales de forma desordenada y excesiva.			
APP: T. Personalidad	Paciente con diagnóstico de T. De Personalidad. conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos.	Cuantitativa	Nominal	Si, no
APP: CIE-10	En caso de contar con diagnóstico de trastorno de personalidad se especifica tipo de acuerdo a CIE-10	Cuantitativa	Nominal	T. paranoide T. esquizoide T. disocial T. de inestabilidad emocional de la personalidad T. histriónico de la personalidad T. anacástico de la personalidad T. ansioso de la personalidad T. dependiente de la personalidad, otros trastornos específicos de la personalidad T. de la personalidad sin especificación
APP:T. Esquizoafectivo	Paciente con diagnóstico de t. Esquizoafectivo. enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de trastorno del ánimo y psicosis.	Cuantitativa	Nominal	Si, No
Edo.Civil de los	Estado de unión de	Cuantitativa	Nominal	Soltero, casado,

padres	los padres del paciente de acuerdo a la ley			unión libre
No. de Hermanos	Número de hermanos consanguíneos por intervalos	Cuantitativo	Nominal	1—3 4—7 8---mas
Violencia física en la familia	Antecedente de violencia física en familia nuclear	Cuantitativo	Nominal	Si, no
Violencia verbal en la familia	Antecedente de violencia verbal en la familia nuclear	Cuantitativo	Nominal	Si, No
Abuso sexual	Antecedente de abuso sexual en el paciente	Cuantitativo	Nominal	Si, no
Nivel socioeconómico	Nivel socioeconómico del paciente de acuerdo a valoración de Trabajo social en expediente clínico.	Cuantitativo	Nominal	Bajo Medio Alto
No. Internamiento	No de internamiento en Hosp.. Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"	Cuantitativo	Nominal	Número arábigos
No. Intento suicida	Número de intento suicida en el paciente	Cuantitativo	Nominal	Número arábigo
Letalidad	Letalidad considerando peligrosidad del método, conciencia de la efectividad de la tentativa, grado de planificación, accesibilidad	Cualitativa	Nominal	Alta, Baja
Intencionalidad	Considerando: Finalidad, actitud ante el resultado	Cualitativa	Nominal	Alta, Baja.
Apego al tratamiento farmacológico	Obtenido de la ultima alta del expediente clínico	Cualitativa	Nominal	Buena, Mala
Apego a psicoterapia	Obtenido de la última alta del exp.clinico.	Cualitativa	Nominal	Buena,Mala

ANALISIS ESTADISTICO

Realizamos un estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisamos los expedientes clínicos de los pacientes con intento suicida hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” como servicio subrogado del ISSSTE.

PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se recolectaron de manera manual en la cédula de recopilación de datos creado para este propósito, posteriormente se pasaron a base de datos electrónica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

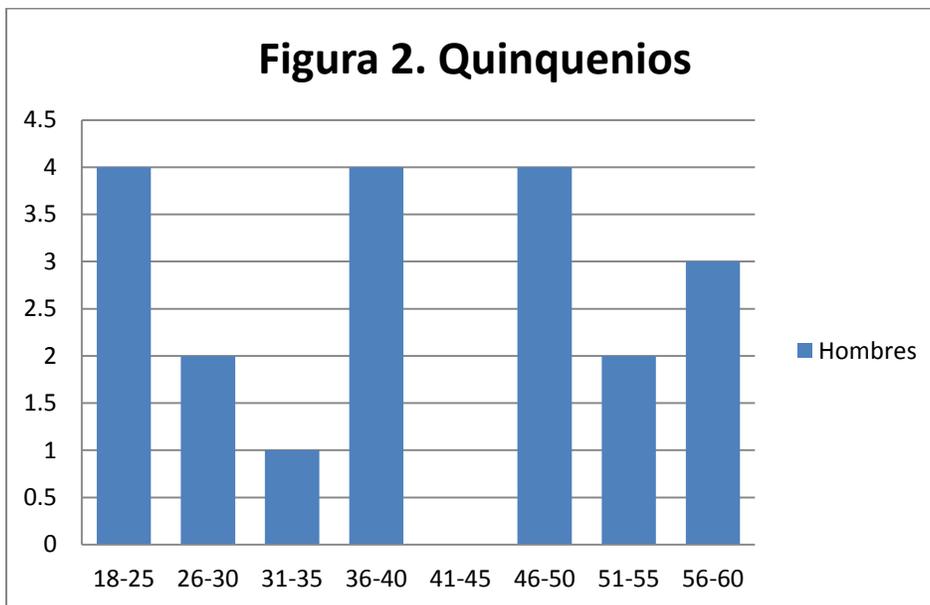
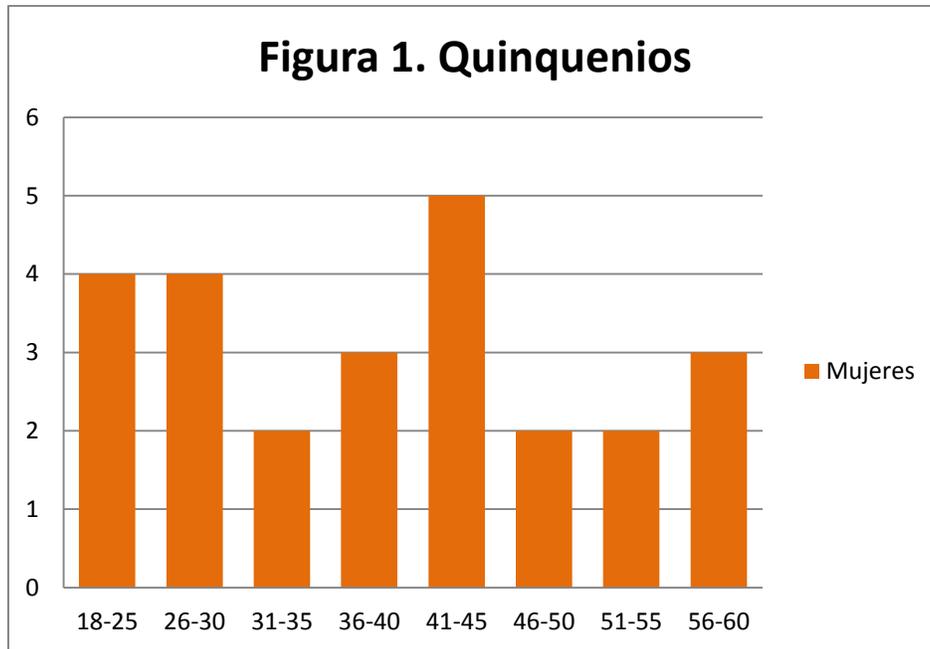
Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Se ingresaron 45 pacientes por intento de suicidio en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en el piso de atención a derechohabiente del ISSSTE en un periodo comprendido de 1 año (marzo 2010-marzo 2011) siendo la incidencia de 0.0045 por 10,000 habitantes, si trasladamos estos datos a la población derechohabiente del ISSSTE, se tiene 1 caso de intento de suicidio por cada 50 individuos adultos del ISSSTE por año. De los cuales 25 fueron mujeres y 20 hombres con una proporción de 1,25:1 mujer/hombre. Las edades son ligeramente menores en las mujeres en comparación de los hombres, dato que llama atención en este estudio.

