



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COORDINACIÓN DE POSGRADO



Título:

Factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Nombre:

Sergio Armando Rosas Pantoja

Especialidad De Medicina De Urgencias

Asesores de Tesis:

EMU. Fernando Enrique de los santos Hernández

DCE. Alejandra Anlehu Tello

Villahermosa, tabasco enero 2022



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 17 del mes de diciembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

Factores de determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo Pérez, en el periodo mayo 2018 a diciembre del 2020.

Presentada por el alumno (a):

| | | |
|-------------------|---------|----------------|
| Rosas | Pantoja | Sergio Armando |
| Apellido Paterno | Materno | Nombre (s) |
| Con Matricula | | |
| 1 9 1 E 4 0 0 1 1 | | |

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en medicina de urgencias.

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Fernando Enrique de los Santos Hernández
Director de Tesis

Dra. Alejandra Antehu Tello

Dr. Guillermo Humberto León Chávez

Dr. Juan José Chávez Hernández

Dra. Dora María López Urbina

Dra. Verónica Carrera López

C.e.p.- Archivo
DC/MCML/MO/MACA/lkrd*



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud



Dirección

Of. No. 0948/DACS/JAEP

16 de diciembre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Sergio Armando Rosas Pantoja
Especialidad en Medicina de Urgencias
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores D.C.E. Alejandra Anlehu Tello, Dr. Guillermo Humberto León Chávez, Dr. Juan José Chávez Hernández, Dra. Dora María López Urbina, Dra. Verónica Carrera López, impresión de la tesis titulada: **"Factores de determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, en el periodo mayo 2018 a diciembre del 2020"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina de Urgencias, donde fungen como Directores de Tesis el E.M.U. Fernando Enrique de los Santos Hernández y D.C.E. Alejandra Anlehu Tello.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

C.c.p.- E.M.U. Fernando Enrique de los Santos Hernández.- Director de Tesis
C.c.p.- D.C.E. Alejandra Anlehu Tello.- Director de Tesis
C.c.p.- D.C.E. Alejandra Anlehu Tello.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Guillermo Humberto León Chávez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Juan José Chávez Hernández.- sinodal
C.c.p.- Dra. Dora María López Urbina.- Sinodal
c.c.p.- Dra. Verónica Carrera López.- sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCMU/MCE/XME/mgcc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CULTIVO POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de diciembre del año 2021, el que suscribe, Sergio Armando Rosa Pantoja, alumno del programa de la especialidad en Medicina de Urgencias, con número de matrícula 191E40011 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Factores de determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, en el periodo mayo 2018 a diciembre del 2020"**, bajo la Dirección de la D.C.E. Alejandra Anlehu Tello y el E.M.U. Fernando Enrique de los Santos Hernández, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: drrosas79@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Sergio Armando Rosas Pantoja

Nombre y Firma

Sello

Agradecimientos

Agradezco infinitamente

- 1.- A la secretaria de salud del estado de Tabasco.
- 2.- Al HRAE. Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, por haberme permitido realizar mi residencia médica.
- 3.- A mis profesores que con sus enseñanzas y consejos fueron forjando mis conocimientos y carácter en la toma de decisiones para la atención y estabilización de los pacientes que acuden a este hospital.
- 4.- A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por avalar mis estudios.

Dedicatoria

Dedico la presente tesis primeramente a dios por haberme dado la fuerza, la paciencia y el temple para realizar esta especialidad, a mis padres y hermanos por el apoyo brindado, en especial a mi esposa Jaqueline por estar apoyándome e impulsándome en todo momento, a mis hijos Sergio y Dafne a los cuales amo con todo mi corazón y que por su corta edad muchas veces no entiendan mi ausencia de casa.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Indice

| | |
|--|-----------|
| Abreviaturas | 10 |
| RESUMEN | 11 |
| 1.INTRODUCCIÓN | 13 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 14 |
| 2.1 Estudios antecedentes | 20 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 32 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 35 |
| 5. OBJETIVOS | 37 |
| 5.1 Objetivo general | 37 |
| 5.2 Objetivos específicos | 37 |
| 6. MATERIAL Y MÉTODO | 38 |
| 6.1 Diseño de la investigación: | 38 |
| 6.2 Universo:..... | 38 |
| 6.3 Población:..... | 38 |
| 6.4 Muestra: | 38 |
| 6.5 Criterios de inclusión | 38 |
| 6.5.1 Criterios de exclusión | 38 |
| 6.5.2 Criterios de eliminación..... | 39 |
| 6.6 Cuadro de variables | 39 |
| 6.7 Descripción del proceso:..... | 40 |
| 6.8 Análisis de datos:..... | 40 |
| 7.- Consideraciones éticas | 41 |
| 8. RESULTADOS | 42 |
| 9. DISCUSIÓN | 55 |
| 10. CONCLUSIÓN | 58 |
| 11. Propuestas | 59 |
| 12. BIBLIOGRAFÍAS | 60 |
| 13. ANEXOS | 63 |

Índice de gráficos.

- **Gráfico 1.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al género.**
- **Gráfico 2.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la edad**
- **Gráfico 3.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al nivel de escolaridad en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 4.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a estado civil en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 5.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la ocupación en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 6.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al nivel socioeconómico en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 7.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la religión en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 8.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al municipio de referencia en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 9.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a factor desencadenante en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 10.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a método de intento suicida en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 11.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a número de intentos en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 12.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al método violento en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**
- **Gráfico 13.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al Destino después de la atención en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez**

Índice de anexos.

| | |
|--------------------------------------|--|
| 1.- Hoja de datos spss | |
| 2.- Hoja de recolección de datos | |
| 3.- Base de datos Excel | |
| 4.- Hoja de consentimiento informado | |

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Abreviaturas

HRAE: Hospital Regional De Alta Especialidad

UJAT: Universidad Juárez autónoma de tabasco

EMU: Especialista medicina de urgencias

GPC: guías de práctica clínica

TBL: Tentativa suicidio de baja letalidad

TAL: Tentativa suicidio de alta letalidad

OMS: organización mundial de la salud

INE: Instituto nacional de estadística

INEGI: Instituto nacional de estadística y geografía

RESUMEN

INTRODUCCION: El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018-diciembre 2020.

MATERIAL Y METODOS: El estudio realizado es cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, del cual se obtuvieron 37 pacientes quienes acudieron al servicio de urgencias de este hospital, las variables que fueron medidas, edad, genero, escolaridad, ocupación, estado civil, métodos de intento suicida, peso y talla, destino del paciente después de la atención. **RESULTADOS:** Los casos de intento suicida que se presentó fue de 37 pacientes, de los cuales 19 fueron mujeres y 18 fueron hombres, el 51.3% en mujeres y 48.6% en hombres, por rango de edad de los 14-19 años 18.9%, de 20-24 años 18.9%, 25-29 años de edad 18.9%.

CONCLUSIONES: Del total de pacientes con intento suicida analizados en esta investigación, se encontró que el género femenino tiene mayor tendencia que el masculino con 0.23%, siendo los resultados similares con estudios nacionales e internacionales.

PALABRAS CLAVES: Intentos suicidas, métodos violentos y no violentos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The objective of this study was to determine the prevalence of factors that determine the suicide attempt of patients admitted to the HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez in the period May 2018-December 2020. **MATERIAL AND METHODS:** The study is quantitative, descriptive, cross-sectional and retrospective, from which 37 patients who attended the emergency department of this hospital were obtained, the variables that were measured, age, gender, education, occupation, marital status, methods of suicide attempt, weight and height, destination of the patient after care. **RESULTS:** The cases of suicide attempt that were presented were 37 patients, of which 19 were women and 18 were men, with 51.3% in women and 48.6% in men, by age range of 14-19 years 18.9%, 20-24 years old 18.9%, 25-29 years old 18.9%, **CONCLUSIONS:** Of the total number of patients with a suicide attempt analyzed in this research, it was found that the female gender has a greater tendency than the male with 0.23%, the results being similar with national and international studies.

KEYWORDS: Suicidal attempts, violent and non-violent methods.

1.INTRODUCCIÓN

Para trabajar en este tema hay que realizarnos las siguientes preguntas: ¿Qué lleva a una persona a acabar con su vida?, ¿qué factores pueden estar operando en una decisión tan extrema? Como necesidad personal imperiosa.

El proyecto está integrado por diversos apartados como los objetivos e hipótesis, el marco teórico (donde se plantea, desde diferentes autores, cuáles pueden ser los factores o las causas, las fases y posibles soluciones o el tratamiento a seguir), así como el método empleado en esta investigación, los resultados obtenidos, y el análisis y discusión, junto con las conclusiones, las referencias bibliográficas y anexos.

Para ayudar a los supervivientes como para ayudar a prevenir este problema en aquellos que no encuentran un sentido vital.

La respuesta del porqué investigar este tema se encuentra no sólo en la necesidad personal ya comentada, sino también a la luz de los datos arrojados en los diversos medios estadísticos.

Además, es un problema social que está a la orden del día y que afecta a cientos de personas.

Por razones posteriormente explicadas, es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como, por las instituciones y medios de comunicación, establecido, tal vez, por el miedo a la imitación, la vergüenza o las tensiones familiares.

Se asume por el conjunto social la existencia de este problema, pero se desconoce los motivos por los cuales una persona llega a quitarse la vida.

2. MARCO TEÓRICO

Para comprender mejor el tema, dejaremos en claro algunas definiciones importantes para el desarrollo de esta tesis, entre ellas las siguientes:

La conducta suicida “es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. se puede originar esta conducta en función a una decisión por voluntad propia, motivos inconscientes, en situaciones psicopatológicas que cursan con modificaciones del afecto, de las ideas, de la cognición y de los impulsos (GPC, 2012).

La ideación suicida, se nombra así en sentido universal, al conjunto de ideas que manifiestan un deseo o propósito de morir u otras experiencias psicológicas suicidas, tal como la ilusión o prefiguración de la propia muerte (Clayton,2019).

El intento de suicidio es el concepto general que sirve para señalar a todo acto que busque quitarse deliberadamente la vida propia, inclusive de forma manipuladora, y del cual se sobrevive. el suicidio consumado es el acto por el cual el sujeto logra su cometido de autolisis (Clayton,2019).

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola causa (GPC,2012).

Dentro de las teorías propuestas, encontramos la teoría neurobiológica, en la cual informan elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl., podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio (Castro 2021).

Los factores de riesgo más frecuentes, asociados al intento suicida son: los trastornos psiquiátricos; principalmente la depresión y los trastornos del humor. El uso de sustancias adictivas, particularmente el alcohol, el cual es detectado en sangre hasta en el 33 % de autopsias de sujetos fallecidos por esta causa. otro factor, es el asociado a padecimientos físicos, sobre todo cuando ocasionan dolor crónico, desfiguración o pérdida de la funcionalidad. el antecedente familiar de conductas suicidas es otro factor frecuentemente descrito, especialmente cuando el

antecedente suicida en cuestión es la madre. el antecedente de intentos de suicidio personales previos, aumenta el riesgo de un nuevo intento (Garcia,2010).

Los métodos empleados en las conductas suicidas se han modificado con el paso del tiempo; En Inglaterra en los años 70 los jóvenes preferían intoxicarse y para el año de 1980 el método preferido era el ahorcamiento, este método es el más frecuente en la actualidad y es causante de cerca del 50 % de la totalidad de suicidios en la mayoría de los países. otros métodos frecuentemente empleados, son la ingestión de fármacos y las heridas por arma de fuego. este último varía de acuerdo al sexo; es raro verlo en las mujeres, por el poco acceso que tienen a las armas de fuego, y en cambio es muy utilizado por militares y celadores varones. En intentos de suicidio el método más utilizado tanto en hombres como en mujeres es la ingesta de fármacos (García,2010).

Dependiendo de algunas características del intento de suicidio, se puede estimar el riesgo y determinar el grado de letalidad que representa para terminar con la vida. de acuerdo a lo anterior, Insa y Barrachina clasificaron el intento de suicidio en 4 grados, considerando los métodos de menor riesgo de muerte, a los grados 1 y 2, y denominándolos tentativa suicida de baja letalidad (tbl), Las tentativas con mayor riesgo para la vida, se clasificaron con los grados 3 y 4 y se les denomina grupo de tentativa de alta letalidad (tal) (García,2010).

Algunos autores como Blasco, y por otra parte Drombrovski, utilizan escalas similares a la de Insa y Barrachina en las cuales le dan importancia a la letalidad del método empleado. sin embargo, la mayoría de los estudios que analizan los factores de riesgo, del acto suicida no separan estos factores de acuerdo al grado de letalidad (García,2010).

En estudios realizados en México, se han encontrado sólo dos factores de riesgo asociados a intento de suicidio de alta letalidad, que mostraron diferencia estadística significativa entre los dos grupos: vivir solo e intoxicación etílica previa. en el resto de los factores estudiados en la mayoría de ellos se encontró cierta tendencia en el grupo de tal a presentar porcentajes mayores en comparación con el grupo de tbl sin alcanzar diferencia significativa. el factor de riesgo asociado al intento de suicidio que presentó el porcentaje más elevado fue el antecedente familiar de etilismo, dato

que concuerda con lo reportado en la literatura, en donde algunos estudios, lo ubican en un segundo sitio como factor de riesgo para suicidios consumados. los trastornos del humor o del estado de ánimo son reportados en la literatura médica como un factor relevante asociado al acto suicida, frecuentemente ocupando el primer lugar. en relación a los trastornos del humor se encontraron que estuvieron presentes la depresión mayor y la distimia: la depresión mayor ha mostrado porcentajes mayores en el grupo de tal, en cambio en la distimia los porcentajes más elevados se encontraron en el grupo de tbl. ello puede explicarse por el hecho de que la depresión mayor, siendo un evento de mayor gravedad, es más factible que se asocie a intentos de suicidio de mayor letalidad (Buitrago,2018).

