

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA.

Dr. José Díaz Mazariegos, Dr. Carlos Salas Murillo, Dra. Paula Cordero Gutiérrez, Dra. Miriam Ramírez Pérez, Dr. Esteban Chaves Salas, Dra. Lei Lin Chiong Lee, Licda. Alejandra Araya Soto.

La conducta suicida podría considerarse una continuidad que va desde la ideación suicida, hasta el intento suicida o el suicidio, presenta una gran cantidad de factores en su mayoría modificables. Las tasas de suicidio han aumentado a nivel mundial, constituyendo uno de los problemas más graves de salud pública. Costa Rica, a pesar de mantener un tasa de suicidios inferior a 7X100.000 habitantes, es el segundo país con más suicidios de Centroamérica. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos de suicidio (12), muchos de ellos asociados a una gran proporción de enfermedades o trastornos mentales algunas de las cuales pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo.(13),(14-15).

En el presente boletín, se abarcan de manera estadística los casos referidos al HNP, durante los años 2014-2017 sobre conducta suicida* y su relación con las principales variables socio demográficas : sexo, edad, lugar de procedencia (país y región), ocupación y estado civil; así mismo se muestran los principales diagnósticos de Psiquiatría, asociados.



TABLA 1: Distribución de las principales variables sociodemográficas en los Pacientes atendidos por Conducta Suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP 2014-2017

Variables Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	636	38,2
Femenino	1029	61,8
Nacionalidad		
Costarricense	1564	94
Nicaragüense	307	18
otras	44	3
Estado Civil		
Casado	238	14,3
Soltero	1154	69,4
Unión libre	131	7,9
Separados	5	0,3
Divorciado	118	7,1
viudo	18	1,1
Escolaridad		
Sin escolaridad	0	0
Primaria	291	17,5
Secundaria	576	34,6
Técnica	256	15,4
Universitaria	541	32,5

Nota: Valores expresados en términos absolutos y relativos.

Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

TABLA 2: Distribución por grupo de edad de los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización Hospital Nacional Psiquiátrico 2014-2017.

Grupo edad	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
10 a 14 años	84	5,0	28	1,7	110	6,6
15 a 19 años	179	10,8	95	5,7	275	16,6
20 a 24 años	144	8,7	118	7,1	264	15,9
25 a 34 años	254	15,3	138	8,3	392	23,6
35 a 44 años	200	12,0	95	5,7	295	17,7
45 a 54 años	110	6,6	84	5,0	193	11,6
55 a 64 años	48	2,9	38	2,3	86	5,2
65 a 74 años	10	0,6	20	1,2	30	1,8
75 a 84 años	0	0,0	15	0,9	15	0,9
95 a 100 años	0	0,0	4	0,2	4	0,2
Total	1029	61,8	635	38,2	1664	100

Nota: Valores expresados en términos absolutos y relativos.