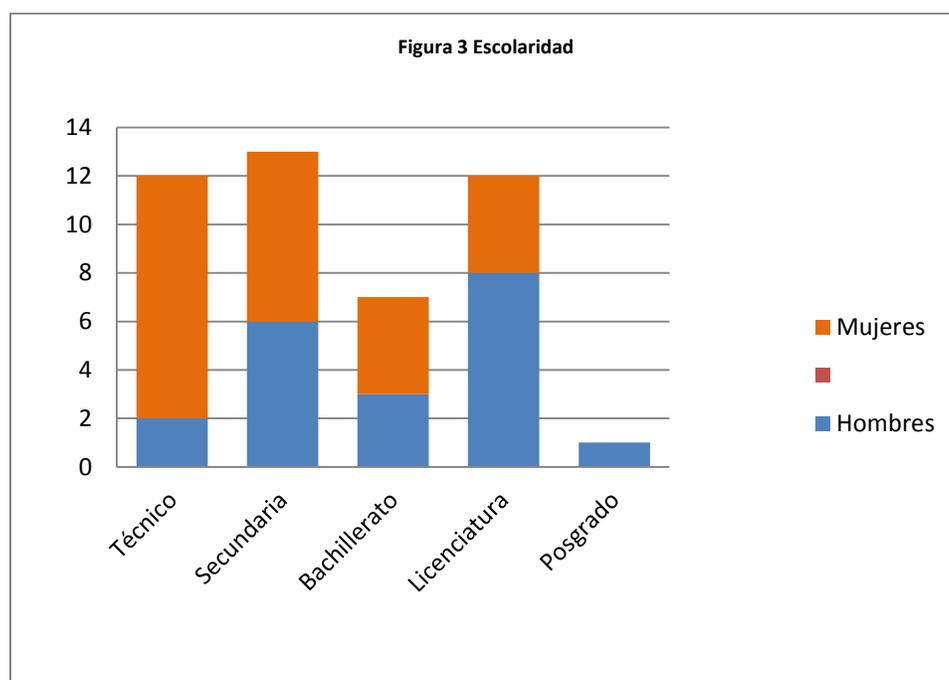
La edad promedio del total de los casos fue de 38,6 (18-59 con DE de 12.64), el promedio de edad en las mujeres fue de 37.6 (18-58 con DE de 12.56) y en el hombre un promedio de edad un poco mayor de 39.85 (22-59 con DE de 13.03). Cuando se analizan las edades y sexo se observan diferencias importantes en los picos de presentación, estos se ilustran por quinquenios en la *Figura 1 y 2*, donde se observa que en el caso de las mujeres la edad en la que se presenta con mayor frecuencia el intento de suicidio son dos picos, uno de 18 a 30 años (8 casos) y otro de 36 a 45 años (8 casos) que corresponde al 64% (16 casos) del total. Sin embargo, en el caso de los hombres, se observan tres picos importantes a diferencia de las mujeres, el primero es de los 18 a 30 años (6 casos) mientras el segundo es de 36 a 40 años (4 casos), siendo la mayoría de los casos de 46 a 60 años (9 casos) lo que corresponde al 75% del total (15 casos).

Comparando estos resultados se puede apreciar similitudes en los primeros dos picos de edad de presentación, pero en el caso de los hombres se presenta uno más, después de los 46 años, correspondiendo con lo encontrado en la literatura, siendo esta etapa donde se puede perder la estabilidad laboral, económica y familiar, por la presencia de despidos, jubilaciones, divorcios o enfermedades.

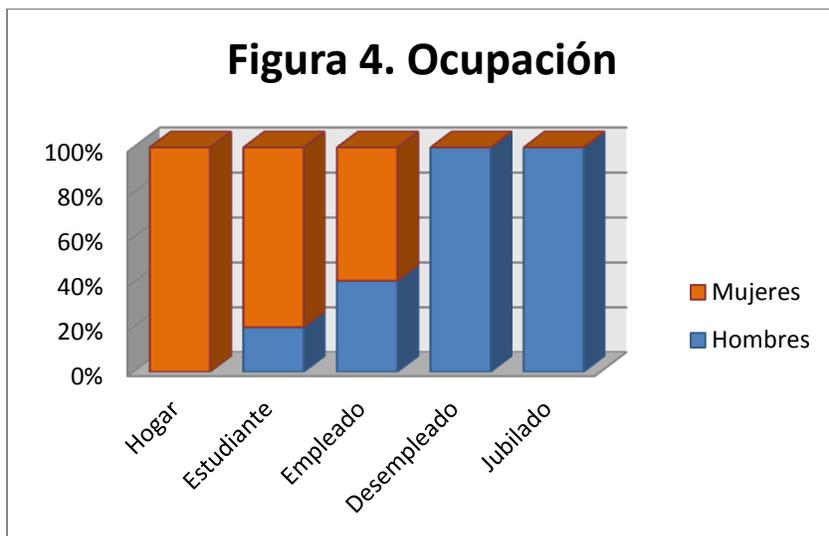


Con respecto a la escolaridad existen diferencias entre ambos sexos que se ilustran en la *Figura 3*, en el caso de las mujeres el grado de escolaridad que predomina es la educación técnica con el 40% de los casos (10), seguida de la educación secundaria con el 28% de los casos (7). En el análisis de los hombres observamos que el intento de suicidio fue más frecuente a nivel de licenciatura siendo 8 casos, lo que corresponde al 45% del total y en segundo lugar el nivel de educación secundaria con el 30% (6) del total de casos. En el caso de los varones se encontró un caso de nivel de posgrado, situación poco habitual de acuerdo a la literatura internacional, ya que se considera un factor protector el nivel escolar.