Por su parte en el caso de la distimia, por el hecho de ser un trastorno crónico, los intentos de suicidio pudieran ser menos graves (Jimenez,2013).

Otro de los factores de riesgo señalados en la literatura como factor de riesgo en las conductas suicidas, es el trastorno de ansiedad generalizada. el antecedente de intento de suicidio previo es identificado también, como otro factor de riesgo importante. La enfermedad crónica sobre todo cuando es incapacitante deformante o que se asocia a dolor crónico es otro de los factores de riesgo presentes y coincide también con reportes previos de la literatura que lo asocian a actos suicidas y entre otros se encontró también el antecedente familiar de intento de suicidio. Nizama (2011, p .5) lo concibe como el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como “conducta suicida” a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo.

1. Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios, se da según el autor, cuando la importancia del "yo" es muy baja.

Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:

Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.

1.- Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

2. Suicidio egoísta: Aquel que es 'proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte'. La intensidad de los vínculos religiosos familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidogénicas.

En resumen, el suicidio egoísta es aquel cometido por quienes no están integrados o lo están de manera muy reducida. Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela y dispara indiscriminadamente arrebatándoles la vida a otros, para después, quitarse la vida generándose un suicidio egoísta por falta de integración.

3. El suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación. Para hablar de las causas primero se presentarán datos estadísticos tanto de la OMS (2012) como del INE donde en este último prácticamente no hay información y encasillan el suicidio como un accidente, por lo que los datos no son del todo fiables ni concretos. Hay que advertir, además, que los datos más actuales son del 2012.

El suicidio, como ya sabemos, es un problema social actual. A pesar de ser “tabú” hay que destacar que es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo la primera causa de muerte las enfermedades cardiovasculares.

Según la OMS (2021) más de 700.000 personas se suicidan cada año y el 75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a agosto de 2015.

El INE (2013) nos ofrece datos anuales, siendo el más actual en el 2012, donde especifica que de las 804.000 personas suicidadas en todo el mundo en este año. Los suicidios entre jóvenes de 15 y 29 años se incrementaron en un 25%.

En el año 2013, el número de fallecidos por suicidio fueron 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), la cifra más alta de los últimos 25 años.

Haciendo una comparación entre sexos y guiándome por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. En los países más ricos los suicidios de hombres triplican en número al de las mujeres ya que los hombres de cincuenta años o más se consideran especialmente vulnerables.

Por otro lado, en los países de ingresos medios y bajos, los adultos jóvenes y las mujeres ancianas registran tasas de suicidio más altas que en los países de ingresos altos. Las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de suicidarse que las mujeres de 15 a 29 años.

Para profundizar y explicar las causas de las personas que se suicidan cada año me basaré en diversas investigaciones o teorías separándolas en tres tipos o tres factores de riesgo asociados a diversas causas como son:

1. Factores asociados al sujeto; Dentro de estos factores nos encontramos a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.
2. Factores asociados a la familia
3. Factores sociales

Además, tales factores de riesgo podemos encasillarlos a su vez en tres tipos o modelos de suicidio; subjetivo, objetivo o mixto.

El suicidio de origen subjetivo es aquel que se plantea ante una evaluación negativa de la realidad por parte del sujeto, muchas veces motivado por evaluaciones negativas a partir de diversos trastornos mentales, como la depresión o el consumo abusivo de drogas, sin que existan claramente razones para ello.

Hay que destacar en todo este proceso, la relevancia de las diferencias individuales entre sujetos, ya que cada cual consta de su propia personalidad, de sus propios sentimientos, pensamientos, emociones, y que no a todos nos afectan por igual las mismas realidades.

En cuanto al suicidio de origen objetivo es aquel que se origina, por ejemplo, por el conjunto de diversas situaciones ciertas y observables como la muerte o suicidio de un hijo o allegado, o una enfermedad grave, que puede unirse a otros factores como una depresión o trastorno mental, familias desestructuradas, maltrato, etc. La persona se siente desbordada, no logra soportar ni aceptar lo ocurrido, está sometido a muchos factores de riesgo, no sabe gestionar tales emociones y la única salida que encuentra es suicidarse y el suicidio de origen mixto es una mezcla de los anteriores, tanto por motivos subjetivos como objetivos, presentados ya los factores de riesgo que influyen en el suicidio y los tipos o modelos existentes, cabe destacar también la importancia del concepto de resiliencia.

No todos aquellos que conciben el acto suicida lo consiguen, muchos otros solo se quedan simplemente en intentos o pensamientos.

La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Por lo que no todos aquellos que presentan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción o cualquiera que fuere el motivo del posible suicidio, lo conciben ni consiguen llegar al acto suicida en sí.

Para ello contamos con una serie de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida que se explicarán posteriormente en el apartado de "prevención" En cuanto a los factores asociados al sujeto suicido genéricos cabe

destacar a su vez los factores psicológicos del individuo, los factores biológicos y los genéticos.

2.1 Estudios antecedentes

Por otro lado, más que una teoría, Raison (2012) habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidios pueden ser por todo tipo de razones y que son “un grito” para pedir ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación.

A su juicio, la gente sólo se quita la vida por tres razones; porque se enfrentan a una condición incurable que solo les augura un corto futuro lleno de dolor, otras que se encuentran en un episodio psicótico y creen que deben morir por alguna razón que no tiene sentido para nadie más y otras que están perdiendo la batalla contra una depresión severa.

La Universidad de EE.UU. Johns Hopkins han identificado una pequeña región en el cromosoma 2, que está asociada con un mayor riesgo de intento de suicidio, según un estudio de la revista *Molecular Psychiatry* (2011).

Esta pequeña región contiene cuatro genes, incluyendo el gen ACP1, que los investigadores encontraron en niveles superiores a los normales en el cerebro de personas que habían intentado suicidarse.

Otro estudio desarrollado, ahora en nuestro país, por científicos de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Instituto de Medicina Legal de Alicante (2014) han identificado varios genes relacionados con la conducta suicida. Dichos genes presentaban alteraciones en ciertos marcadores en casi el 100% de 70 personas que se habían suicidado, y que no tomaban fármacos que pudieran alterar dichos marcadores.

Tovilla Zarate y Genis Mendoza (2012) realizaron un estudio donde se demuestra que los genes involucrados en la llamada vía serotoninérgica están participando, ya que evidencia neuroquímica demuestran alteraciones a diferentes niveles. En este trabajo, se presenta una revisión de los principales genes que participan en la vía

serotoninérgica y presenta evidencia de la participación de esos en la conducta suicida.

Por último, en cuanto al factor biológico unos estudios han proporcionado información alentadora con respecto a la neurobiología de suicidio. Ellos muestran una anomalía del mecanismo serotoninérgico, tales como el aumento de subtipos de receptores de serotonina y la disminución de metabolitos de serotonina. Estos estudios también sugieren alteraciones de los mecanismos de señalización ligados al receptor tales como fosfoinosítido y la adenilil ciclasa. Otros sistemas biológicos que parecen estar alteradas en el suicidio involucran el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y neurotrofinas y receptores de neurotrofinas.

En este caso ocurre que a lo largo de la vida se presenta una descompensación neuroquímica que puede ser causado por múltiples factores traumáticos depresores.

En los factores asociados a la familia, Caballero (2013) destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además, añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el bullying.

Caballero (2013) comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

En cuanto a los factores sociales, trasladándonos a finales del siglo XIX fue Durkheim el primero en otorgarle al suicidio una estricta causa social, porque según él, las sociedades albergan diversos síntomas patológicos que contribuyen a la decisión de una persona de terminar con su vida.

Una frase extraída del texto de Emile Durkheim decía; “Un ser vivo no puede ser feliz y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en

relación con sus medios. De otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor.”

Lo que explica un poco que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre está en una constante sensación de frustración y disconformidad, por lo tanto, solo los que saben gestionar bien dichas emociones negativas podrán seguir viviendo y disfrutando del resto del tiempo.

El tipo de suicidio que interesa particularmente a Durkheim es el suicidio anómico por la influencia que tienen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez sobre la tendencia al suicidio. Es el más característico de la sociedad moderna.

Este suicidio es el que se refleja en la correlación entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico.

Durkheim creó esta clasificación del suicidio en concreto, después de observar que en sociedades donde la tasa de divorcios es alta, la tasa de suicidios era mayor.

También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo, para no irnos muy lejos, todas las personas que se han visto afectadas tras la reforma laboral, muchos de los que se quedaron sin trabajo y con cargas familiares sufrieron los embargos de sus propiedades y expuestos a una mayor vulnerabilidad al suicidio.

Aparentemente, las estadísticas nos revelan una tendencia al aumento de los suicidios en los períodos de crisis económica. En cambio, hallamos otro fenómeno curioso: una tendencia a la disminución de la frecuencia de los suicidios en los períodos de grandes acontecimientos políticos. Así, durante los años de guerra, disminuye el número de suicidios.

Por otro lado, Durkheim procura demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos: El suicidio egoísta se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida. El suicidio altruista por la energía y la pasión el suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con las múltiples ocasiones de decepción que la existencia moderna ofrece, es por tanto que las causas reales del suicidio según Durkheim son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los

grupos y las religiones: “Las causas emanan del grupo y no de los individuos por separado.”

Durkheim no solo investiga los suicidios a nivel social, sino que también analiza si los factores ajenos a la sociedad pueden afectar al porcentaje de suicidios como pueden ser la raza, la herencia y la imitación.

Por un lado, los problemas socioeconómicos, donde una escasa educación y el desempleo son factores de riesgo para el suicida ya que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades y coartan la libertad.

Y, por otro lado, los factores asociados a la cultura adquieren una importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso cultural por pérdida de identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

Presentados diversos datos estadísticos actuales sobre el suicidio y analizadas las causas o los motivos según varios autores, es necesario saber también cuáles son las fases que preceden al acontecimiento para que posteriormente entendamos las soluciones o tratamientos que se proponen en esta investigación.

Al igual que todo acto tiene un curso que va de principio a fin, el suicidio no iba a ser menos. Se diferencian en él cuatro fases previas y una quinta refiriéndose al acto en sí.

1. La ideación suicida: Es el más importante indicador de suicidio pues se refiere a la existencia misma de la idea. Manifestación consciente sobre pensar o desear morir que puede ser o no manifestada.
2. La amenaza suicida: presencia de manifestaciones o exclamaciones acerca del deseo de morir.
3. Plan suicida: estructuración del cómo, cuándo y dónde sin pasar al acto con el propósito más o menos consciente de obtener beneficio, como protesta, venganza u oposición, imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás.
4. Acto liberado de morir: manifestación de la conducta voluntaria de quitarse la vida, ésta es de modo consciente y la persona sabe de los resultados que se obtendrán.

5. Suicidio consumado: acto Según Aláez (2013) identifica una fase más que la anterior:

1. Fase ideática. La persona recibe el impacto emocional negativo que la lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.

2. Fase deliberativa. El sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona de autodestrucción en donde el individuo termina con su vida. tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.

3. Fase decisiva. Por fin el individuo decide llevar a cabo el hecho y se tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo ya se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.

4. Fase dilatoria: el sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el hecho, pero no suele ocurrir nada. Entonces va alargando el plazo de la comisión.

5. Fase operativa: el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase los parientes piensan que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.

6. Fase ejecutiva: el sujeto lleva a cabo su idea.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado el incremento de riesgo suicida en personas de 15 a 44 años, grupo etario en el que se ubican los estudiantes universitarios. Objetivo. Determinar prevalencias de conducta suicida y variables asociadas en estudiantes de pregrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima-Perú. Estudio analítico, transversal. La población objetivo fue de 24 118 estudiantes matriculados en 2015. Se aplicaron los instrumentos de conducta suicida de la Encuesta Nacional de Salud Mental en el Perú 2002 y 2012, las escalas de ansiedad y depresión de Zung y el cuestionario CAGE para problemas de alcohol, a una muestra de 1819 estudiantes obtenida mediante muestreo bietápico. Se estimaron prevalencias y se empleó regresión logística para

determinar factores asociados. Las prevalencias de vida, último año, últimos seis meses y último mes de los componentes de la conducta suicida fueron: deseos de morir (35%; 13,9%; 11% y 5,6%); ideación suicida (22,4%; 8,2%; 6% y 3,3%); plan suicida (17,7%; 4,4%; 3,5% y 1,6%); e intento suicida (11,1%; 3,7%; 2,8% y 1,4%). Los factores de riesgo en términos de odds ratio (OR) ajustados y sus IC 95% fueron: condición de mujer 1,48 (IC 95%: 1,03-2,12), depresión 2,46 (IC 95%: 1,49-4,06), angustia 2,5 (IC 95%: 1,38-4,6), y vivir en hogar no nuclear 2,51 (IC 95%: 1,70-3,72). De los estudiantes que intentaron suicidarse sólo 16% buscó ayuda profesional y 21% pensó repetir el intento. Los estudiantes de la UNMSM tienen mayor riesgo de conducta suicida que los de la población en general, tanto por razones científicas como por responsabilidad moral se recomienda implementar estrategias de intervención para revertir esta tendencia y proteger a este valioso recurso humano, Perales (2019).

