



**Universidad Tecnológica de Honduras**

**Facultad de Ciencias Medicas**

**Caracterización sociodemográfica y factores asociados en pacientes  
con intento autolítico que asisten a la emergencia del Hospital de  
Occidente, Santa Rosa de Copán, Honduras.**

**Tesis presentada por: Monique Masso**

**Como requisito parcial para optar por el Titulo de: Medicina**

**Asesor**

**Dr. Edwin García**

**Co-Asesores**

**Dra. Belkys Orellana**

**Dr. Manuel Sierra**

**Santa Rosa de Copán, julio, 2021**

## INDICE

### Contenido

INDICE.....	ii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
AUTORIZACIÓN PARA USO DEL CRAI .....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.	
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	3
1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.4. OBJETIVOS DEL PROYECTO .....	5
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....	9
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....	42
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS .....	45
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62

BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	70

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Según la edad del paciente.....	45
Tabla 2 Según el sexo de la persona.....	45
Tabla 3 Según la escolaridad.....	46
Tabla 4 Según la religión .....	46
Tabla 5 Según el lugar de procedencia: rural / urbana .....	47
Tabla 6 Según los Ingresos Mensuales: .....	47
Tabla 7 Según los antecedentes Familiares: .....	48
Tabla 8 Según los antecedentes Psiquiátricos Familiares:.....	49
Tabla 9 Según los antecedentes de intento o suicidio Familiares:.....	49
Tabla 10 Antecedentes Personales Patológicos:.....	49
Tabla 11 Antecedentes Psiquiátricos Personales: .....	50
Tabla 12 Intentos Suicidas Previos:.....	51
Tabla 13 Según quien hizo para el intento:.....	51
Tabla 14 Según tipo de intento .....	52
Tabla 15 Intentos Suicidas Actual.....	52
Tabla 16 Según tipo de intento .....	53
Tabla 17 Escala de Sad Persons de forma afirmativa .....	54
Tabla 18 Escala de Sad Persons de forma afirmativa .....	54

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

A Dios por todos sus propósitos en mi vida y que cada día me sigue bendiciendo más, es el quien me ha brindado toda su inteligencia y motivación para haber finalizado todos mis estudios

### **A mis Padres**

Por amor reflejado en el esfuerzo y apoyo incondicional que siempre me ha brindado y siempre ha deseado mi superación profesional.

Por ser un ejemplo de perseverancia, sacrificio y motivarme siempre a alcanzar mis sueños.

### **A mis Hermanos**

Por ser parte de la motivación de mi vida y siempre me han visto como su modelo repetitivo a seguir

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A LA UNITEC A MIS ASESORES**

Que son los expertos de la educación que hoy se recibe, los cuales consagraron sus sapiencias, tiempo para hacer de nosotros profesionales competentes para enfrentar los retos de un mundo cada vez más inconstante.

### **AL HOSPITAL DE OCCIDENTE Y PERSONAL**

Al por darme la oportunidad de prepararme y ser una profesional idealista en busca de un mejor futuro en la rama de salud para los míos y mi país en general.

### **A LA UNIVERSIDAD UNITEC**

A mis catedráticos por brindarme todas sus enseñanzas y todo ese conocimiento que tienen y motivarme para seguir adelante y triunfar en mi carrera, gracias porque son personas que dejaron huellas en mi vida y que recordare con cariño siempre.

## RESUMEN

**Introducción.** La epidemiología del intento autolítico no se ha caracterizado bien debido a la falta de datos nacionales o de un código de clasificación internacional de enfermedades para los intentos de suicidio. El suicidio y el intento de suicidio son comportamientos confinados a los seres humanos. Están enraizados fundamentalmente en la existencia humana y tienen como prerrequisito las propiedades autorreflexivas del individuo, es decir, el actuar consciente con la consecuencia o el intento de extinguir la propia existencia. **Objetivos.** Determinar la frecuencia de pacientes con intento suicida que acuden a la emergencia del Hospital de Occidente en el año 2020-2021, identificando las características sociodemográficas de los pacientes en estudio, la valoración de los factores que determinaron el intento de suicidio, comprender las circunstancias y el método utilizado en los pacientes atendidos sugiriendo los métodos de prevención. **Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal descriptivo realizado de diciembre a junio del 2020-2021 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Occidente. Para el estudio se aplicó la escala de Sad Persons a todos los pacientes con intento suicida que asistieron al Hospital de Occidente en el periodo de 2020-2021, y se entrevistó a los pacientes atendidos en la emergencia. **Resultados.** En el período del estudio se identificaron 15 casos. El intento suicida es más frecuente en jóvenes de 18 a 21 años del área rural con un 60% y un 40% urbana, 67 % en las mujeres, y 33% en los hombres. Esto quiere decir que por cada 3 mujeres que intentaron suicidarse un hombre lo intentó. El 80% de los entrevistados tienen educación primaria, un 7% secundaria y un 13% universitaria; un 53% son de religión evangélica, 27% católico, 13% gnóstico y un 7% no tiene religión alguna. Ninguno de estas personas tiene ingresos mensuales arriba de los L 10,000.00 o en ocasiones ningún ingreso. En relación al antecedente familiar, predomina el alcoholismo y uso / abuso de drogas, peleas entre hermanos, abandono del padre, violencia de la madre y padre, abusos o Bullying. En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares, se encontró un 64% de depresión, 27% de ansiedad,

9% de trastorno bipolar. En relación a intentos de suicidio en la familia, el 57% dicen que ha habido suicidio por una vez y un 43% han tenido 2 intentos. Se encontró alcoholismo con un 32%, uso y abuso de drogas en un 11% y ser abusado (le hagan bullying) en un 58%. **Conclusiones.** Muchos pacientes demostraron, durante estos momentos, no estar seguros de si querían morir o no. Si bien existen claras diferencias entre los pacientes con autolesiones no letales, los intentos de autolesión tienen muchas similitudes con el que se suicidaron. Se recomienda una evaluación periódica y una clínica psiquiatría especial para personas con intento autolítico, la cual debe ser integral e incluir la evaluación de los factores sociales, psicológicos y motivacionales específicos de cada acto particular de autolesión, así como una evaluación completa de la salud mental.

**Palabras claves:** intento suicida, suicidio, epidemiología, prevención.

## ABSTRACT

**Introduction.** The epidemiology of suicide attempts has not been well characterized due to a lack of national data or an international disease classification code for suicide attempts. Suicide and attempted suicide are behaviors confined to human beings. They are fundamentally rooted in human existence and have as a prerequisite the self-reflective properties of the individual, that is, conscious action with the consequence or the attempt to extinguish one's own existence. **Objectives** to determine the frequency of patients with a suicide attempt who attend the Hospital de Occidente emergency room in the year 2020-2021, identifying the sociodemographic characteristics of the patients under study, assessing the factors that determined the suicide attempt, understanding the circumstances and the method used in the patients cared for, suggesting prevention methods. **Material and methods.** This is a descriptive cross-sectional study conducted from December to June 2020-2021 at the Department of Internal Medicine of the Hospital de Occidente. For the study, the Sad Persons scale was applied to all patients with a suicide attempt who attended the Hospital de Occidente in the period 2020-2021, and the patients treated in the emergency room were interviewed. **Results.** In the study period, 15 cases were identified. The suicide attempt is more frequent in young people aged 18 to 21 in rural areas with 60% and 40% urban, 67% in women, and 33% in men. This means that for every 3 women who attempted suicide, one man attempted suicide. 80% of the interviewees have primary education, 7% secondary and 13% university; 53% are evangelical, 27% Catholic, 13% Gnostic and 7% have no religion at all. None of these people have a monthly income above L 10,000.00 or sometimes no income. In relation to the family history, alcoholism and drug use / abuse, fights between siblings, abandonment of the father, violence of the mother and father, abuse or bullying predominate. Regarding the family psychiatric history, it was found 64% depression, 27% anxiety, 9% bipolar disorder. Regarding suicide attempts in the family, 57% say that there has been suicide for one time and 43% have had 2 attempts. Alcoholism was found in 32%, drug use and

abuse in 11% and being abused (bullied) in 58%. **Conclusions.** Many patients demonstrated, during these moments, not being sure if they wanted to die or not. While there are clear differences between patients with non-fatal self-harm, attempts at self-harm bear many similarities to those who committed suicide. A periodic evaluation and a special psychiatric clinic is recommended for people with attempted self-harm, which should be comprehensive and include the evaluation of the specific social, psychological and motivational factors of each particular act of self-harm, as well as a complete evaluation of mental health

**Keywords:** suicide attempt, suicide, epidemiology, prevention.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio se ha convertido en un importante problema de salud pública con un alto número de muertes y un número creciente de intentos de suicidio cada año.

Hay múltiples factores que subyacen a un intento de suicidio. Aunque se sabe desde hace mucho tiempo que las enfermedades mentales y el estrés severo se asocian con el suicidio, las características sociodemográficas y clínicas de quienes intentan suicidarse también pueden proporcionar indicios de intención suicida.

El intento de suicidio es más frecuente entre las pacientes más jóvenes. La reacción al estrés fue el factor de riesgo más común. La mayoría de los intentos fueron de naturaleza impulsiva más que planificada.

Los adultos jóvenes sometidos a estrés son más vulnerables. La identificación temprana de estos individuos y el apoyo psicosocial para prevenir la ideación suicida es vital.

El suicidio es un fenómeno complejo y multidimensional que ha sido estudiado desde una perspectiva filosófica, sociológica y clínica. El comportamiento suicida y el suicidio se pueden conceptualizar como un continuo que va desde la ideación suicida hasta los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

Es por esta razón que el intento de suicidio se define como una acción potencialmente autodestructiva con un resultado no fatal para el cual hay evidencia, ya sea explícita o implícita, de que el individuo tuvo la intención de suicidarse.

La acción puede resultar en lesiones o no. La mayoría de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos como el nuestro. Miles de personas mueren por suicidio cada año.

El envenenamiento, el ahorcamiento y la autoinmolación fueron los métodos comunes utilizados para suicidarse y el envenenamiento es el modo más común de intento por parte de la población de la zona occidental delimitada

En el Hospital de Occidente han informado de la existencia de un trastorno de estrés psiquiátrico en los que intentan suicidarse, y son debido a causas sociales. El trastorno afectivo es el más común y el trastorno por uso de sustancias el segundo

El presente estudio tuvo como objetivo explorar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán Honduras, que intentaron suicidarse.

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

El suicidio es un gran problema y la complejidad en cuanto a los múltiples elementos causales que inciden negativamente en su desconfianza, colisión y registro conveniente para proyectar y medir el impacto de las acciones, por lo cual se plantea para esta tesis como interrogante:

¿Cuáles son los factores asociados a los intentos de suicidio en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Occidente de Santa Rosa de Copán en el período de abril del 2021, y el seguimiento que les brinda el Hospital después de haber sido atendidos?

### **1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Las razones de los intentos de suicidio son múltiples, ya sean únicas o combinadas. Los “problemas familiares” y la “enfermedad” es parte de las diversas causas de suicidio, respectivamente. El divorcio, el patrimonio, las aventuras amorosas, la cancelación o la imposibilidad de casarse (de acuerdo con el sistema de matrimonios concertados), el embarazo ilegítimo, las relaciones extramatrimoniales y los conflictos relacionados con el tema del matrimonio, juegan un papel crucial, particularmente en el suicidio de mujeres.