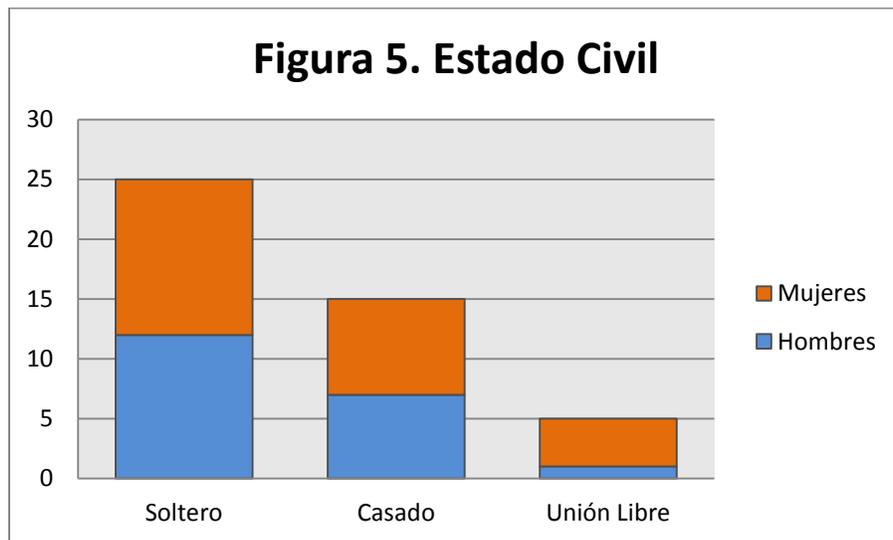
Si relacionamos los resultados del nivel de escolaridad con la edad podemos concluir que el hombre con un nivel de educación alto y de edad media es el que estaría más predispuesto al intento de suicidio en los casos Institucionales. En el caso de las mujeres encontraríamos el grupo más vulnerable en aquellas de edad media y nivel escolar técnico.



Ahora bien, al estudiar la ocupación encontramos datos interesantes que se sabe son un factor fundamental en el estudio de pacientes suicidas. La *Tabla 4* muestra la ocupación en ambos sexos, en el caso de las mujeres la mayoría se dedicaban al hogar, seguidas de estudiantes y empleadas lo que corresponde al 64% (16 casos) y en el caso de los hombres predomina la ocupación de empleado con el 55% (11 casos). Existe un número no despreciable de casos de desempleos (6) y jubilados (2) lo que ambos corresponden al 40% del total, por lo que epidemiológicamente es una causa que se ha analizado en el intento de suicidio, específicamente en el hombre, ya que el ver disminuida su capacidad laboral y su función de proveedor representa un factor de riesgo muy importante. En el caso de las mujeres predominan aquellas en etapa económicamente activa y reproductiva, pudiendo encontrar las causas alrededor de su dinámica familiar y relaciones interpersonales.

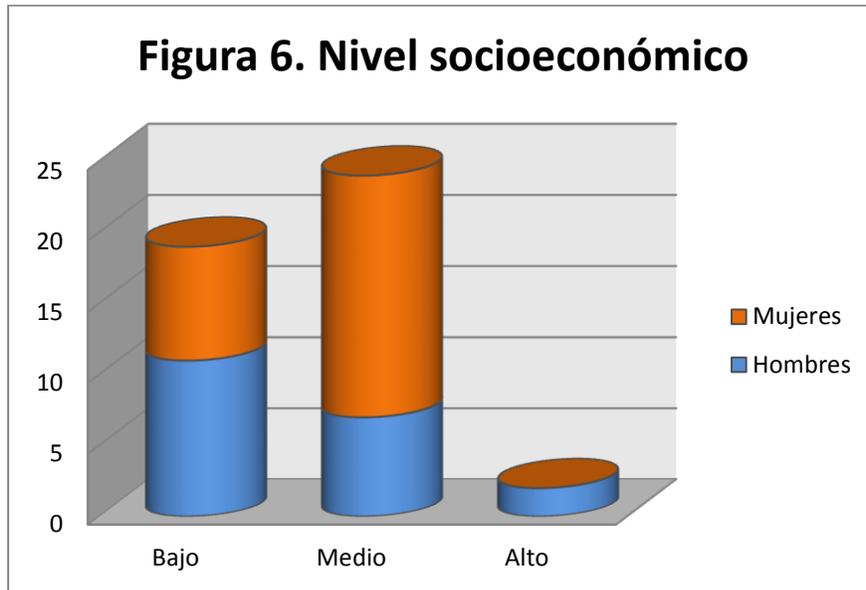


El estado civil fue similar en ambos grupos como se demuestra en la *Tabla 5* ya que predominaron en ambos sexos los solteros, presentando 13 casos en mujeres y 12 en hombres, mientras que las mujeres casadas representan el 32% (8) y los hombres el 35% (7). Concordando con la literatura internacional donde se identifica la ausencia de una relación de pareja estable como factor de riesgo suicida.



Con respecto al nivel socioeconómico que se divide como bajo, medio y alto apegados al estudio socioeconómico a su ingreso en el Hospital Psiquiátrico. Se observa en la *Tabla 6*, que en las mujeres la mayoría se encuentra en el grupo de nivel medio con 17 casos (68%) y en segundo lugar el nivel bajo 8 mujeres (32%), ningún caso fue reportado en el nivel alto.

Al analizar a los hombres se encuentra al nivel bajo como el predominante con 11 casos (55%) y en segundo lugar el nivel medio con 7 casos (35%) y 2 casos (10%) en el nivel alto. Con esto se puede concluir que para los varones el nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo de más impacto que en las mujeres, y que algunos casos no llega a ser un factor protector para intento suicida.



El número de intento de suicidio también mostró diferencias interesantes en ambos grupos el cual se puede observar en las *Tablas 7 y 8*. En el caso de las mujeres fue más frecuente de 2 a 3 intentos correspondiendo al 44% del total de los casos, se observa un segundo grupo con 4 a 6 intentos de suicidio representando un 28% del total de los casos.

