



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

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 1
PACHUCA, HIDALGO.**

TITULO

**"TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO
SUICIDA, DE 18 A 50 AÑOS,
EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO"**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS: R-2018-1201-031

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

ANAHI ARENAS BAEZ

ASESOR CLÍNICO

GABRIELA GARCÍA LAGUNA

ASESOR METODOLÓGICO.

NESTOR MEJÍA MIRANDA



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.

**“TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA, DE
18 A 50 AÑOS, EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**ANAHI ARENAS BAEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1**

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA.
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES.
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS



GABRIELA GARCÍA LAGUNA
MÉDICO NO FAMILIAR, ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ADSCRITA AL HGZMF 1 PACHUCA, HIDALGO
ASESOR CLÍNICO



NESTOR MEJÍA MIRANDA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO AL HGZMF 1 PACHUCA, HIDALGO
ASESOR METODOLÓGICO



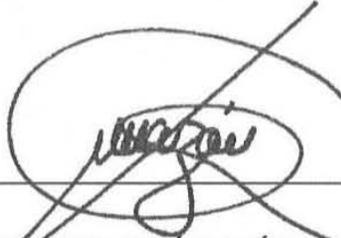
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA,
DE 18 A 50 AÑOS, EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO”**

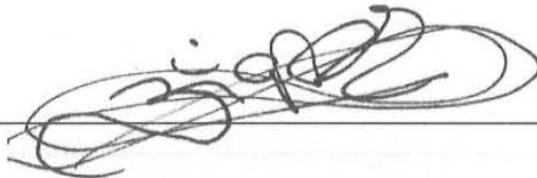
TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ANAHI ARENAS BAEZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA, DE
18 A 50 AÑOS, EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**ANAHI ARENAS BAEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**



PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
HGZMF1



SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRIPCIÓN: HGZMF1 IMSS PACHUCA HIDALGO



VOCAL DEL JURADO
DR. FRANCISCO CÉSAR NAVA MARTÍNEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
Y TUTOR DE CURSOS A DISTANCIA
ADSCRIPCIÓN: UMF NÚMERO 32 IMSS PACHUCA HIDALGO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1201 con número de registro 17 CI 13 048 032 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

FECHA Viernes, 23 de noviembre de 2018.

**DRA. GABRIELA GARCIA LAGUNA
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA, DE 18 A 50 AÑOS, EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-1201-031

ATENTAMENTE

CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis esta realizada en agradecimiento a aquellas personas que fueron participes en el trayecto de mi vida, que fueron apoyo y fortaleza en todo momento y que siempre me alentaron a dar lo mejor para lograr el éxito que siempre he buscado.

Agradezco principalmente a Dios por ser una de las razones que me motivo a seguir adelante y nunca rendirme asi fuera por el mas minimo contratiempo o problema.

Dedico esta tesis a mi madre a la que quiero y aprecio mucho, a mis hermanas que han sido ese vínculo de amistad y compañerismo que facilitaron esos momentos difíciles y que por medio de su apoyo, consejos y aprendizaje lograron surgir esas fuerzas y espíritu de superación para conseguir otro más de mis objetivos que es el de poder culminar mis estudios.

A mis asesores: la Dra. Gabriela y al Dr. Néstor por brindarme el apoyo incondicional en la elaboración de ésta tesis, a la Dra. Rosa Elvia quien estuvo al pendiente de mi formación y quien siempre me impulso a comprometerme, esforzarme y nunca rendirme ante toda adversidad para lograr de esta manera el poder concluir esta etapa de mi vida.

Finalmente agradezco a mi gatita, aquella compañera fiel y cariñosa que ha sido uno de los elementos más importantes y significativos de mi vida y que por ella siempre he encontrado ese espíritu de valentía, coraje y fortaleza.

GRACIAS.

ANAHI ARENAS BAEZ.

ÍNDICE GENERAL

1. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	2
2. RESUMEN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
<i>Epidemiología del suicidio e intento suicida</i>	4
<i>Intento suicida y su relación con el suicidio</i>	7
<i>Características de los pacientes con historial de intento suicida</i>	7
<i>Trastornos de la personalidad</i>	9
<i>Trastornos de la personalidad asociadas al intento suicida</i>	12
4. JUSTIFICACIÓN	15
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
6. OBJETIVOS	18
7. HIPÓTESIS:	18
8. MATERIAL Y MÉTODOS	19
A) UNIVERSO DE TRABAJO	19
B) TIPO DE DISEÑO	19
C) CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
D) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	21
E) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	21
F) ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
G) TAMAÑO DE LA MUESTRA	25
9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	26
10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	30
11. RESULTADOS	31
12. DISCUSIÓN	46
13. CONCLUSIÓN	46
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	48
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
16. ANEXOS	56

1. IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Clínico:

Nombre: Dra. Gabriela García Luna
Especialidad: Psiquiatría
Adscripción: HGZ MF No1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7716991981
Correo electrónico: psiquiatragaby@gmail.com

Asesor Metodológico:

Nombre: Dr. Néstor Mejía Miranda
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7711945683
Correo electrónico: nesmiranda@yahoo.com.mx

Tesista:

Nombre: Anahí Arenas Báez.
Residente de la especialidad en medicina familiar.
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 241 158 2307
Correo electrónico: anahiarenasbaez@gmail.com

2. RESUMEN

TITULO: Trastornos de la personalidad, en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo.

Antecedentes: El intento suicida es un evento donde una persona intenta matarse así mismo; esto puede ser derivado de otros trastornos mentales adyacentes, entre los cuales encontramos a los trastornos de personalidad que llegan a estar presentes en el 90% de la población suicida, ya que los trastornos de personalidad presentan una prevalencia en México de 1 de cada 10 personas, tomando en cuenta además la alta impulsividad y problemas para controlar los afectos en este tipo de personas. Cabe señalar que estos trastornos alteran o modifican la forma en que la persona se auto-percibe e interactúa con su entorno; lo cual puede llegar a generar fallas considerables en su desarrollo y trabajo. También se ha descrito que suelen ser trastornos de inicio de presentación en la adolescencia y adulto joven en edad productiva. Dichos trastornos llegan a tener una injerencia directa en el tiempo de vida, ya que se han observado como factores de riesgo para la mortalidad ya sea por muerte natural y en casos específicos por suicidio. Por lo que es requerido identificar los tipos de trastornos de personalidad de nuestra población de atención con el objetivo de realizar una intervención y tratamiento oportunos.

Objetivo: Determinar los trastornos de la personalidad en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prolectivo. Se seleccionaron a los pacientes con intento suicida que se encontraron en el servicio de urgencias y hospitalización del HGZMF 1 y estaban en pre-alta médica, se aplicó el test de Salamanca y se recolectaron los de datos de los pacientes. Se capturó la información en base datos en Excel. Los resultados fueron expresados en tablas y gráficas. Para las variables cualitativas se utilizó el cálculo de frecuencias y porcentajes, para variables cuantitativas se aplicó el cálculo de medidas de tendencia central como media y desviación estándar.

Recursos e infraestructura: Humano asesores clínicos y metodológico, así como un tesista; se cuenta con la infraestructura propia del HGZMF No. 1, material de oficina, equipo de cómputo, impresora. Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

Experiencia de grupo: Se cuenta con un asesor clínico especialista en psiquiatría y un asesor metodológico especialista en medicina familiar, con amplia experiencia en el tema y que han participado en otros estudios de investigación, así como una tesista médico residente en medicina familiar con conocimientos del tema.

Tiempo a desarrollarse: El presente estudio se realizó durante un periodo de 8 meses desde la aprobación del proyecto por el Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud.

Resultados: Se encontró mayor prevalencia del género femenino (74%), solteros (44%), que profesaban alguna religión (66%), con antecedentes de depresión y ansiedad. Respecto a los rasgos de personalidad las predominantes fueron la ansiosa y la limítrofe, esta última con una relación significativa ($p=0.002$) con los antecedentes de intentos suicidas.

Conclusión: La personalidad limítrofe y ansiosa, en conjunto con la depresión y el trastorno de ansiedad son los principales factores o rasgos de personalidad asociadas al intento suicida. Además de que el género femenino sigue siendo de mayor incidencia de intento suicida sobre el masculino.

3. MARCO TEORICO

De una manera simple el suicidio es el acto de matarse deliberadamente, esto conforme a la definición establecida por la OMS en el 2014.⁽¹⁾ Mientras que para la OPS el suicidio es el acto auto infligido para causar la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.⁽²⁾ Siendo el suicidio una de las principales causas de muerte a nivel mundial y la más importante en perdida de años de vida.⁽³⁾ De ahí que el intento suicida se da cuando la persona ha buscado la autoeliminación sin lograr cumplir con el cometido.⁽⁴⁾ Mientras que la ideación suicida es definida como un factor de riesgo para intentos suicidas, ya que se establece el pensamiento del suicidio y de los mecanismos a usar; sin embargo, solo una minoría de ideadores hacen públicas sus ideas o autolesiones.⁽⁵⁾ aunado a esta encontramos la creciente estigmatización de los pacientes con trastornos mentales y la segregación que resulta de esto.⁽⁶⁾

Epidemiologia del suicidio e intento suicida

Si bien el suicidio es un fenómeno a nivel mundial, el 75% de los casos ocurren en los países pobres. Es la decimoquinta causa de muerte a nivel mundial.⁽⁷⁾ Dentro del grupo etario entre 15-24 años, el suicidio representa la tercer causa de muerte.⁽⁸⁾ además los estudios han demostrado que el 90% de los suicidas padecían de algún trastorno de la personalidad.⁽⁹⁾

En México dentro del boletín epidemiológico no existe un apartado o descripción de trastornos psiquiátricos y suicidios.⁽¹⁰⁾ Acorde a los reportes más recientes del INEGI, en el 2016 se suscitaron 6370 suicidios.⁽¹¹⁾ Con un índice de suicidio de 2.07 para México, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría.⁽¹²⁾ Siendo que en Abril del presente año, el Instituto Nacional de Salud Publica dio a conocer que se está realizando el estudio de “Conducta suicida en adolescentes en México,” cuyos resultados serán parte de la Encuesta Nacional de Salud 2018. ⁽¹³⁾

Cabe señalar, que la epidemiología acerca de estos sucesos como es el suicidio o el intento suicida es escaso en nuestro país. En 1996 se hizo un análisis epidemiológico del suicidio considerando la década de 1970`s y 1980`s. Dentro del estudio realizado en 1996 por *Borges et al.* se demostró que en 1970 solo se reconocieron 554 defunciones por suicidio, mientras que para 1994 fue de 2603; es decir se dio un aumento de 156%. Siendo que la tasa de suicidios en hombres incremento durante el periodo señalado en 169% y en mujeres 98%. Lo que representa que en 1970 tan solo el 0.11% de las muertes eran asociadas a suicidio, incrementaron a 0.62% en 1994.^(14, 15)

En un reporte realizado por *Borges et al.* se menciona que el número de suicidios reportados en el 2007 fue de 4388 casos con una tasa de suicidio de 4.12 por cada cien mil habitantes, lo que representa un aumento del 275% en relación a 1970. Sin embargo, el artículo hace hincapié en la dificultad de tener un consenso certero debido a la falta de registros apropiados, datos y conocimiento, lo que si logra expresar este artículo es que en el 2007 se registraron 6,601,210 casos de ideación suicida, 598,600 intentos suicidas y 99,731 pacientes requirieron de intervención médica debido a las consecuencias del intento suicida.⁽¹⁶⁾

En un reporte del INEGI del 2015 se reportaron 6285 suicidios a nivel nacional, con una tasa de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2 por cada 100 mil mujeres. Siendo los estados con mayor incidencia los de Chihuahua, Aguascalientes, Campeche y Quintana Roo; donde el ahorcamiento y la estrangulación son los métodos más socorridos para el suicidio, llevándose en su mayoría en el hogar.⁽¹⁷⁾

Para 1997 la prevalencia de suicidio en lo que actualmente es denominado CDMX fue de 8.3%, el cual incremento a 9.5% en el año 2000; siendo las principales causales problemas familiares y sentimientos depresivos, teniendo en cuenta que el método más utilizado fue con punzocortantes.⁽¹⁸⁾

En caso particular de menores de edad, un reporte sobre el suicidio en el 2011 el cual fue realizado de manera retrospectiva mediante la consulta de la base de datos de defunciones de 1998 a 2011 perteneciente al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) y apoyándose en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO), mostro que Hidalgo fue el estado con la mayor tasa de suicidio en dicho periodo con 17.2%; teniendo una relación de 2.2 hombres por cada mujer. El principal método de suicidio fue el ahorcamiento con el 75.7%.⁽¹⁹⁾ Por otro lado se realizó un estudio similar en Universitarios del estado de Hidalgo, con una incidencia de ideación suicida de 9.4% en hombres y 11.9% en mujeres.⁽²⁰⁾

Se ha observado que la prevalencia de las conductas suicidas va disminuyendo al pasar de la adolescencia (12 a 17 años) al grupo de 18 a 29 años y luego al de 30 a 65 años. Por ejemplo, para la población total, la prevalencia del intento de suicidio alguna vez en la vida fue de 4.26% en el grupo de 12 a 17 años. Pasa a 3.75% en el grupo de 18 a 29 años y luego a 2.61% en el grupo de 30 a 65 años.⁽¹⁶⁾

A continuación, se presentan los principales métodos suicidas empleados en México tanto para hombres como mujeres.

