

11241
24/10

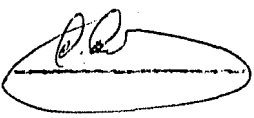
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

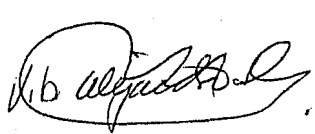
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA PRESENTA:

DRA. ROSA MA MIRANDA ACOSTA _____

ASESOR DE LA INVESTIGACION:

DR CARLOS CAMPILLO SERRANO 

9



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

INTRODUCCION

1. INVESTIGACION DEL PROBLEMA DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL ESPAÑOL
 - 1.1 Objetivos
 - 1.2 Población a estudiar
 - 1.3 Material y procedimiento
 - 1.4 Resultados, cuadros y gráficas
 - 1.5 Discusión y conclusión

2. EL MANEJO DEL INTENTO DE SUICIDIO
 - 2.1 Etapas de la intervención evaluativa
 - 2.2 Tratamiento breve orientado por problemas

3. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Uno de los hechos más interesantes y significativos del intento de suicidio es que su proporción rebasa a los suicidios consumados. Shneidman y Farberow reportan una proporción de 8:1, Stengel 10:1 y Jacobziner estima que entre adolescentes es de 100:1 (21,15).

Si a esto agregamos que la mayoría de las personas que se suicidan han tenido intentos previos de suicidio (1), comprendemos la necesidad de ahondar en el estudio del intento de suicidio para poder prevenir en forma primaria estos casos.

Debido a la gran demanda de estos pacientes sobre los servicios médicos de emergencia, la función del psiquiatra es una fuente de ayuda en estas circunstancias, aunque relativamente una minoría de estos tienen diagnóstico psiquiátrico (14,24). Esto sugiere que el tratamiento psiquiátrico es esencial para esa pequeña proporción de pacientes y el mayor grupo de ellos puede beneficiarse de la intervención psiquiátrica debido a que frecuentemente se trata de personas que no pueden enfrentar de otras maneras las dificultades de la vida.

En la presente investigación me limito a analizar las características de los casos de intento de suicidio admitidos al servicio de urgencias del Hospital Español para proporcionar una guía práctica de su naturaleza y manejo por el personal médico.

**1. INVESTIGACION DEL PROBLEMA DE INTENTO DE SUICIDIO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ESPANOL**

1. INVESTIGACION DEL PROBLEMA DE INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL ESPAÑOL

1.1 Objetivos

Se pretende realizar un estudio retrospectivo que abarque el periodo Septiembre de 1981 a Septiembre de 1983, a través de la investigación directa de la información escrita por médico no psiquiatra en el Servicio de Urgencias del Hospital Español. Así mismo pretende:

- Determinar la prevalencia de Intentos de suicidio en relación a otros padecimientos en el servicio de Urgencias de Hospital General.

- Determinar las características de las personas que intentan suicidarse (edad, sexo y estado civil).

- Determinar la incidencia en cuanto a tiempo (estación -- del año, mes, día de la semana)

- Determinar diagnosticos psiquiatricos efectuados en el servicio de urgencias

- Determinar el método empleado

- Determinar la repetición del intento de suicidio

- Determinar si se solicita interconsulta al Servicio de Psiquiatria en el primer contacto.

i.4 Resultados, cuadros y graficas

Durante los pasados 15 años el intento de suicidio se ha -
vuelto uno de los problemas más difíciles para los servicios de salud
en Europa y EUA. La investigación sobre esta conducta en nuestro país
es escasa; los datos obtenidos provienen de estudios realizados en el
Instituto Mexicano de Psiquiatria, enfocados a aspectos clinicos y de
mográficos en diferentes estratos socioeconómicos. (22,23)

Como puede verse no sabemos la magnitud del intento de sui-
cidio y ante esta historia de investigación, se realizó este trabajo
que servirá como línea de base y motivación para estudios posteriores.

