



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**“FRECUENCIA Y FACTORES DESENCADENANTES DE PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO SUICIDA,
INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE.”**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS**

PRESENTA:

PAMELA REBECA GUTIÉRREZ CANALES

DIRECTOR DE TESIS

DR. JESÚS ALEJANDRO IBARRA GUILLÉN.

MÉXICO, D.F.

ENERO 2011



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D. F. siendo las 10:00 horas del día 31 del mes de enero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la E. S. M. para examinar la tesis titulada:

**“FRECUENCIA Y FACTORES DESENCADENANTES DE PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE INTENTO SUICIDA, INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS
ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE”**

Presentada por la alumna:

Gutiérrez	Canales	Pamela Rebeca
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Con registro:

A	0	8	0	8	6	5
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas

Después de intercambiar opiniones, los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Esp. Jesús Alejandro Ibarra Guillén

Dr. Ejeazar Lara Padilla

M. en C. Evangelina Muñoz Soria

Dr. Alexandre Kormanovski
Kovsova

Dra. María del Rosario Arnaud Viñas

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. Ejeazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA
I. P. N.
SECCION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION

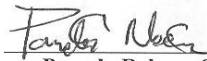


INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D. F. el día 16 del mes febrero del año 2011, la que suscribe **Pamela Rebeca Gutiérrez Canales** alumna del Programa de Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas con número de registro **A080865**, adscrito a la **Escuela Superior de Medicina**, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del **Esp. Jesús Alejandro Ibarra Guillén** cede los derechos del trabajo intitulado **“FRECUENCIA Y FACTORES DESENCADENANTES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO SUICIDA, INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE”**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección pamerebecg@hotmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



**Pamela Rebeca Gutiérrez
Canales**

Dedicatoria y Agradecimientos:

Primeramente agradecer desde lo más profundo de mi alma a Dios, quien ha guiado e iluminado mi camino para llegar hasta donde me encuentro ahora.

A mis Padres.... Papá mil gracias por todo tu apoyo y tus palabras. Mamí, la mujer más excepcional que conozco, gracias por tu confianza, por darme fuerza para seguir adelante, por tus consejos, tus desvelos, gracias a ambos por guiarme y estar a mi lado.

A mis Padrinos, gracias siempre por su apoyo, y por pensar en mí como si fuera su hija.

A todos y cada uno de mis profesores, a mi Jefe de Servicio, Dr. Cabrera, gracias por su paciencia y enseñanza, a la Dra. Maribel Sánchez, gracias por cada una de sus palabras, pero sobre todo por su amistad. Dr. Rubén Morales, mil gracias por ayudarme en la recta final de mi residencia y por impulsarme a seguir adelante, Dr. Antonio Fernández y Dr. Benjamín Luna, mil gracias por la confianza y apoyarme cuando mas lo necesitaba. A todos y cada uno de mis adscritos (Dr. Santiago, Dra. Arteaga, Dr. Bandillo, Maestro Acosta) mil gracias. A la M. en C. Dra. Evangelina Muñoz y al M. en C. Dr. Vicente Rosas, por su dedicación para la revisión de esta tesis, gracias.

Muy en especial mi agradecimiento al **Dr. Alejandro Ibarra**, adscrito, coordinador, asesor de esta tesis, quien dedico su valioso tiempo a la realización de la misma, quien me apoyo, me oriento, quien estuvo presente en cada parte importante de mi formación como Médico Especialista en Urgencias, quien me escucho, me aconsejo, quien confió plenamente en mí y quien más aun se convirtió en un excelente amigo, amistad que fue una de las cosas más valiosas y entrañables que me dejó la residencia.

Finalmente, agradecerle al Dr. González (Cardiologo-Ecocardiógrafista) quien compartió su vida y su tiempo conmigo, quien muchas veces se desvelo a mi lado, quien me enseñó que día a día hay que amar... amar esta hermosa profesión, y entregarnos por completo a ello, esforzarnos y luchar por nuestros sueños, amarnos a nosotros mismos, gracias por cada enseñanza de vida que queda prendida de mi alma, gracias por enseñarme a compaginar el amor y la profesión...

ÍNDICE.

<i>CAPÍTULO.</i>	<i>PÁGINA.</i>
Título.....	1
Acta de Revisión de Tesis.....	2
Carta de Cesión de Derechos.....	3
Dedicatoria y Agradecimientos.....	4
Glosario.....	6
Abreviaturas.....	7
Resumen.....	8
Summary.....	10
Introducción.....	11
Antecedentes.....	13
Marco Teórico.....	16
Problema.....	23
Justificación.....	24
Objetivos.....	25
Material y Métodos.....	26
Resultados.....	28
Discusión.....	36
Conclusiones y Recomendaciones.....	40
Bibliografía.....	42
Anexos.....	45

GLOSARIO.

- ✚ *Acto suicida*: hecho por el cual un sujeto se causa lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- ✚ *Dosis letal*: dosis máxima de un producto o químico que puede ocasionar la muerte.
- ✚ *Intento de suicidio*: Acto cuyo resultado no fue la muerte.
- ✚ *Paraquat*: es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, hidrosoluble.
- ✚ *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida.
- ✚ *Tóxico*: Sustancia que en cantidades mayores a las referidas, puede causar alteraciones clínicas y bioquímicas.

ABREVIATURAS.

✚ ADT: Antidepresivos Triciclicos.

✚ AINE: Antinflamatorio no esteroideo.

✚ BZD: Benzodiazepinas.

✚ DM: Diabetes Mellitus.

✚ HAS: Hipertensión Arterial Sistémica.

✚ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

✚ ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado.

✚ IRC: Insuficiencia Renal Crónica.

✚ OMS: Organización Mundial de la Salud.

✚ OPS: Organización Panamericana de la Salud.

**“FRECUENCIA Y FACTORES DESENCADENANTES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
INTENTO SUICIDA, INGRESADOS AL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS
DEL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE.”**

RESUMEN.

El presente estudio fue realizado en el Hospital Regional 1° de Octubre, en el Servicio de Urgencias Adultos, en periodo comprendido de Enero 2009 a Diciembre 2009.

El objetivo principal fue identificar la frecuencia de pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida, y de forma secundaria los factores que los llevaron a ello, así como el método empleado para este fin.

La importancia del estudio radica en que nuestro Hospital recibe una cantidad considerable de pacientes psiquiátricos, y el primer contacto médico es con Urgencias, por ende el tener una casuística donde se estipule la incidencia y los principales factores asociados ayudara a este problema de salud pública, disminuir la mortalidad y por tal motivo saber que sociodemografía tenemos en relación al intento suicida, así como la forma más frecuente para realizar dicha acción y tener un punto de partida para posteriores líneas de investigación sobre un tema tan poco explorado y con una gran trascendencia.

Se trata de estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, en el cual el universo de la muestra lo constituye el 100% de los pacientes ingresados por intento suicida durante el periodo ya estipulado, recabándose 79 pacientes, basándonos en el expediente clínico de los pacientes ingresados en la unidad hospitalaria con diagnóstico de intento suicida, cumpliendo criterios de 18 a 65 años, indistintamente del genero y que cuenten con un expediente clínico completo, eliminándose del estudio aquellos que tuvieran discordancia entre los datos de la ficha de identificación del paciente y lo referida en notas de urgencias y psiquiatría. Las variables analizadas se dividieron en tres grandes grupos que comprenden características sociodemográficas, factores biopsicosociales y el método empleado para el fin suicida.

Se creó una cédula de recolección de datos, recopilando la información del expediente clínico, y el procesamiento de la información se realizó a través del programa de SPSS, obteniéndose gráficas y tablas para explicar con exactitud los resultados encontrados. Analizando los datos se obtuvo que el grupo de edad más afectada por intento suicida son los que se encuentran en edad reproductiva y productiva, predominio de mujeres, con escolaridad preparatoria, solteros, con hijos, siendo más frecuente en el fin de semana, en los meses de abril y diciembre, a media tarde y en casa. Secundario a conflictos familiares. Comúnmente con sobredosis de benzodiazepinas.

Concluimos que estamos ante un gran problema de Salud Pública cuyo auge se ha ido incrementando, por ende se deberán de emplear medidas de acción para disminuir el intento de suicidio en nuestra población y por tanto la mortalidad.

SUMMARY.

This study was conducted at the Regional Hospital 1° October, in the Adult Emergency Department in period January 2009 to December 2009.