En hombres los principales métodos suicidas en orden descendente fueron:

- 1º Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- 2º Disparo con arma de fuego
- 3º Envenenamiento por gases, vapores, alcohol o pesticidas
- 4º Envenenamiento con drogas o medicamentos
- 5º Objetos cortantes

En caso de mujeres los principales métodos suicidas son:

- 1º Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
- 2º Envenenamiento por gases, vapores, alcohol o pesticidas
- 3º Envenenamiento con drogas o medicamentos
- 4º Disparo con arma de fuego
- 5º Otros⁽¹⁹⁾

Intento suicida y su relación con el suicidio

El intento suicida es el factor de mayor riesgo para completar el suicidio.⁽²¹⁾ Posterior al intento suicida el riesgo de completar un suicidio es del 0.8% al 3% en los hombres y 0.3-1.9% en mujeres.⁽²²⁾ Por lo tanto, el 18% de las personas que presentaron un intento suicida, reinciden en al menos 1 año.⁽²³⁾

Es importante enfatizar, que aun cuando los pacientes con intento suicida son ingresados a hospitales psiquiátricos, el riesgo de suicidio es alto durante las primeras semanas y puede permanecer hasta meses.^(24, 25) En un estudio en Reino Unido entre pacientes con intentos suicidas se observó que un 25% cometen suicidio dentro de los tres meses posteriores al intento suicida.⁽²⁶⁾ Siendo que ese porcentaje de suicidio ocurre en el primer mes posterior al primer contacto de atención médica y antes de la siguiente consulta.⁽²⁷⁾

Es importante remarcar que de la gente que presenta auto lesiones e ideación suicida que se presenta por el mismo en el departamento de urgencias o solicita apoyo, solo el 2% comentaran suicidio dentro de un año y un 4% durante los siguientes 5 años,⁽²³⁾ sin embargo, aun representa un riesgo 50 veces mayor que en la población general.⁽²¹⁾ En cuanto a presentar nuevamente auto lesiones después del primer contacto la incidencia es del 10% en un mes y 27% a los seis meses.⁽²⁸⁾

Respecto a las causas del intento suicida en adolescentes se han descrito situaciones como relaciones conflictivas con uno o los dos padres, discusión de problemas económicos en casa, problemas psicológicos asociados a la autoestima, e incluso problemas de comportamiento como agresividad e impulsividad.⁽²⁹⁾

Características de los pacientes con historial de intento suicida

Los eventos de intento suicida se consideran eventos clínicos importantes, ya que

existen en la mayoría de los pacientes con diestres, problemas económicos, ansiedad, desordenes de personalidad y desordenes de uso de sustancias (alcohol, mariguana, entre otras)^(30, 31) La conducta suicida es sin lugar a duda la interacción de diversos factores de riesgo, como los son los demográficos, psicopatológicos, biológicos y eventos vitales estresantes.⁽³²⁾

En cuanto a los factores demográficos se incluye una mayor prevalencia en los hombres, la raza que es variante en cada país, y los grupos etarios de adolescentes y adultos mayores.⁽³³⁾ Si bien es asociado un mayor número de suicidios por parte de los hombres en base a los métodos que estos últimos eligen, aun no se ha encontrado el grado de correlación del intento suicida con la falta de empleo o de educación.^(32, 34)

Como segundo factor asociado podemos encontrar el factor biológico, ya que diversos estudios han demostrado cierto grado de herencia en para el riesgo suicida y la personalidad suicida.⁽³⁵⁾ El riesgo de suicidio familiar se ha visto que va de la mano con la historia familiar de desórdenes mentales, sin que dicha herencia se vea modificada por el control de los padecimientos en los progenitores o ancestros.⁽³⁶⁾ Ahora bien hasta el momento no se ha encontrado gen alguno específico para establecer como el gen del suicidio; sin embargo, se ha encontrado y mostrado diversos genes del metabolismo de la serotonina alterados entre los pacientes con tendencia suicida. La alteración de dichos genes implica un cambio en la regulación de producción y absorción de la serotonina, generando estados del neurotransmisor asociados al suicidio.⁽³⁷⁾

También se ha comprobado que una vida llena de estrés es favorecedora en el desarrollo de conductas suicidas; derivado de ello se ha propuesto un modelo en el cual el factor estrés se coloca sobre los factores biológicos, psiquiátricos y psicológicos y favorece el desarrollo de la ideación suicida, intento suicida y suicidio. Cabe señalar que los modelos de estrés señalados se centran en el estrés derivado de eventos familiares, conflictos sentimentales, legales o disciplinarios.⁽³⁸⁾ Si bien a

lo largo del tiempo se ha visto que ciertas profesiones que se caracterizan por alto nivel de estrés y un alto índice de suicidio (encontrándose como profesiones o carreras con un mayor número de suicidios la carrera de medicina y policía); se cree que realmente el factor desencadenante no sea el oficio o profesión, sino el tipo de personalidad y trastornos de las mismas que son comunes en personas que eligen carreras caracterizadas por alto nivel de estrés.⁽³⁹⁾

Aun se estudian otros posibles factores como es el acceso por parte del paciente a métodos suicidas o químicos altamente letales, adicciones (alcohol, estimulantes y sedantes), la participación de enfermedades crónicas (epilepsia, cáncer, ulcera gastroduodenal, esclerosis múltiples, SIDA), la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles que incrementan el riesgo de suicida en un 39.1% (diabetes mellitus, hipertensión arterial), preferencias sexuales (de mayor incidencia hombres homosexuales), presencia de comportamiento suicida en uno de los integrantes de la pareja, e incluso el periodo del año con mayor incidencia de intentos suicidas y suicidio (mayo-junio),^(32, 40, 41) algo claro es que uno de los factores de riesgo para la conducta suicida son los trastornos de personalidad.⁽³²⁾ Se han identificado factores psicosociales como el suceso de un duelo reciente, divorcio, jubilación reciente y viudez; también dentro de los factores familiares se observó conflictos de pareja y mala comunicación entre los miembros de la familia.⁽⁴¹⁾ Actualmente no existe una clasificación aceptada totalmente; sin embargo en América Latina se han realizado estudios de intentos suicidas clasificándolos como: intento suicida de alta gravedad (métodos altamente letales o con gran intención de morir), intento suicida de baja gravedad (métodos de baja letalidad), ideación suicida (quien lo ha pensado sin ejecutar aun un intento suicida) y sin conducta suicida.⁽⁴²⁾

Trastornos de la personalidad

Según lo señalado por el DSM-V el trastorno de personalidad se entiende como un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo.⁽⁴³⁾ Lo cual es muy similar a lo señalado en el ICD-11 de la OMS que lo señala como un conjunto de

problemas de aspectos del yo, las relaciones, la capacidad de comprender las perspectivas de los demás y gestionar el conflicto en las relaciones interpersonales.⁽⁴⁴⁾

Visto de otra manera las variaciones en el comportamiento individual y habitual en las formas de pensar y sentir es parte de la naturaleza del ser humano para generar la adaptación en ambientes cambiantes. Sin embargo, en algunos casos la variación puede generar mala adaptación, las cuales son extremas.⁽⁴⁵⁾ Lo cual genera alteraciones cognitivas y de las funciones mentales superiores, experiencia emocional, expresión emocional e incluso comportamiento.⁽⁴⁶⁾

Dichos cambios en el comportamiento están profundamente arraigados y son duraderos; lo que genera que se manifieste como respuestas inflexibles a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Es decir, representan desviaciones extremas o significativas de las formas en que el individuo promedio en una cultura dada o específica percibe, siente y se relaciona con otros.⁽⁴⁷⁾ En contraste una persona mentalmente sana es considerado como un estado de bienestar en el que los individuos se dan cuenta de sus habilidades, afrontan las tensiones normales de la vida, pueden trabajar de manera fructífera y productiva y pueden contribuir a su comunidad.⁽⁴⁸⁾

En los centros especializados en salud mental se ha detectado que hasta el 40% de las personas que acuden padecen trastornos de personalidad.⁽⁴⁹⁾ Sin embargo estudios en Norte América y Reino Unido señalan a que los desórdenes de personalidad se presentan entre un 4 a 15% del total de la población.^(50, 51) Un estudio a mayor escala realizado por *Huang et al.* en el 2006, donde se hizo un análisis epidemiológico de diversos países dispersos en los 5 continentes determino que la prevalencia promedio es del 6.1% teniendo que en Europa se encuentran las prevalencias más bajas a nivel mundial, en contraste en el continente Americano se observó una prevalencia más alta que el promedio mundial.⁽⁵²⁾

Las personas con trastornos de la personalidad tienen una prevalencia mayor de morbilidad y mortalidad, de tal manera que el riesgo de mortalidad incrementa en un 5 (IC: 3.15-4.75) para mujeres y 3.5 (IC:2.17-5.47) para los hombres .⁽⁵³⁾ A tal grado que en Reino Unido se ha observado una reducción en el promedio de vida de 19 años para mujeres y 18 años para hombres.⁽⁵⁴⁾ Dichos trastornos son identificados tanto en adolescentes como adultos en edad productiva, existiendo casos con hasta dos trastornos de personalidad de manera simultánea.^(45, 55, 56)

Sin embargo, la búsqueda directa o dirigida del médico de primer contacto de pacientes con trastornos de la personalidad no se ha considerado como la mejor opción ya que puede afectar la relación médico paciente.⁽⁵⁷⁾ De ahí que el médico de primer contacto al encontrar personas que ante situaciones adversas no logren controlar sus emociones o incluso permanezcan demasiado tiempo en estados emocionales alterados, debe ser cuidadoso y fortalecer la relación con el paciente para poder acercarse al paciente e iniciar un tratamiento.⁽⁵⁸⁾

Históricamente se han desarrollado diversos modelos de clasificación de trastornos de la personalidad; actualmente el modelo que se utiliza está basado en el modelo de 1920 desarrollado por Kretschmer, de los cuales han surgido modelos definidos acerca de las patologías de la personalidad.⁽⁵⁹⁾ Los trastornos de personalidad actualmente son clasificables en tres grandes grupos: A, B y C.

El grupo A se caracteriza por anomalías en la corteza temporal, con buenas reservas prefrontales y una actividad dopaminérgica subcortical atenuada que les protege de la psicosis⁽⁶⁰⁾; el grupo está integrado por:

- 1) Trastorno paranoide: que se define como personas con una suspicacia en exceso, toman las acciones de terceros como hostiles.
- 2) Trastorno esquizoide: falta de interacción social, fantasías introspectivas, mundos fantasiosos.
- 3) Esquizotípico: extremo malestar por la convivencia social, apariencia extraña, creencias anómalas como la superstición y experiencias

perceptuales inusuales.