Una característica preocupante es la frecuente aparición de pactos suicidas y suicidios familiares, que se deben más a razones sociales y pueden verse como una protesta contra las normas y expectativas sociales arcaicas

Las circunstancias sociales son importantes; aquellos que están aislados o que viven en áreas de privación socioeconómica tienen mayores tasas de suicidio e intentos de suicidio. La evidencia también apoya un exceso de eventos de la vida, especialmente el intento de autolesión.

Con frecuencia, el tipo de eventos experimentados por personas más jóvenes está relacionado con dificultades en las relaciones, pero en las

personas mayores es más probable que esté relacionado con la salud o el duelo. Factores de vulnerabilidad como la pérdida temprana o la separación de uno o los padres, abuso infantil, desempleo y la ausencia de vivir en una unidad familiar es contributiva.

Muchos pacientes consideran que sus problemas son insolubles y, aunque la autolesión es una respuesta inmediata pero no a largo plazo, a menudo no pueden pensar en otra salida de su situación en ese momento.

Los sujetos que se autolesionan con frecuencia acuden a urgencias hospitalarias por complicaciones médicas que surgen como resultado de autolesiones. Por lo tanto, forman un grupo importante para comprender el perfil psicosocial de los pacientes que se autolesionan o que tienen intentos de suicidio. Con estos antecedentes, el objetivo de nuestro estudio fue estudiar el perfil sociodemográfico y clínico de sujetos con “intentos de suicidio” remitidos a los servicios psiquiátricos de enlace de consulta para su evaluación en el Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán.

## **1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA**

El suicidio es un problema multifactorial, abarca diferentes esferas en la vida de los individuos como la familiar, la social, la afectiva, la económica, etc., el impacto en los diferentes países ha hecho que se considere un problema de salud pública, su relevancia hace que sea imperativo el trabajo de investigación para comprender el fenómeno

El suicidio es un grave problema de salud pública; constituye un creciente problema de origen multifactorial que excede el ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerable, el cual exige un análisis minucioso desde diferentes perspectivas, requiere de nuestra atención.

A nivel mundial el suicidio se volvió la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Donde tanto mujeres y hombres utilizan sustancias tóxicas para realizar su objetivo, el mecanismo difiere de país en país; donde es más frecuente el uso de pesticidas, intoxicación por medicamentos entre otros.

Todas estas circunstancias han hecho que sea considerado como un problema de salud pública y por lo tanto sea necesario realizar estudios sobre el impacto que genera en nuestros centros de asistencia médica, para poder desarrollar estrategias encaminadas a la mejor atención del paciente intoxicado visto como una enfermedad y no como una carga social más.

La presente investigación, por lo tanto; pretende poner en evidencia el impacto que representa las atenciones ofrecidas a los pacientes con intento suicida que asisten al servicio de urgencia de Medicina Interna, del Hospital de Occidente durante el año 2020-2021, pudiendo así respondernos Cuál es la incidencia de pacientes con intento suicida, que mecanismo es el más utilizado en estos pacientes, de igual manera; la edad promedio y género que prevalece en estos pacientes.

## **1.4. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

### **1.4.1 Objetivo General**

-Determinar la frecuencia de pacientes con intento suicida que acuden a la emergencia del Hospital de Occidente en el año 2020-2021.

### **1.4.2 Específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

2. Valorar los factores sociales, edad, y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados.
3. Describir las circunstancias y el método utilizado en los pacientes atendidos.
4. Sugerir métodos de prevención alcanzables en base a la información obtenida

### **1.4.3 Preguntas de investigación**

Otras preguntas del estudio:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes en estudio?
2. ¿Cuáles son los factores sociales y económicos que determinaron los intentos de suicidio en los pacientes estudiados?
3. ¿Cuáles son las circunstancias y el método utilizado en los pacientes atendidos?
4. ¿Cuál fue el manejo clínico de los pacientes atendidos por el personal de salud?
5. ¿Cuál es el método de prevención que debe utilizar el Hospital de Occidente?

### **1.5. JUSTIFICACIÓN**

En el Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán existe un interés considerable en identificar factores proximales que aumentan el riesgo de intentos de suicidio.

La existencia de diferentes perfiles clínicos y factores temporales pueden requerir modelos de intervención más adaptados, la diferenciación de los que intentan suicidarse en los parámetros demográficos y clínicos de los

pacientes hospitalizados y la población en general durante la crisis financiera y social entre otros.

Sin embargo, las características de los métodos utilizados para completar el suicidio pueden estar asociadas con diferentes características de los métodos utilizados para el intento de suicidio, así como las características de los intentadores que fueron hospitalizados no reflejan los patrones de intento de suicidio observados en los servicios de urgencias.

Actualmente el suicidio representa un problema de salud pública ya que es la principal causa de muerte entre las edades de 15 a 34 años frustrando vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo Psicosocial además la afectación emocional, social y económica a los familiares, amigo y comunidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas intentan hacerlo. El suicidio ocurre a cualquier edad y en el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (1)

El suicidio es un grave problema de salud pública; requiere de nuestra atención, sin embargo, su prevención y control no son una tarea fácil. Es importante saber que por cada caso de suicidio existen aproximadamente 20 intentos de suicidio.

De acuerdo a los datos del año 2018 brindados por el sus boletines de información mensual, la tasa nacional en Honduras de suicidio fue de 5.1 por cada 100 mil habitantes. Se determinó geográficamente que los departamentos con tasas más elevadas fueron La Paz e Intibucá con 11.4 y 10.3. Las tasas más bajas fueron de los departamentos de Colon, Gracias a Dios y Olancho. (2)

En la experiencia medica de atención en servicios de emergencia, a diario muchos pacientes son atendidos con diferentes cuadros clínicos asociados a consumo de sustancias toxicas para atentar contra sus vidas, debido a la demanda de atención en salud que presenta el país en este momento, muchas veces se menosprecia la condición humana de esta patología, sin proporcionar la importancia sobre el impacto que conlleva cada atención medica en las diferentes instituciones públicas del país.

Es por ello que el presente estudio pretende poner en manifiesto el verdadero impacto social del suicidio, en las atenciones brindadas en el servicio de emergencia, a través de la aplicación de la Escala Sad Persons, la cual fue diseñada para identificar el riesgo de intento suicida.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES**

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, (1) 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. (3)

El suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: antecedentes de guerras, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, altas tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, poco acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción entre otras .(4)

### **2.2 CONDUCTA SUICIDA**

La conducta suicida en las últimas décadas ha demostrado una 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. (5)

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.(6) (7)

Entre los factores asociados a la conducta suicida se mencionan: la crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares 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 epidemias como el VIH/ SIDA entre otras enfermedades terminales. (8)

Según el Ministerio de Salud los más afectados son los adolescentes y jóvenes, entre los factores estudiados antecedentes de maltrato en la infancia y de aislamiento social, la depresión, trastornos psiquiátricos, el abuso de alcohol y las drogas, historia reciente de intento de suicidio. Los métodos más utilizados fueron fármacos en las no fatales y plaguicidas en las fatales, observándose alto índice de alcohol y repetición de la conducta suicida. La letalidad es muy alta en la mayoría de los hospitales donde funciona el sistema de vigilancia y el impacto en la muerte prematura es considerablemente alto. (9)

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)

### **2.3 Comportamiento suicida**

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 una edad temprana por considerarse que la inmadurez cognitiva es un factor protector para estas conductas. (11)

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. (12)

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. (31)

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. (14)

Con el objetivo de unificar la terminología la OMS en 1969 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). (15)

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. (16)

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. (17)

Con el objetivo de unificar la terminología la OMS en 1969 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.

## **2.4 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. (18)

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. En lo

que a tentativa se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la intoxicación medicamentosa es el método más utilizado. (19)

La Carbamacepina en la práctica médica se utiliza como anticonvulsivante, pero se han descrito casos de intoxicaciones agudas voluntarias. La intoxicación por sí 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 (20)

La intoxicación suele ocurrir dentro de distintos contextos, siendo él más 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 coingestión 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 fórmulas de adulto para niños u otros errores en el reconocimiento de las distintas formas de presentación del medicamento o incluso la adulteración del producto. (21)

Uno de los plaguicidas más peligrosos de y más utilizado en nuestro medio es el fosfuro de aluminio el cual está 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. La morbilidad por esta sustancia es de 4/100.00, la mortalidad entre 1-2/100.000 y la letalidad entre 30 y 45 %. Es utilizado en la mayoría de las veces para intento de suicido. (22)

El paraquat es un herbicida que pertenece a la familia de los bipyridilos, es hidrosoluble. Las presentaciones más frecuentes varían de 20 a 40 % de concentración. 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. (23)

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.). La morbilidad es de 9.6/100.000, la mortalidad de 1/100.00 y la letalidad es de 8 %.(25)

Poblaciones específicas de alto riesgo: 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. (26)

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.

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)

## **2.5 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:**

**Edad.** Edad etaria

**Sexo:** La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, aunque también hay un incremento paulatino entre las mujeres. (27)

**Distribución Geográfica:** La incidencia de las conductas suicidas varía no solo entre los distintos países sino que incluso lo hace dentro del mismo país

**Estado Civil:** El suicidio es un hecho más 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.

**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

**Época del año, día y hora:** la mayoría de las estadísticas ponen de manifiesto que las tasas de suicidio son más 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 (28)

### **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 presentan 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 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 (2016-2018). 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. (29)

## **2.6 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 (30)

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 más firme de encontrar la muerte y en ellos hay etiología multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática, depresión, etc.

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.

Según la WHO, cerca de 800,000 personas se quitan la vida y muchas intentan hacerlo. El suicidio ocurre a cualquier edad y en el 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. (12)

El suicidio es un grave problema de salud pública; requiere de nuestra atención, sin embargo, su prevención y control no son una tarea fácil. Es importante saber que por cada caso de suicidio existen aproximadamente 20 intentos de suicidio.

Además, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo principal para el suicidio. Según la PAHO se calcula que el riesgo de muerte en personas con intentos de suicidios previos es 100 veces superior a la población general, y que entre 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. De estos el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado.<sup>2</sup>

De acuerdo a los datos del año 2018 brindados por el Observatorio Nacional de la Violencia en sus boletines de información mensual, la tasa nacional en Honduras de suicidio fue de 5.1 por cada 100 mil habitantes. Se determinó geográficamente que los departamentos con tasas más elevadas fueron La Paz e Intibucá con 11.4 y 10.3. Las tasas más bajas fueron de los

departamentos de Colon, Gracias a Dios y Olancho. (32)

El mecanismo difiere de país en país. En algunos por ejemplo es el uso de pesticidas como método más común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles y armas de fuego son más frecuentes.

Según el boletín del Observatorio Nacional de la Violencia en Honduras de los casos reportados de suicidio, el mecanismo más común fue por ahorcamiento y asfixia dando un 48.7%. Según el grupo etario, el 80% de los hombres se encontraban entre los 18-59 años de edad y para las mujeres entre los 12 y 30 años de edad.

No esta demás mencionar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el 2020 morirán por suicidio no menos de 1.530.000 seres humanos por cada uno de ellos lo intentarán entre 15 a 20. Esto llega a representar un suicidio cada 20 segundos y una tentativa de autoeliminación cada 1 a 2 segundos. (9)

En la mayoría de los casos se puede decir que el suicidio es una causa de muerte previsible y evitable si se tiene en cuenta los aspectos preventivos directos, indirectos y generales.

