Revista Cúpula 2019; 33 (1): 11-25

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA- HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO, CCSS, COSTA RICA, 2014 AL 2017 DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN HNP

Dr. José Díaz Mazariegos[1]

ARTÍCULO EPIDEMIOLÓGICO

Resumen

Introducción: Costa Rica, es el segundo país con más suicidios de Centroamérica, actualmente con una tasa de 7 x cada 100 mil habitantes, siendo un grave problema de salud pública, por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos de suicidio, muchos asociados a enfermedades o trastornos mentales, que pueden ser diagnosticados y tratados oportunamente. El objetivo del estudio fue el identificar el perfil epidemiológico y los factores asociados a la conducta suicida en los pacientes referidos al servicio de emergencias del HNP

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) análisis de Mattel y Hansel para descartar variables confusoras.

Resultados: 38.2% sexo masculino 61.8% sexo femenino, 94% costarricenses, 69.4% solteros, 67.5% estudios, secundarios y universitarios, edad media 32 años. Trastornos del humor afectivos representaron el 32.5%, la presencia de depresión grave, OR=12 (p=0,006), el consumo de alcohol y drogas OR=7 (p=0.03), la ausencia de familiares amigos o el ser soltero OR=6,1 (p=0,038), así mismo la determinación a repetir el evento OR=6 (p)

Conclusión: La ideación suicida es más frecuente en las mujeres, el suicidio consumado, es más frecuente en los hombres, quienes utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad, la probabilidad de morir por suicidio es cuatro veces más alta entre los hombres que entre las mujeres, las mujeres son más propensas que los hombres a intentar el suicidio además se evidencia la necesidad de una correcta evaluación de la salud mental en los adolescentes, los consumidores de sustancias psicoactivas, y en quienes presentan un antecedente de un intento de suicidio. existe una relación entre los trastornos afectivos en especial la depresión y suicidio, la depresión por sí sola aumenta el riesgo de suicidio.

[1] Médico y Cirujano, Magister Scientiae en Epidemiología, Hospital Nacional Psiquiátrico, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Costa Rica, Correspondencia: jjdiaz@ccss.sa.cr

Discusión: Los hallazgos de este estudio coinciden con los factores de riesgo descritos por autores nacionales e internacionales, tanto para la ideación suicida como el suicidio, siendo la gran mayoría de ellos fáciles de reconocer y tratar desde su captación. El paciente con conducta suicida es generalmente referido a un tercer nivel de atención, sin embargo, su manejo debe iniciarse oportunamente en atención primaria, ofreciendo los primeros auxilios emocionales.

Palabras clave: Suicidio, Riesgo, suicida Intento suicida.

Abstract

Introduction: Costa Rica is the second country with the most suicides in Central America, currently with a rate of 7 x every 100 thousand inhabitants, being a serious public health problem, for every completed suicide there are at least 20 suicide attempts, many associated with diseases or mental disorders, which can be diagnosed and treated promptly. The objective of the study was to identify the epidemiological profile and factors associated with suicidal behavior in patients referred to the HNP emergency service

Materials and Methods: Cross-sectional, analytical, retrospective study with 1664 patients referred to the National Psychiatric Hospital, during the years 2014-2017, variables sex, age, place of origin and marital status were analyzed; the main diagnoses of associated psychiatry, the presence of an established plan and antecedents of suicide attempt, a descriptive analysis was carried out, followed by a logistic regression with calculation of OR (prevalence) Mattel and Hansel analysis to rule out confounding variables.

Results: 38.2% male sex 61.8% female sex, 94% Costa Rican, 69.4% single, 67.5% studies, secondary and university, average age 32 years. Affective mood disorders represented 32.5%, the presence of severe depression, OR = 12 (p = 0.006), alcohol and drug consumption OR = 7 (p = 0.03), the absence of family friends or being single OR = 6.1 (p = 0.038), likewise the determination to repeat the event OR = 6 (p)

Conclusion: Suicidal ideation is more frequent in women, consummate suicide, it is more frequent in men, who use more violent and more lethal methods, the probability of dying by suicide is four times higher among men than among men. women, women are more likely than men to attempt suicide, it also shows the need for a proper assessment of mental health in adolescents, consumers of psychoactive substances, and those who have a history of a suicide attempt. There is a relationship between affective disorders, especially depression and suicide; depression alone increases the risk of suicide.

