

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
EL GRADO DE DOCTORADO EN MEDICINA**

**TEMA: INCIDENCIA Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA DEL
INTENTO SUICIDA DE PACIENTES EGRESADOS EN EL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DEL HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS DE SANTA ANA EN EL AÑO 2004**

ASESOR METODOLOGICO Y DE CAMPO:

DR. ANGEL FREDI SERMEÑO MENÉNDEZ

INTEGRANTE: RODRÍGUEZ ORTÍZ, MOISES

SANTA ANA, 31 DE MAYO DE 2005



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNIDAD CENTRAL**

**RECTORA
DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ**

**SECRETARIA GENERAL
LCDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA**

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

**DECANO
LIC. JORGE MAURICIO RIVERA**

**VICEDECANO
MS. ROBERTO GUTIÉRREZ AYALA**

**SECRETARIO
LIC. VÍCTOR HUGO MEDINO QUEZADA**

**JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DRA. SANDRA PATRICIA DE SANDOVAL**

**COORDINADOR METODOLÓGICO DE PROCESO DE GRADO
DR. MELITÓN MIRA BURGOS**

**ASESOR DE PROCESO DE GRADO
DR. ANGEL FREDI SERMEÑO MENÉNDEZ**



AGRADECIMIENTOS

Al finalizar la presente investigación que significa el último eslabón de una larga cadena de esfuerzos, por lograr el grado académico que permita servir a mi prójimo, debo expresar mis más profundos agradecimientos a:

El Único Dios Verdadero, por darme la vida con el propósito de servir a la humanidad.

A mi padre José Armando Ortiz y mi madre Mercedes de Ortiz, por su amor y apoyo incondicional en el logro de mi formación como hijo y profesional.

A mi amada esposa Ivonne de Ortíz, por su amor y por darme al ser más amado de mi vida, mi hijo **Jaím Moshé Ortíz**.

A todos mis maestros, desde el que me enseñó las vocales hasta el jurado que me evaluará esta investigación, por compartir sus conocimientos.

A mis amigos, que siempre me alentaron a continuar.

A mi asesor, por su desinteresado apoyo y orientación.

Que el Elohim de Israel los bendiga a todos.



INDICE

Contenido	Pág.
Resumen -----	1
Introducción -----	2
Antecedentes -----	3
Justificación -----	7
Objetivos -----	8
Marco Teórico -----	9
Metodología -----	14
Población -----	14
Muestra -----	15
Unidad Muestral -----	15
Técnica e Instrumento -----	15
Discusión y Análisis -----	16
Conclusiones -----	24
Recomendaciones -----	25
Bibliografía -----	26
Anexos -----	27



RESUMEN

El presente trabajo de investigación está constituido en su marco teórico, por planteamientos extraídos de Kaplan-Sadock (2000) y Toro-Yepes (1990), para luego compararlo con los resultados obtenidos de la estadística de egreso con diagnóstico de intento suicida en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Algunos resultados se comparan con las teorías de la bibliografía mencionada antes, tal es el caso de la depresión como trasfondo del intento suicida además de coincidir en que también está detrás el alcoholismo, que es otra causa importante del intento suicida.

Encontramos no correlacionado en este estudio la edad, en comparación con la descrita en el libro de texto, por otra parte es importante resaltar a los adolescentes en nuestro medio como el que más intención de suicidio con la característica que tiene un predominio de los que viven en áreas rurales versus áreas urbanas.



INTRODUCCIÓN

Trabajar con el tema de intento suicida en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, de antemano sabemos que vamos a encontrar casos principalmente con uso de herbicidas, por lo que intentamos hacer una relación del intento suicida con otras patologías psiquiátricas, tanto los encontrados en la estadística del departamento de medicina y una somera comparación con la descripción encontrada con los libros de texto psiquiátricos consultados.

Se plantean objetivos de aparente respuesta lógica, sin embargo, necesitamos de su demostración, por lo que al final se presenta gráfica y análisis con su respectiva conclusión de los hallazgos y recomendaciones que creo adecuadas para contribuir a darle una salida a tan grave problema de salud, todo con la intención que este trabajo sirva como impulsador de otras investigaciones que profundicen más en el tema que nos ocupa, con el además pretendo evidenciar por un parte la deficiente atención con que se maneja este tipo de patología y el menosprecio e incomprensión mostrado por los profesionales de la salud en los servicios de emergencia de nuestro hospital, esto sobre la falta de seriedad que el sistema de salud de nuestro país le presta al abordaje de los casos de salud mental como un grave problema de salud pública.



ANTECEDENTES

En el libro del Deuteronomio de la Biblia se dice que Dios castigará al que viole sus mandamientos con “furia, ofuscación y confusión del corazón” Quizá el episodio de enfermedad más famoso en la Biblia lo constituye el caso de Saúl, que después de una conducta perturbada en la primera época de su vida, desarrolló una irritabilidad anormal, gran desconfianza e impulsos incontrolables.

Esto por ser un libro de vigencia contemporáneo pese a su antigüedad, pero en todas las culturas encontramos referencia al concepto de locura como las descritas en la Grecia clásica por Hipócrates.

Los diferentes estudios que se vienen realizando sobre el suicidio tienen distintas valoraciones: religiosas, culturales, sociológicas, psiquiátricas. Tomando las distintas religiones podemos comenzar en occidente por el cristianismo, quien condenó al suicidio desde sus orígenes. El Corán lo censura severamente. El Talmud enfatiza el carácter sagrado de la vida y condena al suicidio como pecado.