El grupo B caracterizados por distintos cambios como aumento de la noradrenalina en el Locus Coeruleus, vasopresina, aumento de las hormonas reguladoras corticotropas y acetilcolina⁽⁶⁰⁾; está integrado por:

- 1) Antisocial: problemas para los derechos de otros, viola las reglas y leyes, falta de empatía, manipulador e impulsivo.
- 2) Histriónico: emociones superficiales, excesivo dramatismo y exceso de necesidad de atención.
- 3) Límite: inestabilidad de afecto, baja autoestima, dificultad en las relaciones y comportamientos autodestructivos.

El grupo C se ha caracterizado por reducción de la actividad dopaminérgica y aumento de la serotoninérgica⁽⁶⁰⁾; se conforma por:

- 1) Dependiente: fijación psicológica de requerir del cuidado de otros.
- 2) Obsesivo-compulsivo: caracterizado por estar conforme con lo riguroso de las reglas, perfeccionista, elusión a actividades lúdicas y amistades.

Trastornos de la personalidad asociadas al intento suicida

Los estudios sobre la incidencia a lo largo de diferentes naciones y épocas han sido muy consistentes, detectando una incidencia de los trastornos de personalidad entre un 6 y un 9.5%. Acorde a diferentes estudios, los trastornos de personalidad como lo es el antisocial tiene una incidencia de 0.7-2.4%, el esquizoide de 0.8-4.9%, el esquizotípico de 0.6-3.3%, paranoide de 0.7-2.4%, personalidad limite 0.5-2.7%, histriónica hasta 2.0%, narcisista hasta 1%, dependiente de 0.1-1.5% y obsesivo-compulsivo de 0.9-2.4%.⁽⁶¹⁾ Desde un enfoque molecular, lo que ha caracterizado a las personalidades con ideación e intento suicida se han relacionado con desregulación serotoninérgica y noradrenérgica.⁽⁶²⁾

El hecho del suicidio o intento de suicidio va de la mano con un agravamiento del trastorno de la personalidad e incluso puede presentarse una mezcla aguda de desórdenes de personalidad en personas no mayores de 40 años.⁽⁶³⁾ Sin embargo se ha observado que la asociación entre el intento suicida y los trastornos de personalidad es más alta significativamente en las personas con personalidad límite.⁽⁶⁴⁾ Siendo que solamente entre el 30 y 40% de las personas con trastornos de la personalidad diferente al trastorno límite llegan al intento suicida, mientras que para trastorno límite alcanza el 50%. Teniendo al trastorno antisocial como el segundo trastorno de la personalidad más frecuente asociado al intento suicida.⁽⁶⁵⁻⁶⁸⁾

Dentro de los factores de riesgo asociados al trastorno de personalidad para el desarrollo de intentos suicidas se ha considerado: edad joven ⁽⁶⁵⁾, escaso soporte social⁽⁶⁹⁾, cuadros recurrentes de depresión o fallo de la remisión de los mismos^(69, 70), síntomas psicóticos ⁽⁷¹⁾, melancolía ⁽⁷¹⁾, dependencia al alcohol ⁽⁷²⁾, dolor crónico, impulsos agresivos⁽⁷³⁾ e incluso se ha encontrado cierta asociación con el tabaquismo. ^(36, 70)

Por todo lo anterior resulta conveniente el diagnóstico o identificación temprana de los trastornos de personalidad; un método para ello es mediante el uso de un cuestionario de personalidad como el cuestionario de personalidad de Salamanca. Un test de personalidad es el conjunto de preguntas que permitan determinar que emociones, calificativos o aseveraciones que apliquen o no a la persona y la manera en que la persona define los adjetivos con el fin de entender su proceder y con ello determinar si existe alguna desviación del comportamiento esperado.^(74, 75)

Dicho cuestionario se considera eficaz debido que es una técnica que: a) sigue los criterios internacionales de diagnóstico mencionados (DSM-IV y CIE-10), b) es sencilla e implica un tiempo breve de ejecución y c) presenta sensibilidad del 100% y especificidad del 76.3%. Este Cuestionario, es una herramienta de detección de 11 trastornos de la personalidad a través de 22 ítems. Según la nomenclatura del

DSM-IVTR: paranoide, esquizoide, esquizotípico, histriónico, antisocial, narcisista y dependiente; y según la nomenclatura de la CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, anancástico y ansioso. Cada trastorno es evaluado por medio de dos preguntas con cuatro posibilidades de respuesta (falso: 0 puntos; verdadero a veces: 1 punto; verdadero con frecuencia: 2 puntos; verdadero siempre: 3 puntos).⁽⁷⁶⁾ Es decir, en el test de Salamanca cada trastorno de la personalidad esta representado por dos preguntas, la suma de las 2 preguntas tiene como valor maximo 6 puntos y se establece la puntuacion de corte para rasgo personalidad en 3.⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾

El cuestionario Salamanca fue presentado en el 2004 por Larrosa *et al.*, mismo que lo publico en un libro de trastornos de la personalidad en idioma español. Dicho cuestionario ha sido validado en países latinoamericanos como Argentina y España donde fue diseñado.^(80, 81) Casi al mismo tiempo en que fue validado para Argentina y España, se validó en Chile.⁽⁸²⁾ Cabe señalar que en México no se han publicado estudios donde se haya utilizado dicho instrumento.

4. JUSTIFICACIÓN

El intento suicida es una de las principales causas de desenlace en la personas adultas jóvenes principalmente las que se encuentran en edad reproductiva, dicha situación ha ido en aumento en los últimos años y la estadística que se tiene en nuestro país no está actualizada siendo muy discordante y variada en diferentes zonas del país, dentro de las causas de intento suicida, una de las principales es tener un trastorno de personalidad. Al presentar un trastorno de la personalidad la persona tiene más riesgo de poder presentar un intento suicida y llegar al hasta el suicido.

Por lo que una manera de poder prevenir que se consuma el intento suicida, es mediante el conocimiento de factores de riesgo como son los trastornos de la personalidad. De ahí que conocer los trastornos más relacionados con el intento suicida permitirá sin lugar a dudas identificar de manera oportuna a personas con altas posibilidades de cometer suicidio.

Con dicha información se puede identificar de manera oportuna a las personas con tendencia a cometer un intento suicida en nuestra población. De esta manera se podrá reducir los decesos por suicidio y por consiguiente reducir los costos derivados de los pacientes psiquiátricos con intentos suicidas.

En este estudio el beneficio que se busca es identificar los trastornos de personalidad más frecuentes en pacientes con intento suicida y las principales situaciones problemáticas, así como los factores que condicionan este intento. Aportará información para tener un mayor panorama del entorno del paciente, con lo cual, de manera dirigida se podrán realizar acciones para que estos eventos se presenten lo menos posible.

Al obtener dicha información se podrá hacer difusión de los datos obtenidos al área de primer nivel de atención, haciendo hincapié en este grupo vulnerable y canalizarla al servicio de correspondiente de manera oportuna.

Además de que existe poca información acerca de los trastornos de la personalidad asociados con el intento suicida en nuestro país, no existen estadísticas en el HGZMF 1 Pachuca, que nos revelen datos confiables, además un inconveniente que se tiene para recabar la información de los pacientes con intento suicida, es

que no siempre se coloca el diagnóstico de intento suicida en el expediente clínico, es decir se usan otros diagnósticos como intoxicación de acuerdo a la sustancia ingerida.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante los cambios sociales, culturales, generacionales y de comunicación personal entre las personas, las alteraciones en el comportamiento de una persona han incrementado; ejemplo de ello son los trastornos de la personalidad. Sin embargo, los trastornos de personalidad no solo merman la calidad de la vida social, laboral y emocional de un individuo; si no que también significan factores predisponentes para situaciones como el intento suicida y el suicidio mismo.

El intento de suicidio va de la mano con un agravamiento del trastorno de la personalidad e incluso puede presentarse una mezcla aguda de desórdenes de personalidad en personas menores de 40 años. Se ha observado que la asociación entre el intento suicida y los trastornos de personalidad es más alta significativamente en las personas con personalidad limítrofe.

Siendo que solamente entre el 30 y 40% de las personas con trastornos de la personalidad diferente al trastorno limítrofe llegan al intento suicida, mientras que para trastorno limítrofe alcanza el 50%. Estos pacientes se caracterizan por inestabilidad de afecto, baja autoestima, dificultad en las relaciones y comportamientos autodestructivos.

Llama la atención que los trastornos de tipo psiquiátricos, no están incluidos dentro de los seguimientos epidemiológicos que se realizan en México, a grado tal que ningún desorden psiquiátrico está incluido en el boletín epidemiológico semanal. Por lo que conocer los trastornos de personalidad que se asocian al intento suicida pondrá en manifiesto la situación de estos padecimientos, además de darnos indicadores de alerta para el tratamiento de pacientes psiquiátricos y prevención del suicidio.

Por lo que nos surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son los trastornos de la personalidad en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo?

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar los trastornos de la personalidad, en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar los datos sociodemográficos de los pacientes entre 18 y 50 años que hayan presentado intento de suicidio.
- 2) Determinar los tipos de trastorno de la personalidad más frecuentes en el paciente con intento suicida.
- 3) Determinar el tipo de intento suicida más frecuente.
- 4) Determinar el sexo que predomina en los pacientes con intento suicida.
- 5) Determinar si existe recurrencia de intento suicida.

7. HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS DE TRABAJO: Los trastornos de la personalidad, en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo que predomina son el límite y el antisocial.

HIPÓTESIS NULA (Ho): Los trastornos de la personalidad, en pacientes con intento suicida, de 18 a 50 años, en el HGZMF 1, Pachuca Hidalgo que no predomina es el límite y el antisocial.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

A) UNIVERSO DE TRABAJO

Se estudiaron pacientes adscritos HGZMF No. 1 de Pachuca Hidalgo con diagnóstico de intento suicida.

B) TIPO DE DISEÑO

Estudio observacional, descriptivo, prolectivo.

- **Observacional:** El investigador examinó la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los factores que lo influyen.
- **Descriptivo:** Los datos solo permitieron la descripción o identificación del fenómeno.
- **Prolectivo:** La información se recolecta de la fuente primaria, posterior a la planeación del protocolo.

C) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- 1) Pacientes atendidos en el HGZMF No 1, Pachuca, Hidalgo, que se encuentren en el servicio de urgencias u hospitalización.
- 2) Pacientes derechohabientes al IMSS, Delegación Hidalgo.
- 3) Con diagnóstico de intento suicida
- 4) Se encuentren en pre-alta médica.
- 5) Edad de 18 a 50 años
- 6) Ambos sexos.
- 7) Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento bajo información.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- 1) Pacientes con trastorno mental diagnosticado previamente.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- 1) Encuestas incompletas o ilegibles.
- 2) Pacientes que fallezcan debido a complicaciones del intento suicida.
- 3) Pacientes que en algún momento de la investigación, externen su deseo de abandonar el proyecto.

D) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Tipo de trastorno de la personalidad	Grupo asignado de acuerdo a las afecciones mentales a una persona en relación a su patrón de comportamiento, sentimientos y percepción de la realidad.	Es el tipo de trastorno de la personalidad que presenta o no el paciente con intento suicida y puede ser: <ul style="list-style-type: none"> - Paranoide - Esquizoide - Esquizotípico - Histriónico - Antisocial - Narcisista - Subtipo Impulsivo - Subtipo Limite - Anacastico - Dependiente - Ansioso 	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Paranoide - Esquizoide - Esquizotípico - Histriónico - Antisocial - Narcisista - Subtipo Impulsivo - Subtipo Limite - Anacastico - Dependiente - Ansioso

VARIABLE INDEPENDIENTE: PACIENTE CON INTENTO SUICIDA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Intento suicida	Es el Intento fracasado de matarse así mismo.	Es la presencia de intento suicida en el paciente en estudio.	Cualitativa nominal	SI NO
Alteración Psiquiátrica previa	Grupo diverso de perturbaciones cerebrales con síntomas que afectan sobre todo las emociones, la función cognitiva superior y la capacidad para controlar comportamientos complejos	Es la presencia o ausencia de una alteración psiquiátrica previa en el paciente.	Cualitativa nominal	Si: <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Trastorno de personalidad - Ansiedad - Otro: NO
Intento suicida previo	Es el antecedente de intento fracasado de matarse a sí mismo.	Es la presencia o ausencia de intento suicida previo en el paciente.	Cualitativa nominal	SI NO

Mecanismo del intento suicida:	Es el método o técnica empleada por la persona, para llevar a cabo el intento suicida.	Es el método utilizado por el paciente que condiciona el intento suicida.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de fármacos. - Ingesta de sustancias toxicas. - Ahorcamiento. - Lanzamiento al vacío. - Lesión con objeto punzocortante. - Proyectil por arma de fuego. - Otro:
Motivos:	Es la situación que llevo al paciente al intento suicida	Es la causa que desencadena el intento suicida en el paciente.	Cualitativo nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto de pareja. - Situación familiar. - Escolar. - Sexual. - Enfermedad. - Duelo. - Embarazo. Otro

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
Edad	Tiempo trascurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual	Es el número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento actual del paciente.	Cuantitativa discreta	18-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años
Sexo	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos de una persona.	Características, fenotípicas del paciente es estudio.	Cualitativa nominal	1. Mujer 2. Hombre

Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Estado marital que el paciente con intento suicida guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Casado/a - Soltero/a - Unión libre - Divorciado/a - Separado/a - Viudo/a - Otros
Ocupación	Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independientemente del sector en que pueda estar empleada, o del tipo de estudio que hubieses recibido.	Tipo de oficio o profesión en la que se desempeña el paciente.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Obrero - Campesino - Estudiante - Ama de casa - Otros
Escolaridad	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela.	Ultimo grado de estudios obtenido y reconocido por el sistema de Educación, del paciente.	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Primaria - Secundaria - Bachillerato - Licenciatura - Maestría - Doctorado - Otros
Religión	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración, propias de un determinado grupo humano, con las que reconoce una divinidad.	Es la creencia religiosa del paciente que presenta intento suicida.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Ateo - Católico - Cristiano - Testigo de Jehová - Otras

E) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización por el Comité de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud. Se realizó el presente estudio en el HGZMF No 1, incluyendo a los pacientes que se encontraron en el área de urgencias u hospitalización con diagnóstico de intento suicida, (independientemente de la gravedad y/o mecanismo). Y de acuerdo a la valoración médica, que ya estén fuera del periodo agudo, y en el expediente clínico se manifieste que presentan mejoría y se encuentran en pre alta o egreso en breve.

A dichos pacientes se les invito a participar en el estudio, previa explicación y aceptación del paciente, firmando el consentimiento informado, se les proporcionará el Cuestionario Salamanca, para determinar si tenían algún trastorno de la personalidad, el cual fue auto aplicado o bien llenado con apoyo del investigador o colaboradores y se recabará del expediente clínico, datos sociodemográficos y las variables en estudio. La evaluación de pacientes se llevó a cabo entre noviembre del 2018 a julio del 2019.

Con la información obtenida, se integró una base de datos en Excel, donde se plasmaron los datos sociodemográficos, las variables y el resultado del Cuestionario Salamanca, se realizó la sumatoria específica, para saber si cumplía el paciente con la puntuación necesaria para identificar algún trastorno de la personalidad.

F) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo con el empleo del programa IBM SPSS v 25 (USA). Teniendo que para las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes; mientras que en las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central. Los resultados fueron expresados mediante tablas o gráficos. La comparación de los resultados del test de Salamanca se llevó a cabo empleando Chi-cuadrada, para el análisis de correlación se empleó el análisis de razón de verosimilitud y correlación de Spearman.

G) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la obtención de la muestra de nuestro estudio, se utilizó la fórmula de proporciones para poblaciones infinitas; y se consideró una prevalencia de intentos suicidas del 3% de acuerdo a la literatura revisada, con lo cual se calculó de la siguiente forma:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Donde:

Z = 1.96 (nivel de confianza es del 95%)

p = proporción esperada (0.03)

d = Margen de error (0.05)

q = 1 - 0.03 = 0.97

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.03 * (1 - 0.03)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.03 * 0.97}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.1117}{0.0025}$$

$$n = |44.68|$$

$$n = 44.71$$

Por lo que se requieren 45 pacientes obtenidos de manera no probabilística, en el periodo comprendido que llegue al servicio de Urgencias con diagnóstico de intento suicida.

9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial marca recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos, adoptadas por la 18ª Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, inicialmente en Junio de 1964 y teniendo su última actualización en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Como puntos importantes refiere:

- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional

disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

- Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.
- La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.
- El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.
- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su

consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información

Y con base, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su última reforma publicada en el 2014. En el Título Segundo, Capítulo 1, menciona:

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento:

Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.

Por lo que este estudio se considera de riesgo mínimo.

Así mismo, esta investigación requiere de consentimiento informado de acuerdo al artículo 20, 21 y 22 de este reglamento.

Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que vayan a usarse, su propósito, las molestias o los riesgos esperados, los beneficios que puedan observarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda.

Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

- a. **Recursos Humanos:** Se contó con un asesor clínico especialista en psiquiatría, un asesor metodológico especialista en medicina familiar; ambos con amplia experiencia en el tema y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema.
- b. **Recursos Físicos:** Infraestructura del HGZMF No. 1, área de urgencias y hospitalización, expediente clínico.
- c. **Recursos Materiales:** Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, encuestas (test de personalidad).
- d. **Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

FACTIBILIDAD:

El presente estudio fue factible, ya que se contaba con las instalaciones adecuadas para realizarlo, se contó con la accesibilidad para la aplicación del cuestionario a los pacientes con intento suicida al recibir atención médica en el área de urgencias y durante su estancia intrahospitalaria en piso.

11.RESULTADOS

El presente estudio se conformó por el estudio de 50 casos de intentos de suicidio estudiados entre el 20 de noviembre del 2018 y julio del 2019; lo que representa una tasa de 19.53 por 100,000 habitantes para la población de Pachuca de Soto. La edad promedio de la población estudiada fue de 29.38 años \pm 10.81 años; sin embargo, cabe resaltar que la edad máxima de la población estudiada fue 58 años y la menor 18. Respecto a la distribución por géneros, la muestra se integró por 37 mujeres (74%) y 13 hombres (26%) (Figura 1).

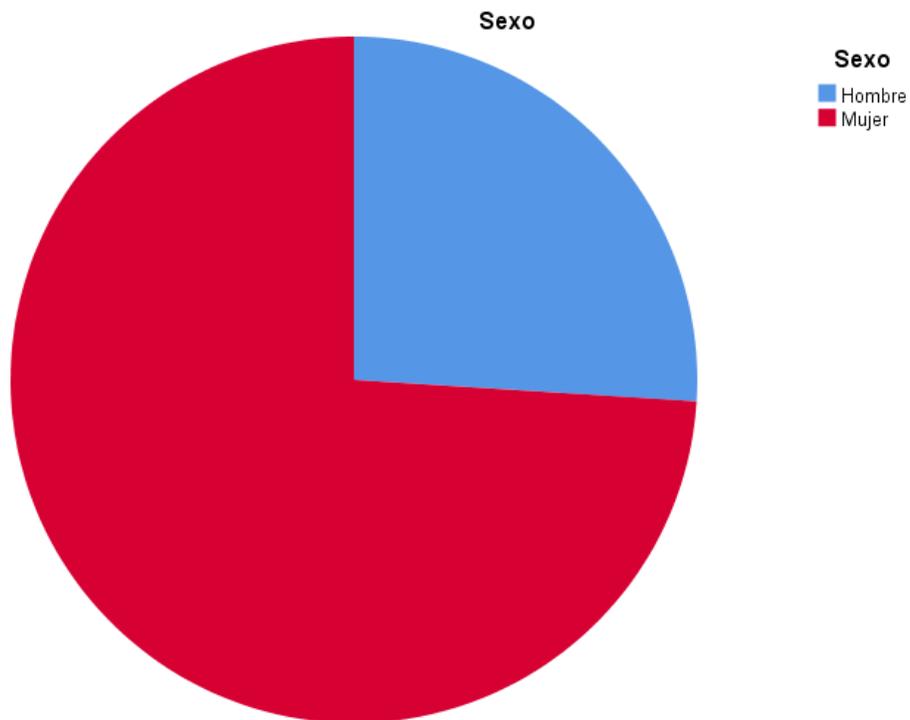


Figura 1. Distribución por género de la población estudiada

Respecto al estado civil de la población estudiada el 30% (15 casos) se encontraban casados legalmente, 4% (2 casos) divorciados, 44% solteros (22 casos), 2% en viudez y 20% (10 casos) en Unión libre; adicionalmente se revisaron las frecuencias por género que se muestran en la Tabla 1.

	Mujeres			Hombres		
	Frecuencia	% Población total	% Población por genero	Frecuencia	% Población total	% Población por genero
Casada	11	22	29.72	4	8	30.76
Divorciados	1	2	5.4	1	2	7.69
Solteros	15	30	40.54	7	14	53.84
Viudez	1	2	2.7	0	0	0
Unión libre	9	2	24.32	1	2	7.69

Tabla 1. Estado civil de la muestra estudiada

En cuanto a la escolaridad de la muestra estudiada encontramos que el 8% contaba con primaria, el 9% con secundaria concluida, 44% con medio superior, 6% con carrera técnica, 22% con licenciatura y 2% con maestría. En cuanto a la ocupación la más frecuente fue ama de casa con un 20%; ahora bien el 26% de los casos eran estudiantes de licenciatura, pero tan solo la carrera de medicina y psicología acumulaban el 12% de la población estudiantil ya que el resto eran de diversas licenciaturas. En cuanto a los profesionistas el 6% ejercían medicina, el 4% abogacía, 24% eran empleados u obreros, 4% policías y el resto a diversas actividades.

Ahora bien en relación a los sistemas de creencias el 60% era católico, 10% cristiano y 30% atea. De igual manera se revisó la religión profesada por género.

	Mujeres			Hombres		
	Frecuencia	% población total	% población por genero	Frecuencia	% población total	% población por genero
Ateo	9	18	24.32	6	12	46.15
Católico	25	50	67.56	5	10	38.46
Cristiano	3	6	8.1	2	4	54.05

Tabla 2. Frecuencia de religiones

De manera interesante el 50% de la población estudiada no contaba con diagnóstico psiquiátrico previo a la atención por intento de suicidio, el resto de diagnósticos previos se muestra en la gráfica No 2.

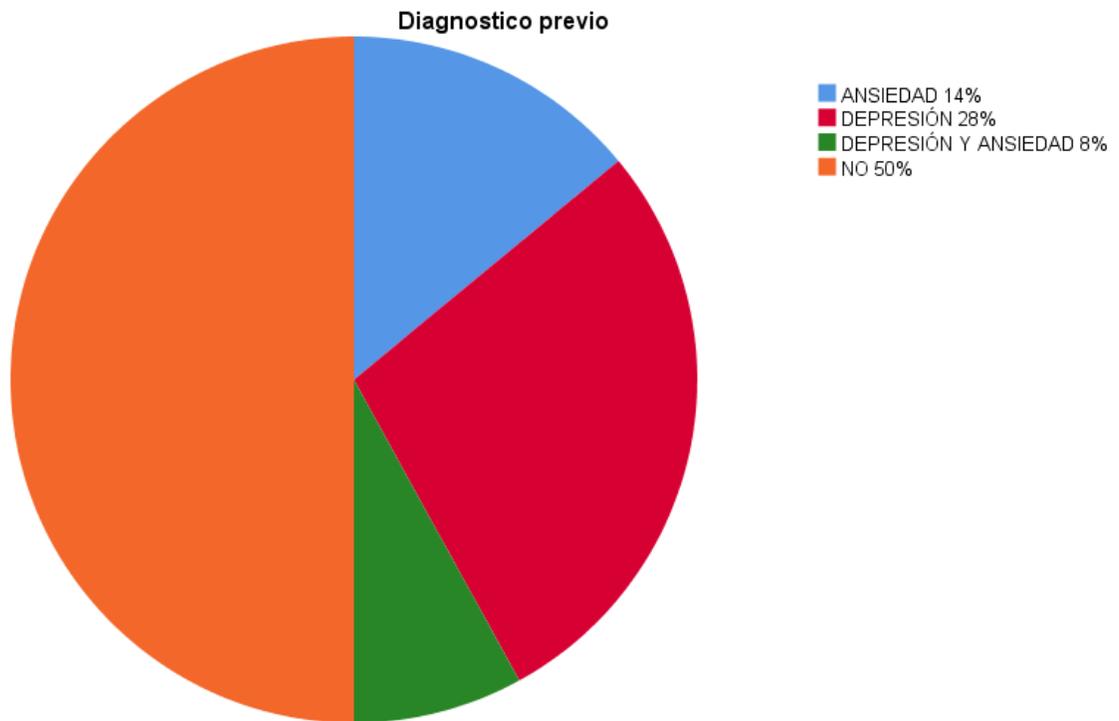


Gráfico No 2. Frecuencias de diagnósticos previos al intento suicida

Adicionalmente, solo el 42% de la población con intentos de suicidios previos contaba con diagnósticos psiquiátricos previos a este intento suicida. En contraste con los datos anteriores el 68% de los pacientes cuenta con intentos suicidas previos, donde la moda con un 20% de la población es de 3 intentos suicidas. En la tabla 3 se muestran las frecuencias de intentos suicidas.