Discussion: The findings of this study coincide with the risk factors described by national and international authors, both for suicidal ideation and suicide, the vast majority of them being easy to recognize and treat from their point of view. The patient with suicidal behavior is usually referred to a third level of attention, however, its management must be initiated opportunely in primary care, offering emotional first

Keywords: Suicide, Risk, suicide, suicide attempt

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida,[1] causándose una lesión, con un grado variable en la intención de morir. [1,2] La conducta suicida va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o el suicidio consumado, abarcando formas de presentación como el deseo de morir, el gesto suicida, la ideación suicida sin planeamiento de la acción, la ideación suicida con un plan indeterminado, hasta el suicidio consumado[2].

Según la OMS, para la población mundial el suicidio constituye una de las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial.[2] Las cifras van en aumento, y se espera que para el año 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones, siendo esta evidencia de crecimiento preocupante si consideramos la posibilidad de los años que podrían ser vividos, con productividad y transformaciones, en la vida sobre todo tomando en cuenta que la mayor incidencia de los casos en el grupo de personas jóvenes que están ingresando en el medio académico y productivo.[1-3]

Las tasas de suicidio varían de acuerdo con la región, sexo, edad, origen étnico. [2] constituyendo uno de los problemas más graves de salud pública, anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida con una relación de 20:1 con los intentos de autoeliminación, durante el año 2016, fue la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo. La OMS estimó que la tasa de suicidio corresponde aproximadamente 2% de las muertes en el mundo.[2,4]

En los últimos 45 años, las **t**asas de suicidio aumentaron en un 60% a nivel mundial**,** según la OMS, Guyana, Corea del Sur y Sri Lanka, son los países con los porcentajes más altos de suicidios, con tasas de 44,2; 28,9 y 28,8, respectivamente. En Asia, Japón presenta una tasa de 18,5 por cada 100 mil habitantes, mientras que los países con menor tasa de suicidio son Siria 0,4, Arabia Saudita 0,4, y Líbano 0,9, además señala que, la tasa de suicidios media en el continente americano es de 9,8 por cada 100 mil habitantes, esto significa unas 65 mil muertes anuales, Guyana como se mencionó anteriormente presenta una de las tasas más elevadas del mundo seguidas de Bolivia y Uruguay, con tasas de 18,7 y 17 respectivamente, sobrepasando la media europea de suicidios, que es de 15,4 por cada 100 mil habitantes, la tasa de suicidios media en Latinoamérica es de 9,8 por cada 100.000 habitantes, donde los primeros países corresponden a Uruguay 14, Chile, con una tasa de 10,7, Cuba con 10,5, igual que El Salvador y Nicaragua 9,6, Argentina con tasa de 9,1; Ecuador 8,2; Guatemala 7,1; Costa Rica 7, Panamá 6,6; Honduras 6,4; Colombia 6,0 y Brasil 5,8, República Dominicana 5,1, Paraguay 4,8, México 4,5, Venezuela 3,6, Bolivia 3,6 y Perú 1,6 .[5]

Costa Rica se encuentra entre los países con tasas de mortalidad por suicidio menor a 10 por cada 100.000 habitantes, reportando para el año 2016 una tasa de 7.1 x 100.000, para el año 2017 la tasa disminuyo a 6.4 x 100.000

habitantes, sin embargo, es **el** segundo país con más suicidios de Centroamérica, solo superado por El Salvador**.**[2-5]

Durante el año 2014 se reportaron en Costa Rica 318 fallecimientos por suicidio para el 2015 la cifra fue de 302, durante el año 2016 se reportaron 339 fallecimientos por suicidio y en el 2017 disminuyó a 317 todos con un predominio del grupo masculino entre un 80 y 85% de los casos.[8] La tasa de suicidio durante el año 2016 se mantuvo en 7.1 por 100.000 habitantes, siendo la provincia de Alajuela la que reportó mayor número absoluto de eventos (67 fallecimientos), mientras que las provincias con mayores tasas fueron: San José, con 8.7 por 100.000 habitantes, seguido de Puntarenas con 8.4 por cada 100.000 habitantes y Guanacaste con 8.1 por cada 100 mil habitantes, todos con un predominio en el grupo de edad de los 25 a los 34 años, y el sexo masculino, y con tasas superiores a la tasa nacional.[8]