Durante la edad media, en lo que luego se constituiría como Europa, la legislación de algunos reinos ordenaba la mutilación del cadáver del suicida y la confiscación de la propiedad.

Los Brahmanes en la India, honraban a las personas que voluntariamente se liberaban de su cuerpo. Los griegos permitían el suicidio de criminales y convictos. El filósofo Sócrates condenado a beber cicuta, es el caso más conocido de ese tiempo.



En Japón el ‘Seppuku’- conocido como Harakiri- fue practicado como rito ceremonial. Eran los nobles quienes tenían el privilegio de castigarse así mismos y también se utilizaban para eludir la humillación del fracaso; mostraban también así su fidelidad a un amo o emperador fallecido.

Durante la Segunda Guerra Mundial se adoctrinaba a los soldados japoneses como ‘banzai’ (cargas suicidas) y como ‘Kamikase’ (pilotos suicidas) para defender el imperio. Desde la literatura fue Dostoievsky quien en palabras de sus personajes, reflexionaba acerca del suicidio, pero es Camus- en su ensayo filosófico ‘El mito de Sísifo’ – en Lo absurdo y el suicidio, que escribe: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de que se le viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. Las demás, si el mundo tiene tres dimensiones, si el espíritu tiene nueve o doce categorías, vienen a continuación”. Este libro Camus lo escribe durante la ocupación nazi en Francia., aclara en el prólogo: “Las siguientes páginas tratan de una sensibilidad absurda que puede encontrarse dispersa en el siglo y no de una filosofía absurda que nuestra época, hablando propiamente no ha conocido”.

Es Freud y Menninger que comienza con las clasificaciones a estudiar el perfil del suicida, en los países anglosajones. Estos estudios permitieron determinar: edad, sexo, estado civil, religión, nacionalidad, raza y ocupación, modos de suicidio, causas. También se tiene como datos confirmados que se suicidan más hombres que mujeres y correlacionaban la edad avanzada y la viudez.

Se tomaron en cuenta datos sobre la residencia en grandes ciudades, historia de un hogar roto en la infancia, desorden mental.



Empezaron a tenerse en cuenta criterios comparativos sobre ‘modos de suicidio’ entre Inglaterra y Estados Unidos. Aparecieron los primeros datos, ya que en USA, las armas de fuego son más accesibles. Otras formas de quitarse la vida era el gas (monóxido de carbono), envenenamiento por narcóticos y píldoras somníferas, ahorcamiento y asfixia por inmersión. Ninguna teoría alcanza a explicar acabadamente el suicidio.

Volviendo a otros estudios de investigación que se realizaron en EEUU, es difícil la predicción del suicidio porque no es en si mismo, una enfermedad curable o no curable, define George E. Murphy : “Lo que define la evolución final del cuadro es la patología de base, que determina la conducta suicida. La circunstancias del contexto y la celeridad y eficacia del equipo tratante”.

En Latinoamérica no tenemos estudios sobre suicidio: Los datos que hemos mencionados (como muchas de las teorías) pertenecen a la esfera del primer mundo. Solo hay datos esparcidos y con la confirmación que han ido en aumento en estas dos últimas décadas. En nuestro país muy escasamente encontramos algunos datos provenientes de la estadística del Ministerio de Salud y de FUNDASALVA, donde se reporta lo siguiente durante el año 2002:

Datos a nivel de país

↳ En San Salvador, en el 2002, los municipios con mayor índice de suicidio fueron Ilopango, Mejicanos, San Salvador, Soyapango y Apopa.

↳ Un 35% de las mujeres que se suicidaron en 1999, eran



menores de 18 años.

↳ Los departamentos con el número más alto de suicidios en el 2002, fueron San Salvador, La Libertad, Usulután y Santa Ana.

Es sorprendente que una patología tan antigua que nació con el hombre, siga teniendo consecuencia fatales tanto individuales como sociales, los hospitales gastan la mayor parte de sus recursos en la atención de heridas, producto de desórdenes psicológicos, más los intentos suicidas por situaciones descabelladas y aún así no se le presta la atención que merece que podría ser muy probablemente la solución más acertada de un país para evitar gastos públicos en salud.



JUSTIFICACIÓN

En la carrera Doctorado en Medicina, el pensum incluye para los estudiantes el conocer los aspectos generales de la Psicología, a través de la Psicología I y II, además de estudiar psiquiatría mediante 4 materias en diferentes años, esto obliga a cualquier médico egresado de la Universidad de El Salvador a saber diagnosticar, tratar o referir a un paciente psiquiátrico; sin embargo, la práctica intuitiva lo contrario, los médicos no saben diferenciar si la dolencia es física o psíquica, llegan más al diagnóstico mental por ensayo o error, o por omisión de patología orgánica, con el prejuicio que un paciente psiquiátrico no va a morir de tal dolencia. Esta percepción médica general se puede desacreditar a diario en los servicios de emergencia de cualquier hospital con hacer revisión de casos de intento suicida consumados.

Con este estudio pretendo influenciar a todos los estudiantes para que adquieran mayor conciencia de la importancia que tiene profundizar en el complejo mundo de la patología Psiquiátrica, ignorada por la gran mayoría de los profesionales de salud.



OBJETIVO GENERAL

Identificar las patologías psiquiátricas asociadas al intento suicida en los egresos en el departamento de medicina interna Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en año 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el sexo con mayor incidencia de intento suicida en el año 2004.
2. Conocer la edad con mayor incidencia de intento suicida en el año 2004.
3. Comparar la literatura y la estadística de la patología psiquiátrica asociada a intento suicida.
4. Identificar la procedencia de mayor incidencia del intento suicida en el año 2004.