Se menciona que el primer año de ocurrida una tentativa de suicidio entre el 1% al 2% fallecen por esta causa. La supervivencia de la persona que intenta el suicidio para toda la vida oscila entre 10% a 20%. Es decir que alguien que haya intentado contra su vida tiene entre el 80% a 90% de posibilidad de morir por las mismas causas que la población general y no por suicidio.

Cabe mencionar que, aunque se implementen estrategias de prevención del suicidio científicamente fundamentadas, siempre habrá personas que no podrán ser salvadas, constituyendo lo que se denomina “suicidios imprevisibles”.

## 2.7 Manejo de Pacientes Intoxicados

En Honduras, como en la mayoría de los países latinoamericanos una gran parte de la población se dedica a la agricultura, por tanto existe un uso frecuente de plaguicidas, lo que conlleva a que exista un escenario idóneo para la aparición de intoxicaciones. (2)

Las intoxicaciones representan cuadros clínicos que muchas veces se convierten según las circunstancias, en situaciones difíciles de manejar

A su vez los signos y síntomas, además de ser variados, pueden carecer de especificidad. Por todo lo anterior la evaluación de este tipo de pacientes requiere tanto un examen físico exhaustivo, como una historia clínica a partir de una buena fuente, con el mayor número de detalles posible. Dado que los tóxicos pueden producir casi cualquier signo o síntoma, se debe sospechar intoxicación en un paciente con:

1. Cuadro clínico de inicio súbito (diarrea, náuseas y vómito, falla ventilatoria, convulsiones, alteración del estado de conciencia, alucinaciones, cambios de comportamiento, arritmias, distonías, falla orgánica multisistémica), sin causa clara, en paciente previamente sano.
2. Antecedentes de: polifarmacia, intento de suicidio previo, labor relacionada o contacto previo con tóxicos, trastorno psiquiátrico (adicciones, trastorno depresivo, duelos no resueltos). c. Aliento o sudor con olor extraño.
3. Quemaduras en boca, piel y/o mucosas.
4. Miosis puntiforme o cambios en la visión.
5. Historia clínica no concordante con examen físico.

Con el fin de estabilizar al paciente, se deben seguir las medidas referidas bajo la nemotecnia CABD (Control circulatorio, vía aérea, ventilación, Déficit neurológico). Posteriormente se deben realizar medidas que sean específicas según el caso, como prevenir la absorción o favorecer la eliminación del tóxico, vigilar la evolución clínica y tener en cuenta otro tipo de intoxicación en caso de no responder a antídotos o medidas utilizadas. (28)

Tanto en la historia clínica como en la ficha de notificación, debe quedar registrada la sustancia involucrada, su presentación, la cantidad aproximada ingerida, el tiempo transcurrido desde el momento de la exposición y la consulta, la vía de intoxicación (oral, dérmica, inhalatoria, parenteral, mucosas, ocular, desconocida), los tratamientos previos a la consulta hospitalaria (sean adecuados o no como inducción de vómito, administración de aceite o leche, etc.) (33)

### **2.8 Medidas específicas en el paciente intoxicado**

Lavado gástrico: requiere el paso de una sonda orogástrica y la secuencial administración y aspiración de pequeños volúmenes de líquido, en un intento por remover las sustancias tóxicas ingeridas que aún puedan encontrarse en el estómago (7)

Actualmente, debido a su reducido beneficio, no se recomienda su realización de manera rutinaria y ha dado paso cuando está indicado al uso de dosis únicas de carbón activado.

- Indicaciones: ingestión de una sustancia a dosis tóxicas, que no tenga capacidad de fijarse al carbón, no tenga antídoto o sea dializable, que no sea corrosiva, que no deprima el nivel de conciencia y que no haya pasado más de una hora de su ingestión.
- Complicaciones: estimulación vagal y arritmias, intubación de la vía aérea con la sonda, con el consecuente paso a los pulmones del líquido

del lavado, broncoaspiración, traumas en la nariz y el tracto digestivo superior.

- Contraindicaciones: pacientes con cualquier grado de depresión del estado de conciencia, que hayan convulsionado o ingerido sustancias con potencial depresor del sistema nervioso central y mientras no tengan protegida la vía aérea.
- Procedimiento: el paciente debe estar en posición de Trendelenburg, con inclinación de 15 grados y en decúbito lateral izquierdo. En adultos se debe usar sonda 36 – 40 Fr (diámetro del mismo tamaño de dedo menique), en niños se utiliza sonda 24 – 28 Fr, la cual debe ser fijada y confirmar posición gástrica.

Se pasan volúmenes de agua de aproximadamente 200 – 300 mL (en lo posible tibia). En niños se debe usar solución salina 0.9 % a dosis 10 mL/kg de peso. El volumen de retorno, debe ser proporcional a la cantidad administrada. No se debe usar agua en los niños por el riesgo de inducir hiponatremia e intoxicación hídrica. Se debe continuar con el lavado hasta que el líquido de retorno sea claro, o hasta que se haya usado un volumen de 3 a 5 litros.

Carbón activado: es la estrategia de descontaminación más recomendada, desplazando el uso y las indicaciones del lavado gástrico. Funciona como un efectivo adsorbente, sin embargo, su utilidad es fundamentalmente si se usa antes de que pase una hora de haber sido ingerida la sustancia tóxica (16)

- Indicaciones: exposición por vía oral a sustancias tóxicas, en cantidades, tóxicas, con menos de una hora de la ingestión, sin deterioro del estado de conciencia. Ante cualquier evidencia de deterioro neurológico o la aparición de convulsiones, la administración de carbón activado debe hacerse previa intubación orotraqueal<sup>1</sup>.

- Complicaciones: broncoaspiración de carbón activado, íleo, obstrucción intestinal.
- Contraindicaciones: carece de utilidad o está contraindicado en la exposición a las siguientes sustancias: alcoholes, hidrocarburos, ácidos y álcalis, hierro, litio y otros metales. No se debe emplear en presencia de deterioro del estado de conciencia o convulsiones, ni en paciente no intubado.
- Procedimiento: cuando está indicado, se diluye 1 gramo por kilo de peso al 25% en agua corriente y se le da a tomar al paciente o se pasa por la sonda orogástrica, en dosis única. En las intoxicaciones por carbamazepina, dapsona, fenobarbital, quinina, teofilina; que tengan riesgo de comprometer la vida, se administra en la dosis mencionada cada 4 a 6 horas, durante 24 horas (esto se conoce como dosis repetidas de carbón activado).

Catarsis: los catárticos aceleran la expulsión del complejo carbón activado - tóxico del tracto gastrointestinal, ya que tradicionalmente se ha dicho que el carbón activado produce íleo u obstrucción intestinal<sup>1</sup>.

También se sabe que acelerar el tránsito intestinal, y por ende la expulsión del tóxico, no tiene ninguna utilidad como medida de descontaminación. Hoy su uso rutinario está cuestionado, dado que se considera que dosis únicas de carbón activado no implican riesgo de producir íleo u obstrucción intestinal (27)

- Indicaciones: paciente con dosis repetidas de carbón activado (ver apartado anterior).
- Complicaciones: náusea, dolor abdominal, vómito, hipotensión transitoria, deshidratación, hipernatremia, hipermagnesemia.

- Contraindicaciones: íleo paralítico, trauma abdominal reciente, cirugía de intestino reciente, obstrucción intestinal, perforación intestinal, ingestión de sustancia corrosiva, depleción de volumen, desbalance electrolítico, falla renal, bloqueo auriculoventricular.
- Procedimiento: en caso de ser necesario se debe usar una sola dosis. En nuestro medio se utiliza Sulfato de magnesio, hidróxido de aluminio.

#### Irrigación intestinal:

La irrigación intestinal limpia el intestino por la administración enteral de grandes cantidades de una solución osmóticamente balanceada de electrolitos, lo cual induce deposiciones líquidas, sin causar cambios significativos en el equilibrio hidroelectrolítico (28)

- Indicaciones: consumo de sustancias tóxicas de liberación sostenida, ingestión de tóxicos que no se fijan al carbón como metales pesados, litio y hierro y los que transportan paquetes de sustancias ilícitas en el tracto gastrointestinal (tradicionalmente llamados mulas).
- Complicaciones: náusea, vómito, dolor tipo cólico, enrojecimiento facial.
- Contraindicaciones: obstrucción intestinal, perforación, íleo paralítico y pacientes con inestabilidad hemodinámica o compromiso de vías aéreas.
- Procedimiento: cada sobre de polietilenglicol se disuelve en un litro de agua, a través de una sonda orogástrica o con la toma voluntaria del paciente, se pasa la dosis según la edad así: 9 meses a 6 años: 500 mL/hora, 6 a 12 años: 1 L/h y en adolescentes y adultos 1 a 2 L/h. Se continúa su administración hasta que el efluente rectal sea claro o mientras haya evidencia de que aún persiste el tóxico en el tracto gastrointestinal<sup>2</sup>. El efecto catártico inicia en una hora.

#### Manipulación del pH urinario

Alcalinización urinaria:

La alcalinización urinaria es una técnica utilizada para incrementar la excreción de una sustancia por vía renal mediante la administración de bicarbonato de sodio, para producir una orina con pH alcalino. El fundamento de este método es que sustancias tóxicas, que se comporten como ácidos débiles, incrementen su disociación, en un pH alcalino, con el fin de favorecer su excreción (“trampa iónica”). (6)

Como el principal objetivo es la manipulación del pH urinario, deben evitarse términos como diuresis alcalina o diuresis forzada. Cuando está indicado su uso, debe hacerse adicionalmente medición de creatinina, glicemia y estado ácido base. (6)

- Indicaciones: intoxicación de moderada a grave por salicilatos y que no cumple criterios para hemodiálisis, intoxicación por 2,4 diclorofenoxiacético.
- Complicaciones: alkalemia, hipokalemia, tetania alcalótica e hipocalcemia.
- Contraindicaciones: falla renal, isquemia cardíaca de base con edema pulmonar no cardiogénico, edema cerebral, síndrome de secreción excesiva de hormona antidiurética. En estos casos se debe considerar hemodiálisis o hemoperfusión.
- Procedimiento: 2 mEq/kg de bicarbonato de sodio (ampollas de 10 mL, 1 mL = 1 mEq), en 1 litro de agua destilada, se pasa 250 mL en una hora y el resto 75 mL/hora.

A cada litro de la mezcla se le adicionan 10 a 20 mEq de cloruro de potasio.

La velocidad de infusión se ajusta para mantener un pH urinario en 7.5, el cual debe controlarse cada hora<sup>2</sup>. En la intoxicación por 2,4

diclorofenoxiacético se debe mantener un gasto urinario de 600 mL/h y suspender cuando haya mejoría del paciente y en salicilatos se suspende cuando las concentraciones sanguíneas estén por debajo de 250 mg/L.

La acidificación urinaria incrementa la posibilidad de empeorar el daño renal cuando hay mioglobinuria, motivo por el cual nunca se recomienda<sup>1</sup>.