Analizar prospectivamente el perfil epidemiológico y clínico de consultantes en servicios de urgencias por intento suicida, en dos instituciones de salud de Cali Colombia. Estudio observacional trasversal de consultantes en servicios de urgencias, sus historias clínicas y fichas de notificación; se analizan variables sociodemográficas, mecanismos, factores desencadenantes y de riesgo. Se realizó análisis descriptivo utilizando porcentajes e IC 95%. Para el análisis bivariado se estimó OR simple e IC95%. Los datos se procesaron en Epi info 7. La edad media fue 28 años predominando mujeres con 63.81% (IC 95% 56.91% - 70.31%), especialmente estudiantes en 29.05% (IC 95% 23.01% - 35.69%). Depresión es la enfermedad mental presente con 43.33% (IC 95% 36.53% - 50.33%). Ruptura sentimental con 36.19% (IC 95% 29.69% - 43.09%), es el factor desencadenante. Intoxicación con 70.95% (IC 95% 64.31% - 76.99%), el mecanismo más utilizado. 82.38% (IC 95% 76.54% - 87.28%) lo intentaron por primera vez. Trastornos adaptativos, OR de 9.41 (IC 95% 2.75-32.20), bajo rendimiento académico OR de 11.05 (IC 1.12% 108.81), disfunción familiar OR de 3.15 (IC 95% 1.6- 6.20), consumo de benzodiazepinas OR de 4.62 (IC 95% 1.34-15.90) y consumo de cocaína en hombres, OR de 5.5 (IC 95% 1.68-17.94) fueron factores de riesgo. Es necesario implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de conducta suicida

acorde a la Ley 1616 de 2013, con base en factores desencadenantes y de riesgo identificados, brindar elementos para la formulación de políticas públicas encaminadas al mejoramiento de la convivencia social y la salud mental, Cardona (2019).

Por medio de un diseño transversal de alcance explicativo, se analizó la relación estadística entre riesgo suicida (RS) e ideación suicida (IS) con la depresión e impulsividad. Participaron 179 adolescentes escolarizados entre 14 a 17 años ($M=14.84$; $DE=0.82$). Se utilizó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI), Inventario de Depresión de Beck (BDII) y la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI). Se encontró un factor de riesgo suicida del 20.7% y correlaciones estadísticamente significativas ($p<.001$), de signo positivo, entre RS, IS negativa y global, depresión e impulsividad. La IS positiva considerada como factor protector mostró correlación negativa con el RS, IS negativa y global, depresión e impulsividad. El análisis con ecuaciones estructurales mostró la depresión como variable mediadora entre el RS, la IS y la impulsividad ($\chi^2(2) = 3.1$; $p = .212$; $CFI = .985$; Tabares (2020).

Identificar los factores de riesgos asociados en la población de suicidas (consumados y no consumados) en Barranquilla (Colombia) durante 1999-2000. Estudio de casos y controles incidentes. 60 casos y 56 controles no apareados. Los casos: suicidios, proceden del registro departamental de necropsia del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los intentos de suicidio proceden de dos hospitales de referencia del área metropolitana de la ciudad: Universitario de Barranquilla y Metropolitano. Los controles corresponden a población general y a personas que acudieron a estos hospitales al servicio de consulta externa, exceptuando consultantes a los servicios de psiquiatría y psicología. Se administró una encuesta estructurada de administración directa para identificar características sociodemográficas, trastornos del comportamiento y patología psiquiátrica. A fin de establecer la veracidad de la información de los familiares de los suicidas, se les aplicó otro instrumento denominado autopsia o necropsia psicológica, que permitió determinar y confirmar trastornos de la conducta y patología psiquiátrica. Los trastornos del comportamiento asociado a los casos fue

la ansiedad (OR= 7,33; p=0,00) y el temperamento explosivo (OR=3,48; p=0,00). La depresión como trastorno de tipo psiquiátrico afectó de manera importante los casos (89,8%), siendo éste un factor de riesgo significativo (OR=18,16 p=0,00). El evento de haber estado hospitalizado y padecer una enfermedad crónica se encuentra relacionado con la conducta suicida (OR= 2,81; p=0,00 y OR=8,31; p=0,00, respectivamente). Se concluyó que La ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización son factores de riesgo del suicidio en Barranquilla. Palabras clave: Suicidio, intento de suicidio, depresión, factores de riesgo (Tuesca 2003).

Desarrollar un índice de riesgo de los intentos de suicidio en los últimos 12 meses dentro de un grupo de personas con ideación suicida. Estudio de prevalencia. Se analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2008. El índice de riesgo estuvo conformado por la edad, estado civil, religión, ocupación, tipo de población, migración a Estados Unidos, consumo de alcohol y drogas, síntomas de depresión, conducta problemática y abuso sexual. Se observó un incremento monótonico con el aumento de los factores de riesgo y la ausencia o presencia de un plan y el riesgo, con razones de momios desde 2.07 hasta 152.19. El área bajo la curva fue elevada, con un valor de 0.844, cercano a 1. El uso de este índice puede ayudar a prevenir que los pacientes sigan desarrollando ideación suicida e intento suicida de consecuencias inciertas, incluyendo la muerte. (Borges 2012).

Se realizó un estudio de casos y controles de los pacientes con conducta suicida, pertenecientes al Policlínico Docente "Carlos M. Ramírez Corría" del municipio de San Luis, durante el 2007, a fin de determinar los factores de riesgo psicosociales que influyeron, de forma determinante, en dicho comportamiento. El grupo de estudio contempló a 18 integrantes; y el tomado como control, 36. Los factores: sentimiento de desesperanza y culpa, depresión mayor, hostilidad, impulsividad, antecedentes de intento suicida, ausencia de apoyo familiar y social, así como amenaza o proyecto suicida tuvieron una acentuada relación significativa de causalidad con la conducta suicida, no así el antecedente de suicidio familiar. Arlaes (2010).

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en el área de salud urbana atendida por los Policlínicos Docentes Reina y Van Troi, municipio Centro Habana, provincia ciudad de La Habana, con el propósito de identificar características psicosociales y sociodemográficas importantes en los ancianos que realizaron intento suicida en el quinquenio 1993-1997. La muestra estuvo conformada por los 20 ancianos dispensarizados por tal motivo, residentes permanentes del área y que no presentaron déficit intelectual, a los cuales se le aplicó el instrumento confeccionado al efecto: La entrevista Semiestructurada sobre Intento Suicida. Los principales resultados fueron: intentaron suicidarse básicamente por conflictos familiares, enfermedades físicas invalidantes y sentimientos de soledad; la mayoría tenía, previo al intento, red de apoyo social de tipo formal-informal y percibida de calidad; el sentimiento de desesperanza, el síndrome depresivo y los antecedentes personales de suicidio fueron los principales factores de riesgo que antecedieron al hecho (Reyes,1999).

Se realizó un estudio observacional descriptivo en los adolescentes con intento suicida del municipio Morón, provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de enero 2009 hasta noviembre 2010, con el objetivo de caracterizar algunos factores sociopsicológicos en estos adolescentes asociados a dicho comportamiento. El universo estuvo formado por todos los adolescentes entre 11 y 18 años que realizaron intento suicida en dicho período. La muestra quedó constituida por 28 adolescentes a los que se le aplicó una encuesta para el control y la tipificación de la conducta suicida, la que ha sido validada en estudios realizados. Entre los resultados fundamentales predominaron las edades comprendidas entre 15 y 16 años y el sexo femenino; dentro de las manifestaciones del comportamiento suicida anterior estuvieron el intento suicida previo seguida de la ideación. En los factores de riesgo familiares se constató la existencia de dificultad en la comunicación con sus padres, divorcio y agresión física y verbal; en los escolares resultó ser el rechazo escolar, y en los personales la tristeza, aburrimiento y amistades que han intentado contra su vida. Todo lo anterior lleva a la conclusión de la necesidad de proponer un sistema de acciones para actuar sobre estos factores de riesgo (Leyva 2012).

la prevalencia del intento suicida ha aumentado considerablemente en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud actual. caracterizar aspectos clínico-epidemiológicos del intento suicida en la localidad de La Coloma del municipio de Pinar del Río, en el período comprendido de enero del 2009 a marzo del 2012. se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo constituido por 37 intentos suicidas y la muestra por 35. Se aplicó una entrevista estructurada a la totalidad de la muestra, así como la Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL). Se analizaron variables como sexo y edad, estado civil, método suicida empleado, factores de riesgo asociados al intento suicida y el grado de funcionabilidad familiar. predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 15-24, con un predominio de los solteros, el sexo femenino utilizó más los métodos suaves o poco letales y los métodos duros o letales fueron más utilizados por el sexo masculino, la depresión fue el factor de riesgo más frecuente y hubo un predominio de las familias disfuncionales. conociendo el comportamiento epidemiológico del intento suicida se puede prevenir esta conducta desde la atención primaria de salud, en aras de evitar también posteriores suicidios consumados (Ovalle 2013).

La conducta suicida en adolescentes es un problema de salud frecuente que se ha incrementado en los últimos años. Con el objetivo de caracterizar esta conducta se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los adolescentes que realizaron intento suicida y suicidio en el Municipio Cerro en el periodo comprendido de enero de 2009 a diciembre del 2010. Se estudiaron 38 adolescentes, 37 que realizaron intento suicida y un caso de suicidio consumado. A los mismos se les aplicó una encuesta que recogió variables tales como: edad, sexo, escolaridad, método empleado, factores de riesgo individuales y familiares, así como conflictos desencadenantes y seguimiento. Entre los resultados podemos destacar que predominaron las edades de 15 a 19 años, el sexo femenino y la escolaridad de secundaria básica, la ingestión de psicofármacos fue el método más frecuentemente empleado, evaluado en la mayoría con intención poco seria, riesgoso no letal y gravedad de las circunstancias baja. Existió antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos en el 45.95 % de los casos y de intento suicida en 40.20 % de los familiares. Las disfunciones familiares y violencia fueron factores

de riesgo detectados. El 56,76 % de los adolescentes tenía antecedente de trastornos psiquiátricos y el 29,72 % de intentos suicidas previo. Los problemas con la familia constituyeron los conflictos desencadenantes más frecuentes. El seguimiento fue adecuado en el 72.95 % de los pacientes y los hallazgos permitieron diseñar una estrategia para prevención de la conducta suicida en el territorio (Del Toro 2012).

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cerca de 700 000 personas se suicidan cada año.

Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años.

El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo (OMS2019).

EN México según cifras del Inegi, las estadísticas de suicidio son recopiladas y publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Hasta 2005 se captaron en las agencias del Ministerio Público y a partir de 2006 los datos de suicidios se captan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad. El INEGI integra los suicidios en las estadísticas de mortalidad dentro de las defunciones accidentales y violentas, en la categoría de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente y cuenta con datos para el periodo de 1990 a 2019, desagregados por entidad federativa y municipio, edad y sexo, entre otras variables que permiten analizar este fenómeno en el país.

En 1990 se registraron 1,941 suicidios con una tasa de 2.3 suicidios por cada 100 mil habitantes; para 2015, año base de la agenda 2030, el número se había triplicado, alcanzando 6,425 muertes por suicidio y la tasa llegó a 5.3 suicidios por cada cien mil habitantes. En 2019, se registraron 6,808 suicidios lo que representa una tasa de 5.7 por cada 100 mil habitantes. Con esta tendencia al alza, la meta hacia el 2030 se ve altamente comprometida en su logro (Inegi 2020).

Las entidades con más incidencia de suicidio en jóvenes son Tabasco, Guanajuato, Coahuila, la Ciudad de México y Chihuahua.

En Tabasco en septiembre del 2019 fue de 4.3 por cada 100,000 habitantes (Inegi 2019).

El comportamiento suicida en el que se incluye la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio constituyen en la actualidad uno de los principales problemas

de salud pública en nuestro país y el resto de los países del mundo y que se ha ido incrementando de modo alarmante en los últimos años.

El suicidio es la décimo tercera causa principal de muerte en el mundo. entre las personas de 15 a 44 años, las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad.

Es un fenómeno que se ha manifestado en el hombre de todas las sociedades a lo largo de la historia y que por tanto ha tenido diferentes interpretaciones de acuerdo con la sociedad y época en que se ha dado. Según se conoce el suicidio fue considerado como patología a partir de la revolución francesa.

El intento de suicidio es un tipo de comportamiento suicida no mortal del que se tiene escaso material bibliográfico y contados estudios realizados en el país.

Algunas de estas investigaciones son aportes de ciencias como la medicina, la sociología y la psicología y que hoy son un referente de consulta para los interesados en el tema.

Sin embargo, es necesario contar con material actualizado que permita mejorar la elaboración de las investigaciones académicas posteriores. sin embargo, hay que mencionar que existe un subregistro de los casos de intentos de suicidio debido a que no todas las personas que llevan a cabo un intento de suicidio reciben atención médica, y, por otro lado, se debe a que somos parte de una cultura que estigmatiza el suicidio, el intento de suicidio y a quienes los ejecutan y es por eso que en muchos de los casos que son atendidos en los centros de salud, se cambia el diagnóstico real de intento de suicidio por un diagnóstico socialmente aceptado como intento de autolisis.

En el hospital General de Alta Especialidad Gustavo A. Rovirosa Pérez, durante la práctica clínica realizada por la investigadora se ha constado que en el contexto hospitalario, la atención y el tratamiento del componente emocional de los pacientes y más en el caso de un paciente con intento de suicidio no es una prioridad como lo es el tratamiento orgánico del paciente lo cual desde luego es lo más acertado al momento de salvar la vida del paciente, sin embargo, además de la estabilidad orgánica de la persona es necesario un abordaje psicológico que logre la estabilidad emocional del paciente tomando en cuenta la definición de salud que figura en la

constitución de la OMS la cual expresa: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades y la salud mental se define como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”

El malestar psíquico que se ha evidenciado en los casos de pacientes atendidos por intento de suicidio tiene una estrecha relación con acontecimientos presentes y sobre todo pasados de la vida de la persona y es ahí donde se encuentran los motivos (que pueden ser de contenido inconsciente) que en algún momento llevan a la persona a atentar en contra de su propia existencia como una forma de reducir los niveles de angustia que llega a experimentar por razones que le resultan poco claras a la conciencia.

