

Ingresos por intento de suicidio en el hospital "Eugenio Espejo" entre noviembre de 1996 y enero de 1997

Luis Riofrío Mora, Fabián Guarderas Jijón

Servicio de Psiquiatría del Hospital "Eugenio Espejo", Quito-Ecuador.

Resumen

La incidencia de suicidios en nuestro país se está incrementando. Sus causas son de diferente origen, al igual que es diferente el motivo y el método que utiliza quien intenta quitarse la vida por sus propias manos. Debemos reconocer que sobre este tema existen dos grupos importantes que deben ser tomados en cuenta: el primero, que es mayor en mujeres, constituye aquel que intenta suicidarse pero que en "el fondo" no desea quitarse la vida, sino más bien, entre otras causas, desea llamar la atención, cree que realizando actos como el de un intento de suicidio puede llamar efectivamente la atención sobre algún o algunos problemas que la aquejan. El segundo grupo, en el que predominan los varones, es más efectivo y generalmente su intento termina exitosamente. Existen varias teorías que intentan explicar esto: genéticas, bioquímicas, endocrinológicas, culturales, ambientales, cognitivas, humanísticas y psicoanalíticas, entre otras. Parece que el suicidio no se debe a una de estas alteraciones exclusivamente, sino a la unión de varias de ellas. En el presente estudio se describen el número de pacientes que han ingresado al Hospital "Eugenio Espejo" entre noviembre de 1996 y enero de 1997, podemos observar que nuestra Casa de Salud es probablemente la que por este motivo, recibe la mayor cantidad de pacientes en un año. Respecto a la mortalidad se debe aclarar que al ser el Hospital "Eugenio Espejo" un Hospital de Emergencia, varios de los 12 pacientes fallecidos llegaron para ser atendidos en el servicio de urgencias y por la gravedad de las lesiones ocasionadas por el intento autolítico fallecieron en menos de 48 horas desde su ingreso, lo que según la O.M.S. no debe ser tomado en cuenta dentro del total de defunciones intrahospitalarias.

Palabras clave: Suicidio, Causas psicoanalíticas.

Summary

The incidence of suicides in our country is incrementing. The causes are of different origin, to the same as is different the motive and the method that utilized who intends to be removed the life by the proper hands. We Must recognize that over this theme exist two important groups that must be taken to debit: The first that is major in women, constitutes that intends suicide but that in "the fund" does not wishes to be removed the life if not but well between other causes wishes to call attention, believed that realizing acts as of an intent of suicide can call, effective-

Dirección para correspondencia: Dr. Luis Riofrío Mora, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Iquique y Sodiro, Telf. 526024, Quito-Ecuador.

vely, the attention over some or some problems that the lament. The second group, in which predominate the men's is most effective and generally the intent finishes successfully. Exist varied theories that intend to explain this: Genetic, biochemical, endocrine, cultural, both, cognoscitive, humanistic and psychoanalytic, between other. Seems that the suicide was not owed to one of exclusively these alterations, if not to the union of varied of them. In the present study describe the number of patients that have inputted to the Hospital "Eugenio Espejo" between November of and January 1996, 1997, and could observe that our House of Health is probably by this culprit motive that major quantity of patients in a year. Respect to the mortality must clear that upon big Hospital "Eugenio Espejo" also a Hospital of Emergency, various of the 12 patients somatic death arrived to be attentive in the service of urgencies and that by the gravity of the occasioned lesions by the intent to commit suicide, decease in fewer than 48 hours from the income, what according to dispositions of O. M. S. not must be take to debit inside of the total of deaths in the hospitalization.

Key words: Suicide, Psychoanalytic theories.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central: 1998; 23(1): 28-30.

Introducción

"... al ser el hombre el único ser viviente consciente de su propia muerte, puede en un momento dado considerar la decisión de vivir o morir..."

Dentro del amplio campo de las enfermedades psiquiátricas las que más nos preocupan y se transforman en una urgencia son aquellas en las que sabemos, conocemos o es evidente que puede existir la posibilidad de que el paciente termine con su vida, en todos estos casos el paciente debe ser hospitalizado con cuidados permanentes ya que al mínimo descuido, procederá con lo que tenga a mano a quitarse la vida, inclusive con los mismos fármacos que se estén utilizando para su tratamiento. Debemos conocer que no existe ningún medicamento antidepresivo que sea ciento por ciento eficaz antes de los 10 o 15 días de administración y que técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser casi tan eficaces como los fármacos, como la psicoterapia cognitiva, también necesitan tiempo para actuar.¹⁸⁻²²

El síndrome psiquiátrico que con más frecuencia se asocia al suicidio es la depresión, luego se encuentran el al-

coholismo y los cuadros psicóticos como la esquizofrenia. Pacientes con ciertos problemas de personalidad, con trastornos de ansiedad severos o que cursan con una enfermedad somática de mal pronóstico, también presentan frecuentemente intentos de suicidio.^{1,6}

Todo médico debe saber evaluar el riesgo suicida en un paciente para de esta manera proceder a tomar la conducta más adecuada.