Sobre un periodo de dos años (Septiembre de 1981 a septiembre
de 1982 y Octubre de 1982 a septiembre de 1983), el servicio de urgen-
cias indicó para el primer año que el 3% de todas las emergencias ---
fueron psiquiatricas, y que el 15% de estos pacientes fueron Intentos
de suicidio. El segundo año, las urgencias psiquiatricas fueron el 4%
del total, y de estos el 16% fueron intentos de suicidio, siendo obvia
la importancia de este fenómeno, particularmente porque el manejo de
estos pacientes referidos al hospital general requieren una demanda -
de servicios médicos y psiquiatricos.

Características de las personas que intentan suicidarse :

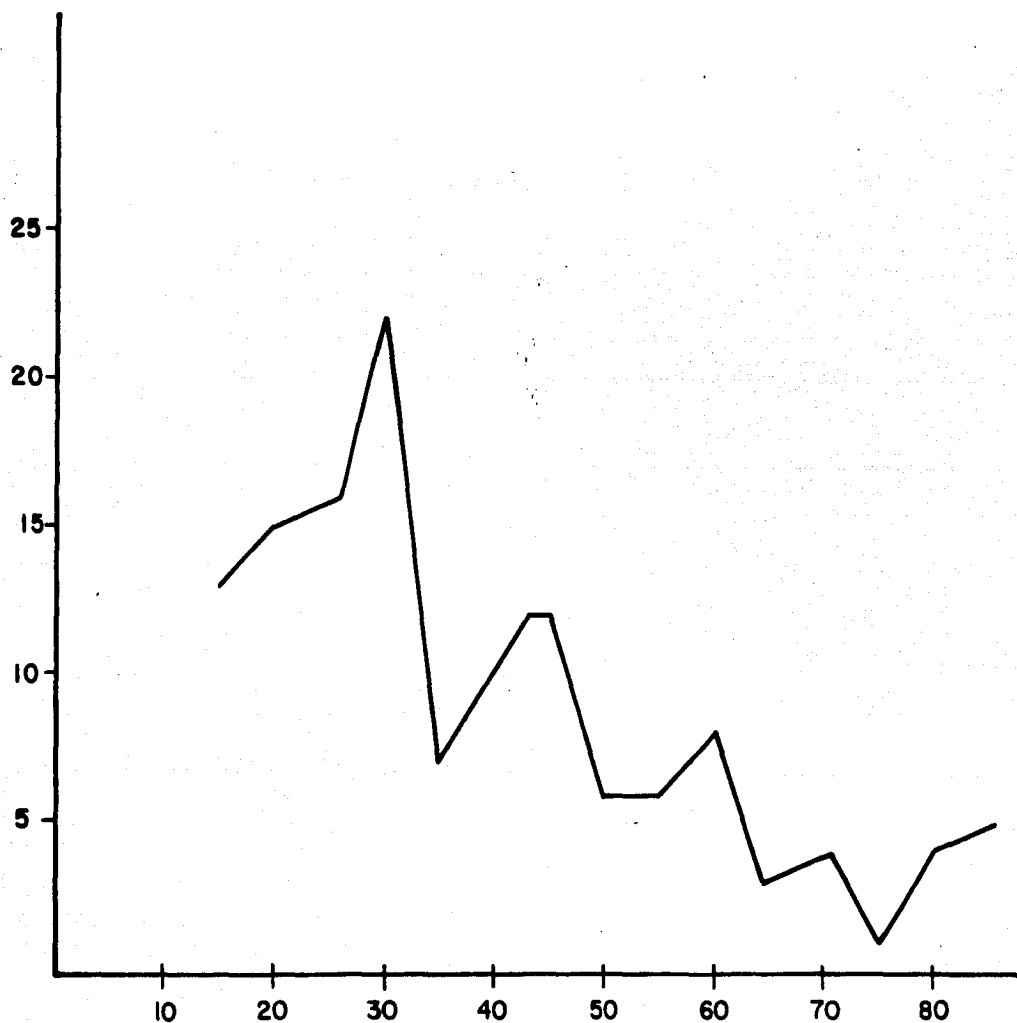
edad y sexo

La distribución por edad es ilustrada en la fig 1. observan-
do que los intentos de suicidio ocurren más frecuentemente entre per-
sonas jóvenes predominando las mujeres sobre los hombres en relación -
de 2.7 a 1. El predominio de esta conducta fue en el grupo de edad de
28 a 32, siendo el paciente menor de 13 años y el mayor de 88. En ambos
sexos, la proporción declina en la mitad de la vida y son muy pocos --
después de los 60 años.