El intento de suicidio constituye el síntoma de algunos padecimientos de carácter orgánico y psíquico que no hay que dejar pasar por alto, ya que, de alguna manera este comportamiento está comunicando que la persona que lo ejecuta requiere de un abordaje profesional oportuno e integral. ahora bien, las investigaciones realizadas y los registros emitidos por las diferentes instituciones de la salud referente el comportamiento suicida, dan cuenta de un problema que es real y concreto en nuestra sociedad y que está afectando a la población adulta del país y no únicamente a quienes llevan a cabo el suicidio o intento de suicidio, sino que además afecta directamente a sus familias y a la sociedad misma.

En los casos de pacientes que hasta el momento han sido atendidos en el hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez de intento de suicidio se han podido evidenciar algunas de las posibles situaciones desencadenantes de esta problemática como son las conflictivas de tipo familiar, de pareja y laboral las mismas que en determinado momento son asumidas por el paciente como incompatibles con la vida.

4. JUSTIFICACIÓN

Considera al suicidio como un continuo, que inicia con una idea, luego pasa por una etapa de intento suicida, y finalmente concluye en el acto suicida propiamente dicho. de esta manera, se cree que la ideación suicida constituye un factor predictor para llegar al suicidio consumado, lo que nos da cuenta la importancia de estas ideas, y lo fundamental de poder identificarlas oportunamente para evitar el acto suicida, dando la posibilidad de propiciar un tratamiento adecuado para la persona que se encuentre en riesgo (Sánchez, Villareal, Musitu, 2012).

La adolescencia, considerada como una etapa de crisis y cambios, hace que el paciente se encuentre en un estado de vulnerabilidad en el que las conductas impulsivas y agresivas, a veces dirigidas hacia los otros y otras hacia ellos mismos, se hacen presentes especialmente en esta etapa vital.

En la etapa adolescente, el joven se ve afectado por múltiples cambios que ocasionan muchas veces ansiedad y depresión, lo que muchas veces culmina, en el acto suicida. así mismo, en este período de la vida, se debe tener en cuenta que las ideas de muerte, se deben diferenciar de aquél joven que piensa al suicidio como una manera de comunicarse ya que de otras formas no ha podido, como un pedido de auxilio, o forma de expresar algo que le pasa, de aquel que realmente lleva a cabo el acto consumado (Castillo, Ledo, Ramos, 2013).

En cuanto a la visión que la sociedad tiene del suicidio, es un tema que se tiende a ocultar, ya que impacta al sistema familiar y a la sociedad en sí. siendo el suicidio una tragedia no mencionada tradicionalmente se ha evitado pensar que los jóvenes ven a la vida como un sufrimiento en el que, con su propia voluntad, deciden ponerle fin a su vida, por lo que muchas veces se prefiere llamar “accidente” al suicidio. sin embargo, es un tema del que se tiene que tener conocimiento, conocer las causas, para tener herramientas preventivas ante tal fenómeno (Castillo, Ledo, Ramos, 2013).

El suicidio, es considerado un fenómeno trágico que impacta a toda la sociedad en general. en los últimos años los índices estadísticos han ido aumentando significativamente a nivel mundial, convirtiéndose en un uno de los problemas de la salud más importantes en la actualidad (OMS, 2019). según estudios de la OMS (organización mundial de la salud), a nivel mundial, uno de los datos más

alarmantes es el aumento de las tasas de suicidio en pacientes en edad productiva, situándolo como una de las tres causas de muertes más frecuentes en este grupo de edad (OMS,2019).

Es fundamental detectar posibles ideas suicidas en adolescentes, ya que, como explican (Sánchez, Villarreal , Musitu 2012), la ideación suicida, da cuenta del primer eslabón del suicidio: el acto suicida se encuentra compuesto por diversas acciones, en donde el desencadenante es la ideación, de manera que es una etapa de suma importancia caracterizada por pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. el suicidio implica entonces un proceso, en el que existen varios factores intervinientes que llevan al sujeto a la decisión de quitarse la vida.

Por lo que se considera fundamental tener conocimiento sobre los procesos que ocurren anteriormente a que la persona llegue a esta decisión fatal, dichos procesos son la ideación suicida y los intentos suicidas (Sánchez, Villarreal, Musitu, 2012).

Por todo lo anterior el objetivo general de este estudio es Analizar los factores que determinan el intento suicida de pacientes ingresados en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez y proponer acciones que ayuden al paciente a contener la idea del suicidio.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Analizar los factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterización del paciente intento de suicidio de los pacientes ingresados al área de urgencias.
- Identificar los tipos de intento de suicidio.
- Valorar la estancia hospitalaria de los pacientes.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

6. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo y diseño de estudio

El estudio se llevó cabo en el hospital regional de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en periodo comprendido en mayo 2018 a octubre del 2021, el tema de la investigación es caracterización del intento de suicidio de los pacientes que ingresan al área de urgencias en el hospital Rovirosa en el periodo mayo 2018 - diciembre 2020;

6.1 Diseño de la investigación:

Cuantitativo, descriptivo, transversal, prospectivo.

6.2 Universo:

Hospital regional de alta especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

6.3 Población:

Pacientes que ingresen al área de urgencias por intento de suicidio en el periodo de mayo 2018 a diciembre 2020.

6.4 Muestra:

Fue una muestra a conveniencia no estadística, se integró 37 pacientes.

6.5 Criterios de inclusión

- 1.- Edad mayor de 16 años y menor de 99 años
- 2.- Expediente clínico completo
- 3.- Que cuenten con diagnóstico de acuerdo a la patología
- 4.- Contar con consentimiento informado firmado por paciente o familiar
- 5.- Que el intento suicida este dentro del periodo en que se realiza el protocolo

6.5.1 Criterios de exclusión

- 1.- Menores de 16 años
- 2.- Embarazadas
- 3.- Expediente clínico incompleto
- 4.- Alta voluntaria
- 5.- Mayores de 99 años.

6.5.2 Criterios de eliminación

1.- Todos aquellos pacientes que no tuvieran el consentimiento informado firmado

6.6 Cuadro de variables

| VARIABLE | DEFINICION | TIPO DE VARIABLE | CLASIFICACION DE LA VARIABLE | ESCALA DE MEDICION |
|----------------------------------|--|------------------|------------------------------|---|
| Intento suicida | la conducta suicida "es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. | dependiente | ordinal | métodos violentos y no violentos: |
| Edad | tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento | independiente | Nominal | de 16-20,20-25 |
| Género | conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes. | independiente | nominal | Masculino Femenino |
| Nivel educativo | Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado | independiente | nominal | preescolar primaria secundaria preparatoria licenciatura postgrado |
| Estado civil: | condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales. | independiente | nominal | soltero casado unión libre |
| Número de hijos: | si tiene o no | independiente | Cuantitativa | número de hijos |
| Ocupación: | a que se dedica la persona | independiente | nominal | según sea el caso |
| Nivel socio económico (familiar) | su estatus económico | independiente | nominal | alto medio bajo |

| | | | | |
|---|--|---------------|---------|--|
| Religión: | conjunto de creencias religiosas | independiente | nominal | según sus creencias religiosas |
| Dirección: (colonia y municipio) | lugar donde vive una persona o radica | independiente | nominal | Municipio de referencia |
| Antecedentes familiares de suicidio completado o intento de suicidio. | si alguien de sus familiares se a intentado suicidar | independiente | nominal | numero de familiar con intento suicida |
| Métodos de intento de suicidio | como intento suicidarse | independiente | nominal | Método violentos o no violentos |

6.7 Descripción del proceso:

- Captar los pacientes con intento suicida que acuden a la sala de Urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez.
- Informar sobre el protocolo de investigación de intento suicida
- Firmar consentimiento informado
- Aplica el cuestionario de recolección de datos
- Identificar las causas que llevaron al paciente al intento suicida
- Determinar si el intento suicida fue violento o no violento
- El área geográfica de donde fue enviado
- Si es la primera ocasión que intenta suicidarse
- Si fueron o no referidos a alguna otra institución después del proceso

6.8 Análisis de datos:

- Los datos obtenidos se concentraron en una base de datos de Excel para proceder al análisis estadístico, se realizaron formulas en Excel lo cual permitió organizar la información.
- Se utilizo el software SPSS versión 22 realizar el análisis, se utilizó estadística descriptiva, se calculó, media, mediana y moda, con lo cual se obtuvieron porcentajes de frecuencia, se elaboraron tablas y graficas.

7.- Consideraciones éticas

Políticas y lineamientos para la investigación en la universidad Juárez autónoma de Tabasco.

La naturaleza jurídica de los lineamientos describe la serie de disposiciones que se deben de seguir dentro del orden operativo y jurídico institucional, que deben observar tanto las instancias de apoyo como las dependencias competentes como los miembros del personal académico que llevan a cabo las actividades de investigación en especial en el registro, seguimiento, control y evaluación de los proyectos de investigación.

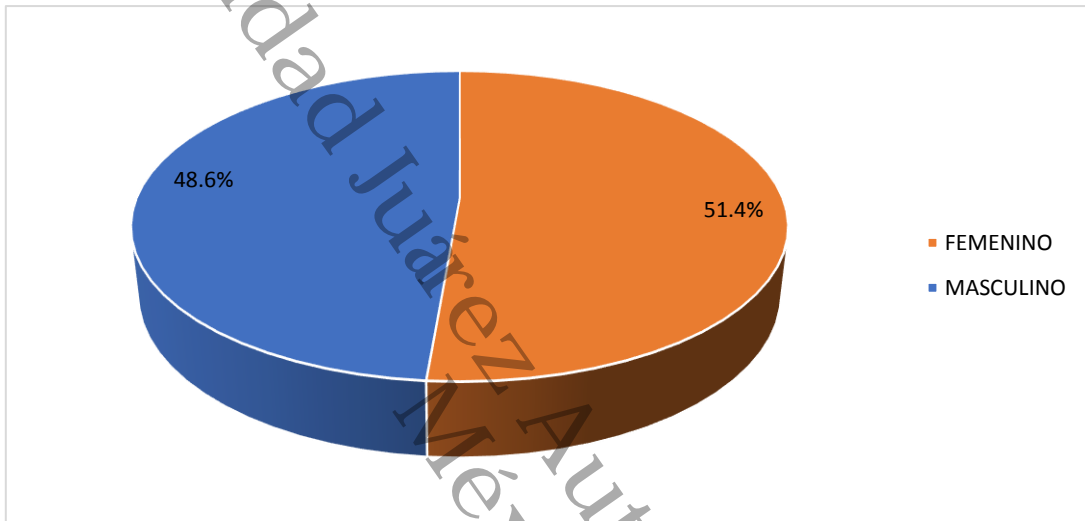
Ley general de salud en el estado de Tabasco:

Consideraciones éticas la ley general de salud en el capítulo quinto menciona que La investigación en salud, comprende el desarrollo de acción que contribuya a generar conocimiento de procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, a la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioridad, efectos nocivos del medio ambiente en la salud, la secretaria de salud promoverá y estimulara el funcionamiento de establecimientos destinados a la investigación en salud. (minsa, 2012).

8. RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo con el objetivo específico: los casos de intento suicida que se presentaron en el periodo de mayo 2018 a enero 2020 en el servicio de urgencias del HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, fue de 37 pacientes, de los cuales el 51.4% (19) fueron mujeres y 48.7% (18) fueron hombre.

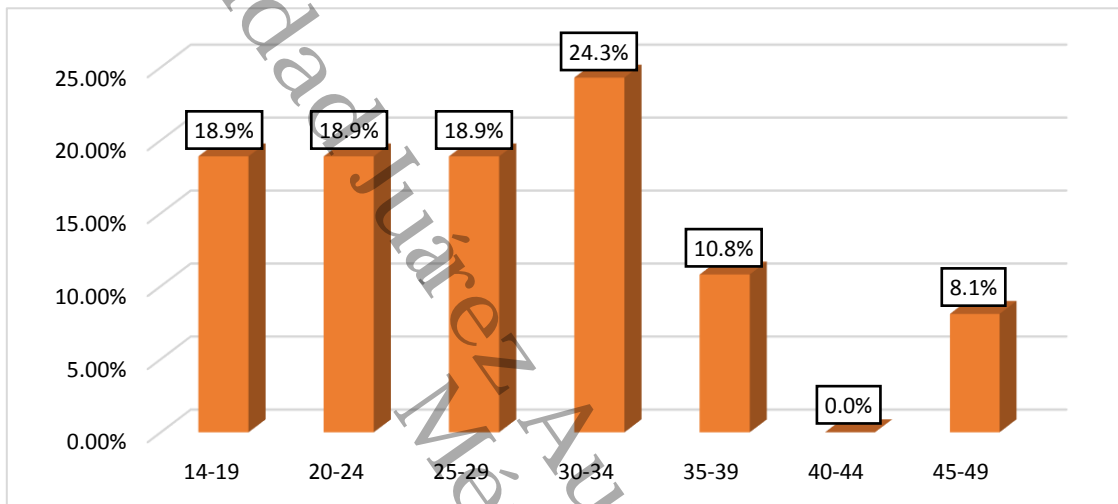
Gráfico 1.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al género.