Hemodiálisis: esta posee indicaciones específicas como:

1. Droga dializable
2. Intoxicación con coma profundo, Apnea, hipotensión severa refractaria, alteraciones electrolíticas y acidobásicas severas refractarias
3. Alteraciones de la temperatura que no se corrigen con medidas tradicionales
4. Intoxicación en pacientes con comorbilidades que le dificulten la eliminación fisiológica

## 2.9 Antídotos específicos

Toxina		
Opioides	Naloxona	0.2-2 mg IV,IM,SC o endotraqueal
Acetaminofén	N-acetylcisteína	140 mg/kg PO y luego 70 mg/kg cada 4 horas por 14 dosis
Benzodiacepinas	Flumazenil	0.2-0.5 mg en 30 segundos y luego 0.3 mg/min hasta un total de 3mg

Anticolinesterasas	Sulfato de atropina	15 mg IV, IM hasta sequedad de mucosas
Cumarínicos	Vitamina K	10 mg IV o IM cada 8-12 hora según gravedad
	Plasma Fresco congelado	Según la gravedad del sangrado

Fuente: Emerg Med Clin North Am 2007; 25(2):249-281.

## 2.10 MANEJO DE LAS INTOXICACIONES MAS COMUNES

### RATICIDAS ANTICOAGULANTES (SUPERWARFARINAS)

Los derivados de la cumarina han sido ampliamente usados como anticoagulantes y como pesticidas, sin embargo, ante la aparición de roedores resistentes a sus efectos, se introdujo un nuevo grupo al que se llamó superwarfarinas (hidroxicumarinas e indandionas), y que actualmente no tienen papel terapéutico en la anticoagulación humana (12)

En el grupo de las hidroxicumarinas se encuentran: difenacoum (Ratak), bradifacoum (Klerat), bromadiolona (Contrac, Lanirat, Ratex) y cumatetralil (Racumin); en el grupo de las indandionas están: difacinona (Matex), clorofacinona (Ramucide) y pindona.

Manifestaciones clínicas: la mayoría de los pacientes no presentan alteraciones clínicas. El efecto anticoagulante (prolongación del TP) aparece dentro de las primeras 48. Los cuadros de sangrado pueden ser de leves (hematomas, sangrado al cepillarse los dientes) a graves (sangrado masivo

de tracto gastrointestinal o hemorragia del SNC) y comprometer cualquier órgano o sistema. La coagulopatía puede persistir por semanas a meses (8 – 12 meses), lo cual suele suceder cuando la ingesta de la superwarfarina es crónica (12)

Diagnóstico: hemoglobina, hematocrito, plaquetas, grupo sanguíneo, TP, INR, TPT al ingreso, con TP e INR a las 24 y 48 horas posterior a la intoxicación.

Tratamiento: nunca se aplica vitamina K profilácticamente o empíricamente por la historia de ingesta de un anticoagulante, porque da la falsa seguridad de que al realizarse el tratamiento, no aparecerán alteraciones y los valores de TP/INR no servirán como parámetros para evaluar la gravedad de la intoxicación durante las siguientes 48 horas<sup>3</sup>.

#### 1. Paciente asintomático con INR prolongado

- Si el INR es menor de 3.9, sólo debe realizarse control de laboratorio hasta que el INR se normalice, no se aplica vitamina K.
- Si el INR es  $\geq$  a 4 se debe administrar vitamina K1 10 a 30 mg vía IV, IM en adultos y 0.4 mg/ kg/ dosis vía oral en niños, cada 6 a 12 horas.

#### 2. Paciente con sangrado activo:

- Plasma fresco congelado: 15 mL/ kg, o concentrado de factores 50 unidades / kg o factor VII recombinante 1.2 a 4.8 mg. 2. La vitamina K1 por la ruta intravenosa. Se controla el INR cada 12 horas y se continúa el esquema de dosificación como se explicó en el apartado anterior (paciente asintomático con INR prolongado).

## 2.11 Intoxicación Por Inhibidores De Colinesterasas (Organofosforados Y Carbamatos)

Los organofosforados y carbonatos pertenecen al grupo de los pesticidas, son sustancias de amplia utilización en la agricultura y la ganadería, producen el 80% de las intoxicaciones por pesticidas en el mundo<sup>4</sup> y son las sustancias que más frecuentemente causan intoxicaciones en humanos. Su toxicidad es alta y las exposiciones en humanos se deben a: intentos suicidas, accidentes de trabajo durante las actividades agrícolas, ingreso a lugares recién fumigados, por el consumo de alimentos contaminados y también han sido utilizados como armas químicas(2)

Manifestaciones tóxicas: pueden aparecer tan rápidamente como a los 5 minutos o pueden tardarse más de 24 horas. Los signos y síntomas de la intoxicación se clasifican de la siguiente manera:

SNC: ansiedad, inquietud motora, insomnio, cefalea, mareo, temblores, rigidez, coreoatetosis, alteraciones del comportamiento, depresión respiratoria, hipoxemia, confusión, convulsiones, coma y paro respiratorio<sup>8</sup>. Las manifestaciones del sistema nervioso central usualmente están ausentes en intoxicaciones debidas a carbamatos. Sin embargo, cuando se presentan se deben más a la hipoxemia que a la estimulación de receptores colinérgicos<sup>4</sup>.

Nicotínicos: fasciculaciones, taquicardia, hipertensión, midriasis, hipotonía, mialgias, retención urinaria, hiperglicemia, cetosis, leucocitosis, calambres musculares y el clásico síndrome intermedio (aunque algunos lo atribuyen a un daño muscular ocurrido en la fase aguda de la intoxicación)<sup>4</sup>

Muscarínicos: miosis, lagrimeo, sialorrea, broncorrea (algunas veces tan grave que puede simular un edema pulmonar agudo), diaforesis, aumento del peristaltismo, dolor tipo cólico, diarrea, tenesmo, incontinencia urinaria, bradicardia, prolongación del intervalo PR, bloqueos cardiacos, broncoespasmo, disnea y sibilancias, hipotensión, dolor abdominal y vómito<sup>5</sup>.

Una de las principales manifestaciones cardiovasculares es la prolongación del intervalo QTc, que puede llevar a taquicardia ventricular polimorfa<sup>8</sup> (arritmia TORSADES DE POINS), aunque también pueden presentarse otro tipo de arritmias. Además de todos los anteriores, pueden presentarse colitis, pancreatitis y neumonitis química

Tratamiento:

1. CABD, donde la aspiración de secreciones debe ser esencial
2. Baño exhaustivo con abundante agua y jabón, si hubo exposición dérmica (fumigadores).
3. Monitoreo cardíaco continuo y electrocardiograma cada 6 horas, las primeras 24 horas.
4. Realizar lavado gástrico sólo si la intoxicación es por vía oral y si el paciente llega en la primera hora de la intoxicación (Narváez S, Morales A; , 2011)
5. Si se realizó lavado gástrico, administrar carbón activado siguiendo las recomendaciones previamente mencionadas
6. Atropina 1 a 3 mg (1 a 3 ampollas) intravenosa, directa y rápida (niños 0.02 mg/kg), evaluando la respuesta cada 5 minutos y repitiendo en este mismo intervalo de tiempo hasta obtener frecuencia cardíaca mayor a 80 pulsaciones/minuto, presión arterial sistólica mayor a 80 mmHg, sin broncorrea (auscultación pulmonar sin roncus, pero es necesario tener presente que la atropina no puede eliminar ruidos anormales de regiones donde hubo broncoaspiración), aspecto de mucosa oral similar a una hidratación normal y pupilas que ya no tienen miosis puntiforme. No es necesario aplicar atropina hasta obtener midriasis.

7. En caso de agitación o convulsiones se deben controlar con benzodiazepinas (diazepam 5 a 10 mg intravenosos cada 10 a 15 minutos hasta un máximo de 30 mg).
8. Intubación y ventilación mecánica en caso de fallo ventilatori.
9. Si se presenta arritmia de puntas torcidas se debe suministrar sulfato de magnesio 2-4 gramos (1-2 ampollas) intravenoso directo (niños 0.3 mL/kg)
10. No se debe dar alta al paciente hasta que cumpla 48 horas asintomático.
11. Valoración por psiquiatría en caso de intento suicida.

## **2.12 INTOXICACIÓN POR PARAQUAT**

paraquat y diquat son herbicidas sólidos, insípidos e inodoros, muy solubles en agua, pertenecientes al grupo de los bipyridilos. Paraquat es el más usado, su forma líquida se emplea para el control de malezas y como regulador del crecimiento vegetal, en tanto, diquat se utiliza como herbicida acuático, especialmente en la región Caribe<sup>1</sup>.

### Manifestaciones clínicas:

Inicialmente las características del envenenamiento incluyen náuseas, vómito y dolor abdominal. El espectro adicional de manifestaciones depende de la dosis ingerida; cuando esta es 40mg/kg (por ejemplo,  $\geq 20$  mL de una solución al 20%) producen en pocas horas la muerte secundaria a falla orgánica multisistémica (incluyendo coma, necrosis adrenal, acidosis metabólica, convulsiones, edema y falla pulmonar y arritmias y depresión miocárdica)<sup>1</sup>.

Diquat causa síntomas similares pero no causa fibrosis pulmonar. Con diquat es más común la neurotoxicidad y una gastroenteritis severa con secuestro de líquidos con pérdida masiva de líquidos y electrolitos que puede contribuir a empeorar la falla renal<sup>2</sup>.

Cuando hay exposición ocular o de mucosas, independiente de la dosis y del biperidilo, se pueden observar: edema, eritema, conjuntivitis, queratitis y úlceras, entre otros.

**Tratamiento:**

1. Realizar CABD.
2. Nada vía oral en las primeras 24 horas. No inducir el vómito.
3. Canalizar 2 venas: una para medicación general y otra para líquidos endovenosos (solución salina al 0.9% o Sol Hartman) a razón de 30 mL/kg/día.
4. En caso de úlceras orales, realizar enjuagues bucales cada 8 horas con una mezcla de 10 mL de difenhidramina, 10 mL de nistatina y 10 mL de hidróxido de aluminio.
5. En caso de compromiso ocular, se debe realizar lavado del ojo afectado con solución salina al 0.9% a goteo continuo durante 1 hora.
6. En caso de contaminación dérmica se debe hacer baño exhaustivo del paciente.
7. El lavado gástrico sólo está indicado si la sobredosis por vía oral tiene menos de una hora de evolución. Suministrar inmediatamente por sonda nasogástrica (o vía oral) adsorbentes como la tierra de Fuller al 25% (o la bentonita al 7.5%), a dosis de 1.5 g/kg adultos. Esta administración debe repetirse cada 4 a 8 horas por 24 horas. En caso de no disponer de tierra de Fuller se puede emplear carbón activado.
8. Adicionalmente, prescribir manitol 5 mL/kg por vía oral (o sonda nasogástrica), en caso de no tenerlo disponible pueden administrarse por la misma ruta 250 mg/kg de hidróxido de magnesio o sulfato de magnesio.