En relación a los intentos de suicidio para el año 2016, según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se reportaron 1.339 intentos de suicidio con un predominio en el sexo femenino 61%, y el grupo de edad de los 15 a los 24 años, siendo Puntarenas la provincia con mayor tasa 34,5 por cada 100.000 habitantes seguido de San José con una tasa de 33.47 por cada 100 mil habitantes, evidenciando un predominio en el sexo femenino, para el año 2017 la tasa de intentos de suicidio se estableció en 27.3 por cada 100 mil habitantes.[9]

Durante el año 2018 la CCSS reportó un total de atenciones del servicio de Emergencias/ Urgencias con Expediente Digital Único en Salud (EDUS), un total de 6373 intentos de suicidio el 46% (n=2919) correspondían a personas menores de 24 años.

En el HNP, durante el año 2018 según datos proporcionados por el departamento de REDES se recibieron en el servicio de emergencias un total de 709 atenciones por conducta suicida de los cuales el 30% correspondían a personas menores de 24 años.

Según datos preliminares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2019 la tasa para el 2018 muestra un aumento significativo con respecto al año 2017 ubicándose en 7.2 por cada 100.000 habitantes con un total de 361 muertes por esta causa.

Los datos de conducta suicida entre los jóvenes son muy preocupantes, sobre todo entre el grupo de edad de los 15 a 24 años en quienes se ha establecido el suicidio entre la segunda y tercera causa de muerte a nivel mundial igual para ambos sexos.[10] Según datos del Organismo de Investigación Judicial (OIJ) en Costa Rica el grupo entre los 12 a 19 años, predomina en la población infantojuvenil que realiza suicidio, registrándose con una mayor incidencia a los 17 años.[11]

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 que pueden ser diagnosticadas y tratadas a tiempo. [13], [14-15]

Los factores, asociados a la conducta suicida, corresponden a eventos multifactoriales o multidimensionales [15,16] , aspectos que van desde la falta de esperanza, hasta la sensación de no pertenecer socialmente a un grupo incluso el aislamiento social, además de la presencia algunas enfermedades o trastornos mentales, el consumo de alcohol y drogas[16-17] donde la gran mayoría de estos factores tanto psicológicos como psicopatológicos pueden ser modificables clínicamente[17] , por lo que es de suma importancia que tan pronto como se detecte una conducta suicida, se valore el riesgo y se pueda intervenir oportunamente, ya que la persona podría llevar a cabo su plan de forma inminente [3] . En la población general que se suicida, se han encontrado datos que indican que cerca del 41% había tenido una hospitalización psiquiátrica en el año previo a su muerte, entre un 4% y un 11% había recibido atención ambulatoria por psiquiatría y entre 20% y 83% había consultado a un médico general [18] , además un 26,3% de las personas que realizan un intento de suicidio asistieron a una consulta médica antes de hacerlo [18-19] , por lo que el reconocimiento de factores asociados por el equipo de salud es de gran importancia, sobre todo para la toma de una determinación con respecto a la conducta a seguir.

La OMS reconoce que la conducta suicida es una prioridad de salud pública, y procura aumentar la sensibilización respecto al tema, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública.[2]

A nivel de legislación, en Costa Rica la Ley Orgánica del Ministerio de Salud 9213 en su artículo 28 señala que: la Secretaría Técnica de Salud Mental tendrá dentro de sus funciones: **"***Promover y gestionar investigaciones científicas en el tema de la salud mental, con el fin de obtener un diagnóstico actualizado y conocer la situación de esta problemática en el país*" [21]

Prevenir oportunamente la conducta suicida tanto en las poblaciones sanas como aquellas en riesgo, es de suma importancia con el fin de que a futuro las consecuencias no se traduzcan en años de vida productivos perdidos, o años vividos con discapacidad y dolor emocional familiar y personal.[22] Por lo que se necesitan intervenciones e investigaciones científicas con la finalidad de mantener un panorama actualizado de la situación de salud mental, formalizando protocolos de atención multidiciplinarios.