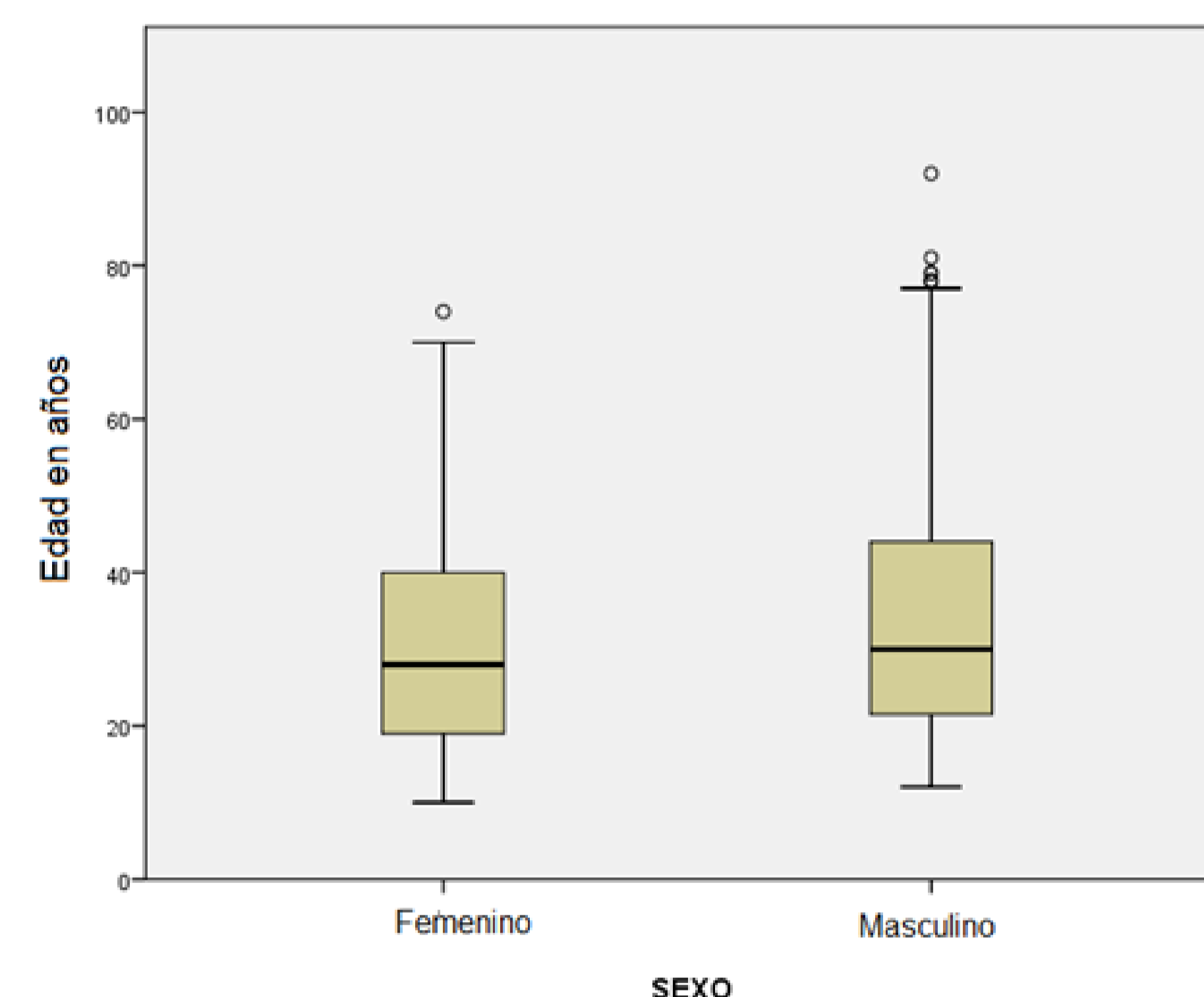
Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

La tasa de conducta suicida fue de 34 x cada 100 mil habitantes, del total de la muestra 62% femenino, 22% en edad de 18 a 25 años, 69% solteros, 94% de nacionalidad costarricense, 35% estudios de secundaria, 33% estudios universitarios, 30% asociado a consumo de drogas, San José y Alajuela con el 62% de los casos, los tres cantones con mayor número de casos referidos por conducta suicida fueron , San José, Desamparados y Alajuela

Materiales y Métodos:

Estudio transversal, analítico, retrospectivo con 1664 pacientes referidos al Hospital Nacional Psiquiátrico, durante los años 2014-2017, se analizaron variables sexo, edad, lugar de procedencia y estado civil; los principales diagnósticos de Psiquiatría asociados, la presencia de un plan establecido y antecedentes de intento suicida, se realizó un análisis descriptivo, seguido de una regresión logística con cálculo de OR (de prevalencia)

GRAFICO 1: Distribución de la edad en los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización Hospital Nacional Psiquiátrico 2014-2017 separados por sexo.



	Media	D.E.	Mín	Máx	P(25)	P(75)
Femenino	30,55	13,32	9	74	19	40
Masculino	33,79	15,98	12	92	21	44

Nota: D.E Desviación estándar, Min Valor mínimo Máx Valor Máximo P(25) Percentil 25 P(75) Percentil 75 Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

TABLA 3 Distribución por lugar de residencia de los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización, Hospital Nacional Psiquiátrico 2014-2017.

Provincia	n	%	Tasa*
San José	747	44,9	46
Alajuela	280	16,8	21
Heredia	262	15,8	53
Cartago	165	9,9	31
Limón	82	5	19
Puntarenas	81	4,9	17
Guanacaste	46	2,8	12
Total	1664	100	

Nota: Valores expresados en términos absolutos y relativos. Tasa de Intento de autoeliminación por 100.000 habitantes

Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

Acrónimo Factores Asociados a Conducta Suicida*

D Depresión
trastornos del
humor afectivos

E Edad
menor de 19a o
mayor de 45a.

P Plan organizado
serio a futuro

R Ruptura
sentimental

E Enfermedad
crónica

S Sexo Masculino

I Intentos autole-
sivos previos.

O OH abuso de
alcohol y drogas

N No amigos no fa-
miliares Red
Debilitada

E Enfermedad o
trastorno mental

S Soltero Viudo o
divorciado

TABLA 4 Distribución por grupo diagnóstico de los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP 2014-2017

Grupo Diagnóstico	n	%	OR	P
F30-F39 Trastornos del humor afectivos	540	32,5	20	0,005
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	356	21,4	8	0,012
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	223	13,4	15	0,002
F10-F19 Trastornos mentales debido a consumo de drogas	498	29,9	6	0,004
Otros diagnósticos	47	2,8		

Otros= Grupos Diagnósticos según CIE-10, F90-F98 trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en adolescencia, F50-F59 síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, f40-f49 trastornos neuróticos trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.