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

El rango de edad utilizado fue de 14 a 49 años de edad, se analizó por rango de edad de los 14-19 años 18.9% pacientes (7), de 20-24 años 18.9% pacientes (7), 25-29 años de edad 18.9% pacientes (7), de 30-34 años 24.3% pacientes (9), de 35-39 años de edad 10.8% pacientes (4), 40-44 años de edad 0% (0), 45-49 años de edad 8.1% pacientes (3).

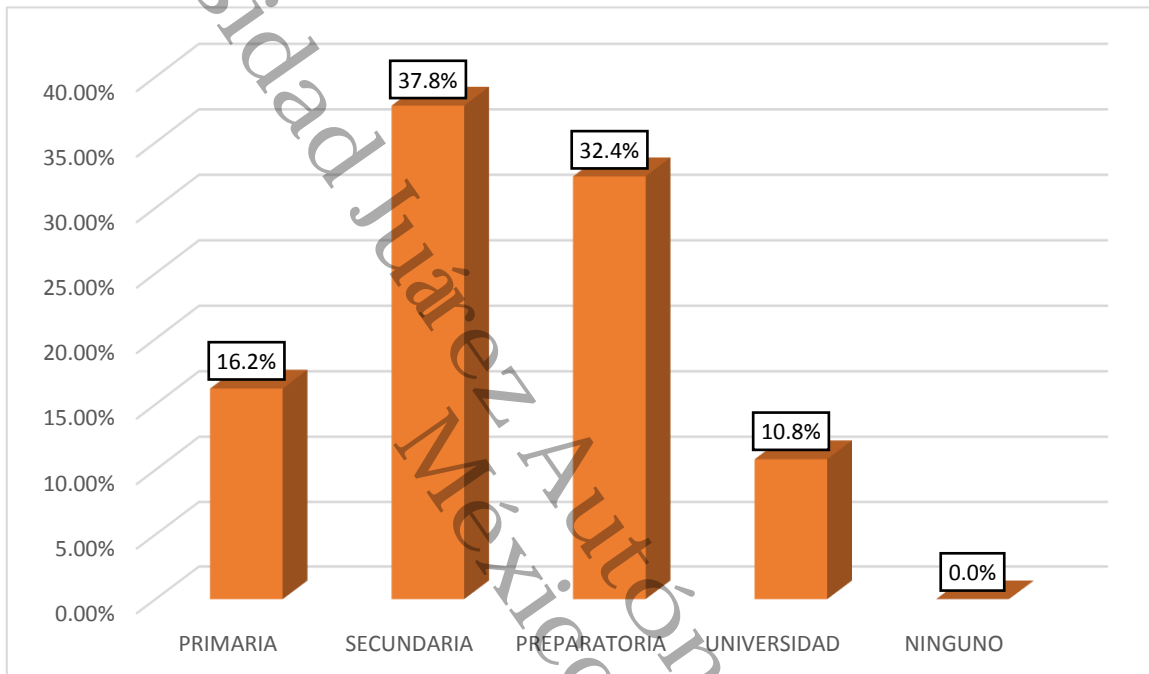
Gráfico 2.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la edad



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Con respecto a la escolaridad se encontró que entre menor nivel de estudios mayor el número de intentos primaria 16.2% pacientes (6), secundaria 37.8% pacientes (14), preparatoria 32.4% pacientes (12), universidad 10.8% pacientes (4), ninguno 2.7% paciente (1).

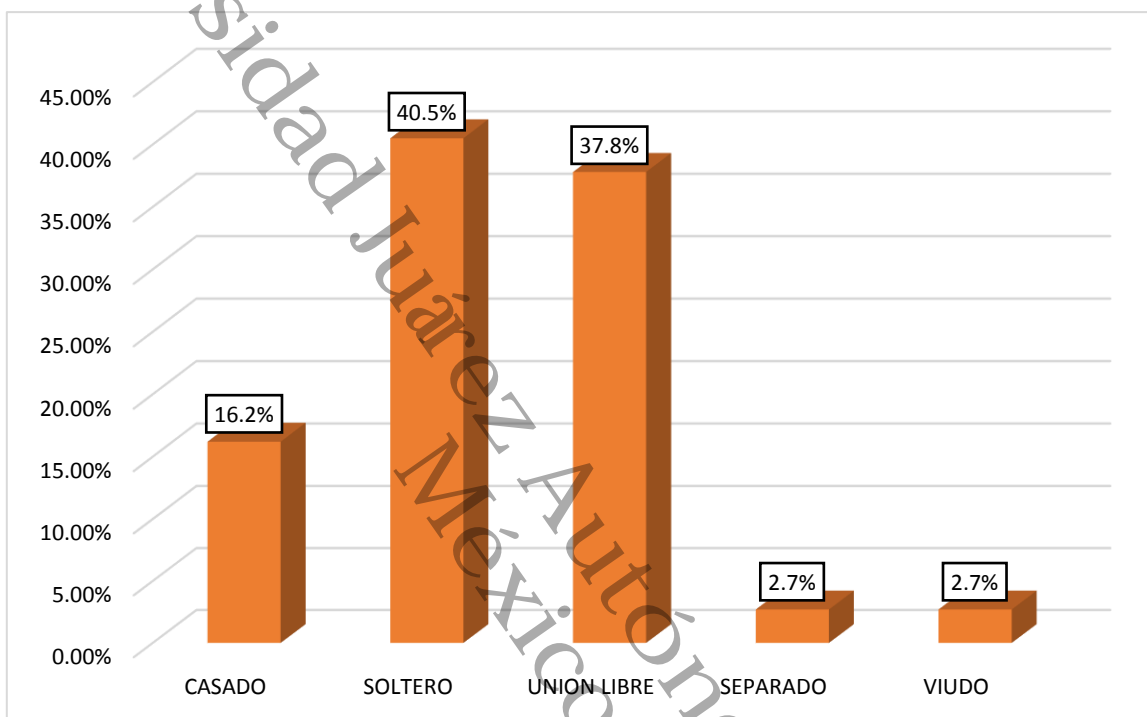
Gráfico 3.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al nivel de escolaridad en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

De acuerdo al estado civil, se encontró que el porcentaje de intento suicida aumento en los pacientes solteros y en unión libre, casados 16.2% pacientes (6), soltero 40.5% pacientes (15), unión libre 37.8% pacientes (14), separado o divorciado 2.7% paciente (1), viudo 2.7% paciente (1).

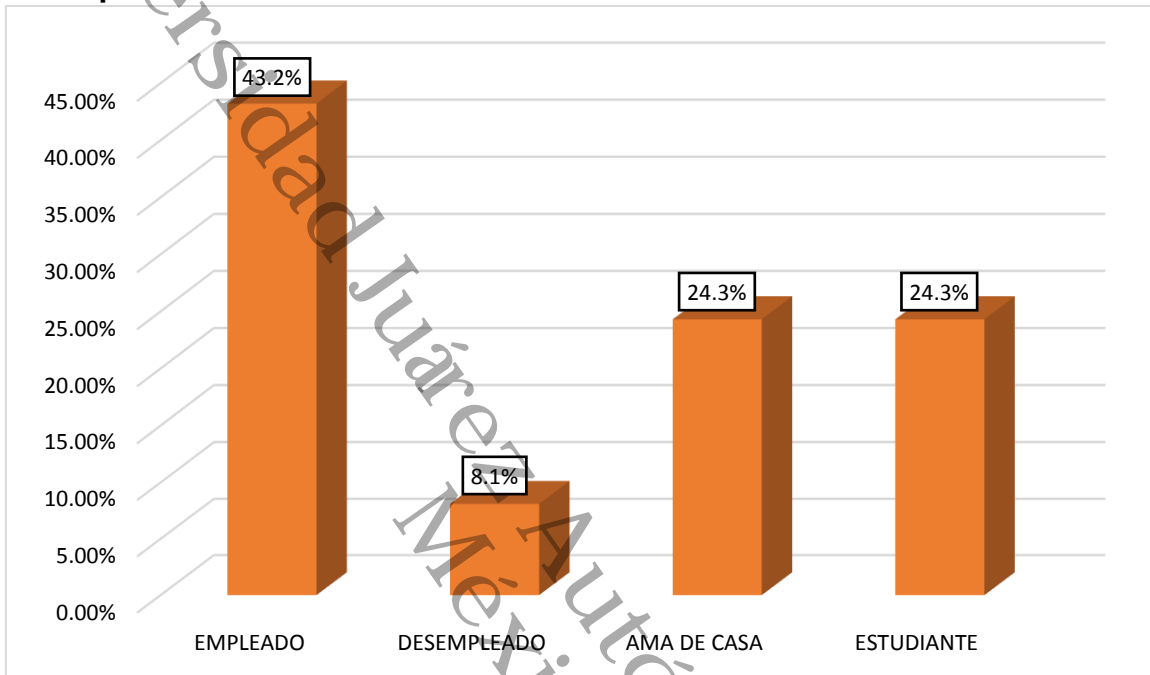
Gráfico 4.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a estado civil en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

De acuerdo a la ocupación el porcentaje es mayor en los empleados que los desempleados, empleados 43.2% pacientes (16), desempleado 8.1% pacientes (3), ama de casa 24.3% pacientes (9), estudiantes 24.3% pacientes (9).

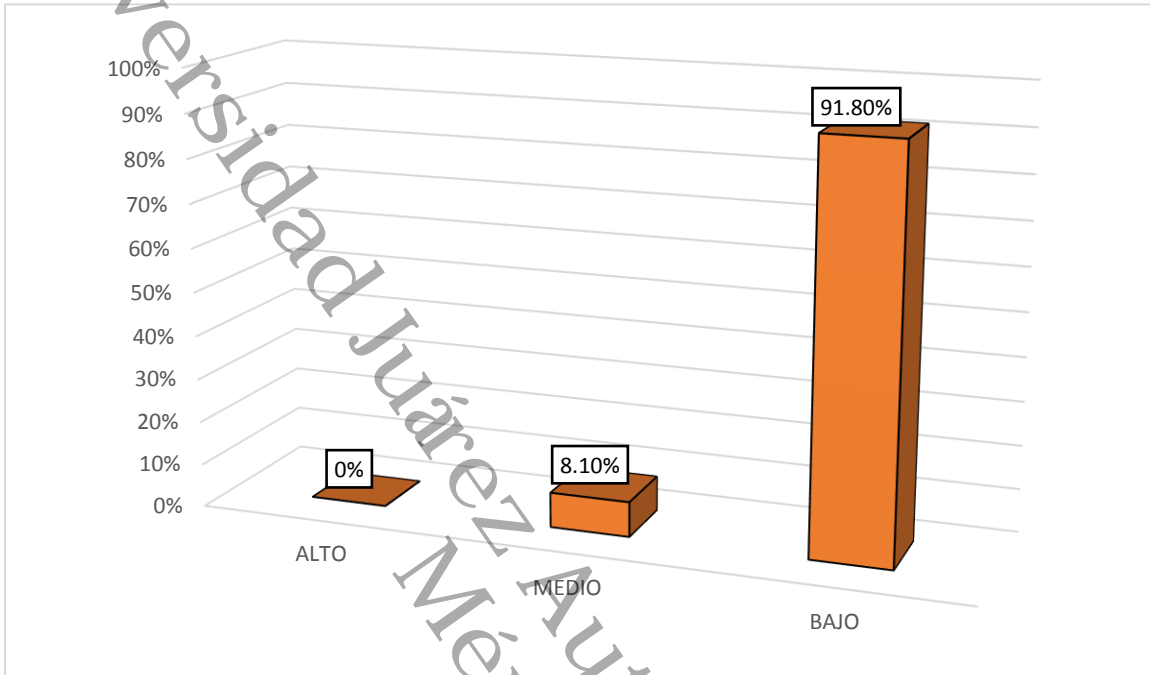
Gráfico 5.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la ocupación en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Nivel socio económico predominantemente bajo 91.8% pacientes (34), nivel socio económico medio 8.1% pacientes (3), nivel socio económico alto 0% pacientes (0).

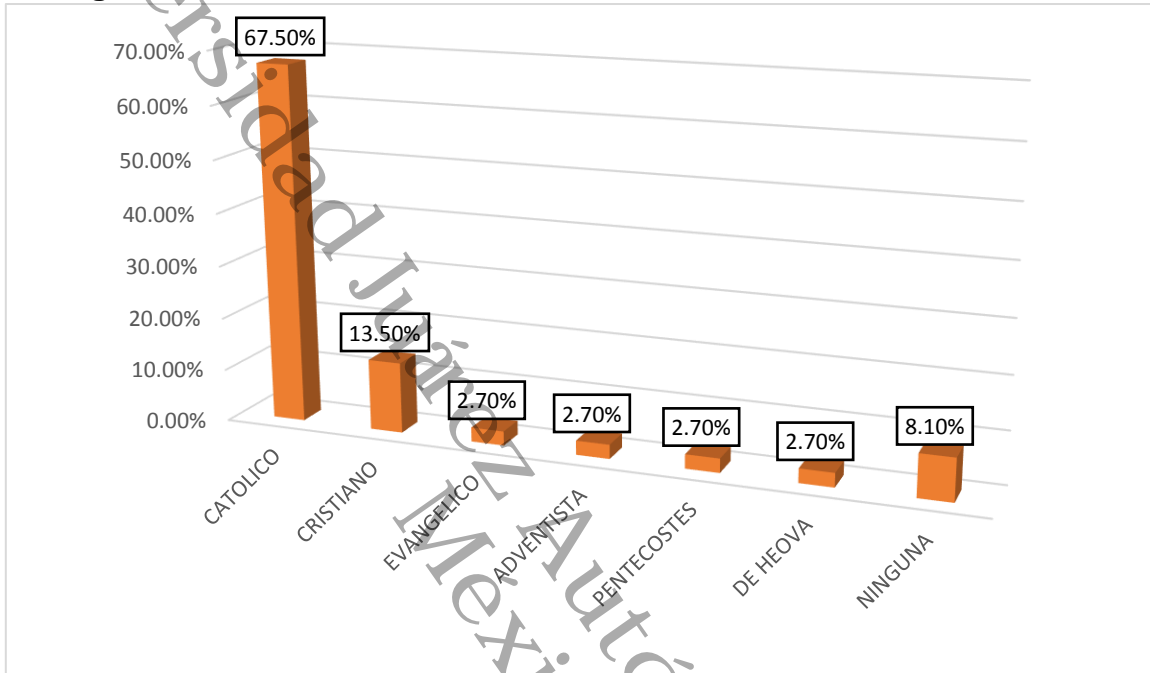
Gráfico 6.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al nivel socioeconómico en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

De acuerdo a la religión católicos 67.5% pacientes (27), cristiano 13.5% pacientes (5), evangélico 2.7% paciente (1), adventista 2.7% paciente (1), pentecostés 2.7% paciente (1), testigo de heova 2.7% paciente (1), ninguna 8.1% pacientes (3).