El objetivo del presente estudio fue el identificar el perfil epidemiológico y los factores asociados a la conducta suicida en los pacientes que fueron referidos al servicio de emergencias del HNP, generando datos que complementen parte de un diagnóstico actualizado para la continuidad y el desarrollo de programas de prevención, y capacitación al personal no especializado, en la práctica dia- ria.

Materiales y métodos

El estudio correspondió a un estudio observacional analítico de corte transversal realizado en 1.664 pacientes que correspondieron a egresos de hospitalización y atenciones en el servicio de emergencias, del HNP, CCSS, por algún tipo de conducta suicida durante los años 2014 al 2017.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, se realizó un análisis de estadística descriptiva, se calculó la frecuencia absoluta y relativa, así como las principales las medidas de tendencia central posteriormente se realizó un análisis bivariado, con cálculo del OR de prevalencia de los principales grupos diagnósticos y un análisis de regresión logística con el fin de calcular la fuerza de asociación entre las variables significativas en el análisis bivariado.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético-Científico del HNP.

Resultados

Se contabilizaron durante el tiempo en estudio un total de 1.664 pacientes con conducta suicida, de los cuales 851 correspondieron a egresos hospitalarios y 813 atenciones en el servicio de emergencias, del HNP que no requirieron ingreso.

Con respecto a las principales variables sociodemográficas como se muestra en la Tabla I, el 61.8% (n=1.028) de la muestra correspondió al sexo femenino y 21.9% (n=364) al sexo masculino.

En relación con la nacionalidad el 94% (n=1.564) de la muestra correspondió a costarricenses, y el 6% (100) a otras nacionalidades, (Cuba, Colombia, Alemania, China, El Salvador, Líbano, Panamá, Islas Vírgenes Británicas, Venezuela) el 69.3% de la muestra (n=1.153) presentaron estado civil solteros.

En referencia a la escolaridad el 17.5% (n=291) reportaron estudios de primaria únicamente, el 67% (n=576) presentaban estudios de secundaria y estudios universitarios.

TABLA I: Distribución de las principales variables sociodemográficas en los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP, CCSS, 2014-2017.

Sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	636	38,2
Femenino	1028	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

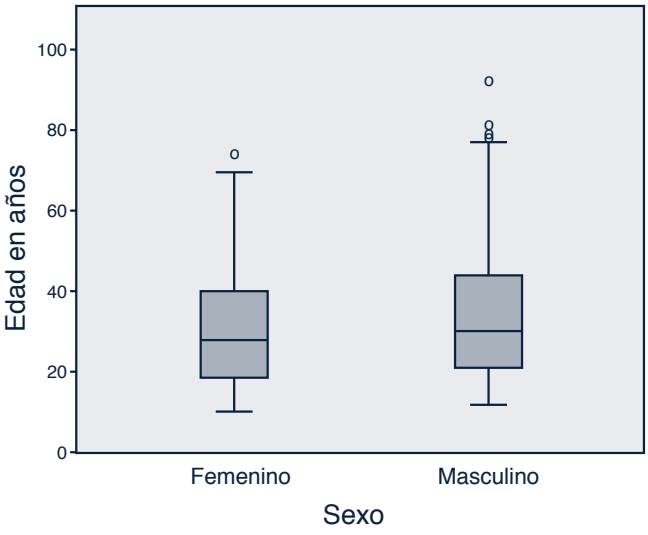
Nota: Valores expresados en términos absolutos y relativos. Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

Con respecto a la edad, la media general fue de 32 años, con una edad mínima de 9 años y una edad máxima de 92 años al momento del egreso, la media en el grupo femenino fue de 30 años y el grupo masculino de 34 años (Gráfico I).

Con respecto al lugar de procedencia predominó la provincia de San José con un 45%(n=747) de los casos, seguido de la provincia de Alajuela 17% (n=280) y la provincia de Heredia con 16% (n=262), los principales cantones fueron: el cantón central de San José, (n=190) Desamparados (n=134) Goicoechea (n=71) y Coronado (n=46).