Material y métodos

Utilizando un diseño clínico controlado se procedió a identificar a cada paciente que ingresaba al Hospital "Eugenio Espejo" con intento de suicidio. Se valoró la esfera cognoscitiva y esfera sensorio-perceptiva al igual que su estado de conciencia. Se utilizó la diferencia de proporciones para determinar la significancia del estudio.^{7,21}

Resultados

En el presente estudio se incluyen 108 pacientes que ingresaron entre noviembre de 1996 y enero de 1997, a los servicios de Emergencias, Cuidados Intensivos y Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo de Quito, por intento de suicidio y que fueron atendidos por el servicio de Psiquiatría. La edad de los pacientes, las causas, los métodos utilizados y el total de ingresos y fallecimientos se resumen en la tabla 1.

Análisis de los resultados

Se estudiaron 108 pacientes que ingresaron al Hospital "Eugenio Espejo" durante los meses de noviembre y diciembre de 1996 y enero de 1997; motivo de ingreso: INTENTO DE SUICIDIO.

La respuesta terapéutica fue adecuada en un alto porcentaje. Los pacientes que fueron dados de alta solucionados los problemas de envenenamientos, heridas, traumatismos, etc. ya sea en los servicios de emergencia, medicina interna o cuidados intensivos, debieron continuar con tratamiento psiquiátrico ambulatorio por consulta externa, que lamentablemente no se lo cumple en un alto porcentaje, desconociéndose el estado mental del paciente posterior al alta. Como es conocido, los medicamentos utilizados para tratar las ideas suicidas comienzan a dar resultados aproximadamente a los quince días de iniciado el tratamiento, igualmente el tratamiento psicoterapéutico, por ejemplo modificación de conducta, también requiere de un trabajo diario y prolongado.

Los fármacos antidepresivos fueron los más prescritos, ya que la mayoría de intentos de suicidio ingresados, tuvieron como patología de base un cuadro depresivo. Los fármacos más utilizados fueron la amitriptilina e imipramina, en pacientes que sus condiciones económicas les permitían se usó fluoxetina, sertralina y mirtazapina. Todos estos fármacos con igual respuesta terapéutica (su única diferencia fue la intensidad de los efectos secundarios). En los casos agudos fue necesario la utilización de terapia electroconvulsiva con su consiguiente eficacia tera-

Tabla 1. Características Generales de los Pacientes Ingresados por Intento de Suicidio, Hospital Eugenio Espejo.

Resultados	Ptes.
Total de Ingresos	108 (100.0%)
Mujeres	78 (72.2%)
Hombres	30 (27.7%)
Fallecidas Mujeres	6 (5.5%)
Fallecidos Hombres	6 (5.5%)

Causas	Ptes.
Disfunción Familiar (no conyugal)	58 (53.7%)
Disfunción Conyugal	28 (25.9%)
Depresiones Endógenas (primarias)	8 (7.4%)
Violación	3 (2.7%)
Disfunción Laboral	6 (5.5%)
Estudiantiles	
(pérdida de año, aplazamientos, etc)	5 (4.6%)

Métodos Autolíticos Utilizados por los pacientes	Ptes.
Fósforo blanco	60 (55.5%)
Fármacos	18 (16.6%)
Organofosforados	18 (16.6%)
Otros (ingesta de vidrio molido, traumatismos, etc)	12 (11.1%)

Edad	Ptes.
10 a 20 años	44 (40.7%)
21 a 30 años	47 (43.5%)
31 a 40 años	10 (9.2%)
41 ...	7 (6.4%)

péutica. Concomitantemente con la psicofarmacoterapia se utilizó terapias de modificación de conducta. En caso de pacientes psicóticos se indicó medicación neuroleptica y en los pacientes que era evidente un estado de ansiedad se usó benzodiazepinas.

Los intentos de suicidio (108=100%) y de suicidios consumados (12=11.1%) se encuentran dentro de los porcentajes descritos en la bibliografía internacional, especialmente si diferenciamos la cantidad de mujeres que intentaron suicidarse (78=72.2%) y las fallecidas (6=5.5%) en relación a los varones (30=27.7%) y fallecidos (6=5.5%).

Discusión

El suicidio es la consecuencia más seria de varios trastornos psiquiátricos. Estudios recientes indican que hasta el 10% de la población ha tenido ideas suicidas en alguna ocasión, en países como los Estados Unidos el 1% de la población ha intentado suicidarse. Muchas de las personas que han intentado el suicidio a la larga morirán de esa manera. El enorme número de personas en riesgo, es por cierto, causa de preocupación.^{10,11}

La motivación del suicidio no es siempre clara. Los enfoques genéticos solo pueden explicar la magnitud de riesgo en que se incurre teniendo una enfermedad afectiva potencialmente hereditaria. Pese a que algunos estudios

indican un bajo nivel de serotonina cerebral en los individuos que se han suicidado, este descubrimiento no es suficiente para inferir una causalidad. La teoría cognoscitiva dice que el comportamiento suicida deriva de la suposición de las personas de que sus problemas son incontrolables. Desde esta perspectiva, el suicidio puede ser considerado como un intento de solucionar problemas abrumadores y escapar a la aflicción ambiental.¹²⁻¹⁵