	Frecuencia	%
1	8	16
2	9	18
3	10	20
5	3	6
6	1	2
8	1	2
10	1	2
19	1	2

Tabla 3. Frecuencia de intentos de suicidios
 Ahora bien en relación a la población que ya había tenido al menos un intento suicida previo, se encontró que de los 34 casos el 82.4% eran mujeres. En relación a su estado civil se muestra en la Tabla 4.

	Mujeres			Hombres		
	Frecuencia	% Población total	% Población por genero	Frecuencia	% población total	% población por genero
Casada	11	32.35	39.28	2	5.82	33.33
Divorciados	1	2.94	3.57	1	2.94	16.6
Solteros	8	23.52	28.57	2	5.82	33.33
Viudez	1	2.94	3.57	0	0	0
Unión libre	7	20.58	25	1	2.94	16.6

Tabla 4. Estado civil de los pacientes con intentos suicidas previos

Dentro de esta misma población el 44.1% solo contaba con estudios de bachillerato, 4% con primaria, 5% secundaria, 2% con carrera técnica, 5% con licenciatura, 5.8% con licenciatura y 2.9% con maestría. En cuanto a la ocupación el 29.4% eran amas

de casa, 26.1% estudiantes, 5.9% policías. En relación a la religión que profesaban, los datos se desglosan en la siguiente tabla:

	Mujeres			Hombres		
	Frecuencia	% Población total	% Población por genero	Frecuencia	% Población total	% Población por genero
Ateo	7	20.3	25.95	2	5.8	33.33
Católico	20	58	74.07	4	11.6	66.66
Cristiano	0	0	0	0	0	0

Tabla 5. Frecuencia de religión profesada por personas con intentos suicidas previos

Se realizó un análisis de correlación entre el diagnóstico previo de patologías psiquiátricas y el antecedente de intento suicida, así como el número de intentos. Encontrando que los diagnósticos de enfermedades psiquiátricas tiene una correlación significativa ($p=0.003$) con el hecho de tener antecedente de intentos suicidas previos; mientras que esto no guardo relación con la cantidad de intentos previos.

Por otro lado cuando se evaluaron los mecanismos empleados para el intento suicida por el que fueron internados al momento del estudio, se encontró que el 58% de los casos lo realizó mediante la ingestión de fármacos, el 18% busco envenenarse, el 14% mediante el uso de punzocortantes, solo el 6% busco la lesión mediante arrojarde de una altura y solo se encontró un caso de ahorcamiento y uno que empleo fármacos más arrojarde de altura. Los fármacos o tóxicos empleados para el intento suicida fueron muy variables; ya que en la mayoría se buscó una combinación de fármacos. Siendo que los fármacos más socorridos fueron las benzodiazepinas y paracetamol (Tabla 4).

Objeto

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ahorcamiento	1	2.0
	Alcohol	1	2.0
	Alcohol etílico	1	2.0
	Alcohol, diazepam	1	2.0
	Alcohol, drogas	1	2.0
	Alprazolam, Clonacepam	1	2.0
	Ambroxol, dextrometorfano	1	2.0
	Amlodipino, indometacina	1	2.0
	Amoxicilina	1	2.0
	Butilioscina, metoclopramida	1	2.0
	Captopril, metformina	1	2.0
	Cinarizina	1	2.0
	Clonacepam	2	4.0
	Cloro	1	2.0
	Cuchillo	3	6.0
	Diclofenaco	1	2.0
	Diclofenaco, paracetamol, losartan	1	2.0
	Fabuloso	1	2.0
	Fenobarbital	1	2.0
	Fluoxetina	1	2.0
	Gasolina	1	2.0
	Imipramina, Clonacepam	1	2.0
	Indometacina, celecoxib	1	2.0
	Levodopa, venlafaxina	1	2.0
	Mercurio	1	2.0
	Metformina, glibenclamida	1	2.0
	Metoclopramida	1	2.0
	Naproxeno	2	4.0
	Naproxeno, ibuprofeno	1	2.0
	Navaja	4	8.0
	Olanzapina, diazepam	1	2.0
	Omeprazol, losartan, senosidos	1	2.0

Paracetamol	2	4.0
Paracetamol, loratadina, clorfenamina	1	2.0
Paracetamol, naproxeno	1	2.0
Paracetamol, clorfenamina, omeprazol	1	2.0
Paroxetina, Clonacepam	1	2.0
Primer piso	1	2.0
Segundo piso	1	2.0
Tercer piso	1	2.0
Tramadol	1	2.0
Vitamina E, hierro	1	2.0
Total	50	100.0

Tabla 6. Frecuencia de sustancias, fármacos u objetos empleados para el intento suicida

Posteriormente se interrogó a los pacientes que integraron la muestra de estudio la causa o motivo principal que los llevo al suicidio; donde se encontró que el 4% declaro estar en un proceso de duelo, el 62% presentaba conflictos con su pareja, el 58% declaro presentar conflictos familiares, 8% por estrés, 8% declaro que presentaba problemas económicos y un 8% derivado por enfrentar una enfermedad (Tabla 5). Cabe aclarar que el 56% de los pacientes declararon un solo motivo, 30% declaro tener al menos dos motivos para llevar acabo el intento suicida, 12% declaro tener tres motivos al menos y solo un caso declaro tener 4 motivos. En relación a las enfermedades diagnosticadas que llevaron al paciente al intento suicida se describen en la Tabla 5.

	Frecuencia	%
Artritis reumatoide	1	2
Diabetes Mellitus tipo 2	1	2
Enfermedad de Parkinson	1	2
Enfermedad renal	1	2
Insuficiencia renal crónica	1	2
Fibromialgia	1	2
Hernia discal	1	2
SIDA	1	2

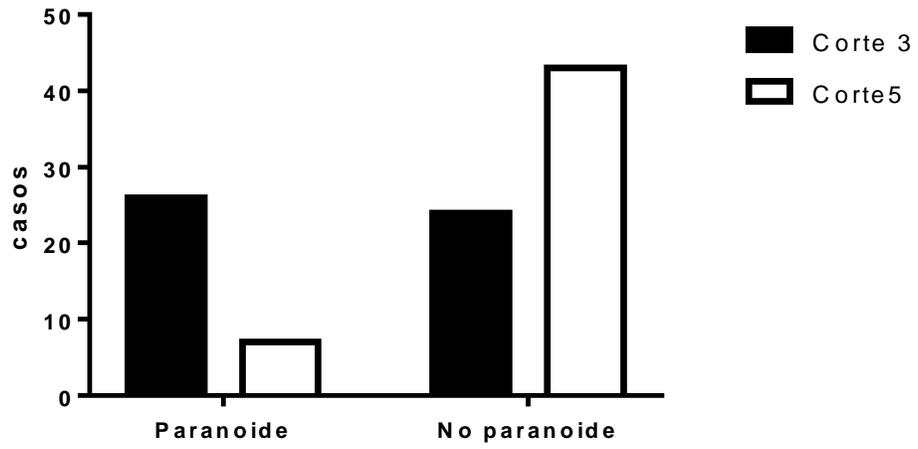
Tabla 7. Frecuencia de enfermedades motivo del intento suicida.

Tras la aplicación del test de Salamanca, este se evaluó tomando como punto de corte para considerar positivo la presencia de un trastorno de personalidad tres y cinco puntos; lo cual permitió identificar los trastornos de personalidad con la siguiente frecuencia:

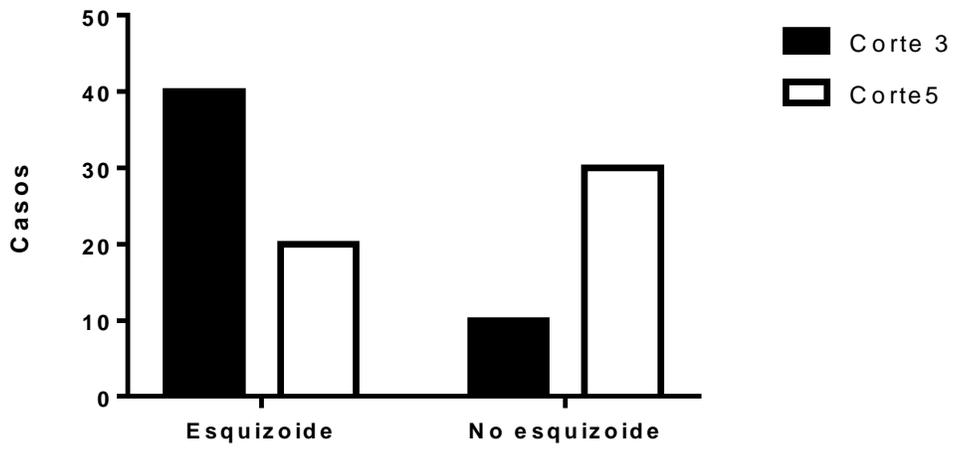
	Punto de corte (3)		Punto de corte (5)		Fisher
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	p
Paranoide	26	52	7	14	<0.0001
Esquizoide	40	80	20	40	<0.0001
Esquizotipo	22	44	0	0	<0.0001
Histriónico	41	82	14	28	<0.0001
Antisocial	2	4	0	0	0.4949
Narcisista	16	32	4	8	0.005
Impulsivo	40	80	27	54	0.0102
Limítrofe	44	88	32	64	0.3836
Anacastico	26	52	10	20	0.0016
Dependiente	35	70	10	20	<0.0001
Ansioso	38	76	23	46	0.0038

Tabla 8. Frecuencias de tipo de personalidades acorde al test de Salamanca, considerando los dos puntos de corte que se han planteado para dicho instrumento