Los principales distritos fueron San Rafael, Pavas, San Antonio y Desamparados.

GRAFICO I: Distribución de la edad en los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP, CCSS, 2014-2017 separados por sexo.



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

Nota: D. E= Desviación estándar, Min= valor mínimo Máx= valor máximo, P(75)= Percentil 75 Valores expresados en años, Fuente: CCSS. REDES HNP.2019

Al analizar la variable consumo de drogas se observó que el 30% (n=499) de los pacientes presentaban antecedente de consumo de drogas.

En referencia al antecedente de conducta suicida, el 6% (n=100) habían presentado un evento un año antes y el 20% (n=332) reportaban haber tenido un evento dos años antes. Con respecto a los días de estancia, la media fue de 15 días con una desviación estándar de ± 17, un tiempo de estancia máximo de 197 días y un tiempo mínimo de estancia de 1 día.

Como diagnósticos primarios de atención se encontraron los Trastornos del Humor Afectivos (F30-F39), en un 32.5% (n=541), seguidos de los Trastornos de la Personalidad y el Comportamiento (F60-F69) 21.4% (n=356). Los Trastornos del Humor Afectivos fueron más frecuente en el grupo femenino, asociación que se mantuvo en el análisis multivalente, OR=20 (p=0.005)

TABLA II: Distribución por grupo diagnóstico de los Pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y HNP, CCSS, 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= Fuente: CCSS. REDES 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 III, 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 riego 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.

TABLA III: Resumen de la regresión logística por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP CCSS, 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: Epidemiologia e investigación HNP.2019

La tasa de conducta suicida en los pacientes referidos a urgencias del HNP, fue de 34 por

cada 100.000 lo que coincide con las tasas reportadas a nivel nacional.

TABLA IV: Distribución de los pacientes atendidos por conducta suicida en el servicio de Emergencias y Hospitalización HNP, CCSS, 2014-2017, separados por Provincia.

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: n= número absoluto de casos, % frecuencia relativa Tasa= Tasa por 100.000 Fuente: Epidemiologia e investigación HNP.2019

Discusión

El perfil epidemiológico de la Ideación Suicida corresponde predominantemente a mujeres en su mayoría, en estado civil soltero, en el grupo de edad de 18 a 34 años, de nacionalidad costarricenses, con estudios secundarios e incluso universitarios y con una asociación a consumo de drogas y/o alcohol, que además presentaban algún trastorno del humor afectivos, lo que coinciden con lo reportado por diversos autores,[15,26-28] quienes señalan que la ideación suicida es más frecuente en las mujeres, pues en general utilizan métodos poco letales, mientras que el suicidio consumado, en cambio, es más frecuente en los hombres, quienes utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad, sin embargo los demás factores asociados a la ideación suicida y el suicidio son comunes para ambos sexos. Vargas y colaboradores, señalan que la muerte por suicidio presenta un predominio de víctimas de sexo masculino en una relación de 7 hombres por cada mujer en un rango de 20 a 39 años, [9] Además el Centro de Control de Enfermedades (CDC) reporta, que la probabilidad de morir por suicidio es cuatro veces más alta entre los hombres que entre las mujeres, sin embargo, señala que las mujeres son más propensas que los hombres a intentar el suicidio, por lo que presentan más cantidad de intentos. En ambos casos con un predominio en las personas solteras o sin familiares. [23]

La CDC además señala una asociación fuerte entre la conducta suicida y el consumo de drogas,[23] la mayor parte de la evidencia científica documenta una relación entre el consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y el suicidio, según del Valle y colaboradores aproximadamente 1/3 de varones y 1/5 de mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol y cerca de 1/10 de alcohólicos mueren por suicidio.[15-26-27-28] Situación que nos evidencia la necesidad de una correcta evaluación de la salud mental en los consumidores de sustancias psicoactivas, y alcohol constituyendo un elemento clave a la hora de establecer estrategias preventivas de suicidio y abuso de sustancias psicoactivas.