The main objective was to identify the frequency of patients admitted with diagnostic of attempted suicide, and secondarily the factors that led to it, as well as the method every employee for this purpose. The importance of the study is that our hospital receives a considerable amount of psychiatric patients and the first medic contact is with ER doctor, thus having a statistic where required by the incidence and the main factors associated help this health problem, reduce mortality and is therefore aware that demographic to have in relationship with the suicide attempt, as such as more common for such action have a starting point for further lines of Investigations in a topic little explored and great significance.

It is descriptive, retrospective and cross-sectional, in which the universe is shown as 100% of patients admitted for attempted suicide during the period as stipulated, we collect 79 patients, and we revised the clinic expedient of patients admitted to the hospital unit with diagnostic of attempting suicide, following criteria of 18 to 65 year, regardless of genre and have a record clinic completely unique, deleted who study were discrepancies between the data in the form of identification, no patient referred to in notes and emergency and psychiatry. The variables analyzed were divided into three main groups comprising character sociodemographic, biopsicosociales factors and method employee for the purpose of suicide.

We created a data base collecting the information, and processing the information, it is done through SPSS program, and we obtained graphics and tables to explain exactly the results. Analyzing the data obtained that age group more affected by suicide attempts are found in reproductive and productive age, predominance of women with high school education, unmarried, with children, being more frequent in the weekend, in April-December, mid-afternoon and at home. Secondary to family conflicts. And the method was with overdose of benzodiazepines. We conclude that this is a major health problem public whose boom has been increasing, therefore should action measures to use to reduce suicide attempts in our population and thus mortality.

INTRODUCCIÓN.

La conducta suicida en las últimas décadas ha demostrado tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, a pesar de grandes dificultades para el registro fiable de los suicidios en casi todos los países, debido a prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. (1)

En los últimos 45 años las tasas por suicidio han aumentado en 60 % a nivel mundial, en el año 2000 la tasa de mortalidad global por suicidio fue de 14.5 por 100.000 habitantes. Siendo los jóvenes y los adolescentes los más afectados, la relación entre suicidios frustrados y consumados se ha estimado en 40:1 en la mayoría de los países industrializados, mientras en los mayores de 55 años es de 2:1.(2) (3)

Además, el suicidio consumado es mucho más común en los jóvenes varones que en las mujeres, aunque éstas, en cambio, cometen intentos de suicidio con mucha más frecuencia. A medida que avanza la edad es menor la proporción intento de suicidio/suicidio, y aumenta la letalidad del intento.

En estudios de seguimiento de pacientes después del intento, se ha visto que de 15 al 10% se suicidan, y que del 10% al 60% de los pacientes que se suicidaron tenían intentos previos. (4)

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos y negligentes, conflictos y discusiones con los miembros de la familia y con su pareja, estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar, algunas enfermedades terminales como cáncer o infectocontagiosas como VIH/ SIDA entre otras enfermedades terminales. (5)

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la principal causa de suicidio entre personas de los 15 a los 19 años de edad. (Prevención del suicidio, OMS 2001). (5) Los métodos más utilizados fueron fármacos, dentro de ellos el uso de benzodiazepinas, y dentro de los casos más extremos intento por monóxido de carbono. Por el contrario, lo que la mayoría de la bibliografía refiere, en este grupo poblacional no se asocia a la ingesta de bebidas etílicas.

Con el presente estudio se pretende identificar el perfil epidemiológico de este fenómeno en uno de los Hospitales que se ubica como medio de referencia al Hospital Fray Bernardino (especializado en Psiquiatría). Con el fin de aportar a la implementación de acciones preventivas ya que como es bien sabido, nos enfrentamos a un problema de Salud Pública, afectando grupos en edad reproductiva y productiva.

ANTECEDENTES.

En un estudio realizado en Hospital Antonio Lenin Fonseca, en Nicaragua, entre el 2001 y 2004 cuyo objetivo era identificar las principales diferencias de género relacionadas en la conducta suicida reveló que la población de riesgo son los adolescentes y los jóvenes, estudiantes, solteros con antecedentes de conflictos familiares, con predominio del sexo femenino en una proporción de 1.6 mujeres por 1 hombre, las mujeres utilizaron frecuentemente el envenenamiento y sobredosis de medicamentos y los hombres utilizaron medios más efectivos, el tratamiento principal de los pacientes fue la hospitalización y cuidados de las lesiones existiendo poco seguimiento de estos pacientes a su alta.(6)

En otro estudio realizado con 288 pacientes con tentativas de suicidio con tóxicos entre las edades de 20 a los 30 años, en el Servicio de Toxicología, en Hospital Municipal de Nicaragua entre 2002 y 2005 encontrándose que el 85 % eran mujeres y el método más utilizado en un 78.5% medicamentos de lo cual un 58.4% son psicofármacos, 31.5% mezcla de medicamentos. El 15.6% que no medicamentos el 77.8% son plaguicidas. (7)

En un estudio descriptivo de corte transversal, en el área de salud urbana del Policlínico "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana con el propósito de identificar el comportamiento epidemiológico y de los factores Psicosociales asociados al intento suicida (IS) en el último trienio (2004-2007). En 41 personas con intentos suicidas, las principales conclusiones fueron: la tasa de prevalencia en el área de salud estudiada se mantiene estable, observándose un incremento importante en el grupo de edades de 15 a 19 años, las características epidemiológicas que predominaron en los pacientes estudiados fueron sexo femenino, raza blanca, estado civil soltero, nivel de escolaridad secundaria y como ocupación la de técnicos y obreros. Comprobamos que la depresión mayor, los sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado fueron los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida, y que las razones principales por las cuales intentaron suicidarse fueron: los sentimientos de soledad y minusvalía, la descompensación situacional y los conflictos amorosos. La mayoría de ellos no recibió atención

de salud especializada después del IS y de los que la recibieron la mayoría la percibió como de regular calidad. (8)

Por su parte, Terroba y colaboradores indicaron una prevalencia de 2 % de intento de suicidio en una población integrada por pacientes de consulta externa y del servicio de urgencias (n = 1094) de un hospital general. (9) Borjes y Morán señalaron que en el grupo de 20 a 24 años se dio la tasa más alta de intentos suicidas. El medio que más utilizaron tanto los hombres como las mujeres fue alguna sustancia tóxica. Las causas por las cuales los sujetos de uno u otro sexo decidieron suicidarse fueron las amorosas (21.4 %); en las mujeres siguieron las económicas y luego las familiares, y en los hombres, las enfermedades mentales y las incurables. (10).

Dentro del comportamiento suicida, se pueden presentar diversas formas de manifestación, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Algunos consideran que el suicidio consumado no aparece antes de los 12 años por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas.(10)

La OMS clasifica las tasas de suicidios de una comunidad en bajas, medianas, altas y muy altas en función del número de suicidios por 100.000 habitantes por año, de modo que cifras menores de 5 por 100.000 habitantes se consideran como bajas tasa entre 5 y 15 como medianas, y entre 15 y 30 como altas y por encima de 30 muy altas. (11)

Diversos datos de muestran que la las personas solteras tienen tasas de suicidio 2 veces superiores a los casados y en el caso de viudos y divorciados las tasas son de 3 y 5 veces superiores. Una excepción ocurre en los grupos más jóvenes (15-19 años) ya que la tasa de suicidio es de 1.5 y 1.7 veces superior en hombres y mujeres casadas respectivamente. (12)

Estudios epidemiológicos realizados en adultos encuentran que entre el 90-100% de las personas suicidas presenta un trastorno mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia

que al asociarse a sucesos adversos tales como pobreza, desempleo, pérdida de personas queridas, discusiones con la familia o los amigos y problemas legales aumentan el riesgo de atentar contra si mismas. (13) Según la OPS la depresión constituye el 65 % de los intentos suicidas (13) y del 30 al 90 % de suicidio.(13) En Estados unidos la relación suicidio-alcohol varía desde 28 a 53 % y frecuentemente se asocia al uso de armas de fuego, sin embargo, en otros países como Australia se asocia tanto al uso de armas de fuego como a otras sustancias. El alcohol esta involucrado en el 15 a 64 % de los intentos suicidas. (14)

En lo que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método mas utilizado. (15) Entre estos medicamentos se encuentran las Benzodiazepinas que están indicadas en el tratamiento de la ansiedad, depresión, terrores, insomnio, alteraciones músculo esquelético, convulsiones, síndrome de abstinencia por alcohol y como tratamiento coadyuvante en la anestesia. Debido a su amplia disponibilidad, es la intoxicación medicamentosa más frecuente.