estado civil

La frecuencia entre intentos de suicidio y sujetos divorciados, -
viudos y separados es mayor que en los casados. Este dato no fue obser-
vado adecuadamente por ser consignado solamente en el 37% de nuestra -

FRECUENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO POR EDADES, A TRAVES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL.



Sep 81 - Sep 83

Peláez, O.; Miranda, R.M.

población (cuadro 1)

método usado

La mayor parte la ocuparon la sobredosis con psicofármacos, en primer lugar tranquilizantes menores, constituido en su mayoría por benzodiacepinas, el 2o lugar los antidepresivos, 3o y 4o lugar analgésicos y anticomiciales respectivamente. Aunque la mayor parte de las sobredosis fueron relativamente inocuas, la naturaleza de la conducta en términos de vida y muerte es muy clara. Entre los métodos de riesgo elevado; ahorcamiento, precipitación y armas de fuego se observo en el 4.45% (cuadros I, II, y III).., además la edad de los pacientes que utilizaron estos últimos fueron mayor de 50 años excepto en uno que fue de 18 años, lo que nos alerta ya que es un rango de edad donde las personas se suicidan.

repetición del intento

Uno de los principales problemas del intento de suicidio es - que muchas personas repiten la conducta. El 28.47% de los pacientes admitidos presentaban intentos previos (cuadro 2)..Bancroft y Marsack - (1), encontraron que la repetición del intento de suicidio ocurre durante los tres meses después del episodio previo, sugiriendo tres tipos de repetidores: El repetidor crónico quién tiende a moverse de una crisis a otra; quienes repiten severamente a los pocos meses, quizás por prolongados periodos de stress y quienes toman una sobredosis en época de crisis severa , siendo muy rara la repetición.

La repetición en los pacientes obviamente es muy importante - identificarla, debido a que es un factor de alto riesgo se acompaña de otras características como por ejem uso de alcohol, alteración de la -- personalidad, diagnostico psiquiatrico etc.

diagnóstico Psiquiatrico

Este grupo de pacientes con diagnóstico psiquiatrico es particularmente importante porque incluye a los pacientes de mayor riesgo para un subsecuente suicidio, siendo esencial para ellos el tratamiento psiquiatrico.

Resumiendo podemos decir que existen tres categorías de pa--

ESTADO CIVIL EN INTENTOS DE SUICIDIO EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
SOLTEROS	19	14
CASADOS	22	16
DIVORCIADOS	8	6
VIUDOS	2	1
SIN CONSIGNACION	86	63
	N:137	100%

Sep. 81 - Sep. 83

Peláez, O.; Miranda, R.M.

METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

METODO	No. Paciente	%
TRANQUILIZANTES MENORES	69	43.94
ANTIDEPRESIVOS	17	10.82
ANALGESICOS	14	8.91
ANTICOMICIALES	7	4.45
CV (HIPOTENSORES Y ANTICOAGULANTE)	3	1.91
NEUROLEPTICOS	3	1.91
ANTIISTAMINICOS	3	1.91

METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

METODO	No. Paciente	%
VITAMINICOS	3	1.91
PRECIPITACION	3	1.91
ARMA DE FUEGO	2	1.27
MUTILACION (MUÑECAS)	2	1.27
AHORCAMIENTO	2	1.27
HIPOGLUCEMIANTES	2	1.27
ANTICONCEPTIVOS	2	1.27
ANTIBIOTICOS	1	0.63

III

METODO UTILIZADO EN EL INTENTO DE SUICIDIO
 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

METODO	No. Paciente	%
BRONCODILATADORES	1	0,68
ANESTESICO	1	0,68
CAUSTICO	1	0,68
TALIO	1	0,68
NO ESPECIFICADOS	19	12,10
TOTAL	23	99,9
20 PACIENTES CON ASOCIACIONES MEDICAMENTOSAS		

Peláez, O.