MARCO TEÓRICO

Uno de los adagios frecuentes entre bromas es el que reza de la siguiente manera “cuando la vida es un martirio, el suicidio es un deber”. Esto parece muy superficial, sin embargo el contenido es muy profundo, cuando analizamos que esto se convierte en una de las soluciones más convincentes a las situaciones más abrumadoras de un individuo en desesperanza y desvalimiento y sin posibilidad evidente de cambio o mejoría.

Existen muchas teorías relacionadas con el intento suicida, entre ellas agrupadas de las 3 formas siguientes: Biológico, Social y Psicológico. En lo sociológico se toma como referencia la teoría de Durkheim, que dividió el intento suicida consumado en 3 categorías sociales: egoísta, altruista y anónimos; el primero se aplica a los que no están bien integrados en ningún grupo social, la falta de integración familiar explicaría por qué los solteros son más vulnerables al suicidio. El segundo es el altruista que se aplica a los que llegan al suicidio por la excesiva integración en un grupo, por ejemplo: el que sacrifica su vida en combate; y el tercero, el anónimo, se aplica a quienes tienen alterada su integración social y no pueden seguir las normas de conducta habituales.

Factores psicológicos del intento suicida, existen tantas explicaciones como corrientes psicológicas, pero las 2 más universalizadas son la teoría de Freud y la teoría de Menninger. El primero se la atribuye a la agresión dirigida hacia adentro, contra un objeto introyectado, cargado libidinalmente ambivalente, Freud dudaba de que pudiera darse un intento suicida sin el deseo previo, reprimido, de matar a otra persona.



Otras teorías psicológicas sostienen que no existe una psicodinamia específica del intento suicida a partir de sus fantasías sobre lo que ocurriría si se llegase a suicidar; tales fantasías pueden consistir como sigue: a) deseos de venganza b) poder c) control o castigo d) expiación de la culpa e) sacrificio f) escapar o dormir g) salvación, reunión con los muertos o una vida nueva.

Los intentos suicidas que más llegan a ejecutar sus fantasías pueden haber perdido un objeto amado o sufrido una herida narcisista, experimentado emociones abrumadoras como la ira o la culpa, también puede identificarse con una víctima del suicidio; dinámica de grupo, como la secta de la puerta del cielo, que subyacen suicidios masivos.

Los pacientes deprimidos pueden tratar de suicidarse justo cuando parecía que se estaban recuperando de la depresión; en conclusión dice Aarón Beck, la desesperanza es uno de los indicadores más precisos de riesgo suicida a largo plazo.

Entre los factores biológicos, las explicaciones son tan débiles y se limitan a compilar las mismas bases de los trastornos psiquiátricos, entre ellos: la atribución genética y la neuroquímica, que cae más en especulación que a meras explicaciones científicas.

Otros aspectos involucrados son la raza, edad, religión, estado civil, ocupación, sexo y la salud física; entre éstos, la edad y el sexo son los que tomaremos para hacer una breve descripción por estar relacionados con el tema de comorbilidad psiquiátrica y con los registros de archivo del Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.



Según el texto consultado el sexo que más lo intenta es tres veces mayor en mujeres que en hombres y en la edad, los hombres mayores de 45 años y en las mujeres mayores de 55 años se eleva la tasa de intentos suicidas.

Entre la teoría y especulaciones estructuradas mencionadas anteriormente pasamos a la otra de los grandes riesgos de intento suicida como son los pacientes psiquiátricos entre ellos encontramos que un 95% de los que cometen o intentan el suicidio tienen un trastorno mental.

Entre los trastornos psiquiátricos según Kaplan-Sadock (2000) el 80% suponen trastornos depresivos, 10% esquizofrenia, 5% demencia o delirio y de todos 25% son alcohólicos, otros 25% con conducta impulsiva.

El suicidio es 20 veces mayor en heroimanomanos que en la población general. Entre otras patologías psiquiátricas asociadas a intento de suicidio están los trastornos de personalidad, de ansiedad y conducta suicida previa (Toro-Yepes 1990), de éstos en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana no se toman en cuenta en forma general, por la deficiencia del médico en el abordaje de pacientes psiquiátricos, centrado únicamente en el control homeostático y hemodinámico de pacientes intoxicados por lo que es fácil obtener una opinión generalizada en la atención parcializada del paciente con intento suicida, el interés de este estudio es para confrontar la parte teórica y la práctica hospitalaria en el abordaje de esta compleja patología mental. Sin embargo, necesitaríamos dedicarle buena parte de nuestra vida para identificar las causas culturales y sociales de nuestro país subdesarrollado, al intento suicida, es muy simple pensar en la frustración económica, porque en países desarrollados y en familias acomodadas también está afectando el intento o consumación del suicidio.



Esto viene al caso también para demostrar en forma categórica que el intento suicida o el suicidio consumado no son propiamente entidades diagnósticas, como lo explica el libro de Toro-Yepes 1997. A la vez que no lo encontramos en ninguna de las dos principales clasificaciones de las enfermedades mentales como son el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, revisión número IV (DSM-IV) ni en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10); el trastorno en cuestión tiene diferentes evoluciones, aunque la más típica sea la que encontramos en los trastornos depresivos, inicia como idea suicida, pasa a una idea obsesiva para después transformarse en conducta suicida, con el posterior intento o consumación del suicidio, en otras entidades nosológicas puede tener otra evolución, principalmente las frustraciones con intento súbito. Todo esto lo menciono porque a pesar de no haber clasificaciones internacionales que avalen la entidad nosológica de intento suicida, en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, los médicos registran por separado el intento suicida y en muchos de los casos no es tomado en cuenta el verdadero diagnóstico, según Toro-Yepes 1997, las entidades o situaciones con que se asocia frecuentemente el suicidio son: depresión, adolescente en crisis, alcoholismo, demencia, crisis conyugales, intoxicación por droga, psicosis esquizofrénica y afectiva, violaciones sexuales, enfermedades graves y terminales; sin especificar los porcentajes.