A diferencia de las mujeres en los hombres sobresale el grupo que tienen solo un intento de suicidio con un 50%, en segundo lugar y no menos importante el grupo de hombres con 2 a 3 intentos (35%), siguiendo con un 10% el grupo con 4 a 6 intentos y por último con un 5% de los hombres con más de 7 intentos de suicidio.

Estos resultados corresponden con los encontrados en la literatura donde las mujeres llegan a efectuar más intentos suicidas sin lograr su cometido, y los hombres menos pero con una alta probabilidad de lograr la muerte.

En el caso de los hombres se encuentra un caso que reporta 11 intentos de suicidio el cual presentaba como diagnóstico de base Esquizofrenia paranoide con alucinaciones auditivas de comando las cuales le indicaban que debía hacerse daño, justificando así el porque ha presentado tantos intentos, y haciéndonos recordar la importancia de la comorbilidad en este grupo de estudio.

Figura 7. Número de intentos de suicidio en Mujeres

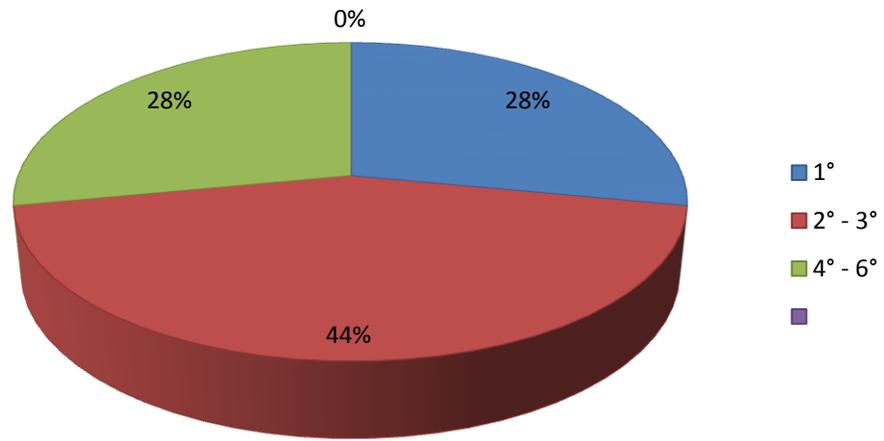
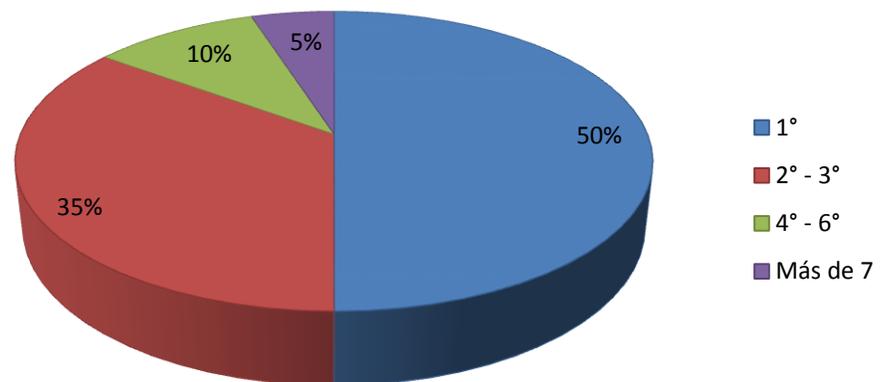
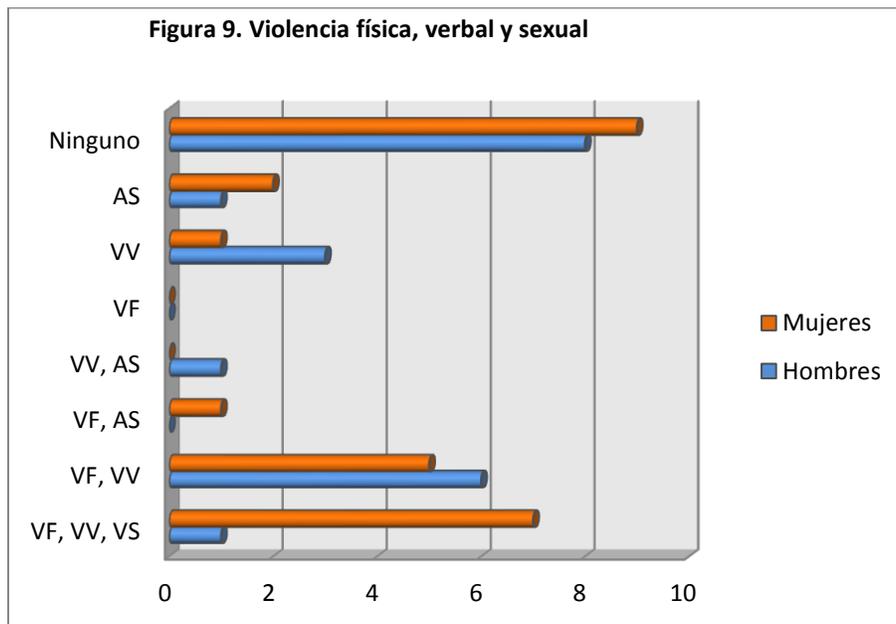


Figura 8. Número de intentos de suicidio en Hombres



Un aspecto de gran interés en el análisis con respecto al intento de suicidio son los casos expuestos a violencia física, verbal y sexual, en la mayoría de los casos, tanto en mujeres como en hombres, no existía el antecedente de ningún tipo de violencia, los cuales representan 9 (36%) y 8 (40%) casos respectivamente. Sin embargo, fue en el caso de la mujeres donde se presentó la mayor proporción de asociación de los tres tipos de violencia con una proporción del 28% (7 casos) a diferencia de los hombres, en donde solo se reportó un solo caso (5%). Otra asociación que llama la atención y que se manifiesta más frecuentemente en los hombres es la violencia física y verbal (30%) en donde presenta poca diferencia en comparación con las mujeres (20%). Ver número de casos en Tabla 9.