Miranda, R.M.

Sep. 81 - Sep. 83

NUMERO DE INTENTOS DE SUICIDIO VALORADO
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

No. de Intentos	TOTAL	% GLOBAL
PRIMERO	98	71,53
SEGUNDO	20	14,59
TERCERO	8	5,83
CUARTO	3	2,18
QUINTO	5	3,64
SEXTO	1	0,72
NOVENO	1	0,72
DECIMO	1	0,72
Sep. 81 - Sep. 83	N: 137	99,93

Peláez, O.; Miranda, R.M.

cientes:

1. Esos con serios desordenes psiquiatricos como depresión con seria - ideación suicida, con insight escaso o nulo, psicosis, estados orga nicos y alcoholismo
2. Los de riesgo suicida alto caracterizados por edad mayor de 45 años, sexo masculino, desempleado, separado, divorciado o viudo, vive solo, pobre salud, diagnóstico psiquiatrico, métodos violentos, historia - previa de intentos.
3. Los que requieren ser separados por un corto periodo, del stress.

El cuadro 3, muestra pacientes que caen en estas categorias co- mo trastornos de la personalidad, epilepsia, psicosis, dependencia al alcohol y farmacodependencia que hacen un total del 15.28% de todos -- los pacientes . Los sindromes depresivos que representan el primer lu- gar nos seria dificil inferir el riesgo ya que no se sabe la severi--- dad de la misma, por otro lado llama la atención que el 59.12% (n=81) no se realizó diagnostico .

letalidad

En cuanto a la letalidad en la mayoría no se consigna, pero la inferimos por la canalización a la unidad de Terapia Intensiva, así como los fallecimientos intrahospitalarios (cuadro 4), y los referidos a medicina interna como graves, haciendo un total del 21% de todos los pacientes.

incidencia en cuanto al tiempo del acto

Se observó un predominio del intento de suicidio en primavera en ambos años (figura 2). En cuanto a día de la semana el martes se admitieron más pacientes seguido del sábado (fig 3).

113

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS PSIQUIATRICAS DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

DIAGNOSTICO	S E X O		FRECUENCIA	%
	F	M		
1 SINDROMES DEPRESIVOS	22	6	28	20.48
2 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	5	2	7	5.10
3 EPILEPSIA	6	-	6	4.37
4 PSICOSIS	2	2	4	2.91
5 CRISIS SITUACIONAL	3	1	4	2.91
6 NEUROSIS	2	1	3	2.18
7 DEPENDENCIA ALCOHOLICA	1	2	3	2.18
8 FARMACODEPENDENCIA	-	1	1	0.72
SIN DIAGNOSTICO	59	22	81	59.12
	100	37	N:137	100 %

Sep. 81 - 83

Peláez, O.; Miranda, R.M.