En un estudio multicentrico, realizado en el IMSS con 317 intoxicados agudos con carácter grave solo fallecieron 5 pacientes por intoxicación medicamentosa estando las Benzodiazepinas implicadas en 4 de ellos (en tres asociada con otros fármacos y solo en un caso como único responsable).(16).

MARCO TEÓRICO.

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, (17) y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros. (10) (17)

El informe Mundial de la Violencia y Salud del 2002 de la OMS define que el comportamiento suicida va desde el pensamiento de quitarse la vida al planteamiento de matarse y la consumación del acto, muchas personas que tienen pensamientos suicidas no atentan nunca contra sí mismas e incluso las que intentan suicidarse puede que no tengan la intención de morir. (13)

Durkein, citado en el documento de Salud Mental en el mundo define el suicidio como toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse ese resultado. Otros autores como *Hendin* en 1965 y *Menninger* en 1972 cuestionaron la definición de *Durkein* ya que los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de la conducta suicida no siempre era la de matarse y a veces ni siquiera hacerse daño. (13) (18).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio es el producto de dos factores:

- ✚ Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida.
- ✚ Las circunstancias externas que le llevan a actuar en un momento y lugar determinado.

El suicidio está considerado como un acto biológico, psicológico y social. En cuanto a lo biológico, la deficiencia de la serotonina (un neurotransmisor) se encuentra presente en la conducta

impulsiva, (tal como sucede en pacientes con trastorno depresivo). Se invoca además factores genéticos presentes en estos actos, como el que suele presentarse en determinadas familias. Con relación a lo psicológico, la depresión, la desesperanza y la impotencia se consideran las causas más comunes. También lo es la pérdida de un ser querido, o una situación que no se tolera, el chantaje o escapar ante un peligro real o irreal. (19)

Con el objetivo de unificar la terminología la OMS en 1989 (con modificaciones en el 2002) (13), propuso las siguientes definiciones:

- ✚ *Acto suicida*: hecho por el cual un sujeto se causa lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- ✚ *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida.
- ✚ *Intento de suicidio*: Acto cuyo resultado no fue la muerte.

La esperanza de vida es muy utilizada para medir el estado de salud de la población y se define como el promedio de años que cabe esperar viva una persona de una determinada edad si se mantienen las tasas de mortalidad actuales. Los años de vida perdidos es otra medida del estado de salud de la población la cual se define como los años de vida que se pierden a causa de muerte prematura (antes de la edad arbitrariamente establecida). (20)

a. Factores Sociodemográficos:

Edad. Afortunadamente el suicidio en la infancia constituye un hecho aislado siendo raros los casos de suicidio en menores de 12 años. A partir de la adolescencia e inicio de la edad adulta las tasas de suicidio divergen en los diferentes países. Las personas ancianas constituyen el principal grupo de edad con las tasas más elevadas de suicidio consumado. (21)

Sexo: La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay incremento paulatino entre las mujeres. Las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres (3:1), los hombres logran sus objetivo con mayor frecuencia que las mujeres (3:1).

Por lo cual a las mujeres jóvenes por lo general se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo. (19) (22)

Distribución Geográfica: La incidencia de las conductas suicidas varia no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país. En general se puede decir que las tasas de suicidio y de las tentativas son mas altas en las áreas urbanas siendo más elevadas cuando mayor es el numero de habitantes de la ciudad. (23)

Estado Civil: El suicidio es un hecho mas frecuente en personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer. (23)

Desempleo: Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante. Estudios en los países Nórdicos ponen de manifiesto que aproximadamente la mitad de las personas que cometen tentativas suicidas carecían de empleo. (23) (24).

Época del año, día y hora: la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son mas bajas en los meses de invierno, incrementándose durante los últimos meses del año, algunos autores señalan que el mes de enero como un mes de alta incidencia de suicidios. Los días intermedios de la semana parecen ser los mas señalados para llevar a cabo las conductas suicidas, estando la mayoría de los estudios de acuerdo que la tarde y la noche serian los momentos de mayor riesgo a lo largo del día. (12) (15) (25)

Factores familiares: casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio, realiza también una tentativa suicida. En la hipótesis las explicaciones propuestas pueden agruparse en dos categorías fundamentales: el fenómeno psicológico de la identificación con el familiar suicida y los factores genéticos en la transmisión de la conducta suicida. (26)

b. Factores Psicológicos y Psicopatológicos:

Para el psicoanálisis, el suicidio representa una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado introyectado. Algunos estudios encuentran que aquellos individuos que presenta características suicidas tienden al aislamiento social, experimentan dificultades interpersonales en mayor grado, su amor propio es escaso y menos confiados que los no suicidas.

En relación al conflicto familiar en Europa se correlaciono altas tasas de suicidio con la caída en las tasas de matrimonio y aumento en el número de parejas divorciadas, además se demostró que personas con desordenes mentales y conflictos familiares aumentaban el riesgo de suicidio en 9 veces. (23) La enfermedad física, sobre todo si es incapacitante, dolorosa, crónica o incurable, está presente en el 20 al 70 % de los suicidios a nivel mundial. (21)

c. Métodos suicidas:

En la elección del método suicida intervienen una gran variedad de factores como la disponibilidad y la accesibilidad de los mismos, la aceptación sociocultural, la capacidad letal, etc. Esta serie de hechos tienen como consecuencia que se observen grandes variaciones en lo que respecta al método utilizado en función de variables como el sexo, edad, medio rural o urbano, y la latitud geográfica estudiada. Los varones prefieren métodos suicidas más violentos, las mujeres en comparación suelen utilizar métodos más pasivos y menos violentos. (27)

Otro hecho digno de mención es que los métodos suicidas varían con el paso del tiempo, muchas veces en función de la disponibilidad de los mismos. Generalmente, se produce por la ingestión del fármaco con fines auto lítico, con frecuencia acompañado por alcohol etílico y otras sustancias; es un fármaco que suele acompañar a la sobre dosis de drogas de abuso y es utilizado por los drogadictos para disminuir los síntomas de los síndromes de abstinencia. (28)

La mortalidad en los casos de intoxicación sola por Benzodíacepinas es rara (DL 50 1.6 gr. /Kg.) pero con frecuencia estas se ingieren con otras drogas y/o alcohol (en mas de 75 % de los casos) potenciándose sus efectos. (6)(18) (29)

Evaluación del riesgo de suicidio en servicios de urgencias: La evaluación del riesgo de suicidio en urgencias es una de las tareas más importantes y de mayor responsabilidad dentro de la práctica psiquiátrica. Es fundamental tener en cuenta una serie de factores y poseer buena técnica de entrevista con el fin de obtener información completa. (21)

La Carbamazepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por si misma no es grave y salvo complicaciones sobreañadidas, los pacientes se recuperan a las 48 horas aun después de la ingesta de dosis masivas. En los casos descritos de evolución fatal, aparecen complicaciones respiratorias, siendo la más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda por aspiración de contenido gástrico. Con respecto a los efectos tóxicos relacionados con la dosis en las intoxicaciones agudas, se ven descrito casos que han sobrevivido después de la ingestión de 80 gr. La mayoría de los casos no fatales descritos han sido después de la ingestión de 60 gr. de forma aguda o bien después de la ingestión de 60 gr. en un paciente con un tratamiento crónico. (30)

El paracetamol o Acetaminofen posee efecto antipirético y analgésico, la dosis requerida para producir toxicidad es desconocida, ya que varia en función de la actividad del citocromo P-450(variable entre personas), cantidad de glutatión y su capacidad de regeneración. Sin embargo, en varios estudios retrospectivos se sugiere que puede existir toxicidad con una dosis única superior a 250 mg/Kg. De peso, pero se prefiere aceptar una dosis menor para definir el riesgo de toxicidad, quedando esta en una sola dosis de 7.5 gr. o más en adultos o 140-150 mg/Kg. de peso en niños. (22)

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo él mas frecuente con enorme diferencia sobre el resto la ingestión intencionada aguda en grandes dosis con fines suicidas. También se ha descrito la ingestión accidental y la co-ingestión de grandes dosis, no intencionadas, con fármacos opiáceos como el propoxifeno o la codeína. Otras formas de sobre dosificación son el cálculo erróneo de las dosis, excesiva automedicación por parte del enfermo,

el uso de formulas de adulto para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o incluso la adulteración del producto. (25)