Estos resultados difieren de lo encontrado en la literatura, donde siempre se considera como un factor de riesgo importante el antecedente de violencia en cualquiera de sus modalidades en la familia de origen o nuclear. A pesar de que no es lo mas encontrado en este estudio, se debe de considerar la muestra poblacional, lo cual podría explicar el porque aunque hay casos con violencia no es el mayor.



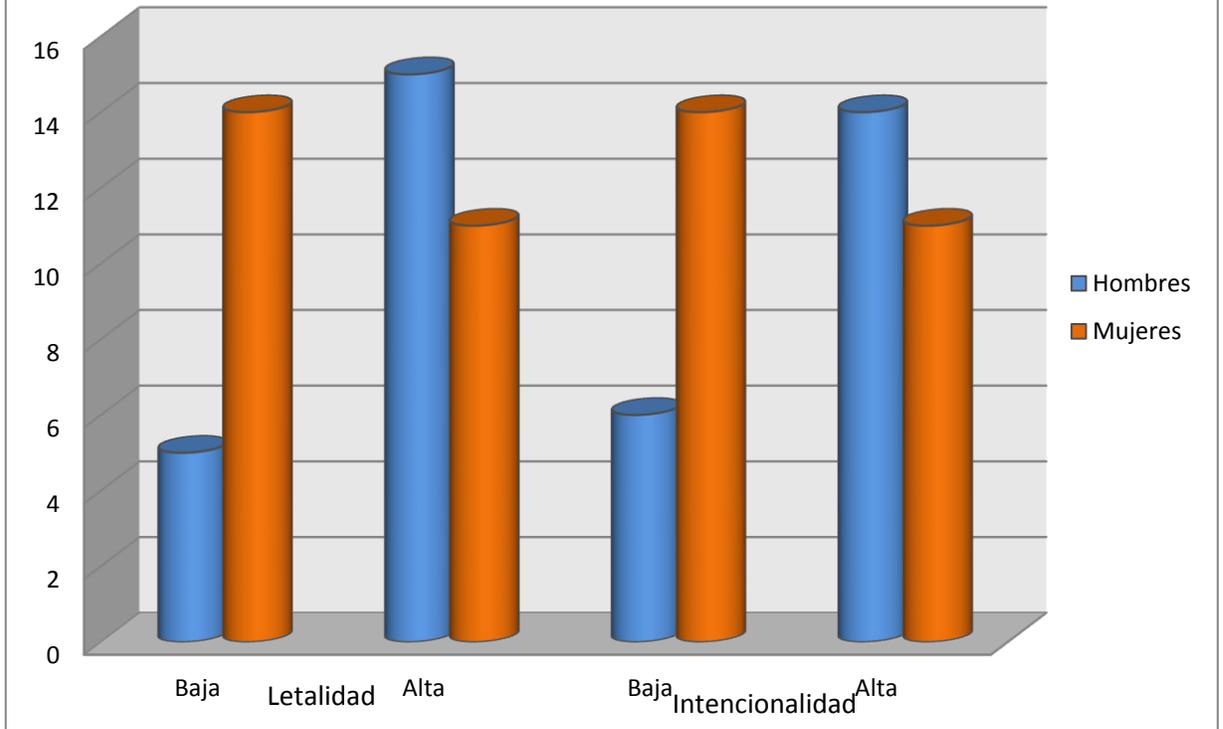
Cuando los pacientes realizan el intento de suicidio es importante saber qué grado de letalidad presenta, entendiéndose éste como la gravedad del acto suicida que existía en el momento del evento y si existió intencionalidad, es decir que tanto se quería llevar a efecto el evento suicida y ambos se evalúan como bajo o alto. Se observa que la mayoría de las mujeres (56%) presentó baja letalidad y baja intencionalidad (56%) y en el caso de los hombres se observó alta letalidad (75%) y alta intencionalidad (70%). Las mujeres utilizan métodos que generalmente no las llevarán a la muerte ya que la intención de la mayoría que intentan suicidarse, en realidad, no es la de morir, sino el de llamar la atención y recibir cuidado por parte de su pareja o familiares. Sin embargo, en el caso de los hombres la mayoría utiliza elementos más violentos y efectivos ya que su intención es la de conseguir la muerte inminente, o bien en varios casos como consecuencia de acto impulsivo. Ver Tabla 10.

Si relacionamos estos resultados con los obtenidos en el número de intentos suicidas, se puede entender porque las mujeres presentan mayor número de intentos suicidas, pero son de baja letalidad y baja intencionalidad. Y en el caso de los hombres menos intentos suicidas pero de alta letalidad y alta intencionalidad, es por esto que el sexo masculino se considera un factor de riesgo para la consumación del intento suicida.

Es importante aclarar que a pesar de que los intentos en mujeres sean bajos en cuanto a su intencionalidad y letalidad, no quiere decir, que no lleguen a consumar el acto suicida. Ya que en el momento en que llevan a cabo la acción suicida, suelen estar en un estado de profunda desesperación, y aunque su intención inicial no sea la muerte, si llegan a ver el riesgo de la muerte como algo atractivo, lo que puede condicionar que en algún intento suicida si logren la muerte.

Es por esto que se hace tanto énfasis en la atención oportuna de primer contacto en este grupo, y la importancia de no menospreciar el intento suicida por sencillo y poco letal que parezca.