## 2.13 INTOXICACION POR BENZODIACEPINAS

Las benzodiazepinas son medicamentos seguros, eficaces y de bajo costo, ampliamente utilizados como sedantes, hipnóticos, anticonvulsivantes, en síndrome de abstinencia alcohólica e inducción anestésica

### Manifestaciones clínicas:

El inicio de la sintomatología depende de la sustancia, de la vía de administración y de la dosis, aunque usualmente se manifiestan entre 30 y 120 minutos después de ingeridas. Las manifestaciones agudas se asocian con el efecto depresor del sistema nervioso (sedación, disartria, ataxia y nistagmus), dependiendo de la sobredosis se puede evolucionar hasta alteraciones cardiopulmonares, coma (usualmente acompañada de hiporreflexia y pupilas mióticas) y muerte<sup>7</sup>. En niños y ancianos pueden presentarse efectos paradójicos como agitación psicomotora y convulsiones. La aplicación intravenosa rápida de benzodiazepinas (principalmente midazolam) se ha asociado con paros respiratorios.

### Tratamiento:

1. Estabilizar el paciente. Realizar CABD.
2. Suspender la vía oral (por la depresión del SNC) e intubar si el Glasgow  $\leq 8$ .
3. Observar al paciente por un periodo mínimo de 24 horas, y tratar coma, hipotensión e hipotermia si ocurren.
3. No se recomienda el lavado gástrico por alto riesgo de broncoaspiración debido a la depresión del sistema nervioso. Ni la diuresis forzada, ni la diálisis sirven remover las benzodiazepinas.
4. Considere carbón activado (1g/kg en solución al 25% por SNG) si la ingestión ocurrió 30 minutos antes. No se recomienda su uso si el paciente tiene deterioro del estado de conciencia.

5. El antídoto específico (antagonista del receptor de las benzodiazepinas) es flumazenil (lanexat®, ampollas 0.5 mg/5mL). Se recomienda sólo en aquellos casos selectos en los cuales hay coma y depresión respiratoria, esto porque la esta intoxicación es rara vez fatal y el antídoto puede inducir hipotensión, arritmias o alteraciones hemodinámicas y puede desencadenar convulsiones en pacientes con historia de epilepsia, aumento de la presión intracraneana, ingestión concomitante de antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes, hidrato de cloral y cocaína, e incluso puede precipitar un síndrome de abstinencia en pacientes adictos a las benzodiazepinas.
6. Si se decide administrar flumazenil, la dosis intravenosa inicial es de 0.2 mg (0.01mg/kg, en niños), y si no se obtiene respuesta se suministran bolos de 0.3 mg, a necesidad hasta un máximo de 3 mg en adultos.

## **2.14 INTOXICACIÓN POR OPIOIDES**

Los opioides son el grupo de sustancias con acción similar a la morfina, que es un alcaloide derivado de la planta *Papaver somniferum*, y se dividen en naturales (morfina, heroína, codeína, hidrocodona) y sintéticos (fentanilo, butorfanol, meperidina, hidromorfona, nalbufina y metadona)<sup>9</sup>.

Manifestaciones clínicas:

El toxidrome opioide clásico consiste en alteración del estado de conciencia, depresión respiratoria, mioiisis y disminución del peristaltismo<sup>9</sup>.

Sistema nervioso central: según la dosis se puede observarse euforia o disforia, letargia, somnolencia progresiva y coma. La meperidina, dextrometorfano y codeína pueden causar hiperirritabilidad y un síndrome mixto de estupor y delirium. La morfina y sus congéneres causan constricción pupilar, sin embargo el propoxifeno, la meperidina y la pentazocina no afectan

el tamaño pupilar, y puede encontrarse midriasis en pacientes con hipoxia o anoxia cerebral<sup>2</sup>. El diámetro pupilar puede variar en caso de combinación con estimulantes (cocaína) y anticolinérgicos (escopolamina)<sup>10</sup>. Las convulsiones ocurren principalmente por hipoxia, aunque la meperidina, el propoxifeno y el tramadol pueden producirlas de manera directa.

Efectos respiratorios: la falla respiratoria es la consecuencia más seria de la sobredosis de opioides y se debe a la disminución en la sensibilidad al dióxido de carbono y de la respuesta ventilatoria a la hipoxia<sup>9</sup>.

Efectos gastrointestinales: se presentan náuseas y vómito por estimulación de la zona quimiorreceptora, y retraso del vaciamiento gástrico y disminución del peristaltismo por la activación de los receptores  $\mu$  intestinales<sup>9</sup>.

Efectos cardiovasculares: hipotensión mediada principalmente por liberación de histamina, bradicardia por disminución de la estimulación del SNC y daño miocárdico en caso de hipoxia prolongada<sup>1,2</sup>.

Otros: la intoxicación aguda puede complicarse con rabdomiolisis, hiperkalemia, mioglobinuria y falla renal.

Tratamiento:

Debe enfocarse en el manejo de la vía aérea, administración de naloxona y soporte hemodinámico.

1. Practicar el CABD.
2. En caso de depresión respiratoria administrar naloxona intravenosa (Narcan®), disponible en ampollas de 0.4 mg/mL (de 1 y 10 mL) o ampollas de 1 mg/mL (de 2 mL). También puede administrarse por vía intratraqueal, intramuscular, intraósea o subcutánea.

En pacientes no dependientes a opioides: bolos directos (30 segundos) crecientes de 0.4 a 2 mg cada 2 ó 3 minutos a necesidad (hasta lograr

respiración espontánea), si no hay respuesta después de 10 mg, reevaluar el diagnóstico.

En pacientes dependientes a opioides: bolos directos crecientes de 0.1 a 0.2 mg cada 2 ó 3 minutos hasta lograr respiración espontánea (si no hay respuesta después de 10 mg, reevaluar el diagnóstico)<sup>1</sup>.

En ambos casos se debe continuar con una infusión continua de 0.25 a 6.25 mg/hora (0.04 a 0.16 mg/kg/hora en niños.)La infusión se titula para mantener una adecuada ventilación espontánea sin precipitar abstinencia opioide aguda y se mantiene por 12-24 horas.

3. No inducir vómito.
4. Lavado gástrico y carbón activado, si cumple criterios
5. Indicaciones para unidad de cuidados intensivos: lesión pulmonar aguda, edema pulmonar, hipotensión o bradicardia, requerimiento de ventilación mecánica.
6. En caso de presentar síndrome de abstinencia, remitirse a la guía para su respectivo manejo.
7. Una vez el paciente esté estable, evaluar su motivación y posibilidades de ingresar a un programa de rehabilitación.

## **2.15 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 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 (29)

Si el medico 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.

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.
- Perdida 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.

Las normas a seguir para la atención al paciente con riesgo suicida:

- Todo paciente que consulta por ideas o intentos suicidas, si llega personalmente, le llevan familiares o amigos; o se detecta en el interrogatorio cuando consulta por otra causa, deberá tenerse como emergencia y no podrá dejarse ir a su casa como se hace usualmente.
- Si ya realizó el intento, la acción no debe reducirse a aliviar el daño físico (lavado gástrico, sutura de heridas, etc.).
- Deberá permanecer en observación, interrogársele exhaustivamente según lo permita su estado, investigar ampliamente el caso con la familia, compañeros de trabajo, de estudio, amigos y allegados, hasta tener una idea clara de su manera de ser habitual y de los cambios observados recientemente por quienes le conocen.
- Se deberá proceder a evaluar el grado de riesgo suicida y de acuerdo al mismo se tomará la decisión de la conducta a seguir
- Se advertirá al paciente, su familia y personas de su entorno de la gravedad del asunto, de la conducta más adecuada para afrontar el problema y de la necesidad de la colaboración de todos.
- Si se duda sobre la gravedad del riesgo, es imperativo pecar por exceso e internar al paciente. El personal del Centro debe estar advertido que en casos de grave riesgo los intentos suelen repetirse en el seno de la unidad y que un 10% lo logran. El potencial suicida amerita vigilancia cercana todos los segundos de cada 24 horas. (7)

- Si el personal de la unidad no se considera con la capacidad suficiente para tratar el caso y cuenta en su SILAIS o en el vecino con personal del Programa de Salud Mental, deberá referirlo con amplias explicaciones a la familia que deberá acompañarlo, o en su defecto, un miembro del personal ; y estar preparados para recibirlo una vez que el equipo especializado lo haya sacado de la crisis y lo devuelva con una contra referencia completa, para su seguimiento sistemático, que implica visitas domiciliarias si el paciente rehúsa regresar y la familia no puede o no quiere colaborar.
- En todos los casos, el Director del Hospital a que ha sido referido no deberá ni podrá rehusar su ingreso, con base en la Resolución Ministerial 31-93 que obliga a internar a los pacientes por causa psiquiátrica en el hospital de su comunidad, pero más en este caso, pues es un paciente que está más cerca de la muerte que algunos admitidos con enfermedades “convencionales”.
- En caso de que la familia rehusé el internamiento a pesar de los razonamientos que use el personal tratante para persuadirles, deber exigirse la firma de un documento de exoneración de responsabilidad por parte del familiar responsable.
- No obstante, esto no libera al equipo tratante de la responsabilidad de continuar el tratamiento ambulatorio con consultas diarias mientras dura la crisis aguda, hasta que se considere libre de riesgo inminente, aumentando el intervalo de las citas según evolución y en dependencia del diagnóstico de la patología subyacente en caso de que exista alguna (depresión, esquizofrenia, epilepsia, etc.). Se deberá advertir a la familia que el paciente debe ser vigilado permanentemente, que unos pocos minutos dentro del baño bastan para matarse o de soledad en el dormitorio para ahorcarse.
- Ningún caso detectado con ideas o intentos suicidas en las emergencias o consultas de dichos centros, deberá ser enviado a su casa o a pedir cita. Se deberá establecer la consulta inmediata en las

horas laborales, o dejar en observación y pasarlo a los especialistas a primera hora. En todo caso, el personal que detecta no deberá limitarse a escribir la referencia sino a dejar en contacto al paciente con la persona

- especializado. En caso de períodos prolongados (fines de semana, vacaciones, etc.), el paciente se enviará a la emergencia del Hospital Psiquiátrico.
- De ser necesaria la medicación para el problema subyacente detectado, deberá entregarse la dosis a la familia, recomendando administrarle la dosis individual y nunca darles provisión total del fármaco que se acerque ni remotamente a la dosis letal.
- Tener en cuenta que, en los pacientes deprimidos, entre quienes es más frecuente el suicidio, el riesgo aumenta a partir de las dos primeras semanas de tratamiento antidepressivo, pues se incrementan los actos voluntarios. Advertirle a la familia o acompañantes.
- Recordar que la conducta humana es de origen multicausal y no debemos contentarnos con buscar una causa vivencial externa reciente para atribuirle carácter etiológico. La investigación debe ser completa y la estrategia de intervención terapéutica será integral, utilizando los recursos de la institución, del paciente, de su familia y de su entorno social, incluyendo el religioso, educativo y laboral.

## **HIPÓTESIS Y VARIABLES:**

Variable independiente: pacientes con intento auto lítico

Variable dependiente: Caracterización sociodemográfica

### **Hipótesis**

1. Las mujeres tienen más intento autolítico que los hombres.
2. Las personas con intento auto lítico lo hacen con elementos tóxicos que tienen en casa o ahorcamientos.
3. Las personas con antecedentes auto lítico lo hacen porque tienen antecedentes familiares, psiquiátricos, depresivos, patológicos, psiquiátricos.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

- **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

Estudio transversal, descriptivo, se llevó a cabo de diciembre a junio del 2020-2021 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Occidente.

- **UNIDAD DE ANALISIS**

Para el estudio se usó la escala de Sad Persons a todos los pacientes con intento suicida que asiste al Hospital de Occidente en el periodo de 2020-2021.