Los valores culturales y las políticas sociales influyen también en las preferencias por los métodos de suicidio. En las diferentes sociedades agrarias, los plaguicidas se pueden conseguir fácilmente y constituyen el método más popular de suicidio. Uno de los plaguicidas más peligrosos de y más utilizado en nuestro medio es el fosforo de aluminio el cual esta destinado a ser utilizado en la agricultura para conservar cosechas; se presenta en tabletas de 0.6 hasta 3 gr., es un producto muy toxico y la dosis letal media para seres humanos es de 20 mg/Kg. de peso. (26)

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, es hidrosoluble. La dosis letal para el ser humano se ha calculado en 30 mg/Kg. de peso la incidencia es de 4/100.000 y la letalidad de 16 %.La forma principal de intoxicación es intencional. Los órganos fosforados se utilizan como insecticidas, nematicidas, herbicidas, fungicidas y en la industria es liposoluble y al presentación varia de 20 al 70 % de principio activo. La dosis letal varía de acuerdo al tipo de producto, pero en general son de alta toxicidad (DL 50 0-50 mg/Kg.) y moderada toxicidad (DL 50 50-500 mg/Kg.). (26)

d. Intervenciones terapéuticas:

Identificación precoz de los pacientes de riesgo, plan integral de atención al sujeto con riesgo suicida:

- ✚ Diagnostico de la situación al sujeto con riesgo suicida, del paciente y su entorno.
- ✚ Contención del riesgo suicida inmediato.
- ✚ Plan de asistencia a medio y largo plazo.

Terapia Psicoterapéutica y tratamiento psicofármaco lógico la estrecha relación terapeuta-paciente nos permite el enfoque de la situación aguda y las psicoterapias más utilizadas son de inspiración dinámica y orientación cognitiva.

Principios generales del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo: La prevalencia de estos alcanza un 20 % en los niveles de atención primaria y medicina general, algunas claves en el cuadro clínico deben levantar sospechas como existencia de tratamientos previos por episodios depresivos antecedentes de intentos suicidas, historia familiar por estas causas, existencia de alcoholismo y abuso de drogas. (20)

Si el médico estima que el riesgo de suicidio es alto el paciente requiere consulta psiquiátrica con hospitalización y en algunos casos los familiares y amigos pueden encargarse de vigilar al paciente.

e. Señales de peligro:

- ✚ Cambios inexplicables en los hábitos de comer, vestir y dormir.
- ✚ Retraimiento o evasión de amistades, familiares o de actividades cotidianas.
- ✚ Conducta violenta y/o comportamiento rebelde.
- ✚ Uso inmoderado del alcohol u otras drogas.
- ✚ Abandono inusual del cuidado y la apariencia personal.
- ✚ Cambios notorios y extraños de la personalidad.
- ✚ Aburrimiento persistente, dificultades para concentrarse o deterioro inusual en la calidad de trabajo.
- ✚ Pérdida del interés en distracciones y en las relaciones sociales, en especial las afectivas.
- ✚ Presentación de múltiples quejas somáticas como cefaleas, dolor abdominal y fatiga crónica asociado a estados emocionales.
- ✚ Hablar frecuentemente "del Fin", "de que sería mejor no estar aquí", "pronto terminara todo" o frases que indican alguna forma de despedida.(20) (28) (30)

PROBLEMA.

Se han realizado múltiples estudios en los cuales el intento suicida ha ido en ascenso de forma progresiva, de ahí la importancia de contar con un estudio, en nuestro medio hospitalario que demuestre a que nos enfrentamos con este tipo de pacientes.

El 65.6% utiliza cantidades abundantes de sustancias tóxicas y como en su mayoría (75%) concurren o son llevados tardíamente a la consulta (después de 1 hora) los cuadros clínicos son más complejos que en intoxicaciones accidentales: el 75% de los pacientes cursan con síntomas predominantemente neurológicos, de los cuales un 1.05% son graves y un 1.05% letales. (15).

La información sobre la prevalencia de dicho evento en México es parcial: el INEGI y la Dirección General de Estadística de la Sección de Salud revelan que de 1970 a 1991 el número de suicidios en ambos sexos se incrementó 282 %. Durante el mismo periodo la tasa de suicidios pasó de 1.13 por cien mil habitantes a 2.55 en 1991, lo cual indica un aumento de 125 %, pasando de 0.11 a 0.52 % en términos de mortalidad proporcional.(6) Estadísticamente en el periodo comprendido del 2005 al 2009, nuevamente observamos un incremento en la proporción de intento suicidas de 4.25 por cien mil habitantes (7).

En las últimas décadas se ha detectado un alarmante incremento de las conductas suicidas en jóvenes convirtiéndose en la segunda o tercera causa de muerte en adolescentes de la sociedad. (27) Los rasgos de personalidad más frecuentes de los adolescentes suicidas son: impulsividad, rabia y baja tolerancia a las frustraciones. A medida que avanza la edad hay mayor riesgo de suicidio ya que las personas ancianas tienen un propósito mas firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión, etc. El suicidio es un severo problema social de orden mundial, la complejidad en cuanto a su multifactorialidad causal inciden negativamente en su prevención, abordaje y registro adecuado para programar y medir el impacto de las acciones.

JUSTIFICACIÓN.

Actualmente en México el suicidio representa un problema de salud pública, realmente la mayoría de los estudios que versan acerca de esto es en pacientes adolescentes, pero la población de nuestro hospital son adultos con edades oscilantes de 25 a 45 años, los que mayor incidencia han tenido, aunque también hay un discreto aumento en el porcentaje de intento suicida en la población geriátrica.

Este tipo de problemática frustra vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial además la afectación emocional, social y económica a los familiares, amigos y comunidad.

En la década de los noventa, se observa un aumento progresivo en la incidencia de intento suicida pasando de 1.13 por cada 100 mil habitantes a 2.55, dicho aumento se observo en menos de 5 años, por ende, en la actualidad el incremento ha sido significativo. (7).

Nuestro hospital, debido a su ubicación, recibe una cantidad considerable de estos pacientes, lo cual aunándose a la relación de la estadística a nivel Nacional, la cual versa un incremento de la incidencia de estos pacientes, por lo cual esta investigación se propone estudiar la frecuencia, ya que en nuestro hospital carecemos de la casuística de la misma, así como los factores desencadenantes de los intentos suicidas, y el medio por el cual intenta cometer dicha acción, y de esa manera contribuir a una visión más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes oportunos en los diferentes niveles de abordaje a esta problemática.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- ✚ Establecer cuántos casos de intento suicida se registraron en el periodo de Enero a Diciembre 2009 en el servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional 1° de Octubre.

Objetivos específicos:

- ✚ Identificar los factores sociales, psicológicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.
- ✚ Describir las circunstancias asociadas (el entorno del paciente) y el método utilizado en los pacientes atendidos.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio transversal de período retrospectivo y descriptivo en pacientes que ingresaron con diagnóstico de intento suicida al Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE, en un periodo comprendido del Enero a Diciembre 2009.

La muestra fue conformada por el 100 % de los expedientes de aquellos pacientes ingresados en el Hospital Regional 1° de Octubre por intento de suicidio en el periodo de enero a diciembre 2009. Los expedientes estudiados fueron 79.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- + Edad: 18 a 65 años.
- + Ambos sexos.
- + Con impresión diagnóstica de ingreso: Intento suicida.
- + Expediente clínico completo, el cual debe de incluir.
 - ✓ Nota de valoración de psiquiatría.
 - ✓ Nota de ingreso a urgencias.
 - ✓ Características sociodemográficas:
 - + Edad
 - + Sexo
 - + Escolaridad
 - + Estado civil
 - + Ocupación
 - + Existencia de hijos
 - + Fecha del intento (Mes).
 - + Hora del intento (matutino, vespertino o nocturno).
 - + Lugar donde ocurrió el intento
 - + Número de intento suicida

✓ Factores asociados que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes atendidos:

✚ Factores sociales: Conflictos de familia, autoestima, drogadicción.

✚ Factores biopsicológicos: Enfermedades crónicas degenerativas, depresión, ansiedad, duelo, antecedente de intento suicida.

✚ Factores económicos: Desempleo, bajo salario.

De estos intencionalmente se interrogó por la causa principal.

✓ Método utilizado en los pacientes atendidos.

Se excluyeron aquellos expedientes que no contaran con las variables antes mencionadas. Para recabar la información necesaria para alcanzar los objetivos propuestos se creó una base de datos que contenía todas las variables a analizar. (Anexo I).