Figura 10. Letalidad e Intencionalidad en intento de suicidio



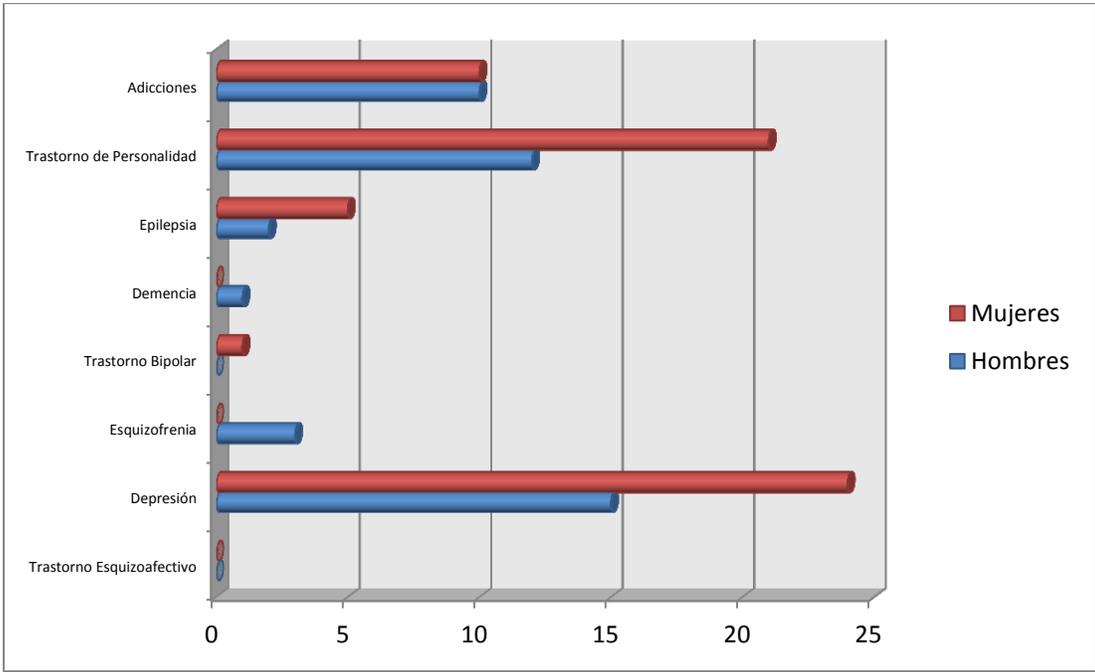
La relación de enfermedades psiquiátricas con el intento de suicidio es un apartado que ha sido motivo de estudio. En nuestros casos se encontró como patología más frecuente la depresión, mostrando un mayor número de casos en mujeres, con una proporción del 96% y en los hombres con el 75%, lo que no es diferente a lo reportado en otros estudios donde también se encuentra esta relación. La mayoría de las mujeres también manifiestan trastornos de la personalidad como una generalidad con una proporción de 84% y en los hombres en una proporción no despreciable del 60%. Las adicciones fueron del 40% y 50% respectivamente.

Ver Tabla 11.

Estos resultados corresponden a lo descrito en la literatura psiquiátrica donde se encuentra la depresión, las adicciones, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos como principales patologías psiquiátricas dentro del espectro suicida. Aunque en este estudio no se encuentra un alto número de pacientes con trastornos psicóticos, hay que recordar que se reportó uno con 11 intentos suicidas por Esquizofrenia Paranoide, el cual representa el alto riesgo en el que se encuentran estos pacientes.

También es importante aclarar que estas entidades llegan a presentarse con cierta frecuencia en un mismo paciente, aumentando aun más el riesgo suicida. Es muy frecuente que pacientes con Trastorno de personalidad, desarrollen cuadros depresivos y presenten vulnerabilidad a tener adicciones.

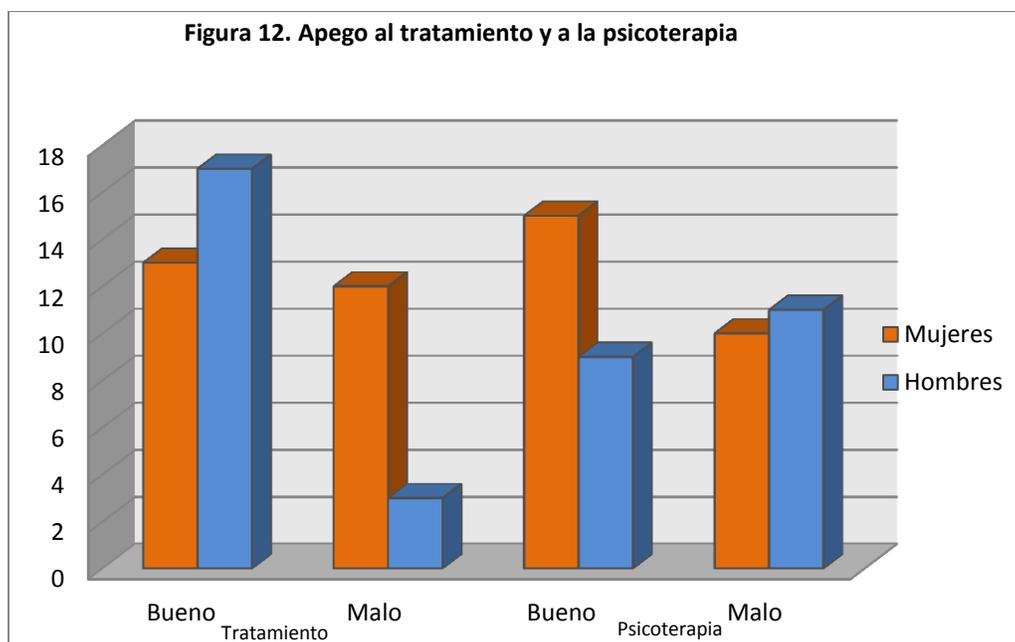
Figura 11. Enfermedades relacionadas con intento de suicidio



De gran importancia es el apego tanto al tratamiento farmacológico como a la psicoterapia, encontrándose que en la mayoría de los hombres hay mejor apego al tratamiento farmacológico con un 85% (17 casos) en comparación con las mujeres que fue mejor el apego a la psicoterapia con un 60% (15) del total de casos. Ver Tabla 12.

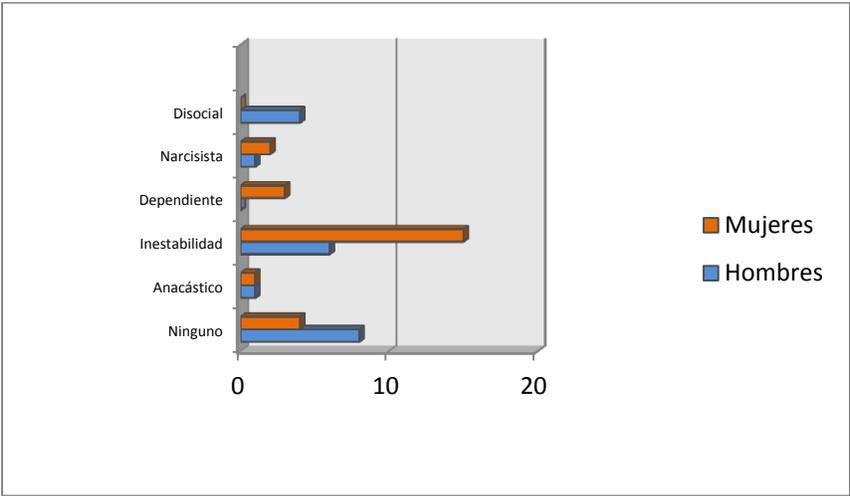
Esto varía en la literatura dependiendo del entorno sociocultural del paciente. En nuestro país, los hombres llegan a desarrollar restricciones en cuanto a su capacidad de expresar sus emociones e identificar sus necesidades personales, lo cual puede ser un factor fundamental para que la psicoterapia sea una herramienta que los varones aceptan con mayor dificultad, encontrando más comodidades en la toma de medicamentos.