- **UNIDAD DE INFORMACION**

Información brindada por los pacientes atendidos en la emergencia mediante el llenado del cuestionario y escala de Sad Persons.

- **POBLACION Y MUESTRA**

### **3..1 POBLACION**

Todos los sobrevivientes de intento suicida atendidos en la emergencia de Medicina Interna del Hospital de Occidente.

### **3..2 MUESTRA**

Se incluyó a todo paciente con intento suicida que se atiende en la emergencia del Departamento de Medicina Interna del Hospital de Occidente.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION**

#### **INCLUSION**

- Paciente con intento suicida que se atiende en el Hospital de Occidente
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos

#### **EXCLUSION**

- Todo paciente que se rehusó a responder el cuestionario y la escala de Sad Persons.
- Pacientes menores de edad
- Pacientes intoxicados de manera accidental

### **3.6 ASPECTOS ETICOS**

Previo al inicio del proyecto, la población participante fue informada del propósito del estudio, así como de los beneficios que representa para ellos. Se tomó el consentimiento informado por parte de cada participante ya que se tratará con pacientes en situaciones delicadas, por lo que será una investigación confidencial.

Los resultados se utilizarán solo para propósito de esta investigación y de manera confidencial.

Al igual que si algún paciente resultara tener algún factor de riesgo se hará referencia al psiquiatra, ya que esta investigación esta asesorada por un psiquiatra.

Sin embargo, deseo enfatizar que la participación en esta investigación es voluntaria. En otras palabras, el paciente puede, en cualquier momento,

negarse a participar, decidir no contestar cualquier pregunta o escoger abandonar la entrevista.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

TABLA Y DESCRIPCION.

**Tabla 1. Intento suicida según la edad del paciente**

	CANTIDAD	PORCENTAJE
18	2	13%
19	5	33%
20	2	13%
21	2	13%
22	1	7%
29	1	7%
38	1	7%
45	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Según la edad del paciente en donde mayor incidencia será es entre los 18 a los 21 años ya que son unidades vulnerables, donde el pensamiento de ellos es más que todo superficial en cambio la persona de 45 años fue por huida de su esposa de casa.

**Tabla 2. Intento suicida según el sexo de la persona**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
M	5	33%
F	10	67%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las personas según el sexo se da más que todo la frecuencia de estos intentos en las mujeres, ya que por cualquier situación que vivan sienten que el mundo se les vino encima y no se sienten con la potencia para seguir adelante, según lo que nos comentan ellas es que sienten que el mundo se les vino encima.

**Tabla 3. Intento suicida según escolaridad**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
PRIMARIA	12	80%
SECUNDARIA	1	7%
UNIVERSITARIA	2	13%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de las personas según escolaridad son del área de primaria, una persona que estudió su carrera secundaria y dos personas su carrera universitaria, está claro que esta situación autolítico no tiene barreras de escolaridad o análisis de vida

**Tabla 4. Intento suicida según religión**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Católico	4	27%
Gnóstico	2	13%
Evangélico	8	53%
Ninguno	1	7%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Interesante, ya que en las iglesias inculcan el amor a la vida, pero aquí podemos denotar que ocho de estas personas son el 53% son evangélicas y un 27% católica

**TABLA 5. Intento suicida según lugar de procedencia: rural / urbana**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Rural	9	60%
Urbana	6	40%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

La mayor parte de personas de esta situación son del área rural en un 60% y 40% del área urbana

**Tabla 6. Intento suicida según ingresos mensuales**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
0 – 10,000	15	100%
10,001-20,000	0	0%
20,001-30,001	0	0%
30,001-50,001	0	0%
50,001 o mas	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Es difícil de notar según los ingresos mensuales de los pacientes ya que la mayor parte de personas oscilan entre cero a L10,000, un salario con el cual tienen que cubrir sus deudas mensualmente, y eso es cuando ellos pueden alcanzar un salario que la mayor parte de estas personas dicen que llega a veces hasta los L2,500.00 o menos

**Tabla 7. Intento suicida según antecedentes familiares**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alcoholismo	8	26%
Uso y abuso de drogas	6	19%
Violencia madre	4	13%
Violencia padre	1	3%
Peleas entre hermanos	6	19%
Abandono del padre	6	19%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes familiares en un 26% se puede ver que hay alcoholismo, un 19% uso y abuso de drogas, un 19% peleas entre hermanos o sea Bullying, un 19% han sufrido abandono del padre, un 13% ha sufrido violencia de parte de su madre y un 3% violencia de parte de su padre, estas situaciones vienen agravar el problema del paciente ya que él se enfrasca en situación caótica familiar que quiera sí o no hay un momento que repercute en su psiquis y hace que esto vuelva contrario a sus pensamientos

**Tabla 8. Intento suicida según antecedentes psiquiátricos familiares**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Depresión	7	64%
Ansiedad	3	27%
Esquizofrenia	0	0%
Trastorno bipolar	1	9%
Otro (indique)	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos familiares en un 64% sufren de depresión, 27% ansiedad, y 1% trastorno bipolar, esto no significa que las personas puedan heredar estos antecedentes, esto a veces estos envuelven a la persona hasta cansarlos o también a sentir lo mismo que su familiar

**Tabla 10. Intento suicida según antecedentes personales patológicos**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alcoholismo	6	32%
Uso y abuso de drogas	2	11%
Ingreso maras	0	0%
Abusar de los demás (hacer bullying)	0	0%
Ser abusado (le hagan bullying)	11	58%
Ser violado sexualmente	0	0%
Violar sexualmente a otra persona	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes personales patológicos se puede observar según el gráfico anterior que un 32% o sufren de alcoholismo un 11% ha

sufrido uso y abuso de drogas un 58% ha sido una persona abusada o sea que ya han hecho Bullying que no solamente en la calle sino también en su casa lo que hace que las personas se enfraquen en una impotencia de sobrevivencia.

**Tabla 11. Intento suicida según antecedentes psiquiátricos personales**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Depresión	4	44%
Ansiedad	4	44%
Esquizofrenia	0	0%
Trastorno bipolar	1	11%
Otro (indique)	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos personales podemos denotar un 44% que ha sufrido de depresión otro 44% suspendió ansiedad y un 11% Al parecer sufren de trastorno bipolar, Estos datos psiquiátricos han sido reportados por el departamento de psicología y psiquiatría del Hospital occidente mismo que están anexados en su reporte médico.

Hay tres personas que han sufrido intentos o suicidios previos un 67% dice que ya han intentado hacerlo y una persona ya tenido siete intentos de suicidio, lo que nos lleva a una necesidad grave de un departamento de psiquiatría donde traten solamente estos temas autolíticos, por las debidas situaciones e intento de suicidas que se conoce.

**Tabla 12. Intento suicida según intentos suicidas previos**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	2	67%
2	0	0%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
6	0	0%
7	1	33%
8	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 13. Intento suicida según quién intentó suicidarse en su familia:**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Hermano	2	67%
Tío	1	33%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Según la muestra tomada dijeron las pacientes que en su familia 2 de sus hermanos cometieron el intento autolítico y otra paciente dijo que un tío se había suicidado, estos son los antecedentes familiares.

**Tabla 14. Intento suicida según tipo de intento**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Tomó medicinas	1	33%
Pastillas para curar frijoles	0	0%
Ahorcarse	1	33%
Darse un balazo	0	0%
Tirarse en la calle para ser atropellado	0	0%
Tomo químicos	1	33%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Según el gráfico anterior el tipo de intento de suicidio un 33% tomo pastillas o medicinas un 33% trato de ahorcarse y un 33% tomó sustancias químicas como plaguicidas, Metanol, cetonas, hidrocarburos entre otros

**Tabla 15. Intento suicida según intento suicida actual**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	15	100%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Estas son las pacientes que llegaron graves a urgencia urgencias señalando que era su primera vez que cometía esta acción, de estos 15 solamente una persona murió y los demás quedaron con tratamiento médico, o diferentes acciones que hizo el hospital de Occidente para poder salvarle la vida

**Tabla 16. Intento suicida según tipo de intento**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Tomó medicinas	1	7%
Pastillas para curar frijoles	2	13%
Ahorcarse	2	13%
Darse un balazo	1	7%
Tomo químicos	9	60%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia

Según el tipo de intento que utilizaron los pacientes para suicidarse están: la ingesta de medicamento para intoxicarse en un 7%, en un 13% tomó pastillas para curar frijol en un 13% intentó ahorcarse en un 9% tomó químicos como gramoxone, y herbicida, Pirina, Blue fosforado diluido con agua, Grifo, clonazepam, imipramina. Son diferentes las situaciones por las cuales estas personas tomaron esta decisión entre ellas desesperación por vivir solas, tristeza porque se fue su compañera de hogar y diferentes discusiones que el mantenía en casa, decepción amorosa, abuso emocional en casa entre ellos insultos y corre lo de su hogar y problemas económicos

Las complicaciones que se pudieron haber dado en la mayor parte de los casos fue intensos lavado gástrico, la persona sufría dolor en el cuello cefalea por el ahorcamiento esto fueron atendidos y remitidos al psicólogo del centro asistencial

La escala SAD PERSONS es una herramienta de evaluación de riesgos ampliamente utilizada para el comportamiento suicida a pesar de la escasez de datos de apoyo. El objetivo de este estudio fue examinar la capacidad de la escala para predecir intentos de suicidio.

**Tabla 17. Intento suicida: Escala de Sad Persons de forma afirmativa**

DETALLE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sexo (los hombres tienen mayor riesgo de suicidio que las mujeres)	6	11%
Edad (mayor de 20 años, menor de 45 años)	5	9%
Depresión	10	19%
Intentos previos	4	8%
Abuso de etanol	6	11%
Perdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones	3	6%
Soporte social deficiente	7	13%
Plan Organizado	4	8%
Ausencia de pareja	8	15%
Enfermedad Física	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>53</b>	<b>85%</b>

Fuente: Elaboración propia

Los participantes consistieron en derivaciones consecutivas (N = 4.019) durante 7 meses (diciembre a junio del 2020-2021) a los servicios de emergencia primaria del Hospital de Occidente de Santa Rosa de Copán. Las puntuaciones de las escalas de PERSONAS TRISTE y PERSONAS TRISTE Modificadas (MSPS) se registraron para los individuos en su índice y en todas las presentaciones posteriores. Las 2 principales medidas de resultado del estudio incluyeron intentos de suicidio actuales (en la presentación índice) y

futuros intentos de suicidio (dentro de los 7 meses). La capacidad de las escalas para predecir intentos de suicidio se evaluó con regresión logística, análisis de sensibilidad y especificidad y curvas de características operativas del receptor.