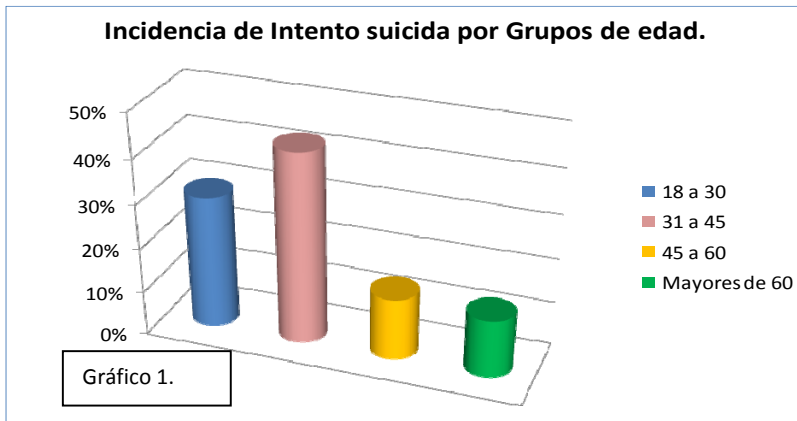
El procesamiento de la información se realizó a través del programa de SPSS, obteniendo medidas de tendencia central y Odds Ratio; posteriormente se esquematizó la información por medio de gráficas y tablas para explicar con exactitud los resultados encontrados.

RESULTADOS.

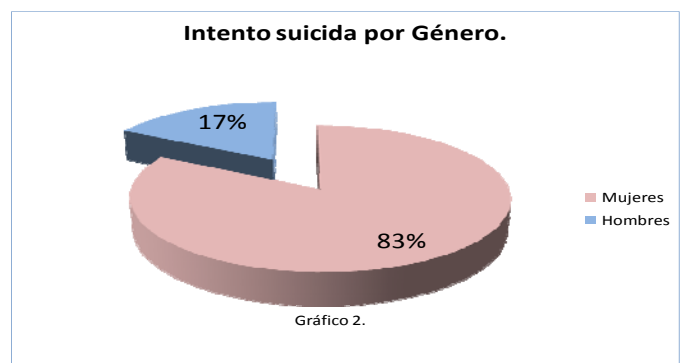
Se revisaron un total de 79 expedientes clínicos de los pacientes que fueron ingresados por intento de suicidio en el Hospital Regional 1° de Octubre durante el periodo de Enero a Diciembre 2009.

Características sociodemográficas de los pacientes:

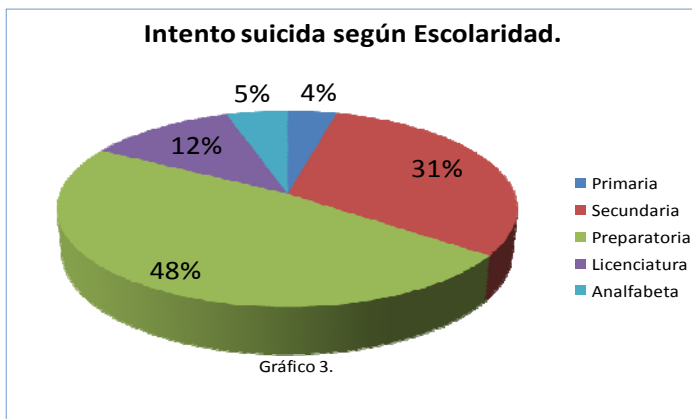
Según el grupo de edad el más afectado fue de adultos maduros (31 a 45 años) con 43% (34) seguido por el grupo adulto joven (18 a 30 años) con 30% (24), y en menor frecuencia los grupos de 45 a 60 años con 14% (11) y grupos geriátricos (mayores de 60 años) y 13% (10), con una media aritmética de 30 años, moda 31 a 32, rango de edades 18 a 65 años (Gráfico 1). Es de manera sorprendente que a pesar de lo referido en la bibliografía, nos encontremos que en nuestra población los más afectados son adultos, no así los jóvenes, que en años anteriores tenían mayor incidencia de intento suicida; en algunos estudios revisados, realizados en Nicaragua (7) la relación de los grupos de edad concuerda con los hallazgos de este estudio, sin encontrarse una causa específica, más no así es los países de primer mundo, como E.U, en los cuales el intento suicida es mas frecuente desde la pubertad hasta la adolescencia (13, 14).



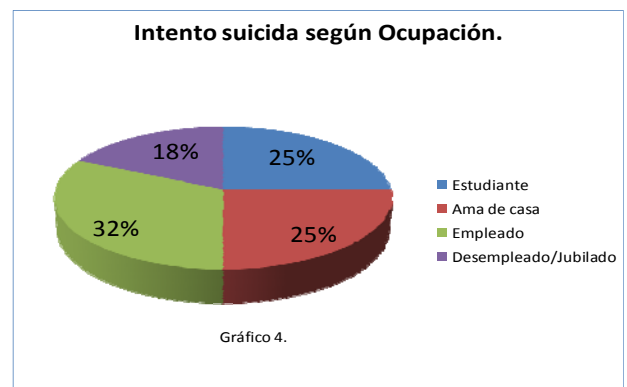
Con respecto al género el 82% (65) fueron mujeres y 17% (14) hombres (Gráfico 2). Dicha cuestión coincide prácticamente con la totalidad de la bibliografía revisada (4, 8, 22), ya que el mayor porcentaje de intento suicida es cometido por las mujeres, pero la consumación del mismo es por los hombres. Estadísticamente observamos que presenta un OR de 1.62, por ende podemos establecer que es mayor riesgo el tratarse de género femenino para cometer un intento suicida.



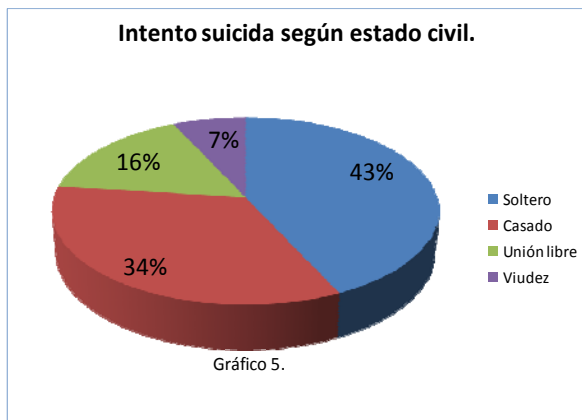
De acuerdo al grado de escolaridad el 4% (3) primaria, el 31% (25) secundaria, 48% (38) preparatoria, 12% (9) licenciatura y tan solo el 5% (4) analfabeta (Gráfico 3). En aquellos países en vías de desarrollo, es más frecuente el intento suicida en la población analfabeta o con escolaridad primaria (7,8), mientras que en nuestro medio los más afectados fueron los que tienen una escolaridad de preparatoria (16), cuestión que se ve influenciada por la disponibilidad del uso de drogas lícitas como ilícitas, así como por el medio ambiente en el cual se encuentra el paciente. Para obtener el RR, dividimos en dos grandes grupos; analfabetas y aquellos de educación básica y el segundo grupo con educación media superior, obteniéndose un OR de 0.41, por lo que realmente a pesar de los porcentajes establecidos, no se observa un riesgo significativo de acuerdo a la escolaridad para presentar intento suicida.



Según la ocupación el 25% (20) eran estudiantes, otro 25% (20) amas de casa, un 32% (25) empleados y un 18% (14) desempleados o jubilados (Gráfico 4). De nuevo observamos que nuestra población analizada no presenta la distribución habitual de otros estudios, ya que aquí claramente observamos que el mayor porcentaje de intento suicida se encuentra en personas laboralmente activas, siendo que las tendencias, o bien, estudios previos nos dictan que lo más frecuente es que este tipo de comportamiento se dé en personas desempleadas o jubiladas, de hecho este comportamiento es más habitual en Nueva Zelanda (19).