En el caso de las mujeres mexicanas, el entorno sociocultural favorece la expresión de sus emociones y pensamientos, siendo más fácil que acepten la intervención psicoterapéutica.



Se estudiaron los distintos tipos de trastornos de personalidad en este grupo de pacientes de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades en 10ª edición (CIE-10). El tipo de trastorno de personalidad más frecuente fue el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, el cual se presentó en mayor proporción en mujeres con 60% (15 casos), mientras que en los hombres fue del 30% (6 casos), notando que en los últimos, lo que predominó fue ningún tipo de desorden de personalidad, sino la presencia de un Trastorno afectivo. También hay que destacar en tercer lugar en el caso de los hombres, el Trastorno disocial de la personalidad. Tabla 13.

Figura 13. Tipo de Trastorno de personalidad de acuerdo a CIE-10 relacionado con los intentos



DISCUSION

El suicidio es un acto que ha sido reportado desde inicios de la humanidad. Que en algunas culturas ha sido considerado como un acto de valentía y en otras una situación aberrante, el terminar con su propia vida. Desafortunadamente hasta la fecha sigue siendo un problema de salud pública por los gastos que representa la atención de estos pacientes, por la prevalencia e incidencia que continúan en aumento.

A pesar de que se han realizado múltiples estudios alrededor de este problema, es de vital importancia conocer las características de grupos poblacionales específicos.

Este estudio retrolectivo se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” en el piso donde se ofrece el servicio subrogado de hospitalización psiquiátrica de pacientes derechohabientes del ISSSTE, durante un año.

Se ingresaron 45 pacientes entre hombres y mujeres, mayores de edad, que contaran con los criterios de inclusión para este estudio, con expediente clínico completo.

Se llenó la ficha de recolección de datos que se creó para este estudio (ANEXO 1)

En el análisis de resultados se pudieron observar semejanzas en los resultados comparándolos con los publicados en la literatura internacional. Donde los grupos de pacientes con alto riesgo suicida presentan las siguientes características:

- Sexo masculino
- Edad: menores de 19 años y mayores de 45
- Depresión o desesperanza
- Antecedente de intentos suicidas o atención psiquiátrica
- Abuso de sustancias
- Enfermedad psicótica u orgánica que altere el pensamiento racional
- Soltero, divorciado o viudo
- Plan suicida estructurado o de alta letalidad.
- Sin apoyo familiar o social
- Idea de repetir el intento

Sin embargo también se ha podido apreciar que aunque los hombres llegan a consumar con mayor frecuencia el suicidio, las mujeres tienen múltiples intentos que llegan a tener altos costos de atención, aumento en los días de hospitalización, en la ausencia laboral y repercusiones graves en su funcionamiento social.

Actualmente se está atendiendo también a los adolescentes y niños, ya que se ha visto un aumento en la incidencia de grupos pediátricos, situación que es importante evaluar ya que aunque nuestro grupo de estudio en particular es de mayores de edad, es frecuente que presenten trastornos afectivos desde la adolescencia o incluso su primer intento suicida, lo cual como se mencionó anteriormente, el riesgo de seguir presentando intentos suicidas aumenta una vez que se realiza el primero.

En la última década se le ha dado mayor importancia al impacto que tiene la situación económica y laboral como factores predisponentes a este evento. Se ha publicado que principalmente en los varones la pérdida del trabajo o una situación económica inestable es motivo suficiente para que consideren quitarse la vida.

En los resultados que obtuvimos podemos observar que si bien la mayoría de nuestros pacientes fueron mujeres, los hombres presentaron intentos suicidas de mayor letalidad e intencionalidad.

En cuanto al grado de estudios, internacionalmente se ha considerado que un bajo nivel escolar es un factor predisponente para presentar intentos suicidas sin embargo en los últimos años se ha visto que las personas que un alto nivel escolar y socioeconómico que llegan a presentar alguna crisis personal o económica están presentando intentos suicidas.

Un factor que es fundamental en este estudio es la comorbilidad psiquiátrica de estos pacientes, se sabe que alrededor del 80-90% de personas con intento suicida tienen antecedente de la presencia de una enfermedad psiquiátrica diagnosticable, pero no tratada de forma adecuada.

Esto quiere decir que el suicidio o el intento suicida es un acto que se va gestando durante el desarrollo de una patología psiquiátrica, rara vez llega a ser un acto sin antecedentes. Lo que nos recuerda la importancia de no menospreciar la depresión, la ansiedad, los trastornos de personalidad, las adicciones y los trastornos psicóticos, enfermedades que llegan a ser estigmatizadas, pacientes que no se les toma en serio o se les discrimina por su propia enfermedad, sin embargo las investigaciones y el resultado de este

estudio nos demuestra que al presentar estas enfermedades, es cuestión de tiempo, para presentar un intento suicida o bien lograr consumir el suicidio.

En el caso de la población derechohabiente del ISSSTE con intento suicida comparten la gran mayoría de factores de riesgo y predisponentes observados en la literatura mundial y nacional. Aunque el resultado mas discordante este en la edad promedio de presentación es 38.6 años, lo cual agrava aun más la repercusión económica y social, siendo personas en plena edad laboral, en su mayoría con hijos. Por lo que es imperativo que se creen planes de preventivos, con un diagnóstico y atención oportuna de enfermedades psiquiátrica que nos reduzcan el costo económico, laboral y social a nuestra Institución.

CONCLUSION

El intento de suicidio es una de las causas de muerte que ha ido en aumento en México en los últimos años, lo cual se ha registrado a partir de estudios retrospectivos encontrando un aumento principalmente en edades tempranas.