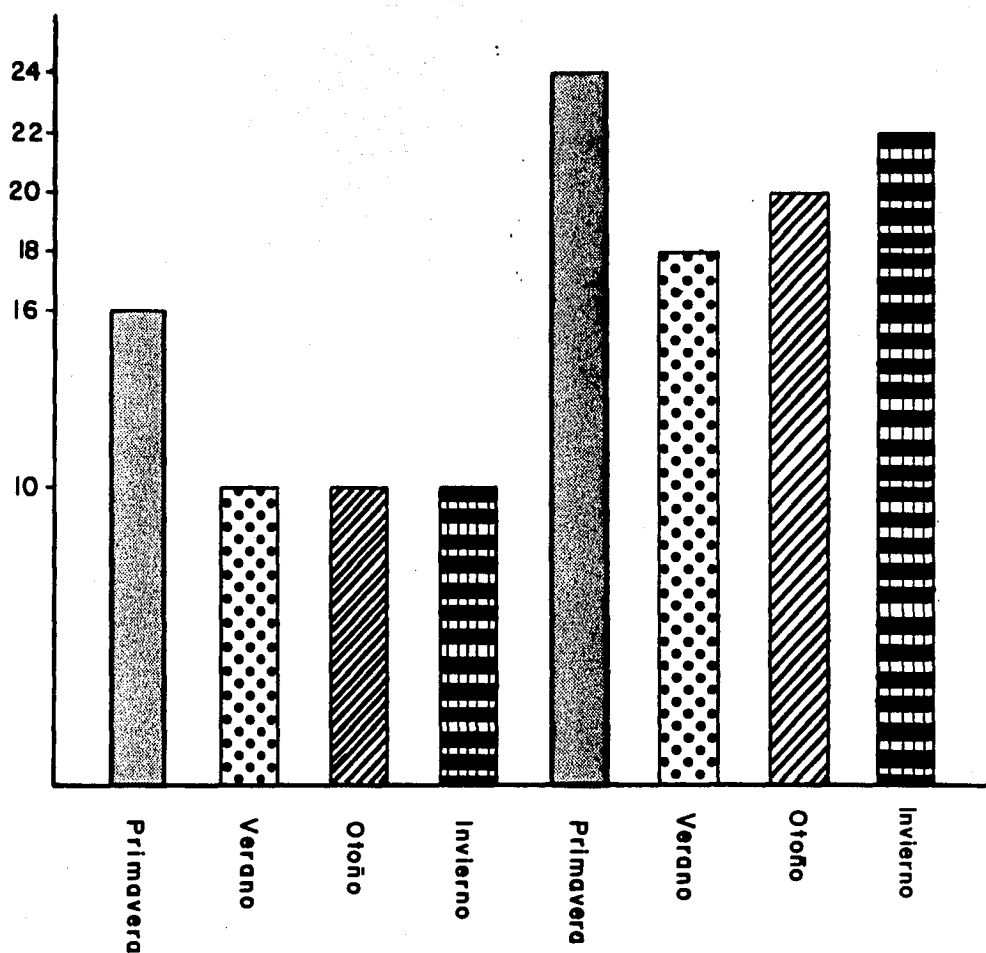
VALORACION DEL ESTADO DE GRAVEDAD
 EN EL INTENTO DE SUICIDIO EN EL
 SERVICIO DE URGENCIAS DE UN
 HOSPITAL GENERAL

	F	M	TOTAL	%
GRAVES	3	2	7	4
CANALIZADOS A UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	13	6	19	14
FALLECIMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS	2	2	4	3
SIN CONSIGNAR	82	27	109	79
	100	37	N:137	100%

Sep. 81-Sep. 83

Peláez, O.; Miranda, R.M.

VALORACION DE LAS ESTACIONES DEL AÑO
EN EL INTENTO DE SUICIDIO DEL SERVI-
CIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL
GENERAL.



Sep 81 - Sep 83.

Peláez, O.; Miranda, R.M.

1.5 discusión y conclusión

Una de las consideraciones es que la información obtenida en muchos casos era incompleta, lo que puede ser explicado por la organización del servicio de urgencias, tema que no se discutirá. Este problema también puede ser entendido, a que en la mayoría de los casos se maneja el intento de suicidio como una entidad simple, tal vez debido a las reacciones producidas en las personas incluyendo al médico, principalmente si son de naturaleza manipuladora, lo que se puede inferir por el hecho de que la letalidad del intento de suicidio no fue importante en la mayoría de los casos, indicando probablemente la no existencia real de un convencimiento a morir.