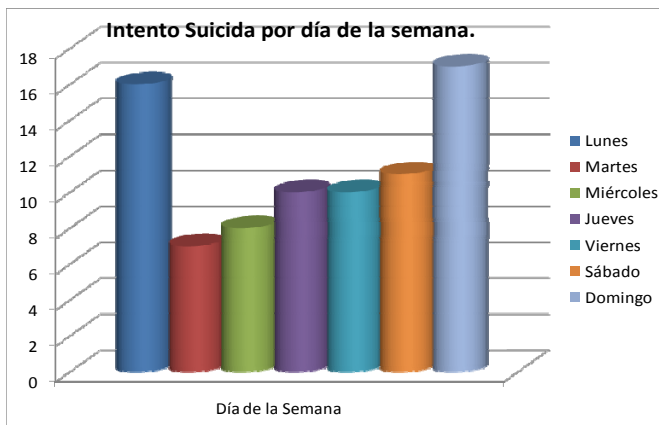
En relación al estado civil el 43% (34) eran solteros, 16% (13) unión libre, 34% (26) casados, y 7% (6) viudos (Gráfico 5). Los estudios revisados (11, 13, 26) concuerdan con que es mayor factor de riesgo el encontrarse soltero para presentar intento suicida, lo cual se observa secundario a cuadros de depresión por la soledad o desesperanza, que refiere el paciente.



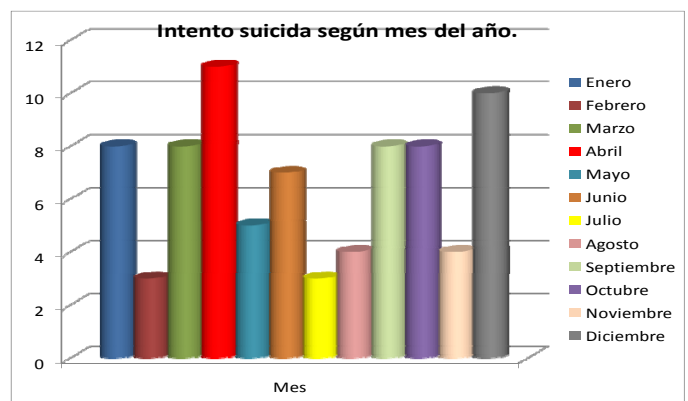
Según la existencia de hijos se encontró que el 56% (44) tenían hijos y el 44% (35) no (Gráfico 6). Un estudio realizado en el IMSS (8,16) concuerda que es mayor riesgo el tener hijos para un intento suicida, justificando en su población que a mayor número de hijos, mayor riesgo para ello, aunado a una situación económica decadente. Estadísticamente obtuvimos un OR de 2.53, por lo que es francamente claro el riesgo de tener hijos incrementa la tendencia a intentar suicidarse.



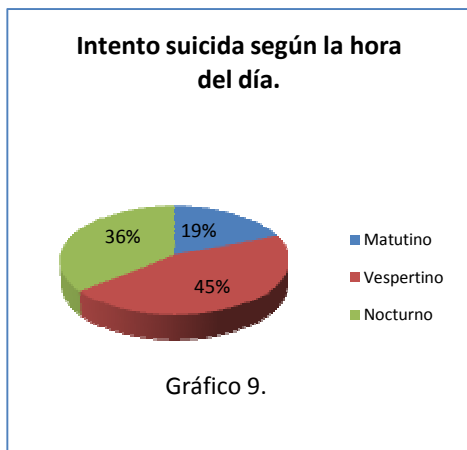
Con respecto a la fecha del intento de suicidio los días en que se registraron más intentos fueron: domingo y lunes con 21% (17) y 20% (16) respectivamente, seguido por el día sábado con 14% (11), jueves y viernes con un 13% (10) y por último el miércoles y martes con un 10% (8) y 9% (7) respectivamente (Gráfico 7).



La incidencia por mes fue la siguiente: los más frecuentes fueron Abril y Diciembre con un 14% (11) y 13% (10) respectivamente, seguido por los meses de enero, marzo, septiembre y octubre con un 10% (8), junio con 9% (7), mayo con 6% (5), agosto y noviembre con 5% (4), febrero y julio con un 4% (3) (Gráfico 8).



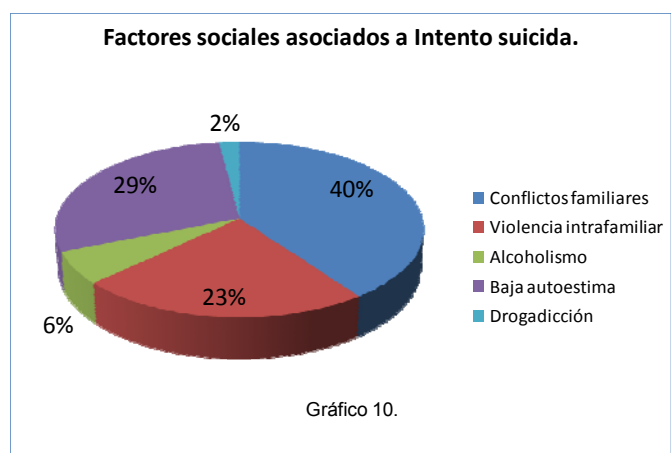
En relación a la hora de ocurrencia del intento de suicidio la mayoría fueron durante las horas de la tarde (de las 15 a las 18 hrs) con un 45%(34), seguido por las horas de la noche (de las 21 a las 23 hrs) con un 36% (27) y en menor frecuencia durante las horas de la mañana (de las 6 a las 11 hrs) con 19% (14). (Gráfico 9).



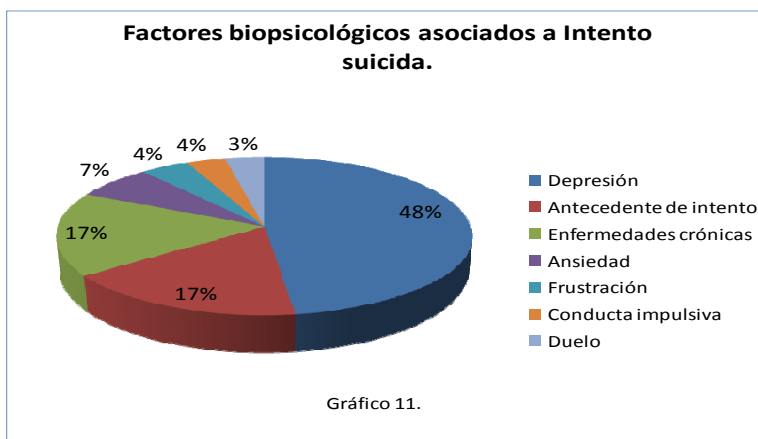
Según el lugar de ocurrencia del intento de suicidio el 92% (73) fueron en el domicilio y el 8% (6) fuera del mismo.

Factores asociados al intento de suicidio:

En relación a los **factores sociales**, se encontraron presente conflictos familiares en el 40% (32) y la violencia intrafamiliar en el 23% (18), el alcoholismo se encontró presente en el 6% (5), la autoestima baja en un 29% (22) y la drogadicción en el 2% (2). (Gráfico 10). De los conflictos familiares se hace referencia sobre todo a desacuerdos con el cónyuge, o bien a intervención de algún tercero en la relación, sin llegar a violencia física.



Entre los factores biopsicológicos la depresión se presentó en un 56% (44), el antecedente previo de intento de suicidio en 20% (16), correspondiendo 15% (12) a un intento, 5% (4) a dos o más intentos (es decir en total 20% de los pacientes intentaron en más de una ocasión suicidarse). Las enfermedades crónicas (Infectocontagiosas, Cáncer, Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal [en ese orden de importancia]) representaron un 20% (16), la ansiedad 8% (6), frustración 5% (4), conducta impulsiva 4% (3), duelo 4% (3). (Gráfico 11).

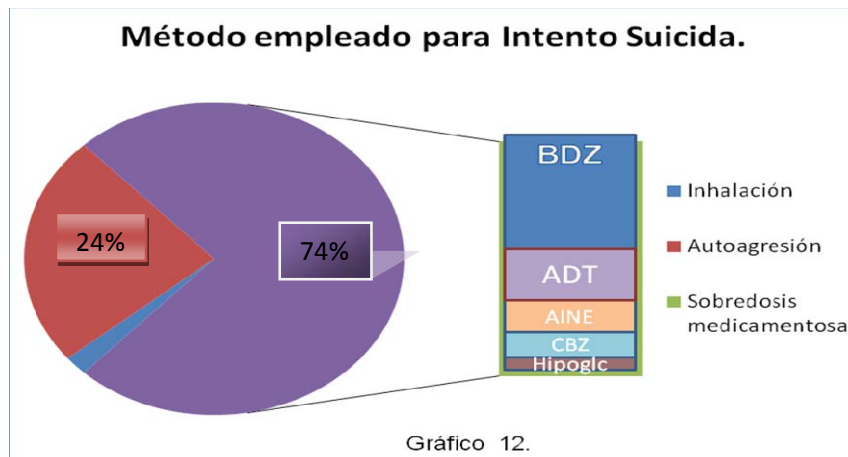


En relación a los factores económicos se encontró un 18% (10) desempleo y 15% (12) bajo salario. Encontrando un OR 1.7, por lo que el riesgo de suicidarse se incrementa con una situación económica decadente, lo cual también se corrobora en estudios realizados como en el IMSS (16).