Choi y colaboradores[27] describen la existencia de un modelo bidireccional entre la ideación suicida y el consumo de drogas, que incrementa progresivamente el riesgo de aparición de las ideas suicidas [27] ,mientras que la ideación suicida aumenta las tasas de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas [26] ,cuanto más prolongado es el periodo de consumo de drogas, más se incrementa el riesgo de ideas suicidas [27-29] .Además, el abuso de alcohol conlleva un alto riesgo de ideación suicida de manera independiente al uso de otras drogas. [30]

Con respecto a los antecedentes previos de ideación suicida el estudio evidencia que aproximadamente el 20% de los pacientes referidos, ya habían presentado al menos un evento previo en los dos años anteriores, lo que coincide con lo reportado por la mayoría de los autores[15,26-30] quienes señalan el antecedente de un intento de suicidio como uno de los factores de riesgo más relevantes para el suicidio. [17] En la práctica clínica las amenazas y los gestos suicidas generalmente son subestimadas, según Catillo y col. entre 30% y 60% de los suicidios son precedidos por un intento previo [31-32], se ha calculado que la razón entre intentos de suicidio y suicidio consumado es de 20:1 en la población general, esta relación varía según el sexo o la edad y es mucho mayor en personas con trastornos afectivos mayores, a la vez, el suicidio consumado es cien veces mayor en el 14% de los pacientes que han intentado suicidarse alguna vez en su vida sobre todo en el grupo de niños y adolescentes. [33] El riesgo de repetición del intento de suicidio en un intervalo corto de tiempo es particularmente alto en los adolescentes, donde se estima que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. [34] Situación que además es descrita por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes señalan que durante la infancia y adolescencia, se puede desarrollar desesperanza que lleva a depresión, aumentando el riesgo en adolescentes de intento suicida[16-13], por lo que deben ser considerados grupos de edad con un riesgo aumentado de suicidio, diversos autores, sostienen que la adolescencia media y tardía constituyen un factor de riesgo adicional, siendo estos agravados por trastornos depresivos.[15,16]

Los grupos diagnósticos de los trastornos o enfermedad mental que encontraron asociación significativa en este estudio según el CIE-10 fueron:, los Trastornos del Humor Afectivos, evidenciando un riesgo aumentado de intento suicida, de 20 veces más riesgo, seguido de los trastornos de la personalidad y el comportamiento, la Esquizofrenia y trastornos Esquizotípicos, lo que concuerda con diversos autores[14,15] quienes señalan que existe una relación entre los trastornos afectivos en especial la depresión y suicidio, se estima que la depresión por sí sola aumenta el riesgo de suicidio; al respecto en la literatura científica se evidencia que las personas con cuadros depresivos graves, presentan tasas de suicidio 44 veces superiores a las personas

sin depresión, y ocho veces superiores al resto de los pacientes con trastornos psiquiátricos. En la tentativa de suicidio, la depresión juega un papel determinante y afecta principalmente a los adolescentes. En un estudio en el estado de Sonora México en el que participaron 1,358 estudiantes de ambos sexos de 15 a 19 años, la depresión prevaleció en el 67.3% de quienes habían intentado suicidarse y en 81.1% de quienes manifestaron ideas suicidas con una tendencia más alta en las mujeres. [22] Las tasas de suicidio en personas con esquizofrenia oscilan entre 3-6% [14] una tasa que es entre 20 y 50 veces mayor que en la población general, semejantes al de personas con trastornos afectivos, pero la letalidad de los intentos suicidas es más alta en personas con trastornos del espectro esquizofrénico que en las que presentan otros trastornos psiquiátricos.[15]

Finalmente el estudio evidenció que las variables que mostraron asociación significativa en el análisis multivariado fueron la edad, sobre todo los grupos extremos menor 19 años o mayor de 45 años, la presencia de depresión grave, la ausencia de familiares o amigos y los intentos previos, Barzan y col. en un estudio realizado en niños y adolescentes entre ocho y diecisiete años con intento suicida en un Hospital de Córdoba, Argentina señalan que 100% de ellos tenían antecedentes psicopatológicos como factores de riesgo, siendo los trastornos de conducta los más prevalentes, además de presentar intentos de suicidio previos, adicciones (las más frecuentes, el consumo de alcohol y marihuana), trastornos del aprendizaje, así como violencia intrafamiliar, trastorno bipolar, abuso sexual, trastornos de la alimentación y psicosis. [16] Hawton y col [36] describen como factores de riesgo específicos para suicidio en pacientes con depresión: el género masculino, familia con enfermedad o trastorno psiquiátrico, intento de suicidio previo, antecedente de depresión severa, sentimiento de desesperanza y ciertos desórdenes comórbidos como la ansiedad, abuso de drogas y alcohol. [36]