En la psiquiatría clínica de David Elkin, encontramos aspectos importantes a los aspectos éticos y legales, en donde los terapeutas y filósofos mantienen que se debe permitir que las personas se comporten del modo que deseen, siempre y cuando no dañen a los demás.



Sin embargo, esto no se cumple porque con el intento suicida o idea del mismo, el derecho se le confiere al médico y tener la potestad de ordenar la hospitalización aún en contra de la voluntad del paciente, con el fin de evitar que cometa el suicidio; de allí que de este comportamiento se generalice la opinión de “emergencia psiquiátrica”, de allí también mi opinión que cuando el médico de la unidad de emergencia del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, que tiene por fin, el derecho moral y ético de decidir sobre el paciente opta por tomar la postura de abandono y de no complicación de su carga laboral o la tranquila ociosidad; lo cual independientemente de que tenga justificación o no, da la oportunidad para realizar otros estudios. Por el momento se considera que el pensamiento y comportamiento suicida son fenómenos que pertenecen de manera evidente al dominio de los profesionales de la salud mental y psiquiatría.



METODOLOGÍA

El trabajo de investigación se base en estudio descriptivo, mediante información obtenida en los registros estadísticos del Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, durante el año 2004.

El diseño metodológico es: no experimental, seccional y de tipo descriptivo.

POBLACIÓN

Todas las personas registradas en el libro de estadística de egreso del año 2004 del Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana que cumplan el criterio de inclusión: intención de suicidio en el año 2004.



MUESTRA

Muestreo por conveniencia, el tamaño de la muestra son todas las que cumplen con el criterio de inclusión “intento suicida” egresado en el año 2004.

UNIDAD MUESTRAL

Cada hombre o mujer que cumpla el criterio de intento suicida egresado en el año 2004.

TÉCNICA E INSTRUMENTO

La recolección de datos del libro de estadísticas de egreso en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.



DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se evaluó una muestra proveniente de los criterios de inclusión que son intento suicida de los registros estadísticos de egreso del Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

El total de la muestra es de 45, con la exclusión de los datos del primer servicio de medicina mujeres por extravío del libro de registro de ese servicio.

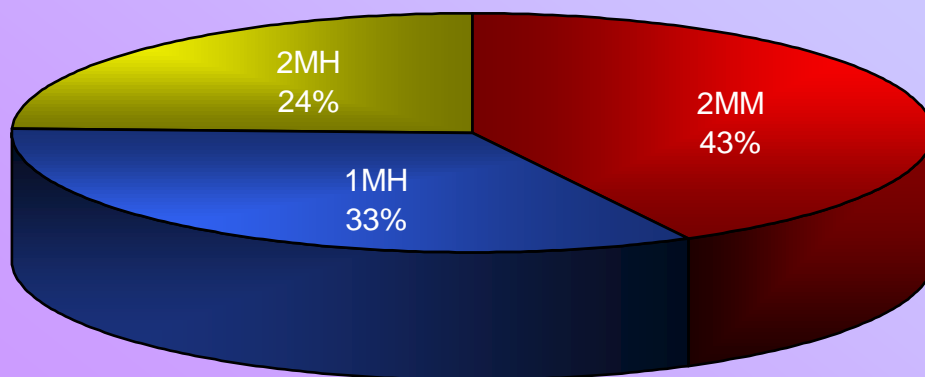
Cuadro 1: Consolidado que muestra la incidencia de acuerdo a sexo de mayor intención suicida.

Servicio	Cantidad	Porcentaje
2MM	19	42.22 %
1MH	15	33.33 %
2MH	11	24.44 %
Totales	45	100.00 %

Fuente de datos: Libro Estadística de Egreso, Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