Dentro de las circunstancias asociadas al intento de suicidio:

Al momento de tomar la decisión de intentar suicidarse el 31% (25) no estaba bajo la influencia del alcohol, mientras que el 62% (49) se encontraba con consumo de bebidas etílicas y el 6% (5) de drogas ilegales. Obteniendo un OR 1.5 estableciendo una clara relación de la ingesta de bebidas etílicas y/o uso de drogas con intento suicida.

El método utilizado en su mayoría fue la sobredosis con 74% (58), del cual el 61% (35) fue por *benzodiacepinas*, 23% (13) antidepresivos triciclicos, 10% (5) AINE y el 5% (2) anticonvulsivantes (Carbamazepina), y finalmente 2% (1) por hipoglucemiantes, el restante 24% (19) fue por autoagresión con objetos punzocortantes, un caso reportado con ahorcamiento, y dos casos reportados con intento con monóxido de carbono (2%). (Gráfico 12).



Según el tratamiento medico psicoterapéutico, que consiste en la valoración intrahospitalaria durante su ingreso, esta se efectuó en el al 89.8% (71) de los pacientes, ya que el porcentaje restante fue de los pacientes que tuvieron desenlace fatal.

DISCUSIÓN.

Los grupos de edad más afectados con intento de suicidio fueron aquellos que se encontraban en un rango de edad de 31 a 45 años, lo cual obviamente se ve influido por el tipo población que manejamos en nuestro Hospital, enfocándose más a adultos maduros, esto fue seguido de los jóvenes, lo que corresponde con las investigaciones existentes en la literatura a nivel mundial. (12); y en último lugar pacientes de 45 hasta 60 años, con un porcentaje nada despreciable en 27% de los 79 pacientes analizados, lo cual si es inquietante debido a que este tipo de problemáticas en antaño era prácticamente exclusiva de la población joven, el hecho de que esta relación se esté invirtiendo hasta cierto punto es secundario a que la pirámide población se ha ido modificando al paso de los años y en segundo lugar debido a que este grupo de edad se ve afectado por cuestiones laborales, problemas familiares aunándose a enfermedades crónicas, de estas, las más frecuentes fueron cáncer, diabetes mellitus e insuficiencia renal, que los llevan a sentirse no aptos socialmente o incluso “inservibles”.

En relación al género, en algunos estudios revisados se documentaba que el intento suicida es mayor en varones, pero esta relación se observó en la población rural (20), mientras que en la población urbana es más frecuente en mujeres, cuestión que en nuestro estudio fue compatible, ya que nuestra población por mucho, más afectada son la mujeres y de ellas se vio mayor tendencia suicida en las amas de casa que en aquellas que laboralmente son productivas, en cambio en los hombres tienen más tendencia al suicidio, los desempleados y solteros, de igual forma se cumple la relación de que las mujeres son las que se intentan suicidar más pero un suicidio consumado es mayor en los varones, de las defunciones que se captaron a lo largo de este año, el 97.5% fueron los varones.

La ocupación va en relación a los grupos de edad, por ende, estudiantes y más de casa son los más afectados relacionando los motivos psicosociales encontramos que en los primeros la causa principal fueron los problemas familiares junto con la baja autoestima; y en el caso de

las amas de casa de igual forma fueron los problemas familiares así como la violencia intrafamiliar, en el caso de los varones las cuestiones económicas fue lo que más influyó junto con conflictos familiares para intento suicida.

Ahora bien el estado civil, sí se observa una relación directa con los solteros, refiriéndose en la literatura que es secundario a la desesperanza y abandono que siente tener, así como a un “vacío” en vida, lo cual tenía relación además con no tener hijos (13), cuestión que en nuestra población no es aplicable ya que fueron más los intentos de suicidio en aquellos con hijos, argumentando la mayoría que eran hijos con problemas de adaptación social }(drogas, alcohol, delincuencia), etc. Cuando se les preguntó el motivo a los casados, fue secundario a problemas conyugales, económicos, y finalmente los viudos se escudaban en sentirse no productivos, solos, asociación con sentimientos de desesperanza.

Con respecto a la fecha de ocurrencia del intento de suicidio, los días en que más se presentaron fueron: domingo y lunes coincidiendo con lo señalado por la literatura con respecto al comportamiento cultural de las personas en los fines de semana, días de diversión con mayor consumo de alcohol o sensación de soledad, y los meses con más frecuencia de intento de suicidio fueron abril y diciembre, lo que se corresponde también con la bibliografía donde se argumenta que la incidencia de intento suicida se incrementa en los meses de calor y de frío, realmente en la población mexicana se ha observado un incremento en los meses de invierno sobre todo diciembre y enero, por una asociación a no tener familia, o pensamientos pesimistas en relación a lo que les espera en el siguiente año, etc. (6).

En relación a las horas de ocurrencia del intento de suicidio, la mayoría se presentaron por la tarde y la noche, que significa los dos tercios de tiempo del día. Esto coincide con literatura revisada a nivel internacional (OPS 2001).

La mayoría de los intentos suicida ocurrieron en el domicilio correspondiendo con la literatura que señala que la casa es un ambiente propio para desarrollar relaciones agradables, o

desagradables como conflictos conyugales y violencia intrafamiliar que pueden desencadenar intentos suicidas. (29).

En cuanto a los factores presentes en el intento de suicidio se encontró en la totalidad de los casos los conflictos familiares (problemas conyugales y violencia intrafamiliar), lo que coincide con estudios analizados (31) y en poco más de la mitad de los casos se encontró presente la depresión, lo que también coincide con los estudios realizados a nivel internacional y nacional reportados por la OMS además la presencia de estos dos factores: los conflictos familiares y la depresión se relaciona con los grupos de edades más afectados adultos jóvenes y maduros y su ocupación estudiantes y amas de casa.

Por el contrario de lo revisado en los estudios, el encontrarse en estado étlico no fue una condicionante para ello, en relación a nuestra población analizada el 15% era su segundo intento suicida y el 5% ya era el tercero o más, de ellos prácticamente con los mismo factores asociados.

Finalmente el método más empleado para intentar suicidarse fue la sobredosis de medicamentos, de estos el más empleado fueron las Benzodiazepinas, seguida de antidepresivos tricíclicos, medicamentos que desafortunadamente se encuentran prácticamente en todos los domicilios, desafortunadamente no por una indicación médica como tal, pero siendo medicamentos tan ampliamente difundidos son del uso y conocimiento de la población general, así que les es extremadamente fácil pensar “si tomo dosis extras... ya no despertare nunca más....”, ahora bien, si no tienen acceso a este tipo de medicamentos, desafortunadamente en nuestros hogares siempre tenemos al alcance de todos, analgésicos, en el momento que un paciente no encuentra ninguna solución a sus problemas, cualquier medio que tenga al alcance es oportuno para ello, por lo que también se documenta intentos por AINES, anticonvulsivantes e hipoglucemiantes, este medio de intento suicida es el más común debido a que a muchos les es difícil ocasionarse algún daño físico, la autoagresión de los pacientes recibidos en Urgencias fue con arma blanca, u un caso con

ahorcamiento y en tercer lugar, casos raros para nuestro medio, fue intentarlo con monóxido de carbono, este tipo de intoxicación es mucho más frecuente de forma accidental mas no así intencionada.

Finalmente, la mortalidad reportada en nuestra población fue de 10%, la mayoría de ellos fue por herida por arma blanca, ocasiones lesiones potencialmente fatales, en segundo término fue intoxicación por benzodiacepinas de dosis letal y uno de los pacientes por monóxido de carbono.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Del estudio de incidencia y factores asociados a intento suicida de los pacientes atendidos en el H. Regional 1° de Octubre durante un año se concluye lo siguiente:

1. Se identificó que el grupo de edad más afectado por intento suicida es aquel en edad reproductiva y productiva, mujeres, con escolaridad preparatoria, solteros, con hijos, prefiriendo el fin de semana o el día lunes para ello, en los meses de abril y diciembre, a media tarde, así como realizar dicho intento en su casa y además encontrarse bajo el influjo de bebidas etílicas.
2. Según los factores asociados al intento se encontró presente principalmente los conflictos de familia (conflictos conyugales y violencia intrafamiliar) y depresión, además el alcoholismo y autoestima baja, las enfermedades crónicas (Diabetes Mellitus, cáncer e Insuficiencia Renal) y el antecedente de intento de suicidio (los pacientes con intentos previos, presentaron prácticamente el mismo modus operandi, y generalmente fue un intento previo) y el desempleo.
3. Método más común fue sobredosis de benzodiazepinas, pero es más letal la autoagresión con arma blanca y la intoxicación por monóxido de carbono, observando que la consumación del suicidio es por estos medios y por el género masculino.
4. Finalmente podemos observar que este problema de Salud Pública que en antaño era más frecuente a nivel rural, ahora repercute en nuestra población, los cuales son potencialmente rescatables, en edad productiva, por lo que se deberán de emplear medidas preventivas para disminuir el intento de suicidio en nuestra población y por ende la mortalidad.