**Tabla 18. Intento suicida: Escala de Sad Persons de forma afirmativa**

<b>DETALLE</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Sexo (los hombres tienen mayor riesgo de suicidio que las mujeres)	8	8%
Edad (mayor de 20 años, menor de 45 años)	10	10%
Depresión	5	5%
Intentos previos	11	11%
Abuso de etanol	9	9%
Perdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones	12	13%
Soporte social deficiente	8	8%
Plan Organizado	11	11%
Ausencia de pareja	7	7%
Enfermedad Física	15	16%
<b>TOTAL</b>	<b>96</b>	<b>77%</b>

Fuente: Elaboración propia

Una persona que corresponde a un (6.66%) murió por suicidio durante el período de estudio. Al predecir el suicidio a los 7 meses, las puntuaciones de riesgo medio y alto en el SPS tenían una sensibilidad del 49% y una

especificidad del 60%; los valores predictivos positivos y negativos fueron 0,9 y 99%, respectivamente. La mitad de los suicidios a intervalos de 2 y 9 meses fueron clasificados como de bajo riesgo por SPS en la visita índice. El área bajo la curva a los 7 meses para el SPS modificado fue 0,59 (intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,51-0,67). Las puntuaciones de alto riesgo (en comparación con las de bajo riesgo) se asociaron significativamente con la muerte por suicidio durante el período de estudio de 9 meses utilizando el SPS (índice de riesgo 2,49; IC del 95%: 1,34-4,61) y la versión modificada (índice de riesgo 2,29; IC del 95% 1,24-2,29).

## ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Este trabajo reporta los resultados de un gran número de jóvenes, lo cual da un panorama amplio acerca de la ideación e intento suicida que presentan en la zona occidental y de la relación que estas conductas tienen para tomar esta decisión. El suicidio es un evento complejo y multidimensional con una serie de factores que contribuyen. Las emergencias suicidas se encuentran entre otras emergencias conductuales y psiquiátricas que proporcionan la base para las visitas al departamento de emergencias.

Según se puede apreciar el suicidio y el intento de suicidio son comportamientos confinados a los seres humanos. Están enraizados fundamentalmente en la existencia humana y tienen como prerrequisito las propiedades autorreflexivas del individuo, es decir, el actuar consciente con la consecuencia o el intento de extinguir la propia existencia. Por tanto, los servicios de urgencias como el Hospital de Occidente son entornos clínicos ideales para la evaluación de pacientes suicidas. Por último, los factores asociados con la satisfacción del paciente y el cumplimiento del tratamiento se abordan para promover resultados de salud positivos entre los pacientes suicidas.

La comorbilidad psiquiátrica por ejemplo la depresión juega un papel importante en la prevalencia de la ideación suicida, como es evidente en esta investigación. Los estudios bibliográficos tomados muestran que la frecuencia de ideación suicida es significativamente mayor en aquellos con trastornos mentales y aquellos que toman medicamentos ansiolíticos y / o antipsicóticos, al igual que en los resultados obtenidos en el Hospital de Occidente.

Según el Hospital El Salvador en este año 2020 y parte del año 2021 las tasas de ideación suicida e intentos de suicidio fueron más altas, se aduce que es por el confinamiento, donde los jóvenes han realizado estas acciones contra

su vida pero son jóvenes de 11 a 21 años, del área urbana (34) , en cambio en Honduras según nuestro estudio en el Hospital de Occidente la tasa de jóvenes es de 19 a 21 años, en donde los intentos son del área rural en su mayoría. Las personas que se suicidan por completo están deprimidas en el momento de la muerte y el riesgo de suicidio en personas con diagnóstico de depresión es mayor que en la población general. Por lo tanto, los antecedentes de depresión son un factor desencadenante para evaluar al paciente por riesgo de suicidio.

Así como en El Salvador y aquí en Honduras son muchos elementos a considerar, como pensamientos, intenciones, planes, antecedentes de intentos de suicidio actuales, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes de violencia, intensidad de los sistemas depresivos, regímenes de tratamiento y respuesta previos o actuales, factores estresantes de vida recientes o concurrentes, alcohol, síntomas psicóticos y la situación de vida actual de la persona y los apoyos sociales. (34)

En el Hospital General San Juan de Dios se puede ver como en el Hospital de Occidente que la evaluación y el diagnóstico adecuados del riesgo y el potencial de suicidio pueden ayudar a salvar la vida de muchas personas involucradas en situaciones de crisis. Debido a que los pacientes en crisis a menudo acuden al departamento de emergencias para recibir tratamiento, es un lugar ideal para realizar la evaluación inicial del riesgo de suicidio de todos los pacientes en crisis que buscan asistencia. (35)

Es por esta razón que es importante que el personal del departamento de emergencias reconozca que los factores de riesgo pueden guiar la evaluación del suicidio, pero que una buena comunicación entre todo el personal involucrado en el cuidado de un paciente suicida es crucial.

En este sentido, los resultados de este estudio reportan que la prevalencia de intento suicida en jóvenes prevaleciendo de 18 a 21 años del área rural con un 60% y un 40% urbana fue de 67 % en las mujeres, y 33% en los hombres; tal como sucede en el Hospital de San Juan de Dios y el Hospital El Salvador. Esto quiere decir que por cada 3 mujeres que intentaron suicidarse un hombre lo intento (34), (35).

El 80% de los entrevistados del Hospital de Occidente tienen educación primaria, un 7% secundaria y un 13% universitaria; estas personas con intento autolítico un 53% son de religión evangélica, 27% católico, 13% gnóstico y un 7% no tiene religión alguna. Esto en el Hospital de San Juan de Dios tiene un repunte diferente, ya que la mayor parte de personas que se suicidan en un 59% aducen que son de la religión católica y el 62% son universitarios, esto lo compaginan con el tiempo de pandemia. (35)

Ninguna de estas personas tiene ingresos mensuales arriba de los 10,000.00o en ocasiones no hay ingresos, además el antecedente familiar ha habido problemas muy arraigados donde predomina el alcoholismo y uso y abuso de drogas, peleas entre hermanos, abandono del padre, violencia de la madre y padre, abusos o Bullying, mismos que han sido desencadenantes en este problema de intento de suicidio.

En el Hospital de El Salvador presenta similitud en cuanto o a los antecedentes psiquiátricos familiares del Hospital de Occidente un 64% sufre de depresión, un 27% de ansiedad, un 9% de trastorno bipolar, y si han tenido intentos de suicidio en la familia, el 57% dicen que ha habido suicidio por una vez y un 43% han tenido 2 intentos. Estos antecedentes patológicos ha desencadenado el Alcoholismo con un 32% Uso y abuso de drogas en un 11% y Ser abusado (le hagan bullying) en un 58%. (34)

El paciente ha tenido intentos de suicidio por una sola vez, pero para un paciente sería su séptima vez alcanzando así el 100%. Ellos lo que han hecho para su intento de suicidio es en un 60% tomar medicamentos tales como: hiervicida Piridina, gramoxone, Fotop, Ingesta de cinda glufosforado, dividido en agua, Glifos, clonatepam imipramina, entre otros, un 13% tomo pastilla para curar frijoles, un 13% intento de ahorcamiento, un 7% otras.

El suicidio y el intento de suicidio que llegan al Hospital de Occidente, Hospital El Salvador y Hospital San Juan de Dios son actos de múltiples determinaciones. Sin embargo, la ponderación de diferentes aspectos del suicidio y el intento de suicidio parece ser bastante difícil de explicar. (34), (35).

En este estudio las diferencias de sexo y comportamiento suicida, existen diferencias muy estables entre hombres y mujeres con preponderancia masculina en el suicidio y preponderancia femenina en los intentos de suicidio. Las razones de estas diferencias sexuales, culturas y épocas, no han sido bien investigadas y necesitan más investigación empírica.

No hay duda de que los motivos psicológicos no solo juegan un papel importante como desencadenantes de la conducta suicida, sino que también son determinantes importantes para el desarrollo de la conducta suicida.

El motivo más importante de la conducta suicida es sin duda la inminente pérdida de una relación humana, incluso si el deseo de morir supera al deseo de sobrevivir en el acto suicida, es decir, en la gravedad del intento de suicidio. Aparte de eso, como podemos ver en los gráficos anteriores, el giro de las tendencias agresivas hacia el propio carácter y la vulnerabilidad egoísta son rasgos de personalidad que predisponen a la conducta de cada uno.

En este estudio se ha encontrado que, en ciertas familias, la carga genética de la conducta suicida podría confirmarse al tener intentos suicidas. Esta carga

genética a menudo está relacionada con enfermedades psiquiátricas como el trastorno depresivo, la adicción, el trastorno de ansiedad, la esquizofrenia y el trastorno de la personalidad, aunque aún no se sabe bien si esta hipótesis sea comprobada porque el psiquiatra y psicólogo aún no han dictaminado estas acciones.

Los estudios biológicos considero que podrían demostrar una disfunción del sistema serotoninérgico<sup>1</sup> en víctimas de suicidio e intentados de suicidio, que en términos psicopatológicos se correlaciona con una pérdida de control de impulsos, agresividad, inestabilidad afectiva e intento de suicidio violento o pasivo.

Estas personas dicen que hoy para ellos la vida como un bien precioso, la desesperación y el sufrimiento de los encuestados, así como el sufrimiento de los familiares, deberían llevar el enfoque sobre el suicidio más al ámbito científico de la vista, como ya lo han hecho otras enfermedades potencialmente mortales durante mucho tiempo.

La edad, el diagnóstico psicopatológico y los intentos de suicidio previos son determinantes de los intentos de suicidio.

---

<sup>1</sup> El síndrome **serotoninérgico** es una condición clínica asociada al uso de medicamentos que promueven la neurotransmisión **serotoninérgica**. El conjunto de sus manifestaciones, mentales, autonómicas y neuromusculares, resulta de una sobre-estimulación de receptores de serotonina, centrales y periféricos.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. La evaluación psicosocial de los pacientes que se autolesionan por parte del personal del servicio de salud mental es un aspecto importante de su atención
2. En cuanto a los factores sociales que se presentan son los conflictos familiares: entre ellos los conyugales, violencia intrafamiliar, autoestima baja, alcoholismo, abuso físico; en cuanto a los factores bio-psicológicos están las enfermedades tales como: depresión, frustración, ansiedad, muerte de un familiar o antecedentes previo de intento suicida; en los factores económicos se puede ver en nuestra muestra que hay: pobreza, desempleo, deudas, bajos salarios, abuso de autoridad que se le arremeten con el salario, otro es el manejo clínico que corresponde a: tratamiento médico en primer lugar, tratamiento médico psicoterapéutico, condición del egreso, seguimiento del intento de suicidio vía psicológica.
3. La edad promedio de los pacientes con intentos autolíticos es de arriba de los 18 años hasta los 45 años, pero mucho menor que la edad de la que se suicidó. La mayoría de los pacientes provienen de áreas rurales, lo que confirma el hecho de que el fenómeno es una característica de las personas que viven en las aldeas.
4. El abuso de sustancias se manifestó, por autolesiones no letales, a través de la ingestión de sustancias solo en casi 2/3 de los casos, ahorcamientos, pero más pacientes de áreas rurales consumieron sustancias específicas para la agricultura.
5. La condición psiquiátrica previa también se consideró un factor de riesgo de autolesión no letal y especialmente depresión, cuya incidencia no ha

sido influenciada por las siguientes variables: sexo, antecedentes ambientales, edad. Sin embargo, estos no se vieron en aquellos con intento de suicidio.

6. Muchos pacientes demostraron, durante estos momentos, no estar seguros de si querían morir o no. Podemos notar el hecho de que, si bien existen claras diferencias entre los pacientes con autolesiones no letales, los intentos de autolesión tienen muchas similitudes con el que se suicidaron, pero también algunas similitudes con los de la primera categoría.