El intento de suicidio es mucho más frecuente que el suicidio consumado. El suicidio consumado es tres veces más común en varones que en mujeres. Por otra parte, más mujeres que varones intentan suicidarse. Las elevadas tasas de comunicación de la autodestrucción sugieren que el suicidio es a menudo un acto premeditado que quizás podría impedirse en varios casos.^{16,17}

En la población general los factores de riesgo suicida citados con mayor frecuencia son las condiciones de ser anciano, soltero, desempleado y aislado. La existencia de un diagnóstico psiquiátrico (trastornos afectivos, psicóticos, consumo de sustancias, etc), aumenta significativamente el riesgo de suicidio. También se han encontrado enfermedades físicas entre los suicidas, una enfermedad física significativa se halla hasta en un 50% de los casos. Los estudios coinciden en que la tasa de adolescentes suicidas ha aumentado en un 8% en los últimos 15 años. Se considera que el suicidio es la tercera causa de muerte entre individuos de 15 a 24 años de edad.^{6,11-13}

En el tratamiento de los pacientes suicidas, es importante contar con un terapeuta con habilidades interpersonales y un juicio sólido. La morbilidad y la mortalidad pueden disminuirse mediante una evaluación rápida y precisa. Está indicada la hospitalización para todo paciente que manifieste ideas y/o intentos suicidas. Vale la pena indicar que el tratamiento psiquiátrico incluye la administración de fármacos y la utilización de algún esquema psicoterapéutico, por lo menos de seis meses de duración.^{8,10,21}

Los datos obtenidos en nuestro estudio confirman el hecho de que las mujeres son quienes más intentan suici-

darse y los varones quienes más efectivamente lo consiguen.

Es motivo de preocupación el hecho que en la edad comprendida entre los 10 y 20 años en intento de suicidio se encuentre porcentualmente en un alto nivel, algo que años atrás no se lo veía. El intento de suicidio en la niñez y adolescencia cada día está en aumento, lo que deberá ser analizado por los organismos competentes.

Bibliografía

1. Allen WJ: Comportamiento suicida: factores de riesgo y prevención; *International Psychiatry Today*, 1(1): KSF.
2. Gallegos AP, Guarderas JF: *Psiquiatría: análisis de historias clínicas para el médico general*; ed. Pasquel; Primera Edición. Quito, 1997.
3. Matute UG y cols: *Prevención y tratamiento de la Depresión*; segunda edición; Quito, 1991.
4. Vidal-Alarcon-Lolas: *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*; Macrope-dia; De. Panamericana. Buenos Aires, 1995.
5. Fuentes J, Cundín M, Gutierrez JL: *Pharmautisme*; Gautena, Donostia; San Sebastián, 1996.
6. Fuentenebro F, Vázquez C: *Psicología Médica-Psicopatología y Psiquiatría*; Madrid, Interamericana. 1991; 2.
7. INEC: *Defunciones con y sin certificado por intentos de suicidio en el Ecuador*, 1990-1995.
8. Guze S, Richeimer S, Szuba M: *Guía Farmacológica en Psiquiatría*; primera edición; Barcelona; Mosby, 1993.
9. Cabrera R, Mencias E, Cabrera J: *Toxicología de los Psicofármacos*; Madrid, Mosby, 1993.
10. Flaherty-Channon-Davis: *Psiquiatría: Diagnóstico y Tratamiento*; Buenos Aires; Panamericana, 1991.
11. Toro RJ, Yépez LE: *Psiquiatría*; Medellín; CIB; tercera edición, 1994.
12. Zehentbauer J: *Drogas Endógenas*; De. Obelisco; Barcelona, 1992.
13. Fernandez-Labriola R: *Psiquiatría Biológica*; 1; Cangrejal PSi/APSA. Buenos Aires, 1994.
14. Castilla del Pino C: *Introducción a la Psiquiatría*; Alianza Universidad textos. Madrid, 1982.
15. Torres M: *La Tercera Mentalidad*; Tercer Mundo Editores; tercera edición. Bogotá, 1994.
16. Bercherie P: *Los Fundamentos de la Clínica; Historia y estructura del saber Psiquiátrico*; Manantial. Buenos Aires, 1980.
17. Grieve: *Neuropsicología Panamericana*. Bogotá, 1995.
18. Balarezo L: *Psicoterapia*, Ed. PUCE. Quito, 1995.
19. Ochoa E, Labrador FJ: *El Juego Patológico*; Plaza & Janés. Madrid, 1994.
20. Vallejo J: *Arboles de decisión en Psiquiatría*. De. Jims. Barcelona, 1992.
21. Estevez E: *Los protocolos de investigación en Biomedicina*; Ed. Terán; FFCCMM. Quito, 1993.
21. Guarderas F, Játiva M, Ponce F, Cedeño M, Almeida L: *Guía Psicofarmacológica*; Ed. Terán. Quito, 1997.