5. De este estudio se pueden desprender diferentes líneas de acción y de investigación, ya observamos que la incidencia es importante y que si se trabaja arduamente con la población con factores asociados identificados, disminuirémos nuestra mortalidad global.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Dublin L. Suicide: A sociological and statistical study. *New England Med.* Jul 2005:9-22.
2. Mesa JP. El suicidio en la vejez. *Envejecimiento y psicología de la salud.* Madrid: Siglo XXI; 1999. 299-311.
3. Hendin H. Suicide in America. *New England Psiquiatric.* Marzo 2002. 34-54.
4. Dieste Sánchez, W., Álvarez González I., Carrillo Salomón R., et al. Evaluación de la competencia y el desempeño. Programa de prevención de la conducta suicida en Cuba. Municipio Boyeros, 2007. *Rev. Cubana Med Gen Integra* 16 (2):149-55.
5. Ministerio de Salud de la República de Cuba. Boletín Epidemiológico. Lesiones Auto infligidas. Semana 39:2004.
6. Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old. *Rev. Nicaragua, Med. Int.* 2004:22-34.
7. Guzmán B. Estudio retrospectivo de intento suicida en el Hospital Metropolitano. *Rev. Nicaragua, Med. Int.* 2005:15-22.
8. Reyes W, Alonso A, Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Rev. Cubana Med: Gen Integra* 2007; 17(2): 155-63.
9. Terroba G, Saltijeral T, Gómez M. El suicidio y el intento de suicidio: Una perspectiva general de las investigaciones realizadas durante los últimos años. IV Reunión de Investigación. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría; 2004. p. 310-315.
10. Borges G, Morán H, Caballero M, Gómez C. Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. México: *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría* 2004;5:15-21.
11. Desjarlais R; Salud Mental en el Mundo (OPS 2000) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; *Suicidio* Nov. 2000. 95-126
12. Harrison; *Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo.* 1612-1629.
13. Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC, OPS. Oficina Regional para las América de la organización Mundial de la Salud 2002.

14. Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA. Suicidal behavior in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health survey. *J Psychiatry* 2006;40(10):896-904.
15. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS et al. Socioeconomic status in health research one size does not fit all. *JAMA* 2005;294(22):2879-2888.
16. Hernández Perez Francisco. Incidencia de Intentos suicidas atendidos en un servicio de Urgencias. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (3): 247-251
17. Arlaes Nápoles L., Hernández Sorí G., Álvarez Concepción D, et al. Conducta suicida factores de riesgo asociados. *Rev. Cubana Med Integra* 2008,14(2):122-6
18. Narváez S, Morales A; Comportamiento suicida y genero en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca. *Rev. Nicaragua*. 2002: 28-33
19. Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997;337:910-915..
20. Bobes JG; Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida .Masson.S.A Barcelona España.2008: 5-11.
21. Sheidman E. Tratado de psiquiatría Suicidio. En fredman A. La Habana 2000;3:35
22. Gómez C, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1999-2005. *Salud Mental* 2006;19:45-55.
23. Chávez M, Chávez O; Principales causas asociadas con la conducta suicida de pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar AmadorMolina de Matagalpa en el periodo de abril a septiembre del 2000.
24. Prada DB, Evangelista M, Piola JC. Tentativas de suicidio con tóxicos en adolescentes en Rosario, Argentina. *Servicio de Toxicología del Sanatorio de Sertox*. 1990-1998.
25. Gutiérrez J, Mercado J, Luna F. Factores del riesgo suicida; un apoyo para el residente de psiquiatría. *Psiquiatría* 2003;1:24-27.
26. Borges G, Rosovski H, Gil A, Pelcastre B, López J. Análisis de los casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra del servicio de urgencias. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993; 4:198-203.
27. Bobes JG; Prevención de las Conductas Suicidas y Parasuicidas, *Rev. Chile*. Oct 2005: 47-52

28. Rocha Castillo Comportamiento Epidemiológico del Intento de Suicidio Atendidos en el Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello. León, Nicaragua, Enero 2000 – Diciembre 2001.
29. Caldera Trinidad. Mental Health in Nicaragua. With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour. 2004: 19-28
30. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M et al. Crossnational prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British J Psychiatry* 2008;192(2):98-105.

ANEXO I.

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

a. DATOS GENERALES:		
1. Iniciales del paciente:		
b. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:		
1. Nombre:		
2. Edad:años.		
3. Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
4. Escolaridad:	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria <input type="checkbox"/>
	Preparatoria <input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
		Analfabeta <input type="checkbox"/>
5. Ocupación:	Estudiante <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>
	Empleado <input type="checkbox"/>	Desempleado/Jubilado <input type="checkbox"/>
6. Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>
	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
7. Hijos:	Si	No

8. Fecha del intento suicida: Mes:.....																						
Día de la semana:																						
9. Hora del intento suicida (formato de 24 hrs):																						
10. Lugar donde ocurrió el hecho: Intradomiciliario <input type="checkbox"/> Extradomiciliario <input type="checkbox"/>																						
c. FACTORES ASOCIADOS:																						
Factores sociales:																						
<ul style="list-style-type: none"> • Conflictos de familia: 																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 40px;">○ Existencia de conflictos familiares:</td> <td style="padding-left: 100px;">Si</td> <td style="padding-left: 20px;">No</td> </tr> <tr> <td>○ Presencia de Violencia intrafamiliar:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>○ Autoestima Baja:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>○ Alcoholismo:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>○ Drogadicción:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> </table>		○ Existencia de conflictos familiares:	Si	No	○ Presencia de Violencia intrafamiliar:	Si	No	○ Autoestima Baja:	Si	No	○ Alcoholismo:	Si	No	○ Drogadicción:	Si	No						
○ Existencia de conflictos familiares:	Si	No																				
○ Presencia de Violencia intrafamiliar:	Si	No																				
○ Autoestima Baja:	Si	No																				
○ Alcoholismo:	Si	No																				
○ Drogadicción:	Si	No																				
Factores Bio-psicológicos:																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">• Enfermedades crónicas:</td> <td style="padding-left: 100px;">Si</td> <td style="padding-left: 20px;">No</td> </tr> <tr> <td>• Depresión:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>• Frustración:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>• Ansiedad:</td> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>• Conducta Impulsiva:</td> <td></td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td>• Duelo:</td> <td></td> <td>Si No</td> </tr> <tr> <td>• Antecedente de intento suicida previo:</td> <td>1. <input type="checkbox"/></td> <td>2 o más. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		• Enfermedades crónicas:	Si	No	• Depresión:	Si	No	• Frustración:	Si	No	• Ansiedad:	Si	No	• Conducta Impulsiva:		Si No	• Duelo:		Si No	• Antecedente de intento suicida previo:	1. <input type="checkbox"/>	2 o más. <input type="checkbox"/>
• Enfermedades crónicas:	Si	No																				
• Depresión:	Si	No																				
• Frustración:	Si	No																				
• Ansiedad:	Si	No																				
• Conducta Impulsiva:		Si No																				
• Duelo:		Si No																				
• Antecedente de intento suicida previo:	1. <input type="checkbox"/>	2 o más. <input type="checkbox"/>																				
Factores económicos:																						

<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Bajo Salario
--

d. CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS Y METODO UTILIZADO:
 Circunstancias asociadas:

• Uso de alcohol:	Si	No
-------------------	----	----

Método:

<input type="checkbox"/> HPAF <input type="checkbox"/> Herida por arma blanca
<input type="checkbox"/> Ahorcamiento
<input type="checkbox"/> Sobredosis
Tipo de medicamento.....
<input type="checkbox"/> Otra:
Especificar.....

--