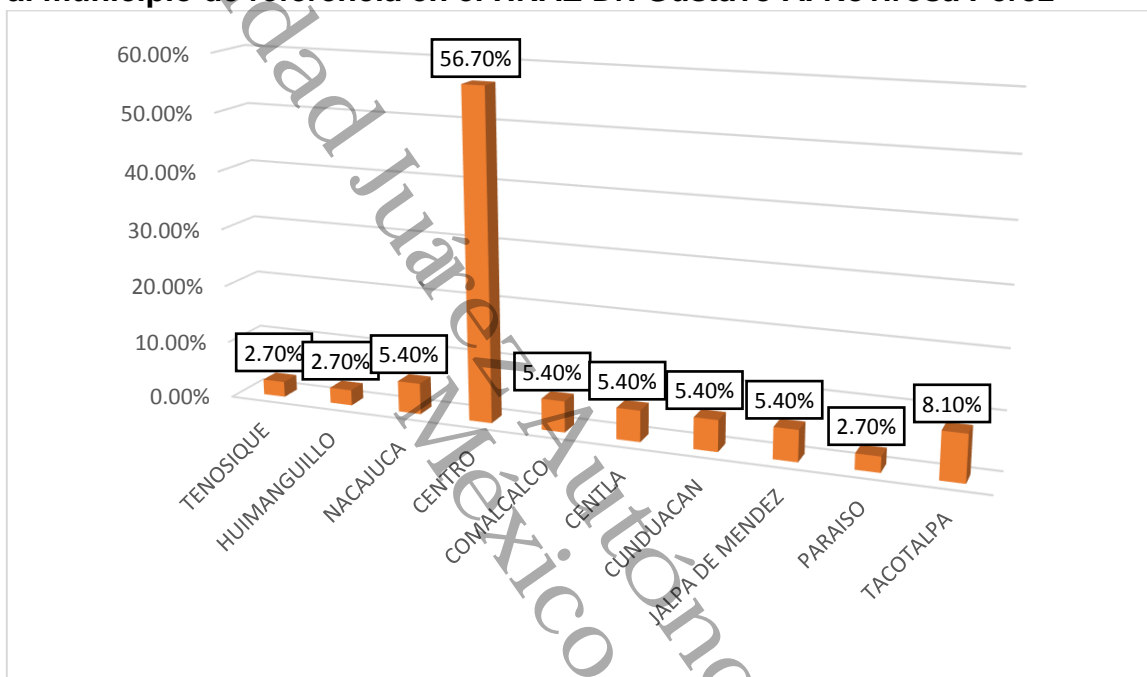
Gráfico 7.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a la religión en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Los municipios de los cuales acudieron pacientes con intento suicida son: Tenosique 2.7% paciente (1), Huimanguillo 2.7% paciente (1), Nacajuca 5.4% pacientes (2), centro 56.7% pacientes (21), Comalcalco 5.4% pacientes (2), Centla 5.4% pacientes (2), Cunduacán 5.4% pacientes (2), Jalpa de Méndez 5.4% pacientes (2), paraíso 2.7% paciente (1), Tacotalpa 8.1% pacientes (3).

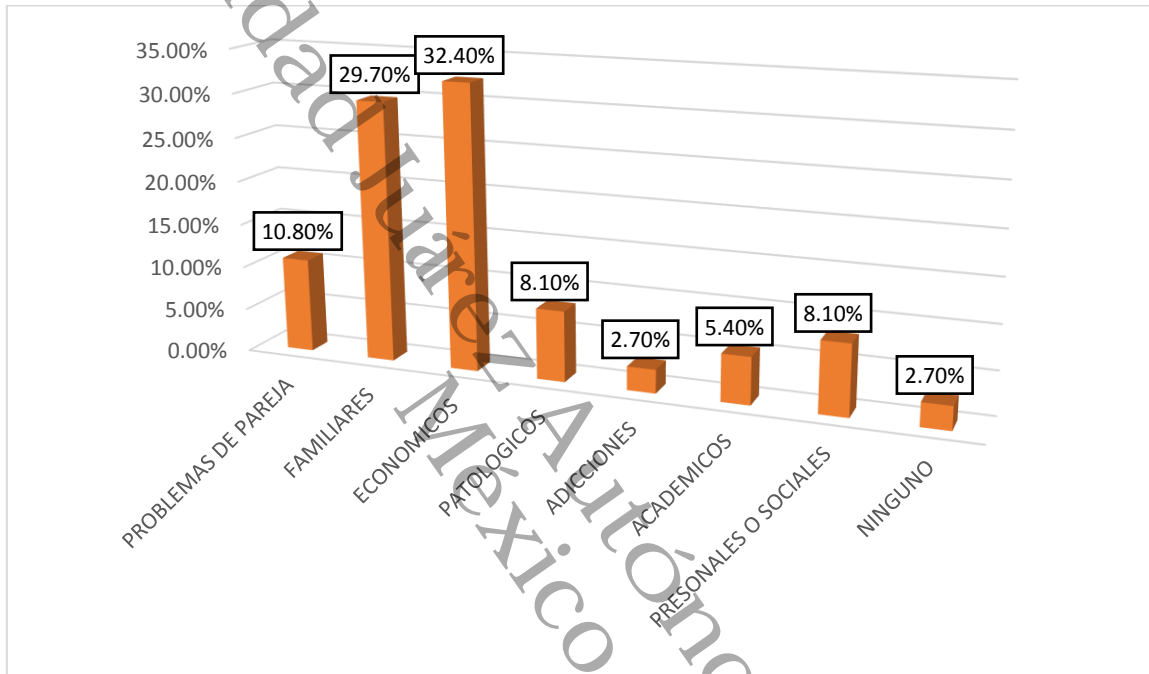
Gráfico 8.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al municipio de referencia en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Dentro de los eventos asociados al evento suicida problemas de pareja 10.8% pacientes (4), problemas familiares 29.7% pacientes (11), problemas económicos 32.4% pacientes (12), patológicos 8.1% pacientes (3), problemas de adicciones 2.7% paciente (1), problemas académicos 5.4% pacientes (2), problemas personales 0%, sociales 8.1% pacientes (3), ninguno 2.7% (1).

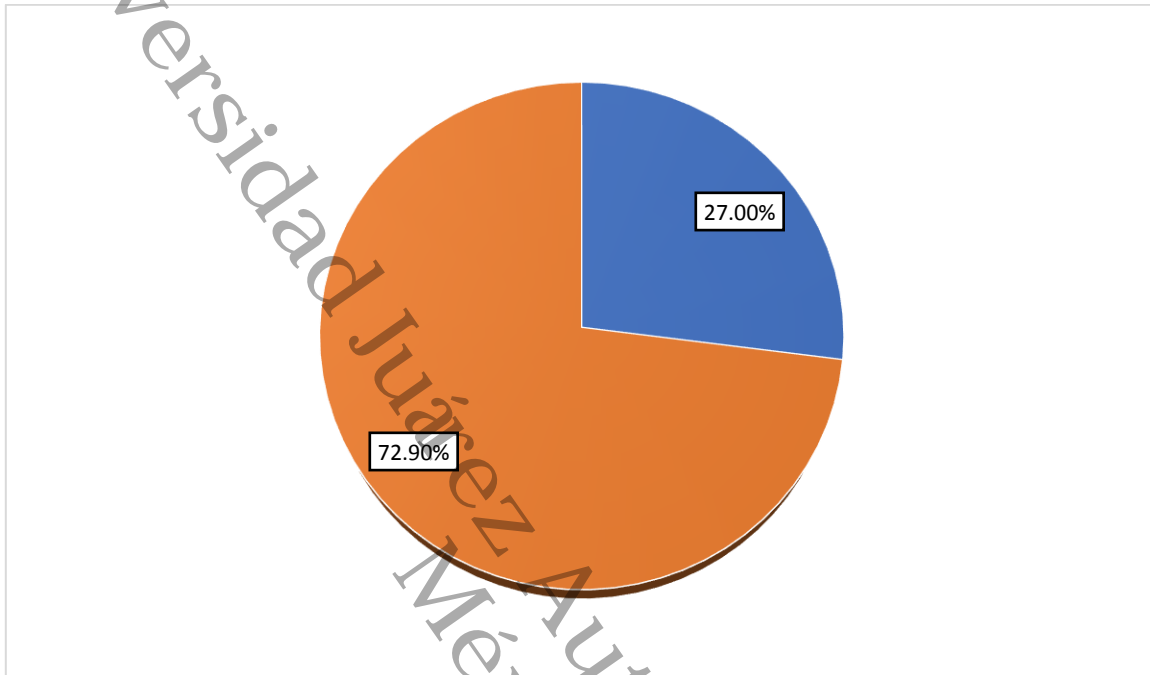
Gráfico 9.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a factor desencadenante en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

De acuerdo al objetivo específico los métodos del intento suicida violentos 27.0% pacientes (10), no violentos 72.9% pacientes (27).

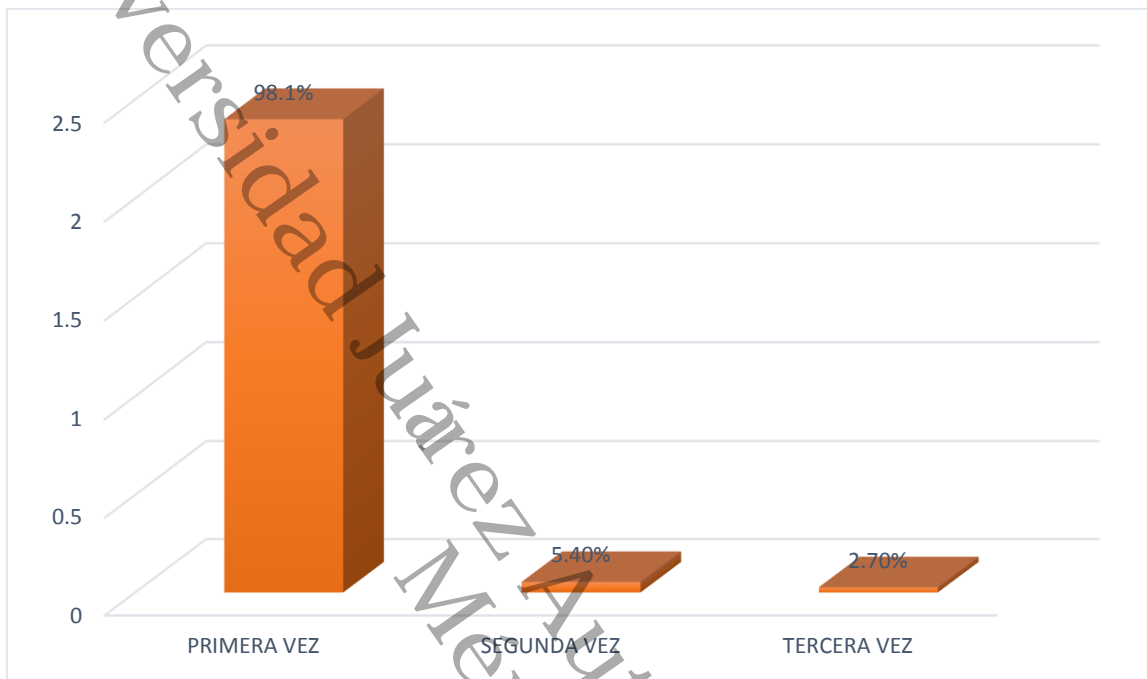
Gráfico 10.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a método de intento suicida en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Número de intentos suicidas, primera vez 98.1% pacientes (34), segunda vez 5.4% pacientes (2), tercera vez 2.7% paciente (1).