## RECOMENDACIONES

1. Promoción de la salud mental:
  - Lograr realizar varias actividades donde se pueda promover la salud mental con la participación de la intersectorialidad como:
    - Elaboración y actualización de un mapeo de actores y sectores junto a organizaciones que trabajen con adolescentes de ambos sexos.
    - Actualización de cifras relacionadas con los intentos autolíticos y poder socializarlas con las diferentes organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.
    - Realizar un diagnóstico comunitario donde se pueda identificar las inequidades sociales de la salud con respecto a la salud mental.
2. Detección de factores de riesgo psicosocial en jóvenes asociados a la conducta suicida.
  - Mediante la aplicación de una ficha o bien una hoja de “triage” donde se pueda indagar más acerca de factores de riesgo asociados a la conducta suicida.
3. Seguimiento Constante
  - Dentro del plan de abordaje integral en estos pacientes debe de considerarse el seguimiento de tratamiento y la evolución de los síntomas con el objetivo de verificar si hay una adecuada adherencia al tratamiento, una mejora clínica y prevención de recaídas.
4. Proceso de Reinserción
  - Se debe de realizar seguimiento con estos pacientes donde se logre una adecuada integración familiar y comunitario.
5. Educación
  - Es de suma importancia poder impartir la educación acerca de temas relacionados con la salud mental a nivel comunitario, mediante charlas, actividades comunitarias a pacientes y sus familiares.
6. Educar al personal de salud

- Mediante capacitaciones tanto a médicos en formación como a médicos que están ejerciendo para poder identificar al paciente con factores de riesgo asociados al intento suicida. De ese modo se pueda identificar temprano y realizar el abordaje correcto.
7. Tamizaje en salud mental en pacientes adolescentes o adulto joven
- Mediante la aplicación de cuestionarios relacionados con factores de riesgo asociados a patologías psiquiátricas de ese modo se pueda determinar si hay un posible problema o trastorno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2019). Suicidio. Acceso/Centro de prensa/Notas descriptivas/Detail/Suicidio: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Narvaes. (2018). Observatorio Nacional de la Violencia en Honduras. Informe Mensual temas de suicidio.
3. Sheidman E. Tratado de psiquiatría Suicidio. En fredman A. La Habana 1984;3:1954
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, 1995. Rev. Cubana Med Gen Integra 1998; 16 (2):149-55.
5. Dublin L. Suicide: a sociological and statistical study. New York: Ronald Press; 1963:9-22.
6. Mesa JP. El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1994. p. 299-311.
7. Hendin H. Suicide in America. New York: Brunner, Mazel; 1997:34-54.
8. Ministerio de Salud Boletín Epidemiológico. Lesiones Auto infligidas semana 39 año 2004.
9. Lafete Trebejo LA: Comportamiento del suicidio en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería 2000;16 (2):78-87
10. Desjarlais R; Salud Mental en el Mundo (OPS 1997) Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos; Suicidio Pág. 95-126

11. Dublin L. (1963). Suicide: a sociological and statistical study. New York: Ronald Press; 1963:9-22.
12. OMS. (2002). informe Mundial de la Violencia y Salud del 2002 de la OMS: <https://repositorio.unan.edu.ni/6265/1/t346.pdf>.
13. Narváez S, Morales A; Comportamiento suicida y genero en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de agosto 2001 a abril del 2002.
14. Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old, Leon, Nicaragua, 1999.
15. Harrison; Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo.
16. Mesa JP. . (1994). El suicidio en la vejez. En: Buendía J. ed. Envejecimiento y psicología de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1994. p. 299-311.
17. Chávez M, Chávez O; Principales causas asociadas con la conducta suicida de pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina de Matagalpa en el periodo de abril a septiembre del 2000.
18. Martínez Alberto; Intentos de suicidios admitidos en el Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua durante el periodo agosto 2003 a diciembre 2005.
19. Herrera A; suicide behavior and sexual abuse, among women and men 25-44 years old, Leon, Nicaragua, 1999
20. Caldera Trinidad. Mental Health in Nicaragua. With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour. 2004
21. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. (<http://www.uninet.edu/tratado/indautor.htinl>)

22. Ministerio de Salud Nicaragua (2002); Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de toxicología. Ed. Managua.
22. Sistema de información estadística. Hospital Psiquiátrico Nacional. Managua 2003.
23. Ministerio de Salud Nicaragua (2002); Intoxicaciones por plaguicidas y mordeduras por serpientes, Centro Nacional de toxicología. Ed. Managua.
24. Martínez Alberto; Intentos de suicidios admitidos en el Hospital de Atención Psicosocial Dr. José Dolores Fletes. Managua, Nicaragua durante el periodo agosto 2003 a diciembre 2005.
25. Caldera Trinidad. Mental Health in Nicaragua. With special reference to psychological trauma and suicidal behaviour. 2004
26. Mendoza. (1997). Normas de Abordaje del Suicidio en Nicaragua, Managua 1997, Pág. 1-10.
27. Lafete Trebejo LA:. (s.f.). Comportamiento del suicido en Ciudad de la Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería 2000;16 (2):78-87 .
28. Reyes W, Alonso A, Factores Epidemiológicos y Psicosociales que inciden en los intentos suicidas. Rev. Cubana Med: Gen Integra 2001; 17 (2): 155-63.
29. Arlaes Nápoles L. (1998). Hernández Sorí G., Álvarez Concepción D, et al. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med Integra 1998,14(2):122-6 .
30. Arlaes Nápoles L., Hernández Sorí G., Álvarez Concepción D, et al. Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev. Cubana Med Integra 1998,14(2):122-6

31. Rocha N, Vanegas J, Dávila E; . (2011). Condiciones asociados al suicidio en jóvenes de 15 a 34 años en 6 departamentos seleccionados de Honduras.
32. Chávez M, Chávez O. (2000). ; Principales causas asociadas con la conducta suicida de pacientes atendidos en el Hospital Regional Cesar Amador Molina de Matagalpa en el periodo
33. Narváez S, Morales A; (2011). Comportamiento suicida y genero en pacientes de 15 a 44 años en el Hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo de agosto 2001 a abril del 2002.
34. Hospital de El Salvador <https://www.presidencia.gob.sv/tag/hospital-el-salvador/>
35. Berrios, Estudio tasas de suicidio en la sala de emergencia del Hospital San Juan de Dios, Guatemala,  
<https://hospitalsanjuandedios.mspas.gob.gt/>

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

Caracterización sociodemográfica y factores asociados en pacientes con intento autolítico que asisten a la emergencia del Hospital de Occidente en Santa Rosa de Copan; Honduras.

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad. Identificado(a) con DPI, N° \_\_\_\_\_ manifiesto haber recibido la invitación correspondiente para ser parte de la investigación "Caracterización sociodemográfica y factores asociados en pacientes con intento autolítico que asisten a la emergencia del Hospital de Occidente en Santa Rosa de Copan; Honduras." el cual tiene como objetivo, determinar la frecuencia de riesgo y consumo de sustancias tóxicas en pacientes con intento suicida que acuden a la emergencia de medicina interna. Dando constancia que la Dra. Inf. Monique Masso me ha informado de manera clara sobre este estudio, doy por sentado que:

El manejo de la información no se usará para otro propósito que el mencionado anteriormente, se respetará en todo momento mi integridad y voluntad para formar parte del presente estudio. Así también, entiendo que las respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número, por lo tanto, será anónima.

De tener yo alguna duda, cualquiera que sea su origen o tipo, poseo el derecho de plantearla y exigir a cada uno de los encargados del proyecto una respuesta acorde a mis intereses, de no recibirla, o no quedar conforme con la misma, tengo la absoluta potestad para retirarme del proyecto en cualquier momento, sin que ello genere perjuicio hacia mi persona. Asumo que, de ser publicados los resultados en una revista científica, se protegerá en todo momento mi identidad.

Tomando en cuenta cada uno de los compromisos, anteriormente prescritos por los investigadores para con mi persona, OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA FORMAR PARTE DEL PRESENTE ESTUDIO.

Firma participante

Firma autora

Honduras; Santa Rosa de Copan, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020

## ANEXO 2

Interrogatorio

Datos sociodemográficos

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Procedencia: Rural / Urbana

Ingresos Mensuales:

- 0 – 10,000
- 10,001-20,000

- 20,001-30,001
- 30,001-50,001
- 50,001 o mas

Antecedentes Familiares:

<b>Antecedente Familiar</b>	<b>Y</b>	<b>N</b>	<b>Si es Y</b>	<b>¿Quién?</b>
Alcoholismo	Y	N		
Uso y abuso de drogas	Y	N		
Violencia madre	Y	N		
Violencia padre	Y	N		
Peleeas entre hermanos	Y	N		
Abandono del padre	Y	N		

Antecedentes Psiquiátricos Familiares:

<b>Antecedente Familiar</b>	<b>Y</b>	<b>N</b>	<b>Si es Y</b>	<b>¿Quién?</b>
Depresión	Y	N		
Ansiedad	Y	N		
Esquizofrenia	Y	N		
Trastorno bipolar	Y	N		
Otro (indique)	Y	N		

Antecedentes de intento o suicidio Familiares:

<b>Intento o suicidio Familiar</b>	<b>Int</b>	<b>Suic</b>	<b>Si es Y</b>	<b>¿Quién?</b>
	<b>Int</b>	<b>Suic</b>		
	<b>Int</b>	<b>Suic</b>		
	<b>Int</b>	<b>Suic</b>		

	<b>Int</b>	<b>Suic</b>		
	<b>Int</b>	<b>Suic</b>		

Antecedentes Personales Patológicos:

<b>Antecedente Personal</b>	<b>Y</b>	<b>N</b>	<b>Si es Y</b>	<b>¿Edad inicio?</b>
Alcoholismo	Y	N		
Uso y abuso de drogas	Y	N		
Ingreso maras	Y	N		
Abusar de los demás (hacer bullying)	Y	N		
Ser abusado (le hagan bullying)	Y	N		
Ser violado sexualmente	Y	N		
Violar sexualmente a otra persona	Y	N		

Antecedentes Psiquiátricos Personales:

<b>Antecedente Psiquiátrico</b>	<b>Y</b>	<b>N</b>	<b>¿Edad inicio?</b>	<b>¿Toma Tx?</b>
Depresión	Y	N		
Ansiedad	Y	N		
Esquizofrenia	Y	N		
Trastorno bipolar	Y	N		
Otro (indique)	Y	N		

Intentos Suicidas Previos:

Número de intentos previos: \_\_\_\_\_ (si es el primero ponga 0)

Cada intento hay que describirlo

Intento No.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Qué hizo para el intento:

Tomó medicinas

Pastillas para curar frijoles

Ahorcarse

Darse un balazo

Tirarse en la calle para ser atropellado

Otro (indique)

¿Cómo sobrevivió?

Intento suicida Actual

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Qué hizo para el intento:

Tomó medicinas

Pastillas para curar frijoles

Ahorcarse

Darse un balazo

Tirarse en la calle para ser atropellado

Otro (indique)

¿Complicaciones?

## ¿Cómo sobrevivió?

### Escala de Sad Persons

	Sí	No
S exo (los hombres tienen mayor riesgo de suicidio que las mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A edad (< 20 años y > 45 años, mayor riesgo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D epresión (especialmente con desesperanza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P intentos previos (especialmente si han sido potencialmente letales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E abuso de etanol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R pérdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S oporte social deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O plan organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N ausencia de pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S enfermedad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>