Se concluye señalando una asociación de los trastornos o enfermedades mentales con la conducta suicida, donde sobresalen los trastornos del Humor Afectivos, liderados por la depresión mayor, además se identificaron grupos 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.

Los hallazgos de este estudio confirman que las asociaciones descritas en relación con la conducta suicida coinciden con los factores de riesgo descritos en la literatura por la mayoría de los autores nacionales e internacionales, tanto para la ideación suicida como el suicidio, siendo la gran mayoría de ellos fáciles de reconocer y tratar desde la atención primaria, sin embargo existe una tendencia errónea a considerar que todas las intervenciones en salud mental requieren

de un tercer nivel de atención con personal altamente especializado, pero la mayoría de los trastornos mentales entre ellos los intentos de autoeliminación pueden ser atendidos por el personal de salud no especializado, 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 debe reconocer y medir el riesgo, para así brindar los primeros auxilios emocionales.

Prevenir oportunamente la conducta suicida tanto en las poblaciones sanas como aquellas en riesgo, es fundamental y prioritario[22], se hace evidente la necesidad de capacitaciones y formación en el tema de la conducta suicida, así como el desarrollo y la continuidad de programas de prevención en la practica diaria. Por lo que respecta a la generalización de los resultados, hay que tener en cuenta algunas limitaciones del presente estudio, en primer lugar, este estudio se ha realizado únicamente en el contexto de urgencias y hospitalización del HNP, lo que implica que el perfil de los pacientes con intento de autoeliminación se limita a aquellos que han requerido valoración por psiquiatría, y puede excluir a los pacientes quienes realizan un gesto suicida y no llegan a recibir atención médica o no son referidos, además de que el estudio no involucra a aquellos pacientes que llegaron a completar el evento suicida, el presente estudio al ser de corte transversal no se pueden establecer relaciones causales, sin embargo la fuerza de asociación del OR de prevalencia establece las bases para estudios posteriores.

Referencias Bibliográficas

1. Cifuentes, S.M. (2013). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. Recuperado de: https://www.medicinalegal.gov.co/
2. documents/10180/1888 20 FORENSIS +2013+3-+suicidio. pdf/ 65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf

3. Organización Mundial de la Salud. (24 ago. 2018). Un reporte sobre la salud. Ciudad de la Salud, El suicidio . Recuperado en 26 de febrero de 2019, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

4. Navas Orozco, Wendy Abordaje del Suicidio en Atención Primaria Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (606) 219-225, 2013.

5. OMS (24 ago. 2012) Prevention del suicide (SUPRE) - World Health Organization Recuperado en 26 de febrero de 2019, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

6. Global Mental Health *ATLAS* OPS/ OMS Análisis de la Situación Actual del Suicidio en la Región de las Américas 12 may. 2016 - *Mortalidad por suicidio* en

las Américas, Informe Regional 2014 Recuperado en 26 de febrero de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc

7. INEC Total de defunciones Generales con causa de muerte homicidio y suicidio por sexo. (2 julio 2018) Recuperado de: http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

8. Poder Judicial de Costa Rica dirección de planificación sección de estadística anuario policial 2014. Recuperado de: https://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/index.php/estadisticas-2014?download=444:suicidios

9. Vargas Sanabria, Maikel and Espinoza Morales, karla. Suicidios en Costa Rica durante los años 2015 y 2016. med. leg. Costa Rica [online]. 2017, vol.34, n.1, pp. 35-50. issn 1409-0015.