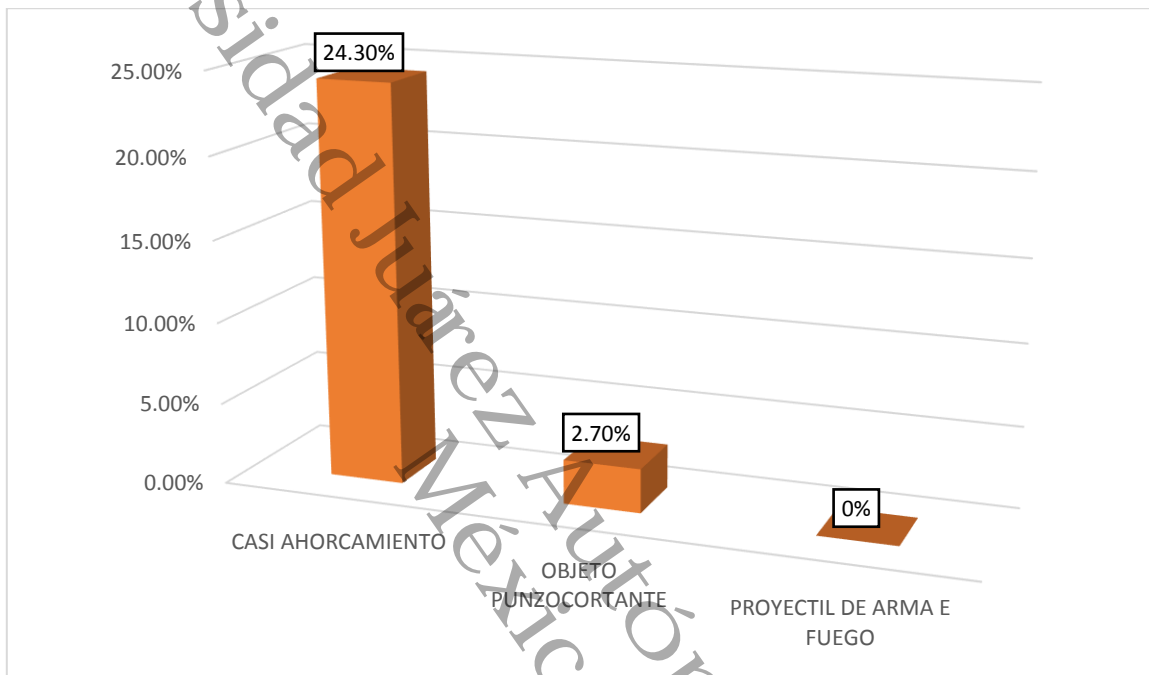
Gráfico 11.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo a número de intentos en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Métodos violentos casi ahorcamiento 24.3% pacientes (9), objeto punzocortante 2.7% pacientes (1), proyectil de arma de fuego 0% pacientes (0), Métodos no violentos ingesta de medicamentos 48.6% pacientes (18), intoxicación por sustancias químicas 24.3% pacientes (9).

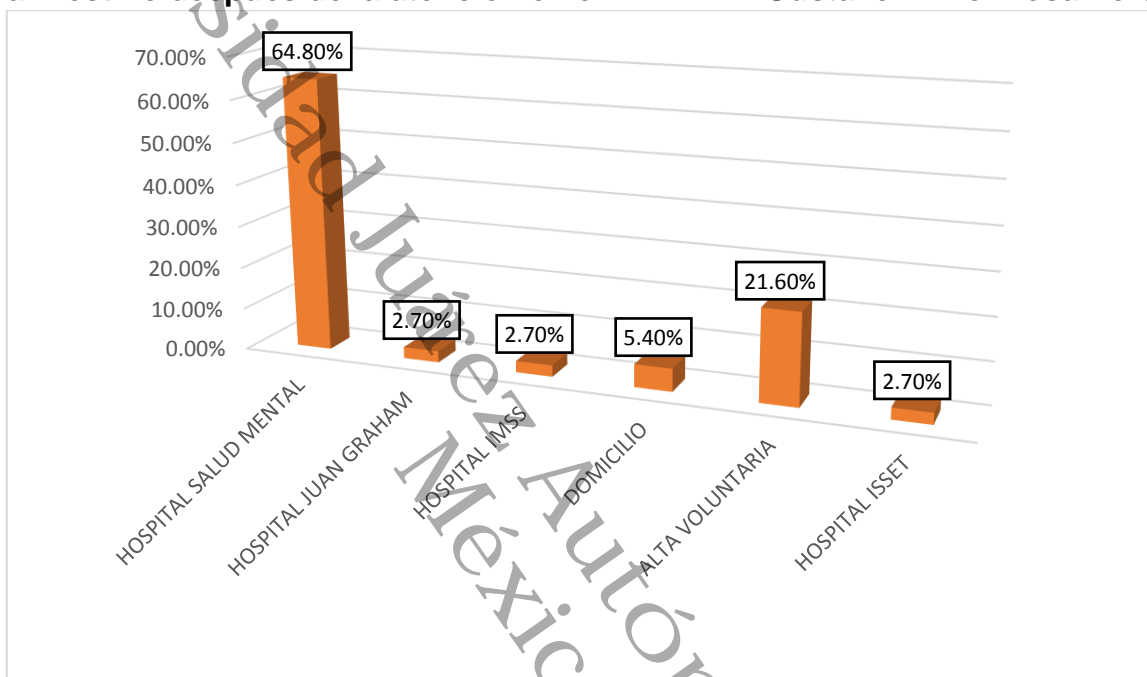
Gráfico 12.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al método violento en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Destino del paciente después de la atención hospital salud mental 64.8% pacientes (24), hospital juan Graham 2.7% paciente (1), hospital imss 2.7% paciente (1), domicilio 5.4% pacientes (2), alta voluntaria 21.6% pacientes (8), hospital isset 2.7% paciente (1).

Gráfico 13.- Distribución de los pacientes con intento de suicidio de acuerdo al Destino después de la atención en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez



Fuente: Elaboración propia de la tesis factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

9. DISCUSIÓN

Después del análisis y de una revisión bibliográfica sobre el tema del intento del suicidio, comparamos las variables y resultados reportadas por otros autores.

La OMS en el 2019 realiza el presente estudio se basa en la perspectiva de género, los métodos de intento de suicidio empleados por hombres y mujeres más utilizados por hombres y mujeres, su incidencia ya sea intencional o no, intentando comprender cuales son los factores que llevan a la persona decidir atentar contra su vida, se han establecido diferencias de según el género que método prefiere más las mujeres tiene más tendencia a la utilización de métodos no violentos siendo el más utilizado la ingesta de medicamentos e intoxicaciones y los hombres a los métodos violentos, como es el casi ahorcamiento, esto coincide por lo publicado por la organización mundial de la salud, en 2019 que nos dice que los métodos más utilizados por hombres son los métodos violentos y los no violentos hay mayor incidencia en las mujeres.

Barroso realizo un estudio en 2019, en Madrid España, realizó una revisión bibliográfica temática sobre la relación entre suicidio y género. Para ello se consultaron las bases de datos Dialnet, ProQuest, PubMed, SAGE Journals, SciELO, ScienceDirect y JSTOR, pues contienen de modo actualizado un amplio grupo de investigaciones académicas dentro de un espectro multidisciplinar. La información se complementó con el buscador académico Google Scholar. En todos los casos, y de acuerdo a los recursos económicos disponibles, se consultaron los trabajos a los que se pudo acceder de forma gratuita. En el caso de las mujeres , el suicidio constituye una salida al sufrimiento debido a problemas de pareja, familiares o sociales, psicológicos, sin embargo las mujeres tiende más a pedir ayuda, lo que hace más vulnerables a los hombres ya que desde el contexto social, estos son más reservados con sus problemas, tiene mayor dificultad para expresar sus sentimientos y estos los hace más vulnerables, y buscan en el intento suicida una salía a sus problemas existenciales, los cuales para ellos ya no son compatibles con la vida, en consecuencia se sostiene que en el caso de los hombres, el hecho de no reconocer la depresión, la negativa a pedir ayuda y la inestabilidad de los ingresos

económicos son amenazas para identidad masculina, ya que en algunos de los pilares culturales es la represión emocional y manutención económica de la familia. En el estudio realizado en el HRAE. Rovirosa se encontró que el género con más frecuencia fue el femenino, el método utilizado fue el no violento, lo que coincide con lo mencionado por Barroso.

Raison en 2012, en California habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidios pueden ser por todo tipo de razones y que son “un grito” para pedir ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación.

Esto coincide con los resultados obtenidos en la muestra tomada de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, donde los pacientes que acudían por intento suicida, lo habían hecho como una manera de llamar la atención de su pareja o de sus familiares lo cual coincide con lo descrito por Raison.

Tuesca realizó estudios en Colombia en el 2003, donde se han establecido diferencias dentro de los métodos de intento suicida empleados por hombres y mujeres, así como de los factores de riesgo que influyen para unos y para otros, mientras que las mujeres prefieren el envenenamiento y el consumo de medicamentos, los hombres se valen de métodos más letales como el casi ahorcamiento, objetos punzo cortantes, saltar de lugares elevados, proyectiles de armas de fuego etc.

Esto coincide con los resultados obtenidos en la muestra tomada de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, donde se encontró que las mujeres prefieren los métodos no violentos como la ingesta de medicamentos y los hombres los métodos violentos como el casi ahorcamiento, lo que coincide con lo descrito por Tuesca.

Castillo, Ledo, Ramos en España en 2013 dicen que en cuanto a la visión que la sociedad tiene del suicidio, es un tema que se tiende a ocultar, ya que impacta al sistema familiar y a la sociedad en sí. Siendo el suicidio una tragedia no mencionada tradicionalmente se ha evitado pensar que los jóvenes ven a la vida como un

sufrimiento en el que, con su propia voluntad, deciden ponerle fin a su vida, por lo que muchas veces se prefiere llamar “accidente” al suicidio. sin embargo, es un tema del que se tiene que tener conocimiento, conocer las causas, para tener herramientas preventivas ante tal fenómeno.

Esto coincide con los resultados obtenidos en la muestra tomada de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, donde los familiares piden encarecidamente que nadie sepa que el paciente intento suicidarse, piden que si alguna familiar pregunta se les diga que sufrió un accidente, ya que saben que al haber intentado suicidarse, la sociedad los estigmatizara, y en muchos casos rechazara, lo cual coincide con lo descrito por Castillo, Ledo, Ramos. Caballero en Ecuador en 2013 comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico.

Esto coincide con los resultados obtenidos en la muestra tomada de pacientes que acudieron al servicio de urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez donde se evidencia la mala relación entre familiar y paciente, ya que muchos padres en lugar de preguntar por qué habían intentado suicidarse, los maltrataban psicológicamente lo cual coincide con lo descrito por Caballero.

10. CONCLUSIÓN

Los pacientes con intento suicida que ingresaron a la sala de urgencias del HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, en el periodo de mayo del 2018 a diciembre del 2021, el intento suicida se caracteriza principalmente por factores como problemas de pareja, problemas económicos, psicológicos además de ser personas jóvenes las que con mayor frecuencia intentan suicidarse, en nuestra investigación se encontró un rango de edad de los 14 a los 49 años de edad, siendo más frecuente de los 30 a los 34 años de edad, que son los pacientes en edad productiva, esto tiene un impacto negativo ya que a esta edad las personas tienen muchas responsabilidades, tanto en lo laboral como en lo familiar, son padres de familia por lo regular, y al intentar suicidarse dan un ejemplo negativo a sus familias , principalmente a sus hijos quienes posteriormente imitaran la conducta de sus padres, del total de pacientes con intento suicida analizados en esta investigación, se encontró que el género femenino tiene mayor tendencia que el masculino, siendo los resultados similares con estudios nacionales e internacionales.

Identificar si estos son violentos o no violentos, los métodos más utilizados por las mujeres son los no violentos predominando dentro de estos la ingesta de medicamentos, en los hombres el casi ahorcamiento, por lo que las estadísticas de nuestro hospital coinciden con lo que se encuentra publicado en los medios internacionales.

Valorar el tiempo de internamiento, así como la referencia a otra institución.

11. Propuestas

1. Elaborar un protocolo de atención para el manejo del paciente con intento suicida en el área de urgencias de manera integral.
2. Socializar con todas las unidades e instancias sobre la atención del paciente con intento de suicidio.
3. Evitar estigmatizar al paciente con intento suicida.
4. Fortalecer en temas de salud mental al personal del servicio de urgencias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

12. BIBLIOGRAFÍAS

1. Minsa. (2012). Suicidio y lesiones intencionalmente autoinflingidas. Guía de práctica clínica, 24.
2. Clayton, S. (2019). Psicología y cambio climático. *Papeles del psicólogo*, 40(3), 167-173.
3. Castro Calle, J. A. (2021). " Lazos de Familia: estrategias para la prevención del suicidio".
4. García-Rábago, H., Sahagún-Flores, J. E., Ruiz-Gómez, A., Sánchez-Ureña, G. M., Tirado-Vargas, J. C., & González-Gámez, J. G. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de salud pública*, 12, 713-721.
5. Burín M. Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En: En JGL, O T, editores. México DF: CRIM-UNAM; 2007.
6. Tuesca Molina R, Navarro Lechuga E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* 2003; 17: 19-28.
7. Jiménez-Ornelas, R. A., & Cardiel-Téllez, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México: 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
8. Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. *Rev. peru. epidemiol.*(Online), 1-5.
9. Garrido-Fabián, F., Serrano-López, A. E., & catalán-Matamoros, D. (2018). El uso por los periodistas de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio. El caso del periódico ABC. *Revista latina de comunicación social*, (73), 810-827.
10. Gabilondo, A. (2020). Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Gaceta Sanitaria*.
11. Raison, C. (2012). Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio.
12. Niznik, H. B., & Van Tol, H. H. (1992). Dopamine receptor genes: new tools for molecular psychiatry. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 17(4), 158.
13. Jiménez, K., Carballo, J. L., Cano, M. Á., & Marín-Vila, M. (2014). Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Salud y drogas*, 14(2), 121-129.
14. TOVILLA-ZARATE, C. A., & Mendoza, A. D. G. (2012). Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 52-58.