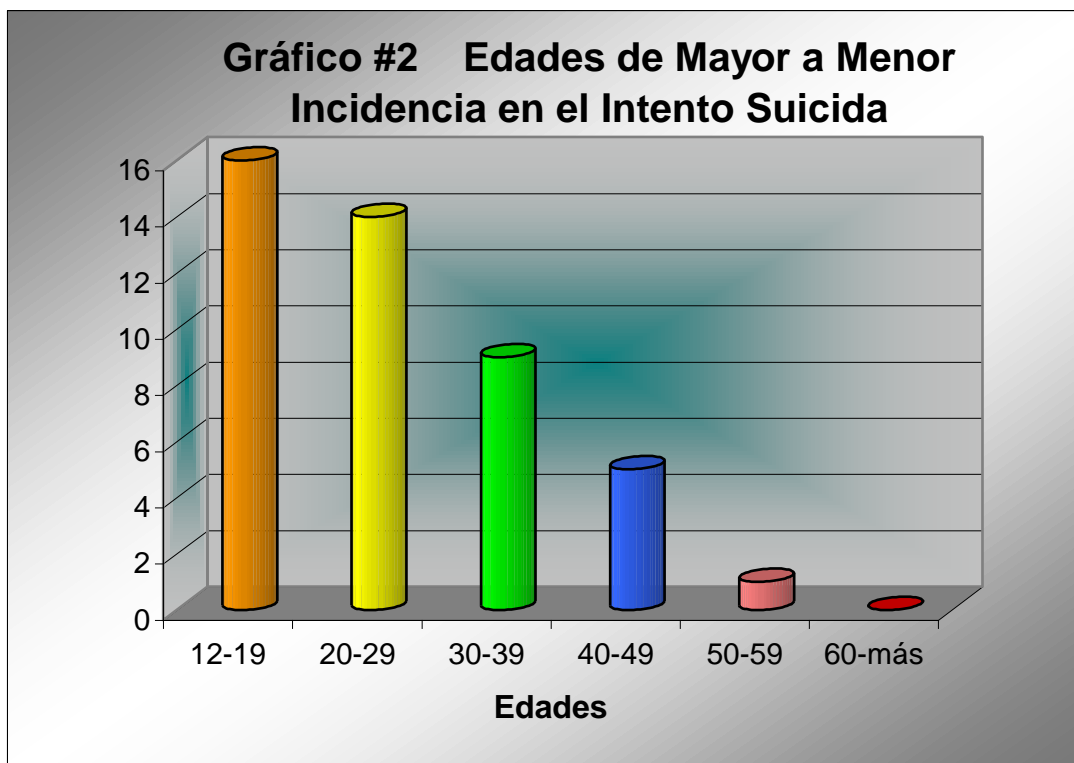


Gráfico #1 Consolidado por Sexo de Mayor Incidencia en el Intento Suicida



En este gráfico se refleja que el servicio de egreso 2MM es de 42.2% el intento suicida para el año 2004, este resultado era de esperarlo pues casi toda la estadística refleja que el intento suicida prevalece más en mujeres, en los servicios hombres queda de la siguiente manera 33.3%; 24.4% para 1MH y 2MH respectivamente.

En esto es coincidente parcialmente con el libro de texto descrito en el marco teórico, que la mujer es tres veces mayor que el hombre en el intento suicida, la relación es parcial porque el servicio de hombres (2MH) apenas se aproxima a la relación 2:1. Con relación al 2MM y una relación de 1.26:1 a la 1MH, lo que concluimos con esto es que la muestra no alcanza la relación 3:1 entre mujer versus hombre descrita en el marco teórico.



Cuadro 2: Consolidado que muestra la incidencia de acuerdo a la edad en la intención suicida.

Edades	Cantidad	Porcentaje
12-19	16	35.56 %
20-29	14	31.11 %
30-39	9	20.00 %
40-49	5	11.11 %
50-59	1	2.22 %
60-más	0	0.00 %
Totales	45	100.00 %



Fuente de datos: Libro Estadística de Egreso, Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

En este gráfico se ve que el 35.5% son adolescentes, que es el grupo de edad que presenta el mayor número de intentos suicidas; el segundo grupo de edad es de 20-29 años con 31.1% de incidencia, con una tendencia a la disminución conforme avanza la edad; con 20% entre los 30-39 años; un 11.1% para los 40-49 años de edad y 2.2% a los egresados con la edad de 50-59%; por último con cero caso de pacientes de más de 60 años.

Esto comparado con lo descrito en el marco teórico, no coincide, la experiencia que obtenemos con este resultado nos dice que el año 2004, el predominio es en el paciente adolescente el que más intenta suicidarse y en el libro de texto Kaplan-Sadock (2000), escribe que es el hombre mayor de 45 años y mujeres mayores de 55 años es más frecuente el intento suicida.

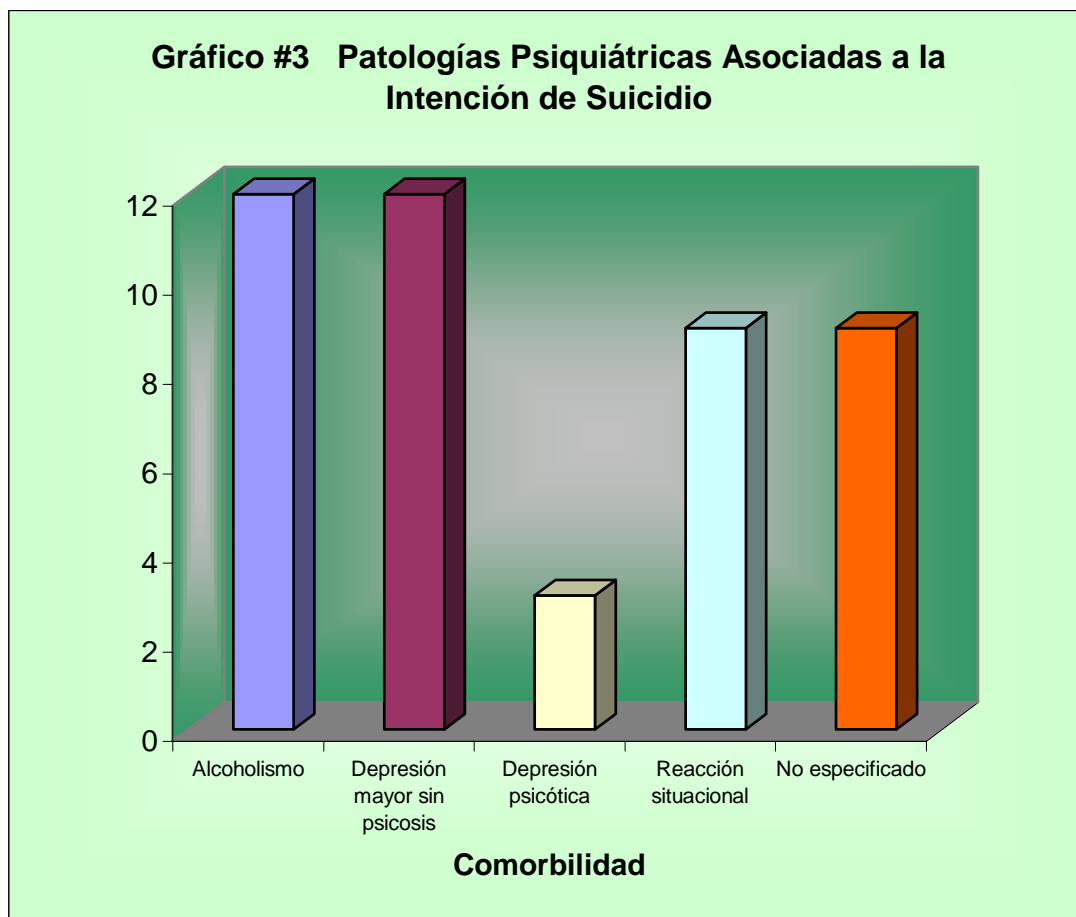
Tabla de comparación entre edad y sexo que tienen más intención de suicidio:

Edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	Porcentaje
12-19	4	8.89	12	26.67	16	35.56 %
20-29	9	20.00	5	11.11	14	31.11 %
30-39	8	17.78	1	2.22	9	20.00 %
40-49	4	8.89	1	2.22	5	11.11 %
50-59	1	2.22	0	0.00	1	2.22 %
60-más	0	0.00	0	0.00	0	0.00 %
Totales	26	57.78	19	42.22	45	100.00 %

Esta tabla muestra que en la edad adolescentes está la mayor intención de suicidio y a predominio de las mujeres, pero a medida aumentamos en edad el sexo femenino tiene menor incidencia y la cantidad de hombres aumenta, dándonos un resultado final que los hombres tienen la mayor incidencia de intención de suicidio, quedando



en sus totales 26 hombres con 57.78% versus 19 mujeres con 42.22%. Esto nos da una visión más real sobre las tendencias de las variables de edad y sexo.



Cuadro 3: Consolidado de la relación de la intención de suicidio, en relación a las patologías psiquiátricas asociadas.

Comorbilidad	Cantidad	Porcentaje
Alcoholismo	12	26.67 %
Depresión mayor sin psicosis	12	26.67 %
Depresión psicótica	3	6.67 %
Reacción situacional	9	20.00 %
No especificado	9	20.00 %
Totales	45	100.00 %

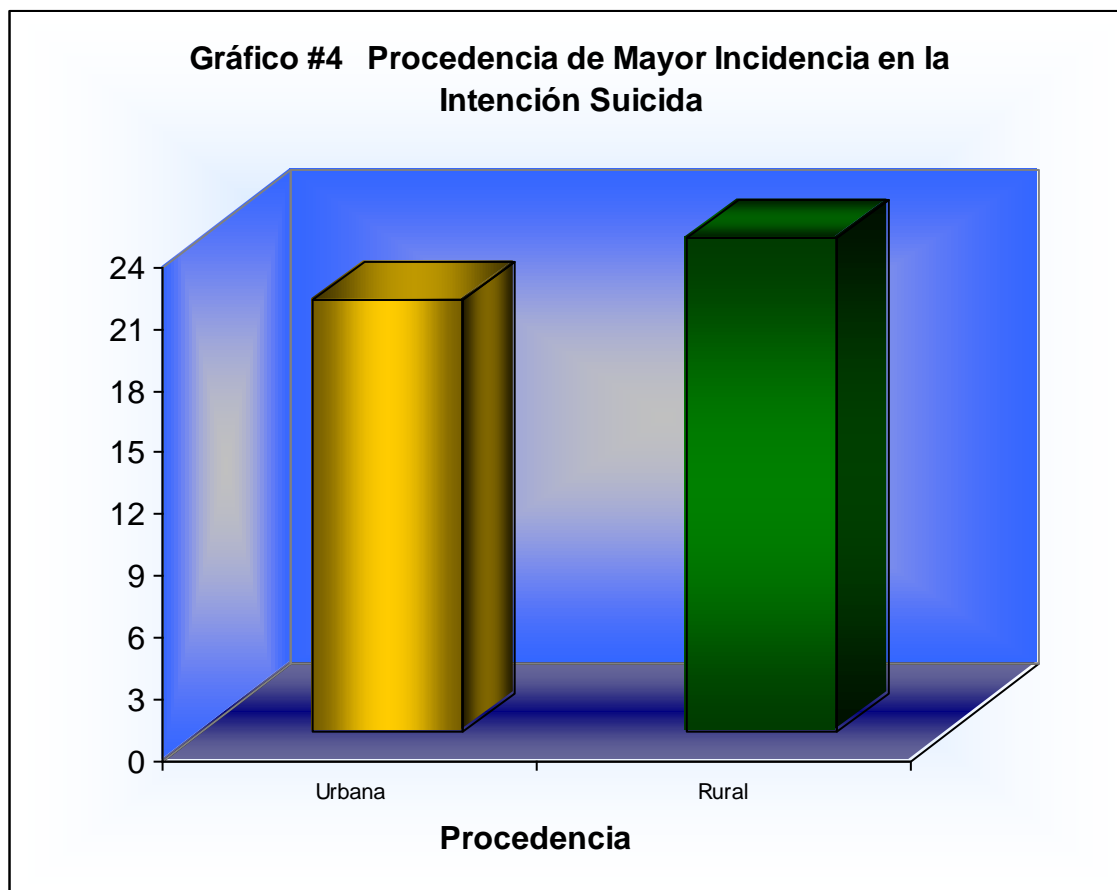


Fuente de datos: Libro Estadística de Egreso, Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.