Nota: %= frecuencia relativa, OR= Odds Ratio de Prevalencia, p= valor de probabilidad

Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

Como grupos diagnósticos asociados a los casos referidos por conducta suicida, lideran los Trastornos del humor afectivos en un 32.5% (n=541), seguidos de los trastornos de la personalidad y el comportamiento 21.4% (356) y la Esquizofrenia 13.4% (223). Los trastornos del humor afectivos representaron un 32.5%(541) de los casos de conducta suicida, siendo más frecuente en el grupo femenino, asociación que se mantuvo en el análisis multivalente, OR=20 (p=0.005)

TABLA 5 Resumen de la regresión logística por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP 2014-2017, según factores asociados.

Factor asociado	OR	Lim sup	Lim Inf
Depresión grave	12	5,1	27,3
Uso de alcohol y drogas	7	1,3	10,8
Sin familiares o amigos	6,1	1,4	27,7
Determinado a repetirlo	6	3,6	9,8
Intentos previos	3,2	1,5	6,8
Edad menor de 19 años o mayor de 45	2,7	1,2	6,1
Plan organizado y de letalidad	1,4	1,8	6,7

Nota: OR= Odds Ratio de Prevalencia, Lim sup= Límite superior, Lim Inf= límite inferior

Fuente: Epidemiología e investigación HNP.2019.

Al analizar las variables independientes en relación a la condición final intento suicida, mediante un modelo de regresión logística, como se muestra en la tabla 3, se encontró que la presencia de Depresión grave aumenta el riesgo de conducta suicida 12 veces más en comparación con los pacientes sin presencia de Depresión grave, OR=12 (0,006), el consumo de alcohol y drogas aumenta el riesgo de conducta suicida en 7 veces más que en aquellos pacientes donde no existe consumo de alcohol y drogas , OR=7 (p=0.03), la ausencia de familiares amigos o el ser soltero aumenta el riesgo de conducta suicida 6 veces más que en aquellos pacientes casados, en unión libre o que presentan amigos o familiares OR=6,1 (p=0,038), así mismo la determinación a repetir el evento aumenta el riesgo 6 veces más que en aquellos pacientes que no persisten con la idea de repetir el evento.

Podemos concluir señalando una asociación de los trastornos mentales con los intentos de suicidios, donde sobresalen los trastornos del Humor Afectivos, liderados por la depresión mayor, además se pueden identificar poblaciones en quienes estas asociaciones son más significativas , como lo son el grupo de niños y adolescentes, la población de consumidores de sustancias psicoactivas y personas alcohólicas, las asociaciones descritas en relación con la conducta suicida coinciden con los factores de riesgo señalados en la literatura por la mayoría de autores nacionales e internacionales, tanto para la ideación suicida como el suicidio.

El paciente con conducta suicida es generalmente referido desde su captación a un tercer nivel de atención, sin embargo su manejo debe iniciarse oportunamente al llegar al primer nivel de atención donde se deben reconocer y medir el riesgo para así brindar los principios generales de la atención como los primeros auxilios emocionales.

Prevenir oportunamente la conducta suicida tanto en las poblaciones sanas como aquellas en riesgo, es fundamental y prioritaria (22), se hace evidente la necesidad de capacitaciones y formación en el tema, así como el desarrollo y la continuidad de programas de prevención, en la práctica diaria

12 PA Hernández Soto, RE Villarreal Algunas especificidades en torno a la conducta suicida Casate - Medisan, 2015 - scielo.sld.cu

13 MR del Alba Carballo Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento Dialnet por - 2013 <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5056661.pdf>

14 Bedoya Cardona SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL (Suicide and Mental Disorder revistas.ces.edu.co > Inicio > Vol. 9, Núm. 2 (2016)

15-Martha Debayle Trastornos mentales que te pueden llevar al suicidio -

18 ago. 2017 - Trastornos mentales que te pueden llevar al suicidio. <https://www.marthadebayle.com/.../trastornos-mentales-que-te-pueden-llevar-al-suicidio>

22- Mansilla Izquierdo F Conducta suicida adolescencia y riesgo A Cortés Alfaro - Revista Cubana de Medicina General Integral, 2014 - scielo.sld.cu ... 17.: La conducta suicida y su prevención. [Internet]. Portal psicología online.



*Acrónimo útil para recordar las principales variables asociadas a la conducta suicida.