En el presente estudio se planteó una evaluación sociodemográfica de pacientes del ISSSTE en un año con el objetivo de hallar factores que se pudieran relacionar con el intento de suicidio y encontrar diferencias entre hombres y mujeres que llevan a cometer este acto. A través de los resultados que recolectamos, encontramos diferencias sociodemográficas entre los hombres y mujeres estudiados, resaltando algunos puntos trascendentes como la ocupación donde las mujeres poseen un empleo y los hombres no; escolaridad donde hombres poseen un mayor grado de estudio que las mujeres; la letalidad e intencionalidad del intento ya que los hombres tienen una decisión o impulso al momento del suicidio más firme que las mujeres y finalmente la clara falla en el apego al tratamiento y psicoterapia de aproximadamente la mitad de los casos estudiados.

Es de suma importancia notar que la mayoría de los casos poseen enfermedades como depresión o trastorno de la personalidad, lo cual corrobora su alta relación con el intento de suicidio. Es de notar que la violencia física, verbal y sexual no parece ser un factor determinante de intento de suicidio.

Finalmente si relacionamos los factores biopsicosociales y económicos con la intencionalidad y letalidad del intento de suicidio encontramos concluyentemente que los motivos que llevan a las mujeres a cometer este acto generalmente se relacionan con conflictos interpersonales (familia, parejas, noviazgos, matrimonios, etc.), mientras que en el caso de los hombres, se observan problemas relacionados con su situación económica o laboral (desempleo, nivel socioeconómico) que los lleva a la depresión que es la causa que se encontró más frecuentemente relacionada en este estudio en ambos sexos y cuya asociación se ha descrito en varios estudios previos que desencadenan el evento del suicidio.

Por lo tanto, con los datos obtenidos de este estudio se concluye que las características sociodemográficas que llevan al intento de suicidio son diferentes entre mujeres y hombres, lo cual nos debe hacer reflexionar sobre el diferente

manejo que se le debe dar a los pacientes de ambos sexos iniciando con acciones preventivas considerando sus factores de riesgo, la causa del evento, seleccionando el manejo psicoterapéutico y farmacológico adecuado para proveer una mejor atención y evolución, buscando mejorar la adherencia terapéutica, evitando finalmente la reincidencia tan común en estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- de la Garza Gutiérrez Fidel, Suicidio, Medidas Preventivas. Edit. Trillas de L.Tondo, Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio, Carocci, Roma 2000
2. - Minois G. *History of suicide: voluntary death in Western culture*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1999.
3. - E. Durkheim, El suicidio, Gorla, 2005
- 5.- Jiménez A, González C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Salud mental, Vol26, No.6, 35-46, 2003
- 6.- Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública Mex. 2010; 52:292-304
- 7.- Organización mundial de la Salud: Guías para el Diseño, Implementación y Evaluación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones. OMS, Ginebra, 2004).
- 8.- Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R, El Suicidio, Conceptos actuales, Salud Mental, Vol.29, No.5, sept octubre, 66-74, 2006
- 9.- O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL et al.3254 Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide Life-Threatening Behavior 1996; 26(3):237-252.
10. - Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K et al. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. American J Psychiatry 2004; 161(3):562.
- 11.- Borges G, Medina-Mora ME, y cols. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México, Salud mental 2009; 32:413-425
- 12.- Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J et al.Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS):Lifetime and 12. Salud Mental 2005; 28(2):41.)

- 13.- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios. Cuaderno No. 8. Aguascalientes, México: INEGI; 2002.
- 14.- Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172:35-37, 1998.
- 15.- Gutiérrez A, Contreras C El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. 2ª parte, *Salud Mental* 2008; 31; 41

ANEXO 1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Suicidio. Paciente No.

- 1.-Nombre:
- 2.-Edad:
- 3.-Sexo: femenino// masculino
- 4.- Fecha de Nacimiento:
- 5.- Estación: primavera//verano//otoño//invierno
- 6.- No. De embarazo:
- 7.- Termino: si// no
- 8.- Parto // Cesárea
- 9.-Complicaciones Perinatales: si//no
- 10.-.- Desarrollo psicomotor Normal: si // no
- 11.- Escolaridad: Primaria// Secundaria// Preparatoria//
Técnica//Licenciatura//Posgrado
- 12.- Ocupación: Hogar//Empleado// Independiente// estudiante // jubilado/ desempleado.
- 13.- Estado civil: soltero//casado//
unión libre
- 14.- Hijos: si//no

AHF (familiares de primer grado)

- 15.- Depresión: si//no
- 16.- Intentos suicidas: si // No
- 17.- Suicidios consumados: si//no
- 18.- Esquizofrenia: si//no
- 19.- Trastorno bipolar: si//no
- 20.- Adicciones: si// no
- 21.- Demencia: si//no
- 22.- Epilepsia: si//no
- 23.- Trastornos de personalidad: si//no
- 24.- Paranoide/ Esquizoide/ Disocial/ Inestabilidad emocional/
histriónico/anacástico/evitativo/dependiente/otros
- 25: Trastorno esquizoafectivo.

APP:

- 26.- Depresión
- 27.- Intentos suicidas: si//no
- 28: Esquizofrenia: si//no
- 29: Trastorno bipolar: si//no
- 30.- Adicciones: si//no
- 31.- Demencia: si//no
- 32.- Epilepsia: si//no
- 33.- Trastorno de la personalidad: si//no
- 34.-.- Paranoide/ Esquizoide/ Disocial/ Inestabilidad emocional/
histriónico/anacástico/evitativo/dependiente/otros

35.- Tras. Esquizoafectivo si/no

Historia familiar:

36.- Padres: soltero// casado//divorciado

37.- Hermanos: ninguno/ 1-3//4-7//8-11//mas de 12

38.- Antecedentes de violencia física: si// no

39.- Antecedente de violencia verbal: si//no

40.- Antecedentes de abuso sexual: si//no

41.- Nivel socioeconómico: bajo//medio//alto.

Padecimiento actual:

42.- No. Internamiento:

43.- No. Intento suicida:

44.- Letalidad: alta//baja

45.- Intencionalidad: alta//baja

46.- Apego al tratamiento. Bueno//malo

47.- Apego a psicoterapia: bueno//malo