Este gráfico representa la comorbilidad psiquiátrica, relacionada al intento suicida, refleja que el alcoholismo y la depresión mayor sin síntomas psicóticos son los más prevalentes con el intento suicida, en este estudio se limita al año 2004, seguida de la reacción situacional y otra buena cantidad de intento suicida sin profundizar en el componente mental relacionado con el intento suicida; mi opinión es que esto sucede por la poca importancia dada a la patología psiquiátrica que redundando en una poca profundización de la etiología psíquica de este trastorno.

La relación con el libro de texto Kaplan-Sadock y Toro Yepes tiene resultados que tienden a coincidir en cuanto a que el trastorno depresivo es el que más acompaña al intento suicida.

Mi resultado refleja el alcoholismo con el mismo porcentaje que el trastorno depresivo, sin embargo se cree que detrás del alcohólico se esconde una depresión. Además puedo ver que la estadística muestra que las primeras tres causas son patologías directamente relacionadas con el trastorno depresivo, seguido de un menor porcentaje de relación con reacción situacional, y por último una cantidad no menospreciable de causas no determinadas o desconocidas en coincidencia con los libros de texto. A esto debemos agregar que hay un porcentaje (37.7%) de los casos que no recibieron interconsulta psiquiátrica y que no conocemos qué tipo de patología tienen a la base de su intención de suicidio.



Cuadro 4: Consolidado que muestra la procedencia de mayor incidencia en la intención suicida.

Procedencia	Cantidad	Porcentaje
Urbana	21	46.67 %
Rural	24	53.33 %
Totales	45	100.00 %

Fuente de datos: Libro Estadística de Egreso, Departamento de Medicina del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.



En el gráfico cuatro se evidencia que la mayor parte de la consulta a la unidad de emergencia en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana, procede de las áreas rurales, situación que no coincide con lo descrito por los textos consultados, los cuales dan a las áreas urbanas como la de mayor incidencia en la intención suicida, lo que impulsa a pensar que la decisión de intentar suicidarse responde a una condición emocional donde los factores como calidad de vida, situación socioeconómica, se convierten en coadyugantes debido a que las cifras 53.33% rural versus 46.67% de la urbana, no están tan distantes uno del otro, puedo inferir que la intención del suicida al decidir hacerlo responde a un fuerte componente patológico de base y que los factores sociales y económicos solo inciden en el método ocupado para lograr el suicidio.



CONCLUSIONES

1. La conclusión es que en nuestro medio deberíamos tener reflejada la realidad con estudios tanto en otra rama como en la medicina, este pequeño estudio de datos de sólo un año refleja una tendencia a coincidir como discrepar algunos datos, por ejemplo: el estudio de depresión relacionada con el intento suicida es similar a algunos libros de texto, pero existe una discrepancia notable en cuanto a la edad, la adolescente en nuestro medio, aunque el otro coincidente fue el sexo femenino, en cuanto a relación con el hombre; sin embargo la relación fue mucho menor que lo que el libro menciona.
2. Es un error tomar como entidad nosológica el intento suicida, como ocurre en muchos registros del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana.
3. La conclusión principal es que son los estados de ánimo los que inducen al intento suicida y es injusto que en la actualidad no sepamos si es por el problema humano y su percepción del mundo o qué condiciones sociales hacen vulnerable a nuestra población al intento suicida, principalmente la del área rural.
4. Que es urgente que en las salas de emergencia de nuestros hospitales exista un medico psiquiatra o psicólogo que brinden la atención adecuada las veinticuatro horas del día a todo lo que es una emergencia psiquiátrica.
5. El tema debió quizá apearse a las clasificaciones internacionales y no a las costumbres propias de nuestro medio de darle identidad nosológica al intento suicida.



RECOMENDACIONES

1. Sugerir a los médicos, conocer mejor la patología mental asociada al intento suicida y evitar la no especificación de dicha patología mental.
2. Hacer un estudio más amplio y profundo del intento suicida como del suicidio en el Occidente del país.
3. Conocer el impacto y causas sociales del suicidio en nuestro país (El Salvador).
4. Fortalecer la atención del adolescente a través de programas, sean éstos del Ministerio de Salud de El Salvador u ONG's.
5. Fortalecer y esclarecer un estudio del intento suicida como parte de otra entidad de nosológica a estudiantes de la carrera Doctorado en Medicina.



BIBLIOGRAFÍA

- Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock
Compendio de Psiquiatría, New York, 2000.
- Toro G. Ricardo José, Yepes R. Luis Eduardo
Fundamentos de Medicina, Psiquiatría Segunda Edición, Medellín Colombia,
Corporación para Investigaciones Biológicas, Reimpresión 1990.
- Toro G. Ricardo José, Yepes R. Luis Eduardo
Fundamentos de Medicina, Psiquiatría Tercera Edición, Medellín Colombia,
Corporación para Investigaciones Biológicas, Reimpresión 1997.
- DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson,
Barcelona, España 1999.
- CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades
Décima Revisión.
- G. David Elkin
Psiquiatría Clínica, McGraw-Hill Companies 2000.