Por otro lado hay una marcada diferencia entre las características de la población con intento de suicidio y suicidio consumado en el primero por ejemplo: la mayoría de los casos son gente joven, del sexo femenino, falta de diagnóstico psiquiátrico y el método utilizado más usual fue la ingestión de drogas. En el segundo grupo se vuelve más común, encontrar personas mayores de 40 años, del sexo masculino, diagnósticos psiquiátricos y métodos violentos, estas características coincidieron en el 15% del total de todos los pacientes que hicieron intento, lo que traduce un alto riesgo, el cual es de vital importancia detectar con una adecuada valoración convirtiéndose en el principal objetivo para un adecuado manejo. Proponemos una guía del mismo en el siguiente apartado.

2. DEL MANEJO DEL INTENTO DE SUICIDIO

2. EL MANEJO DEL INTENTO DE SUICIDIO

2.1 Etapas de la intervención evaluativa

- Establecimiento del rapport: Introducción con nombre y explicación del propósito de la entrevista.
- Entendimiento del intento:
 1. Detalles de los eventos en las 48 hrs que precedieron el intento.
 2. Circunstancias alrededor del acto: grado de planeación, soledad, nota suicida, razones, acciones después del intento e ingesta de alcohol.
 3. Intentos Previos.
- Clarificación de las dificultades actuales:
 1. Naturaleza de los problemas y su duración, y cambios recientes
 2. Areas para ser comprendidas: problemas psicológicos, físicos relaciones con los padres, los niños, el trabajo, amigos y consumo de alcohol.
- Antecedentes:
 1. Antecedentes familiares e historia personal
 2. Personalidad.
- Previa maneras de hacer frente a las dificultades
- Valoración del estado mental en la entrevista, especialmente el humor y el estado cognitivo.
- Lista de problemas formulados con el paciente
- Establecimiento de que más adelante la ayuda es necesaria
 1. que el paciente la pida y este preparado para aceptarla.
 2. quienes de otra manera estan involucrados (los padres u otros parientes).
- Contrato; los términos de la involucración con el terapeuta u otras agencias deben ser explicadas.

2.2 Tratamiento Breve Orientado por problemas

El acercamiento escrito ha sido desarrollado en base a la experiencia en un servicio de emergencias psiquiatricas de un hospital general (10).

Son 5 etapas para el manejo:

1. Valoración de los problemas relacionados con el intento de suicidio, y como estos pueden ser resueltos.

2. Resolución de problemas - El establecimiento de la ayuda apropiada para que el paciente sea capaz de resolver por si mismo las crisis y eventualmente resolver sus problemas; por ejem quienes van a ser involucrados en el tratamiento, frecuencia y duración de las sesiones, así como la actitud del terapeuta.

3. Medidas preventivas - preparación del paciente para futuras crisis, con estrategias como por ejem: discutir las razones del intento de suicidio con el paciente y su familia o sus padres. Indicación de otros metodos menos disruptivos para obtener ayuda, o bien el acceso al telefono.

4. Terminación - desde un principio se establece el número de sesiones, así como hablar de los sentimientos de lo que el paciente siente sobre el tratamiento desde el inicio hasta el final.

5. Seguimiento - se plantea que en caso necesario, se continúe posteriormente, esto permite la valoración por parte del terapeuta y del paciente, o bien si aparecen sintomas nuevamente se plantea un nuevo contrato.