10. Dalila Cuesta-Revé1, Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes Revista Mexicana de PEDIATRÍA www.medigraphic.com/rmp Vol. 84, No. 2, 2017 pp 72-77

11. Consejo Nacional de Rectores (Costa Rica). Programa Estado de la Nación Segundo informe estado de la justicia / PEN. -- 2 ed. -- San José C.R : Servicios Gráficos, AC ©.2017

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

16. Bazán-López, José L, Olórtegui-Malaver, Víctor M, Vargas-Murga, Horacio B, & Huayanay-Falconí, Leandro. (2016). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. Revista de Neuro-Psiquiatría, 79(1), 3-16. Recuperado en 19 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_

17. Cajamarca EJ Aliaga Abanto Factores sociodemográficos culturales y

psicológicos relacionados con intento de suicidio de pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín-2014- - 2014 - repositorio.unc.edu.pe

18. NAN Gómez, SLO Plaza, IDL Ramírez… Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio - Pensamiento …, 2010 - portalesn2.puj.edu.co

19. E Torres, X Teresita - 2018 - uvadoc.uva.es El papel de la violencia de género en los intentos autolíticos

20. Vanessa Aguilar Zeledón y Marcela Castro Méndez Factores de riesgo suicida en adolescentes de 12 a 19 años, en los cantones de Talamanca y Alajuelita" carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana 2017)

21. Sistema Costarricense de Información Jurídica, Ley 9213 >> Fecha 04/03/2014 artculo 28 www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_articulo.aspx

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.

23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Methods of Suicide Among Persons Aged 10-19 Years - United States, 19922001. MMWR 53 (22), 471-474.

24. A Fernández-Quintana - Relación entre sobredosis y suicidio en las muertes asociadas al consumo de drogas, Revista-de-Toxicologia-35.1-41-48.pdf

25. C González-Forteza Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad.. 2015.https://www.redalyc.org/html/416/41648310005/

26. Zhang y Wu Rev. Toxicol (2018) 35: 37 - 44 41 prevalencia de abuso de sustancias (provocando un subsiguiente aumento en las tasas de sobredosis letales y no letales), 2014

27. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN, Choi BY. Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults. Int Psychogeriatr. 2016; 28(4), 577-89.

28. D Silva, M Valdivia, B Vicente, E Arévalo Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22, 33-42, 2017

29. J Anthony, S Guerrero incidencia de casos por grupos de edades (15-19

años) atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo comprendido entre enero a diciembre 2017 - 2018 - dspace.unach.edu.ec

30. MÁG Carretero, JPN Ruiz, MR Martínez Perfil psicopatológico y prevalencia de pato- logía dual de los pacientes con dependencia alcohólica en tratamiento ambulatorio- Actas españolas de, 2017 - dialnet.unirioja.es

31. Alvis, L. F., Soto, A. M. & Grisales, H. (2017). El intento de suicidio en Ibagué: el silencio de una voz de auxilio. Revista Criminalidad, 59 (2): 81-92

32. Quesada Franco, Marta; Braquehais, María Dolores, dir.; Pintor Pérez, Luis, dir.; [et al.]. Estudio sobre intentos de suicidio graves ingresados en un hospital general: aspectos sociodemográficos y clínicos. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona, 2016. 1 recurs electrònic (197 p.). ISBN 9788449044694. Tesi doctoral - Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psiquiatria i de Medicina Legal, 2016 https://ddd.uab.cat/record/166223

33. Rodriguez-Jorge, Martin Hernandez; Rocha-Anderson, Buelvas; Izquierdo, Mendieta-Giovane; Hidalgo-Arsenio Troya Riesgo de muerte por suicidio en población Colombiana 2000-2013 Alternate title: The risk of death by suicide in the Colombian population 2000-2013.Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro Tomo 23, N.º 11, (Nov 2018). DOI:10.1590/1413-812320182311.24-812016

34. T Pacheco Tabuenca Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones preventivas en el ámbito extrahospitalario Universidad Complutense de Madrid Repositorio - 2016 - eprints.ucm.es

35. Suicidio en adolescentes FJ Murillo Henao - 2016 - tesis.udea.edu.co

36. Hawton,K. Casañas i Comabella, C Haw, C. Saunders,K (2013) Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. Journal of Affective Disorders 147 17-28

Declaración de Conflicto de intereses:
El autor cumple a conformidad el envío para revisión y arbitraje, y declara no tener ningún conflicto de interés con el presente trabajo.