ANEXOS



ANEXO 1

1MH

No.	Expediente	Nombre	Diagnóstico	Diag. Asociado	Edad	Procedencia	Fecha Ingreso
1	31960-02	Santos L. Sermeño Martínez	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	22	Rural	19-25/05/04
2	49220-00	José Abel Linares Chinchilla	Intento Suicida con biperidínico		15	Rural	19/07/2004
3	31031-04	Juan Jacobo Delgado	Intento Suicida con biperidínico		26	Urbana	19-21/07/04
4	30998-04	Aldo Danilo Vásquez	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	16	Rural	19-27/07/04
5	52872-01	Carlos E. Calderón Ramos	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	18	Rural	01-02/08/04
6	16096-04	Carlos López Ascencio	Intento Suicida con carburos		23	Urbana	29-30/08/04
7	37792-01	Carlos Eduardo Zometa Peña	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	30	Rural	04-08/08/04
8	40977-04	Leonel Enrique R. Trigueros	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	30	Rural	24-25/08/04
9	41023-04	Joaquín Ascencio M.	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	55	Rural	26-29/09/04
10	4389-01	Héctor Joaquín Padilla Aguilar	Intento Suicida	Alcoholismo	42	Urbana	22-25/10/04
11	44195-04	Walter Elías Morán Soto	Intento Suicida con cumarínicos		22	Urbana	22-26/10/04
12	34930-04	Serafín A. Galán Mejía	Intento Suicida por depresión		22	Urbana	01-03/11/04
13	36011-02	Marco Méndez	Intento Suicida con órgano fosforado	Alcoholismo	47	Rural	16-18/12/04
14	50421-04	Miguel Salguero Magaña	Intento Suicida con biperidínico		31	Rural	13/12/2004
15	13265-01	Samuel Guillén Chacón	Intento Suicida con carburos		31	Urbana	11-13/12/04



ANEXO 2

2MH

No.	Expediente	Nombre	Diagnóstico	Diag. Asociado	Edad	Procedencia	Fecha Ingreso
1	24503-04	Carlos Salazar Hernández	Intento Suicida con órgano fosforado	Depresión mayor	40	Rural	05-07/06/04
2	24339-04	Cristobal Alarcón Martínez	Intento Suicida con biperidínico	Depresión mayor	30	Rural	04-07/06/04
3	24869-04	Juan de León	Intento Suicida con órgano fosforado	Depresión psicótica	39	Rural	06-08/06/04
4	26163-04	Donaldo Cortéz Barrientos	Intento Suicida con órgano fosforado	Depresión psicótica	30	Rural	14-18/06/04
5	29606-04	Eduardo Flores Guevara	Intento Suicida con órgano fosforado	Reac. Situacional	30	Rural	06-08/06/04
6	30890-04	José Wilfredo Gooby Luna	Intento Suicida con cumarínicos	Alcoholismo	26	Urbana	15-20/07/04
7	34490-02	Reyes Arnoldo Lima Barrera	Intento Suicida	Alcoholismo	21	Urbana	12-28/07/04
8	15559-03	Noé Rosales Barrientos	Intento Suicida	Alcoholismo	44	Urbana	23-27/08/04
9	38750-04	Enrique Morales Castillo	Intento Suicida	Alcoholismo	26	Urbana	21-24/09/04
10	39869-04	Raúl Pérez Carpio	Intento Suicida con cloro		26	Urbana	22-28/09/04
11	24743-01	Noé de Jesús Ramos Chinchilla	Intento Suicida con órgano fosforado		19	Rural	24-29/10/04



ANEXO 3

2MM

No.	Expediente	Nombre	Diagnóstico	Diag. Asociado	Edad	Procedencia	Fecha Ingreso
1	9760-04	Amanda Guerrero Galán	Intento Suicida por depresión mayor		14	Urbana	02-05/03/04
2	35444-00	Iris Imelda Torres Cores	Intento Suicida por depresión mayor		21	Urbana	15-16/03/04
3	43954-01	Norma Lisseth Pérez Ramírez	Intento Suicida	Reac. Situacional	49	Urbana	30-31/03/04
4	51255-03	Patricia Gómez Ortíz	Intento Suicida	Reac. Situacional	16	Urbana	14/04/2004
5	18269-04	Sandra Cristina Alvarado	Intento Suicida	Reac. Situacional	15	Rural	25-28/04/04
6	23965-01	Norma Rojas López	Intento Suicida con órgano fosforado	Reac. Situacional	18	Rural	01-06/05/04
7	17859-00	Rosa Lilian Rodríguez Alvarado	Intento Suicida con órgano fosforado	Reac. Situacional	38	Rural	13-21/06/04
8	32183-04	Beatriz Blanco Guerra	Intento Suicida por depresión mayor		18	Urbana	24-27/07/04
9	32098-04	Sandra Nohemi Oliva	Intento Suicida por depresión mayor		17	Rural	24-27/07/04
10	1664-02	Cecilia de Hernández Chávez	Intento Suicida por depresión mayor		18	Rural	24-27/07/04
11	34267-04	Ana G. Galdámez Pacheco	Intento Suicida	Depresión delirante	19	Urbana	07-10/08/04
12	35879-04	Johana Lisseth Medina Méndez	Intento Suicida	Depresión delirante	18	Urbana	18-23/08/04
13	37369-04	Jackeline A. Rivera Gómez	Intento Suicida	Depresión delirante	20	Rural	30/08-01/09/04
14	25926-02	Sandra Beatriz Castillo Hernández	Intento Suicida por depresión mayor		19	Urbana	21-23/09/04
15	42173-04	Glenda Juárez Barrios	Intento Suicida		20	Urbana	06-08/10/04