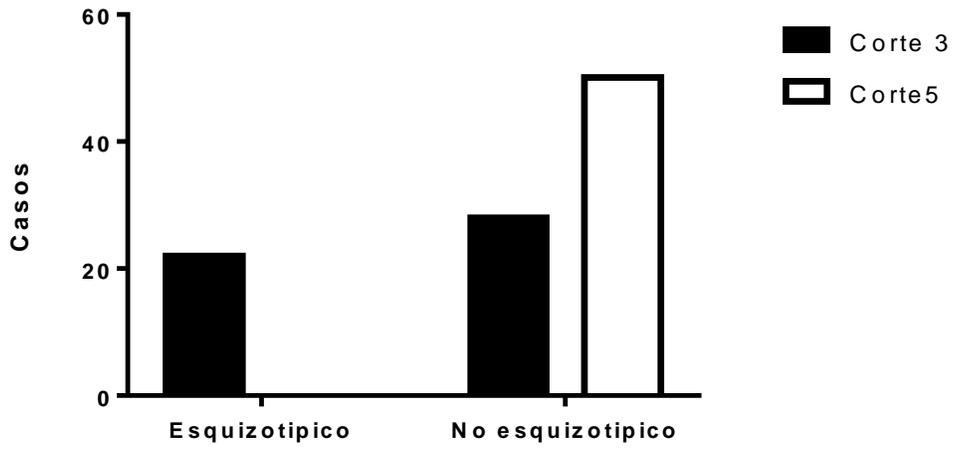
Personalidad Paranoide



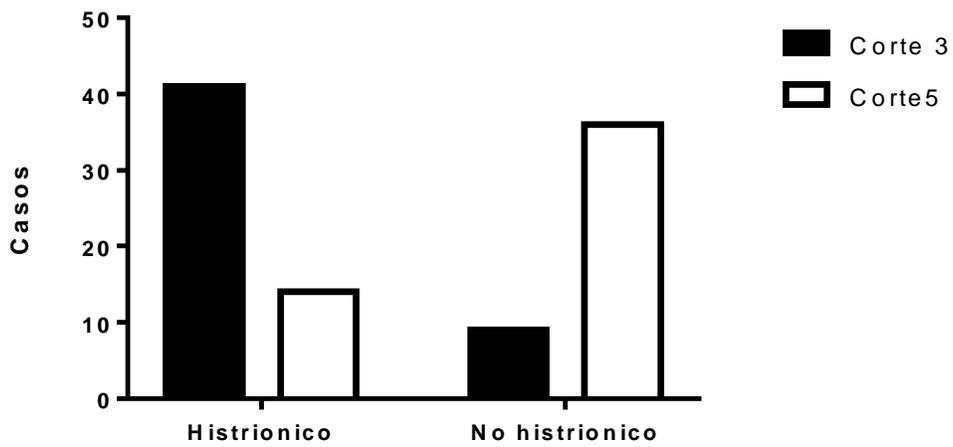
Personalidad Esquizoide



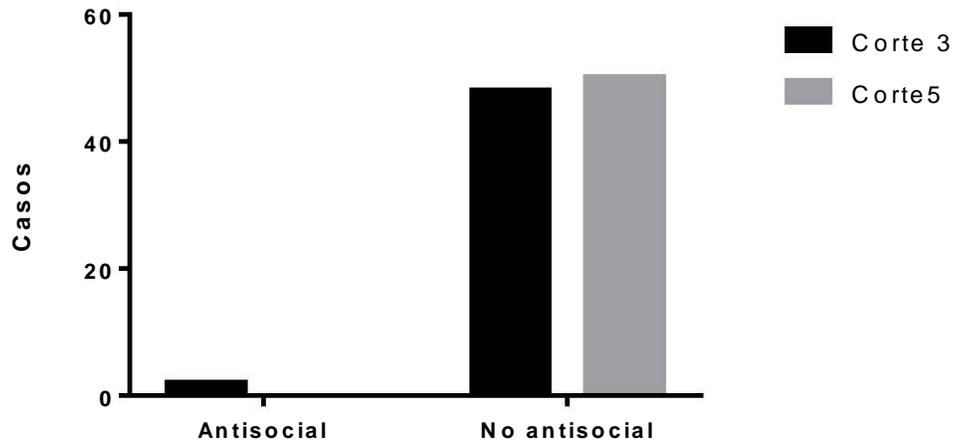
Personalidad Esquizotipica



Personalidad Histrionica



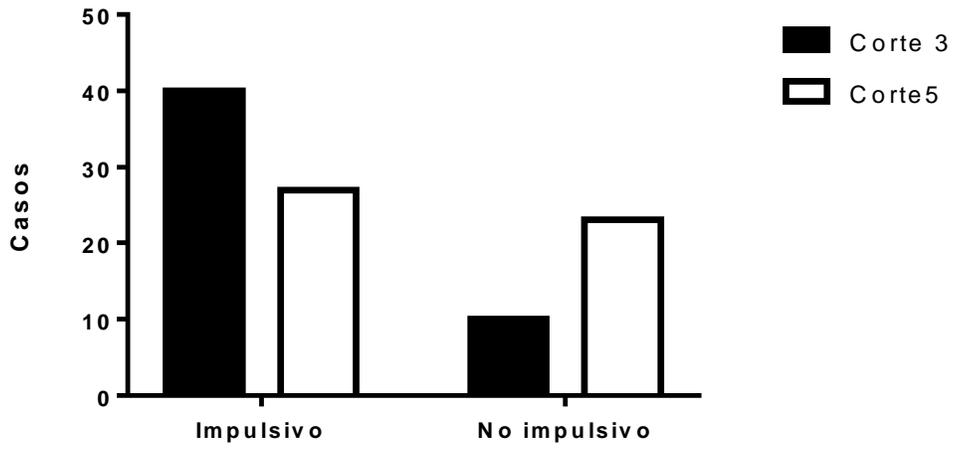
Personalidad Antisocial



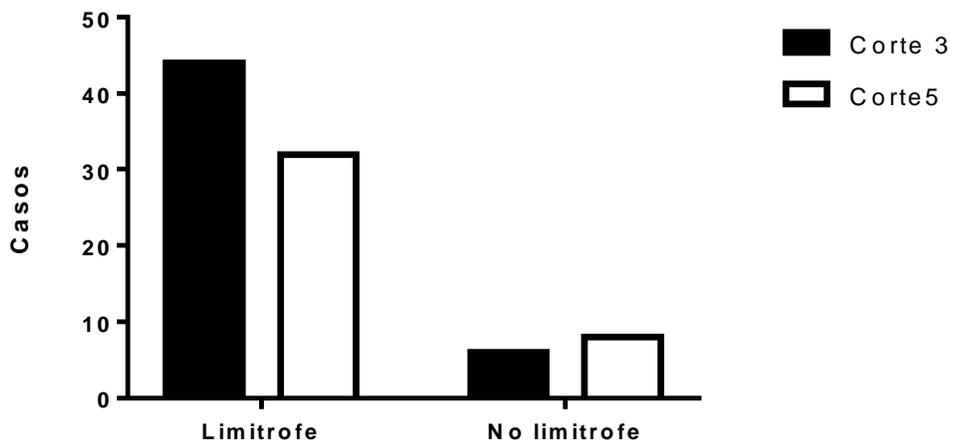
Personalidad Narcicista



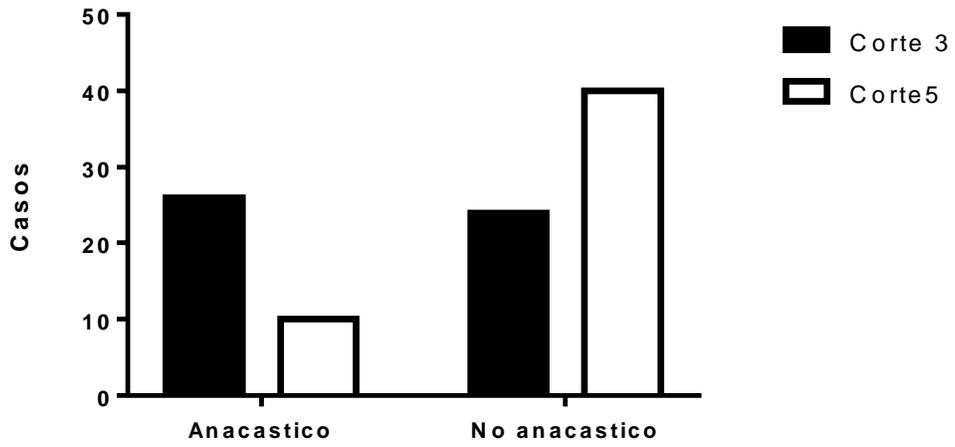
Personalidad Impulsiva



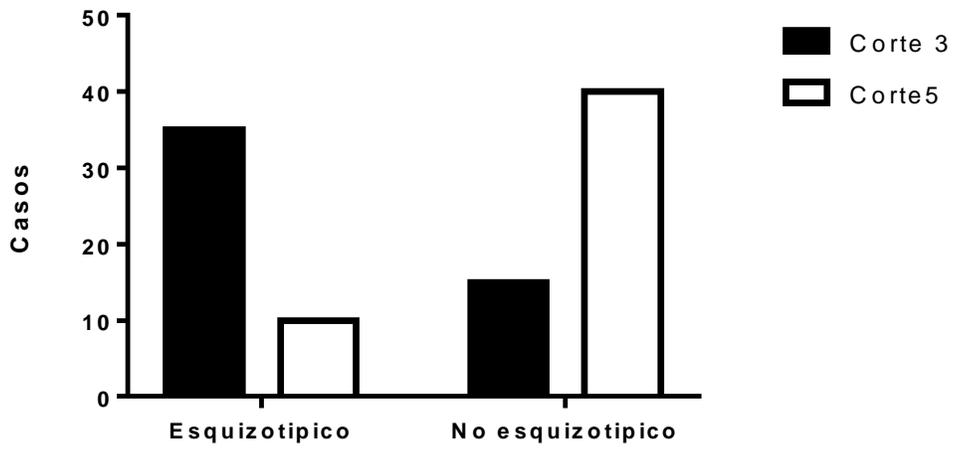
Personalidad Limitrofe

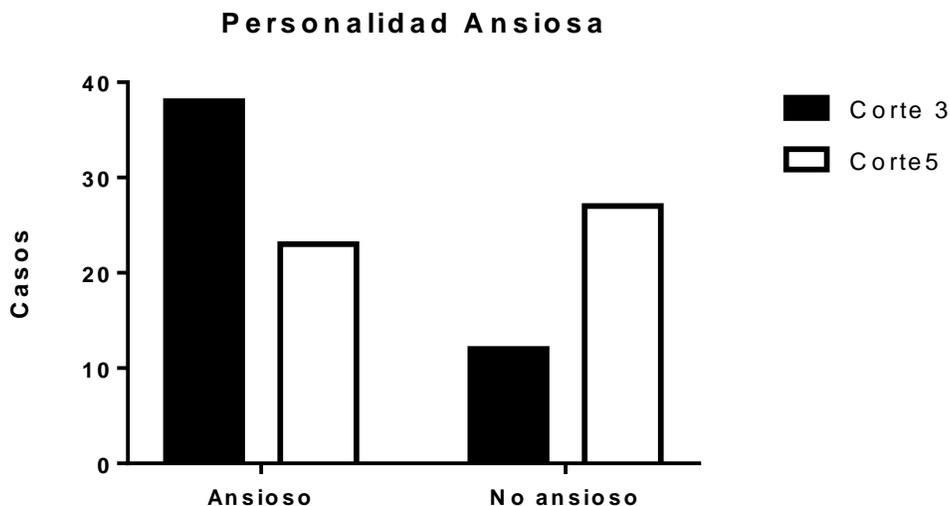


Personalidad Anacastica



Personalidad Dependiente





Tomando los resultados arriba comentados se buscó relación entre antecedentes de intentos suicidas y el número de intentos suicidas y las alteraciones de la personalidad observadas (Tabla 9 y 10).