BIBLIOGRAFIA

3. BIBLIOGRAFIA

1. Bancroft J. and Marsack. "The repetitiveness of self-poisoning - and self-injury" *British Journal of Psychiatry* 131, 394-9; 1977.
2. Beck AT; Davis JH "Classification and nomenclature". *Suicide --- Prevention in the Seventies* Ed Resnik HLP. Hathorne B. Government Preventing Office. Washington, D.C. USA, 1972.
3. Beck AT; Kovacs M; Weisman A. "Assessment of suicidal ideation's The Scale for suicide ideation" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (2):343-52; 1979.
4. Beck AT; Schyler "Development of suicidal intent scale" *The prediction of suicides: 45-56* Ed. Beck AT. Resnick MLP. Lettieri D.J. Charles Press. Bowie Md 1974.
5. Benensohn HJ; Resnick HPLA. "Jigger of alcohol, a dash of depression and bitters; Asuicidal mix" *Annals of New York. Ed Academic Science* 233: 40-46, 1974.
6. Black, D. and Pond, D. "Management of patients after self-poisoning" *British Medical Journal*, 281, 1141; 1980.
7. Brandow, S. "Crisis Theory and possibilities of therapeutic intervention" *British Journal of Psychiatry* 117, 627-33;1970.
8. Curphy TJ. "The role of the social scientist in the medico legal certification of death from suicide". *The cry for help: Ed Farberow NL; Shneidman ES. Mc Graw Hill, New York, 1961.*
9. Dorpat T; Boswell J. "An evaluation of suicidal intent in suicide attempts" *Comprehensive psychiatry* 4: 117-25, 1963.
10. Hawton, K. and Gath, D.H. "Management of attempted suicide" *British Medical Journal* ii, 1040-2; 1979.
11. Hendin H. "Black suicide" *Archives of General Psychiatry* 21:407-22 1969.

12. Jackson JK. "Definition and measurement of alcoholism" *Quart.J. Stud. Alc.* 18: 240-262, 1957.
13. Litman RE, "Investigations of equivocal suicides". *JAMA* 184:--924-29, 1963.
14. Newson-Smith J.G. and Hirsch S.R. "Psychiatric symptoms in self poisoning patients" *Psychological Medicine* 9, 493-500; 1979.
15. O'Brien J.P. "Increase in Suicide Attempts by drug ingestion" - *Arch Gen Psychiatry* Vol 34; Oct 1977.
16. Palola EG; Dorpat TL; Larson WR "Alcoholism and suicidal behavior Society, Culture and Drinking Patterns 511-46. Ed. Pittman WJ; Snyder CR; John Wiley, New York, 1962.
17. Pokorny AD. "Suicide rates in various psychiatric disorders" --- *Journal of Nervous and Mental Disease* 139:499-506, 1964.
18. Solare AB; Hamilton CM "Attempted suicide in Glasgow". *British Journal of Psychiatry* 109:609-15, 1963.
19. Shneidman ES. "Suicide, lethality and the psychological autopsy" *Aspects of Depression* Ed. Eswin S. Shneidman and Magno Ortega. Sutte brown Boston, 1969.
20. Shneidman ES. *Deaths of man* Quadrangle Books, Penguin Books New York 1973-1974.
21. Shneidman ES; Farberow ML. "Clues to suicide". *Public Health Rep* 71:109-114, 1956.
22. Terroba JG "Algunas consideraciones de la Autopsia psicológica - para el estudio del suicidio". *Revista Psiquiatria (en prensa)*.
23. Terroba JG; Saltijeral MT "Aspectos psicossociales del suicidio en México, D.F. Instituto Mexicano de Psiquiatria, (trabajo inédito), 1981.

24. urwin P. Gibbons JL. "Psychiatric diagnosis in self-poisoning patient". Psychological medicine. 9:501-507, 1979.
25. Weissman MM. "The epidemiology of suicide attempts 1960 a 1961" Archives of general Psychiatry 30: 737-46, 1979.
26. Weisman AD; Kastenbason R, "The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life" Comm-Ment health J.4: 1-59, 1968.
27. Weisman A; Worden JW "Risk-rescue Rating in Suicide Assessment" The Prediction of Suicide 193-213 Ed Beck AT; Resnik HLP; Lettlien JD; Charles rress Bowie. md 1974.
28. zung WWK "A self-rating depression side" Arch Gen Psychiat 12:63 70, 1965.
29. zung WWK "A rating instrument for anxiety disorders" Psychosomatics 8: 187-192, 1971.
30. zung WWK "Index of Potential Suicide (IPS) A rating Scale for -- suicide prevention" The prediction of suicide. 221-249 Ed Beck - AT. Resnik HLP; Lettlier JD; Charles rress; Bowie md, 1974.