Antecedente de intentos suicidas	Corte a 3 puntos		Corte a 5 puntos	
	Valor	p	Valor	p
Paranoide	1.048	0.306	0.424	0.515
Esquizoide	1.77	0.183	0.764	0.382
Esquizotipo	0.001	0.981	NC	NC
Histriónico	0.75	0.387	0.122	0.727
Antisocial	0.29	0.59	NC	NC
Narcisista	0.323	0.57	3.411	0.065
Impulsivo	0.883	0.347	0.69	0.406
Limítrofe	5.005	0.025	1.277	0.258
Anacastico	0.642	0.423	0.023	0.879
Dependiente	0.618	0.432	0.883	0.347
Ansioso	0.013	0.910	0.151	0.697

Tabla 9. Correlación entre los trastornos de personalidad identificados y los antecedentes de intentos suicidas mediante razón de verosimilitud. NC= No calculable

Numero de intentos suicidas	Corte a 3 puntos		Corte a 5 puntos	
	Valor	p	Valor	p
Paranoide	0.036	0.806	0.082	0.571
Esquizoide	0.18	0.212	0.145	0.314
Esquizotipo	0.133	0.356	NC	NC
Histriónico	0.18	0.212	0.169	0.239
Antisocial	0.098	0.498	NC	NC
Narcisista	0.066	0.651	0.249	0.081
Impulsivo	0.044	0.759	0.039	0.791
Limítrofe	0.022	0.88	0.037	0.798
Anacastico	0.097	0.504	0.053	0.713
Dependiente	0.203	0.157	0.204	0.154
Ansioso	0.028	0.845	0.06	0.679

Tabla 10. Correlación entre los trastornos de personalidad identificados y los antecedentes de intentos suicidas mediante correlación de Spearman. NC= No calculable

12. DISCUSIÓN

El estado de Hidalgo cuenta según el INEGI con una población de 2,862,970 de los cuales 256,584 viven en Pachuca; por lo que la tasa que se encontró de intentos suicidas es superior a la tasa de suicidios nacionales para el 2012; pero más cercana a la tasa de suicidios mundiales.⁽⁸³⁾ Sin embargo, nuestros resultados se asemejan a los reportes de intentos suicidas hechos por el Instituto Mexicano del Seguro Social.⁽⁸⁵⁾

En contraste a lo anterior la media de edad de la población estudiada fue acorde a lo que se ha reportado a nivel nacional mundial donde el rango de edad donde se dan principalmente los intentos de suicidio es entre los 15 y 34 años.^(84, 86)

Como se observa en nuestros resultados, los casos de intentos suicidas en personas solteras es considerablemente más alto que en personas que se encuentran con una pareja estable; sin embargo, algo interesante es que las personas legalmente casadas presentan en ambos géneros una mayor incidencia de intentos suicidas que aquellas que solo se encuentran en unión libre. Respecto al hecho de que las personas solteras son aquellas que representan mayor población dentro de las personas con intentos suicidas estudiadas es algo que se ha descrito en diversos estudios incluyendo metanálisis.⁽⁸⁷⁾

En nuestro estudio lo que resulto contrario a lo reportado es el hecho de que las personas viudas que tuvieron el intento suicida fueron menos que las personas solteras; lo que es contrario a lo que se ha señalado en diferentes estudios de diversas latitudes o países.^(87, 88) Lo cual llama la atención ya que estudios donde la cantidad de mujeres con intentos suicidas es más alta, el estado civil de casados también es muy alto tanto para aquellos que es su primera vez como para aquellos que llevan diversos intentos suicidas.^(89, 90)

Metanálisis recientes han señalado que las personas con menor nivel de

preparación son las personas que están más propensas a un intento suicida o suicidio.^(91, 92) Esto también lo observamos en el grupo de pacientes que han tenido intentos reiterativos de suicidio.

Mientras que se ha reportado que las creencias religiosas protegen de los intentos suicidas mas no de la ideación suicida; sin embargo, como podemos observar en nuestro estudio el profesar una religión no fue un referente para evitar los intentos suicidas ni la reincidencia en ello.⁽⁹³⁾ Sin embargo, el papel de la religión en las conductas de las personas suicidas es muy compleja, ya que se ha demostrado que su influencia depende de la importancia que tenga la religión en la vida de la persona, la frecuencia con la que asiste a los servicios religiosos y el género.⁽⁹⁴⁾

Ahora bien el antecedente de depresión o ansiedad como enfermedad de tipo mental encontrada en la población con intentos suicidas estudiada es algo esperado, ya que se ha visto que la depresión es un rasgo común encontrado en las personas con conductas suicidas o ideas suicidas; incluso muchos programas de prevención del suicidio se basan en identificar a los pacientes con depresión y brindarles tratamiento.^(95, 96)

Incluso las enfermedades que se encontraron como causa de suicidio en nuestro estudio coinciden con lo que se ha reportado como enfermedades asociadas al suicidio.^(97, 98) De igual manera se ha reportado que los factores sociales como es el conflicto familiar, estrés, dinero y pareja son factores que contribuyen al desarrollo de ideas y conductas suicidas.⁽⁹⁹⁾

Los mecanismos empleados para el intento suicida son similares a los reportados a nivel nacional por el Instituto Mexicano del Seguro Social en el 2018. Pero los motivos que llevaron a los individuos al intento suicida en nuestro estudio difieren de los que se reportaron por el IMSS.⁽⁸⁵⁾

Por otro lado como se observó en este estudio el cambio de punto de corte para el test de Salamanca para la detección de rasgos de personalidad si genera una variación significativa entre la prevalencia de dichas alteraciones exceptuando la personalidad antisocial y limítrofe. Sin embargo, esta variación derivada de los puntos de corte se ha observado en la población en general cuando es sometida a la evaluación de personalidad mediante el instrumento de Salamanca.⁽¹⁰⁰⁾

Incluso en relación a las personalidades narcisista y antisocial que fueron las de menor incidencia en nuestro estudio, esto es también observado en estudios donde se evalúa población seleccionada de manera aleatoria o sin diagnósticos de trastornos de personalidad.⁽¹⁰⁰⁾

Sin embargo, nuestros resultados si se asemejan a los que se encuentran en poblaciones con trastornos de la personalidad o estudios de suicidio en relación a la personalidad limítrofe y ansiosa.^(100, 103-105)

13. CONCLUSIÓN

La personalidad limítrofe y ansiosa, en conjunto con la depresión y el trastorno de ansiedad son los principales rasgos de personalidad asociadas al intento suicida. Además de que el género femenino sigue siendo el de mayor incidencia de intento suicida sobre el masculino.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	ABRIL 2018	MAYO 2018	JUNIO 2018	JULIO 2018	AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019	JULIO 2019	AGOSTO 2019	
PLANEACIÓN DEL TEMA DE PROTOCOLO																		
BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.																		
INTEGRACIÓN DEL PROTOCOLO																		
INGRESO A PLATAFORMA PARA REVISIÓN DE PROYECTO POR EL CLIEIS																		
REALIZACIÓN DE MODIFICACIONES Y REENVÍO AL CLIEIS																		
AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO																		
TRABAJO DE CAMPO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS																		
RECOPIACIÓN DE DATOS																		
ANÁLISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.																		
REPORTE DE IMPRESIÓN DEL TRABAJO FINAL.																		
RECOLECCIÓN DE FIRMAS																		

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Preventing suicide: A global imperative. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/: WHO; 2014.
2. Nizama Valladolid M. Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2011;15(2).
3. WHO. Preventing suicide: a resource for general physicians. In: http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf, editor. Ginebra 2000.
4. González C, Ramos L, Caballero MÁ, Wagner FA. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 2003;15(4).
5. OPS. Descriptores en Ciencias de la Salud <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>: OPS; 2018 [
6. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*. 2015;38(1):53-8.
7. Organization WH. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000–2012. Geneva, Switzerland: WHO. 2014.
8. Horwitz AG, Czyz EK, King CA. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(5):751-61.
9. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:37.
10. DGE. Boletín Epidemiológico. In: *Epidemiologica SNdV*, editor. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334789/sem22.pdf> 2018.
11. INEGI. Salud mental <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/2018>
12. Borges G, Orozco R, Medina Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *salud pública de México*. 2012;54:595-606.
13. Salud Sd. 163. Realiza INSP el estudio “Conducta suicida en adolescentes en México”. Comunicado de Prensa de la Secretaría de Salud. 2018.
14. Borges G, Rosovsky H, Gómez C, Gutiérrez R. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud pública de México*. 1996;38(3):197-206.
15. Palacios Cruz L. Adversidad psicosocial, salud mental y suicidio en adolescentes: ¿ estamos haciendo lo suficiente para atender a esta población? *Salud mental*. 2015;38(5):309-10.
16. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*. 2010;52(4):292-304.
17. INEGI. “ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO”. INEGI; 2017.
18. de la Fuente R. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. *Salud Mental*. 2002;25(6):1-9.
19. Sánchez-Cervantes FS, Serrano-González RE, Márquez-Caraveo ME. Suicidios en menores de 20 años. México 1998-2011. *Salud mental*. 2015;38(5):379-89.
20. Osnaya MC, Pérez JCR, Castillo MBG. Ideación suicida y variables

asociadas en jóvenes universitarios del estado de Hidalgo (México): comparación por género. *Psicogente*. 2012;15(28).

21. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J, et al. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord*. 2015;175:147-51.

22. Gibb SJ, Beautrais AL, Fergusson DM. Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(1-2):95-100.

23. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;168:476-83.

24. Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):427-32.

25. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978.

26. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*. 1999;318(7193):1235-9.

27. Hunt IM, Kapur N, Webb R, Robinson J, Burns J, Shaw J, et al. Suicide in recently discharged psychiatric patients: a case-control study. *Psychol Med*. 2009;39(3):443-9.

28. Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency department recognition of mental disorders and short-term outcome of deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 2013;170(12):1442-50.

29. Forteza CG, Lira LR, Echeagarray FAW. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. 2003;15(4):524-32.

30. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*. 2005;293(20):2487-95.

31. Zavala RO, Velázquez JAV, Gamiño MNB, Ito DAF, Bautista CF, López MdLG, et al. Impact of the study of marijuana and suicide in Mexico. *Salud Mental*. 2017;40(3):91-2.

32. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54.

33. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.

34. Beautrais AL. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002;14(1):35-42.

35. Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(1):1-13.

36. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819-28.

37. Dajas F. Psicobiología del suicidio y las ideas suicidas. *Rev Psiquiatr Urug*. 2016;80(2):83-110.

38. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE, et al.

Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(1):99-105.

39. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med.* 2007;37(8):1131-40.

40. Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *salud pública de méxico.* 2009;51(4):306-13.

41. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry.* 2010;167(7):801-8.

42. Morales S, Echávarri O, Barros J, Maino MdIP, Armijo I, Fischman R, et al. Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: Estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psykhé (Santiago).* 2017;26(1):1-14.

43. APA. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

44. OMS. ICD-11. In: WHO, editor. 2018.

45. Newlin E, Weinstein B. Personality disorders. *Continuum (Minneap Minn).* 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):806-17.

46. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet.* 2015;385(9969):717-26.

47. WHO. ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. In: WHO, editor. Geneva 2015.

48. Mirabzadeh A, Eftekhari MB, Falahat K, Sajjadi H, Vameghi M, Harouni GG. Positive Mental Health from the perspective of Iranian society: A qualitative study. *F1000Research.* 2018;7.

49. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T, et al. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(4):453-60.

50. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry.* 2006;188:423-31.

51. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(6):590-6.

52. Huang B, Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Saha TD, et al. Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive psychiatry.* 2006;47(4):252-7.

53. Fok ML-Y, Hayes RD, Chang C-K, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of psychosomatic research.* 2012;73(2):104-7.

54. Hiroeh U, Appleby L, Mortensen PB, Dunn G. Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet.* 2001;358(9299):2110-2.

55. Manning W, Beck JG. Personality dysfunction in adults who stutter: another look. *J Fluency Disord.* 2013;38(2):184-92.

56. Fossati A, Krueger RF, Markon KE, Borroni S, Maffei C. Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*. 2013;20(6):689-708.
57. Kealy D, Steinberg PI, Ogrodniczuk JS. " Difficult" patient? Or does he have a personality disorder? *Journal of Family Practice*. 2014;63(12):697-704.
58. Paris J. Why patients with severe personality disorders are overmedicated. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(4):e521.
59. Rodríguez Rosado A, Fontalba Navas A, Pena Andreu JM. Fundamentos teóricos a problemas clínicos en los trastornos de la personalidad y su proyección en el DSM-5/CIE-11. *Salud mental*. 2013;36(2):109-13.
60. Marín JL, Fernández Guerrero M. Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud*. 2007;18(3):259-85.
61. Samuels J. Personality disorders: epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(3):223-33.
62. Robles-García R, Vela G. Perfil de temperamento y carácter de personas con intento suicida. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(2):117-22.
63. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*. 2005;9(3):279-300.
64. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1456-62.
65. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):801-8.
66. Pérez Barrero S, Guerra R, Angel L, Pablos Anaya T, Calás López R. Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista cubana de medicina general integral*. 1997;13(1):7-11.
67. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou TA, Guelfi J, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encephale*. 2008;34(5):452-8.
68. Falcone T, Timmons-Mitchell J. *Suicide Prevention: A Practical Guide for the Practitioner*; Springer; 2018.
69. Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry*. 2005;186:314-8.
70. Oquendo MA, Kamali M, Ellis SP, Grunebaum MF, Malone KM, Brodsky BS, et al. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1746-51.
71. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(3):151-8.
72. Mann JJ, Wateraux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1999;156(2):181-9.
73. Mann JJ, Ellis SP, Wateraux CM, Liu X, Oquendo MA, Malone KM, et al.

Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: a model of clinical decision making. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(1):23-31.

74. Arro G. Peeking into Personality Test Answers: Inter- and Intraindividual Variety in Item Interpretations. *Integr Psych Behav*. 2013;47:56-76.

75. L S. Correction for faking in self-report personality tests. Correction for faking in self-report personality tests. 2015;56:582-91.

76. Amaya-Calderon A. Estudio de los resultados obtenidos en el cuestionario Salamanca en población normal. Salamanca Universidad de Salamanca; 2014.

77. Muñoz I, Domínguez E, Hernández MS, Ruiz-Piñero M, Isidro G, Mayor-Toranzo E, et al. Rasgos de personalidad en migraña crónica: estudio categorial y dimensional en una serie de 30 pacientes. *Revista de Neurología*. 2015;61(2):49-56.

78. Huarca L, Katherine B. Rasgos de personalidad y síndrome de burnout en personal de salud del servicio de ginecobstetricia del Hospital III Yanahuara. 2016.

79. Muñoz I, Toribio-Díaz E, Carod-Artal FJ, Peñas-Martínez ML, Ruiz L, Domínguez E, et al. Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Rev Neurol*. 2013;57(12):529-34.

80. Suárez-Bagnasco M, Ganum G, Cerdá M. Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Revista argentina de cardiología*. 2013;81(1):39-44.

81. Muñoz I, Toribio-Díaz E, Carod-Artal FJ, Peñas-Martínez ML, Ruiz L, Domínguez E, et al. Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Rev Neurol*. 2013;57:529-34.

82. Monje Martinez M, Lara L. ADAPTACIÓN DE CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN POBLACIÓN CHILENA 2014.

83. Borges G, Medina-Mora M, Zambrano J, Garrido G Jdlcs. Epidemiología de las Conductas Suicidas en México. 2006.

84. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México %J Papeles de población. 2011;17:69-101.

85. Platas-Vargas EC, Méndez-Durán A, Pérez-Aguilar G, López-Ocaña LRJGMdB. Registro de intentos suicidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018;115(3):105-11.

86. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México %J Salud mental. 2009;32:413-25.

87. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med*. 2018;197:116-26.

88. Bálint L, Osváth P, Rihmer Z, Döme P. Associations between marital and educational status and risk of completed suicide in Hungary. *Journal of Affective Disorders*. 2016;190:777-83.

89. Goktekin MC, Atescelik M, Gurger M, Yildiz M, Kara BJCMR, Practice. Demographical characteristics of patients attempting suicide and factors having impact on recurrent suicide attempts. 2018;8(5):165-9.

90. Fukuchi N, Kakizaki M, Sugawara Y, Tanji F, Watanabe I, Fukao A, et al.

Association of marital status with the incidence of suicide: A population-based Cohort Study in Japan (Miyagi cohort study). *Journal of Affective Disorders*. 2013;150(3):879-85.

91. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;203(6):409-16.

92. Park SK, Lee CK, Kim H. Suicide mortality and marital status for specific ages, genders, and education levels in South Korea: Using a virtually individualized dataset from national aggregate data. *Journal of Affective Disorders*. 2018;237:87-93.

93. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(1):1-21.

94. Lawrence RE, Brent D, Mann JJ, Burke AK, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al. Religion as a Risk Factor for Suicide Attempt and Suicide Ideation Among Depressed Patients. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(11):845-50.

95. Conejero I, Olie E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(5):33.

96. Dickter B, Bunge EL, Brown LM, Leykin Y, Soares EE, Van Voorhees B, et al. Impact of an online depression prevention intervention on suicide risk factors for adolescents and young adults. *Mhealth*. 2019;5:11-.

97. Pérez Barrero S, Ros Guerra LA, Pablos Anaya T, Calás López R. Factores de riesgo suicida en adultos %J *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 1997;13:7-11.

98. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y, Rossom RC, Lynch F, Lu CY, et al. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *Am J Prev Med*. 2017;53(3):308-15.

99. Joshi K, Billick SB. Biopsychosocial Causes of Suicide and Suicide Prevention Outcome Studies in Juvenile Detention Facilities: A Review. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):141-53.

100. Giner Zaragoza F, Lera Calatayud G, Vidal Sánchez ML, Puchades Muñoz MP, Rodenes Pérez A, Císcar Pons S, et al. Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria: estudio descriptivo %J *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015;35:789-99.

101. Muñoz I, Toribio-Díaz E, Carod-Artal FJ, Peñas-Martínez ML, Ruiz L, Domínguez E, et al. Rasgos de personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. 2013;57:529-34.

102. Bagnasco MS, Ganum G, Cerdá MJ *Radc*. Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. 2013;81(1):39-44.

103. Meyer NA, Helle AC, Tucker RP, Lengel GJ, DeShong HL, Wingate LR, et al. Humor styles moderate borderline personality traits and suicide ideation. *Psychiatry Research*. 2017;249:337-42.

104. Lewitzka U, Spirling S, Ritter D, Smolka M, Goodday S, Bauer M, et al. Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts: Clinical and Psychosocial Profile Differences Among Depressed Patients A Study on Personality Traits, Psychopathological Variables, and Sociodemographic Factors in 228 Patients. 2017;205(5):361-71.

105. Rodante DE, Grendas LN, Puppo S, Vidjen P, Portela A, Rojas SM, et al. Predictors of short- and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. 2019;140(2):158-68.

16. ANEXOS

<div style="text-align: center; padding: 5px;"> UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) </div>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA, DE 18 A 50 AÑOS, EN EL HGZMF 1, PACHUCA HIDALGO
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto, Hidalgo, a.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El intento suicida es uno de los principales factores de riesgo para que se llegue a consumir el suicidio, éste está relacionado con múltiples factores, uno de los principales es la presencia de un trastorno de personalidad (desorden/alteración del temperamento). Para poder identificar algún desorden del temperamento, se aplicará el cuestionario Salamanca.</p> <p>El presente estudio tiene como objetivo identificar los trastornos de personalidad en pacientes con intento suicida de 18 a 50 años de edad.</p>
Procedimientos:	<p>Para el presente estudio se le otorgará un cuestionario el cual se le denomina Salamanca, para ser respondida por usted y/o en apoyo con el investigador, el cual estará al pendiente por si al llenado del mismo le surja alguna duda o inquietud, podrá externarla con toda confianza, y él se la resolverá, aunado a dicho cuestionario, se le aplicara una encuesta, para completar los datos requeridos en la presente investigación.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>Esta Investigación se considera como de riesgo mínimo. Algunas preguntas del cuestionario le podrán generar cierta incomodidad o inquietud, si existe alguna situación que lo incomode o alguna duda, puede expresarla libremente al encuestador, quien le orientará al respecto.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Tras la evaluación del cuestionario, se identificará si existe algún trastorno de la personalidad, en caso de que exista, se le notificará y será abordado en la consulta del servicio de psiquiatría que usted tendrá agendada.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Al acudir a su cita agenda, el especialista contará con el resultado de su encuesta, el cual le explicará ampliamente si presenta o no un trastorno de la personalidad, y su seguimiento.</p>
Participación o retiro:	<p>Está en todo su derecho de decidir si participa en este estudio o podrá retirarse del mismo en el momento que lo desee sin que afecte la atención que recibe en el instituto.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Los investigadores me han dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones derivadas del presente estudio, que los datos obtenidos del mismo serán manejados en forma privada y confidencial. Los investigadores realizarán el respaldo de mis datos personales, sin que nadie pueda revisarlos y se mantendrán en total privacidad y confidencialidad.</p>
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	En caso de tener un trastorno de la personalidad, recibirá amplia explicación e información por el médico especialista.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Gabriela García Luna, Matrícula: 11381183 HGZMF No. 1 Pachuca, Tel: 7716991981
Colaboradores:	Dr. Néstor Mejía Miranda, Matrícula 99133961 HGZMF No. 1 Pachuca, Tel: 7711945683 Dra. Anahi Arenas Baez, Matrícula 98130009 HGZMF No. 1 Pachuca Tel: 2411582307
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	



NIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 1
PACHUCA, HIDALGO



CUESTIONARIO SALAMANCA
PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
ANTONIO PÉREZ URDÁNIZ, VICENTE RUBIO LARROSA, M^A ESPERANZA GÓMEZ GAZOL

Este es un cuestionario de screening para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado. Ponga una cruz en su respuesta: **V** para verdadero y **F** para falso. En el caso de contestar **V** (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: **1.** A veces, **2.** Con frecuencia y **3.** Siempre.

- | | | | | | |
|---|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 1. Pienso que más vale no confiar en los demás. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|--|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 2. Me gustaría dar a la gente su merecido. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|---|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|----------------------------------|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 4. Prefiero estar conmigo mismo. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|---|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico? | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|--|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|-----------------------------|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 7. Soy demasiado emocional. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|--|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|--|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 9. Hago cosas que están fuera de la ley. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |
-
- | | | | | | |
|---|----------|---------|----------------|---------|----------|
| 10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás. | V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | | 1 | 2 | 3 | |

11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
12. Mucha gente me envidia por mi valía.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
13. Mis emociones son como una montaña rusa.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
14. Soy impulsivo.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
15. Me pregunto con frecuencia ¿cuál es mi papel en la vida?
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido?
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
21. Soy nervioso.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |
22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.
- | | | | | |
|----------|----------|----------------|----------|----------|
| V | A veces | Con frecuencia | Siempre | F |
| | 1 | 2 | 3 | |

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR	
	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 1 PACHUCA, HIDALGO	
CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ANTONIO PÉREZ URDÁNIZ, VICENTE RUBIO LARROSA, M ^A ESPERANZA GÓMEZ GAZOL		

INTERPRETACIÓN DEL CUESTIONARIO

Sume el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
GRUPO B	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítems 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítems 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
GRUPO C	ANAN	ANANCÁSTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítems 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (21 Y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente.

Según la nomenclatura CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

REFLEJE LA PUNTUACIÓN EN EL SIGUIENTE GRÁFICO:

PUN T	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIS T	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR N° 1
PACHUCA, HIDALGO.



CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

FECHA:			
NÚMERO DE FOLIO:			
EDAD:			
SEXO:	() Hombre	()	Mujer
ESTADO CIVIL:	() Casado/a	() Soltero/a	() Unión libre
	() Divorciado/a	() Separado/a	() Viudo/a
OCUPACIÓN:	() Obrero	() Campesino	() Estudiante
	() Ama de casa	Otro:	
ESCOLARIDAD:	() Alfabeta	RELIGIÓN	() Atea
	() Primaria		() Católica
	() Secundaria		() Cristiana
	() Bachillerato		() Testigo de Jehová
	() Licenciatura		Otras:
	() Maestría		
	() Doctorado		
Otras:			
ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA PREVIA	SI ()		NO ()
	() Depresión		
	() Ansiedad		
Otro:			
INTENTO SUICIDA PREVIO	() Si Número ocasiones:		NO ()
MECANISMO DEL INTENTO SUICIDA	() Ingesta de fármacos	() Ahorcamiento	
	() Ingesta de sustancias tóxicas	() Lanzamiento al vacío	
	() Lesión con objeto punzocortante	() Proyectil con arma de fuego	
	Otros:		
MOTIVOS	() Conflicto de pareja	() Conflicto Familiar	() Escolar
	() Sexual	() Enfermedad	() Duelo
	() Embarazo	Otros:	