15. Matos, N. A., Caballero, M. Á., Colás, V. M. C., Maso, Y. S., & Román, M. B. (2015). Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Revista Médica Electrónica*, 37(1), 30-38.
16. Mora, D. A. (2021, January). Entrenamiento para la atención de autolesiones e intentos de suicidio: Una revisión. In XIV CONGRESO DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA| UNAM| 2020.
17. Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
18. Ledo, I. C., González, H. I. L., & Barroso, A. A. R. (2013). Consideraciones psicodinámicas de la conducta suicida en la población infanto juvenil. *Norte de salud mental*, 11(46), 13-19.
19. Casta, N. N. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios/Psychological and neuropsychological prevention of suicide risk factors in college students. *Psicogente*, 19(36).
20. Gómez Tabares, A. S., Núñez, C., Caballo, V. E., Agudelo Osorio, M. P., & Grisales Aguirre, A. M. (2019). PREDICTORES PSICOLÓGICOS DEL RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(3).
21. Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., ... & Padilla, A. (2019, January). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 80, No. 1, pp. 28-33). UNMSM. Facultad de Medicina.
22. Cardona, P. N. B., Torres, E. R., González, C. E., & Portilla, M. B. (2019). Intento suicida y factores asociados en dos instituciones de Cali-Colombia.: Suicide attempts and associated factors in two institutions of Cali-Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19-31.
23. Tabares, A. S. G., Núñez, C., Osorio, M. P. A., & Aguirre, A. M. G. (2020). Riesgo e Ideación Suicida y su Relación con la Impulsividad y la Depresión en Adolescentes Escolares. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e. Avaliação Psicológica*, 1(54), 147-163.
24. TUESCA M, LECHUGA E. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte* 2003; 17: 19-28.

25. Borges G, Orozco R, Medina Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Revista Salud Publ Mex.* 2012; 54(6): 595-606.
26. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D, Cañizares García T. Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14(29): 122-26.
27. Guibert Reyes W, Trujillo Grás O. Intento suicida del anciano en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(5): 509-15.
28. Leyva Correa M, Castillo Rojas L, Perdomo Gómez A, García Leyva L. Caracterización de algunos factores sociopsicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. *Mediciego.* 2012; 18 (Supl 2).
29. Ovalle Borrego I, Santana Santana ER. Caracterización clínica-epidemiológica del intento suicida en La Coloma. *Rev Ciencias Médicas.* 2013; 17(5): 74-84.
30. Del Toro Kondeff M, Hernández González Y, David Huerta B. Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010. *Rev Hosp Psiquiátr. Hab.* 2012; 9(2): 1-12.

13. ANEXOS



**HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD “DR.
GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ”**
UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
AREA DE URGENCIAS MEDICAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Título de la Investigación: Factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Nombre de los investigadores: Dr. Sergio Armando Rosas Pantoja
Dr. Fernando Enrique De Los Santos Hernández

Registro: _____

Nombre del paciente: _____

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada: Factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Yo, _____,

otorgo el consentimiento para el uso de los datos del historial clínico y médico, en la investigación, donde el objetivo es Factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados al área de urgencias en el HRAE. Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Es un estudio sin riesgo, es documental donde se tomarán los datos clínicos del paciente, que se encuentran en la hoja de datos.

Los datos se tomarán cuando ingrese el paciente a el área de urgencias, se realizará un seguimiento de su evolución, con una evaluación diaria hasta su egreso o referencia con el diagnostico de intento suicida con el médico urgenciólogo en turno.

Todo cambio en las indicaciones del paciente quedará registrado, no se autorizará ningún cambio que no esté firmado por el Médico adscrito.

El paciente o sus familiares, tutor o responsable se les proporcionara información sobre el estado del paciente cuando estos lo soliciten.

Los resultados del estudio serán confidenciales, sin fines de lucro, no tiene ningún costo y por su participación no recibirá ningún pagó.

Este estudio no sujeta ningún compromiso con el paciente, familiares, tutores o responsables, ni con el hospital, ni personal profesional de la salud.

A la vez pueden abandonar el estudio en cualquier momento que lo decida, su decisión no afectara la atención médica del paciente.

El estudio estará supervisado por el Dr. Sergio Armando Rosas Pantoja como responsable de la investigación, por el Dr. Fernando Enrique De Los Santos Hernández quien supervisa la actividad clínica y por el Dr. Cristo Miguel Padilla Flores quien es el responsable de supervisar el cumplimiento de los lineamientos del hospital, como jefe de la Unidad de Enseñanza e Investigación de este Hospital.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas fueron atendidas satisfactoriamente, me han informado que los resultados del estudio serán publicados y difundidos con fines científicos, y cuando esto suceda me turnarán una copia del artículo o nota, así como de este formato firmado.

| | |
|---|---|
| <hr/> <p>Nombre y firma del participante Padre, tutor o representante legal (Según aplique, requiere identificación)</p> <p>Testigos</p> <hr/> <p>Nombre y firma</p> <p>Parentesco</p> <p>Domicilio</p> <p>Base de datos spss</p> <p>Base de datos Excel</p> | <hr/> <p>Nombre y firma del investigador</p> <hr/> <p>Nombre y firma</p> <p>Parentesco</p> <p>Domicilio</p> |
|---|---|

Base de datos Spss

| | Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores | Perdidos | Columnas | alineación | Medida | rol |
|----|----------------|----------|---------|-----------|-------------------|------------------|----------|----------|------------|--------|---------|
| 1 | Genero | Numérico | 6 | 0 | Genero | {1, Femenin... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 2 | Edad | Numérico | 3 | 0 | Edad | {1, 14-19}... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 3 | Escolaridad | Numérico | 3 | 0 | Escolaridad | {1, Primaria... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 4 | Estado_civil | Numérico | 3 | 0 | Estado_civil | {1, Casado}... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 5 | Ocupacion | Numérico | 3 | 0 | Ocupacion | {1, Emplea... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 6 | Nivel_socio... | Numérico | 3 | 0 | Nivel_socioeco... | {1, Alto}... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 7 | Religion | Numérico | 3 | 0 | Religion | {1, Catolico}... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 8 | Municipios | Numérico | 6 | 0 | Municipios | {1, Tenosiq... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 9 | Eventos_as... | Numérico | 6 | 0 | Eventos_asoci... | {1, problem... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 10 | Metodo_de... | Numérico | 6 | 0 | Metodo_de_int... | {1, violentos... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 11 | Peso | Numérico | 3 | 0 | Peso | {1, 52-59}... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 12 | Estatura | Numérico | 6 | 0 | Estatura | {1, 144-150... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 13 | Numero_de... | Numérico | 3 | 0 | Numero_de_in... | {1, Primera... | Ninguna | 4 | Derecha | Escala | Entrada |
| 14 | Destino_de... | Numérico | 3 | 0 | Destino_de_p... | {1, hospital... | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 15 | Evolucion | Numérico | 6 | 0 | Evolucion | {1, Favorabl... | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 16 | Metodos_vi... | Numérico | 6 | 0 | Metodos_vibte... | {1, Casi ah... | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 17 | Metodos_n... | Numérico | 6 | 0 | Metodos_no_vi... | {1, Medica... | Ninguna | 8 | Derecha | Escala | Entrada |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | |

Vista de datos Vista de variables



Universidad Veracruzana

Hoja1

| | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | |
|----|------|----------|-----------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|------------------------------------|--|--------|--------|--|
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | EDAD | GENERO | NIVEL EDUCATIVO | ESTADOCIVIL | OCUPACION | MUEL | SOCIOECONOMICO | RELIGION | DIRECCION | AFOS | EVAS | NETIDOOSES |
| 3 | 38 | MASCOLUM | SECUNDARIA | CASADO | CAMPESIN BAJO | CAMPESIN BAJO | | CRISTIANO | RANCHERIA MUJEROS RIOS | MIGUNO | MIGUNO | INGESTIA DE HERBOSA DEL TIPO GUFOSANO |
| 4 | 34 | MASCOLUM | SECUNDARIA | UNION LIBRE | CAMPESIN BAJO | CAMPESIN BAJO | | CATOLICO | EJIDO AQUILES SEGUNTRA SECCION | MIGUNO | MIGUNO | VOLENTIO AHORCAMIENTO |
| 5 | 36 | FEMENINO | BACHILLERATO | CASADO | EMPLACADO MEDIO | EMPLACADO MEDIO | | EVANGELICO | PRI VALLE REAL PONCHAVALCABALLERAS | MIGUNO | MIGUNO | INGESTIA DE MEDICAMENTOS |
| 6 | 30 | MASCOLUM | BACHILLERATO | VUOLO | CHOFER BAJO | CHOFER BAJO | | CATOLICO | RANCHERIA ACACHAPAN Y COLUMBIA ZONA SECCION CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | INGESTIA DE ALCOHOL |
| 7 | 21 | FEMENINO | BACHILLERATO | SOLTERA | MIGUNA MEDIO | MIGUNA MEDIO | | CRISTIANA | FRACCIONAMIENTO GUATEMA CENTRO TABASCO | MIGUNA | MIGUNA | CEGUJADE SAJOS DE EVOLUCION |
| 8 | 23 | FEMENINO | SUPERIOR | SOLTERA | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | RANCHERIA PUJALPEZ MEXICO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 9 | 27 | MASCOLUM | BACHILLERATO | UNION LIBRE | EMPLACADO BAJO | EMPLACADO BAJO | | CATOLICO | COL. ATLAS TERCERO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 10 | 15 | MASCOLUM | PRIMARIA | SOLTERO | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | ADVENTISTA | FRACCIONAMIENTO LAS ROSAS CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS EN LA ESCUELA |
| 11 | 25 | FEMENINO | PRIMARIA | UNION LIBRE | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | MIGUNA | RANCHERIA ESCOLLERON CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 12 | 28 | FEMENINO | SECUNDARIA | UNION LIBRE | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | CRISTIANA | CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 13 | 31 | FEMENINO | SECUNDARIA | CASADA | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | TESTIGO DE J COL. GUACALUP DE BONA | CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS DE PAREJA |
| 14 | 30 | FEMENINO | UNION LIBRE | SEPARADO | EMPLACADO MEDIO | EMPLACADO MEDIO | | CRISTIANA | COL. JOSE MARTIN VIZCARRA CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 15 | 30 | MASCOLUM | PRIMARIA | UNION LIBRE | EMPLACADO BAJO | EMPLACADO BAJO | | CATOLICO | RANCHERIA VACIADO CARRASAL CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | INGESTIA DE MEDICAMENTOS BENICHOZ AEPN |
| 16 | 18 | FEMENINO | ESTUDIANTE PSICOLOGIA | SOLTERA | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | COMALCALO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 17 | 45 | MASCOLUM | MIGUNO | UNION LIBRE | EMPLACADO BAJO | EMPLACADO BAJO | | CATOLICO | LA FORTUNA CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 18 | 16 | FEMENINO | SECUNDARIA | SOLTERA | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | RANCHERIA GREGORIO HENDEZ ZONA COMALCALCO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS EN LA ESCUELA |
| 19 | 30 | MASCOLUM | SECUNDARIA | SOLTERO | DESEMPLAE BAJO | DESEMPLAE BAJO | | CRISTIANA | CARRITERA FRONTERA CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS PERSONALES |
| 20 | 31 | MASCOLUM | SECUNDARIA | UNION LIBRE | CAMPESIN BAJO | CAMPESIN BAJO | | CATOLICO | POBLADOS MONTES CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 21 | 16 | MASCOLUM | BACHILLERATO | SOLTERO | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | RANCHERIA LIBERTY ACTIVA CALUCA TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS PERSONALES |
| 22 | 16 | FEMENINO | SECUNDARIA | SOLTERO | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | PASO DE LAS FLORES CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS PERSONALES |
| 23 | 23 | MASCOLUM | BACHILLERATO | SOLTERO | ESTUDIANTE BAJO | ESTUDIANTE BAJO | | CATOLICO | EJIDO LA CERRA OJUNUCAN TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | INGESTIA BENICHOZ AEPN |
| 24 | 37 | FEMENINO | SECUNDARIA | CASADA | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | CATOLICO | LA VIVIAGA CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS FAMILIARES |
| 25 | 21 | FEMENINO | BACHILLERATO | SOLTERO | EMPLACADO BAJO | EMPLACADO BAJO | | CATOLICO | FRACCIONAMIENTO GUARALUPE BOKUA CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS FAMILIARES |
| 26 | 28 | MASCOLUM | BACHILLERATO | UNION LIBRE | EMPLACADO BAJO | EMPLACADO BAJO | | CATOLICO | POBLADO ZARAGOZA CENTRAL TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 27 | 47 | FEMENINO | PRIMARIA | CASADA | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | MIGUNA | LA LUCHA OJUNUCAN TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS ECONOMICOS |
| 28 | 49 | FEMENINO | SECUNDARIA | CASADA | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | CATOLICO | ACACHAPAN Y COLUMBIA 3RA SECCION CENTRO TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS FAMILIARES |
| 29 | 27 | FEMENINO | BACHILLERATO | UNION LIBRE | AVIA DE CA BAJO | AVIA DE CA BAJO | | CATOLICO | FRACCIONAMIENTO GONZALEZ PEDRERO JULCA DE HENDEZ TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | VOLENTIO FAMILIAR |
| 30 | 21 | MASCOLUM | MIGUNO | SOLTERO | AL BAJO | BAJO | | CATOLICO | FRACCIONAMIENTO OROVERTE TACTITA PA TABASCO | MIGUNO | MIGUNO | PROBLEMAS FAMILIARES |

Factores que determinan el intento de suicidio de pacientes ingresados en el HRAE.

Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez en el periodo mayo 2018- diciembre 2020.

Formato de recolección de datos:

Ficha de identificación e información sociodemográfica:

Diagnostico:

Edad:

Genero:

Nivel educativo:

Estado civil: número de hijos:

Ocupación:

Nivel socio económico (familiar)

Religión:

Dirección: (colonia y municipio)

Antecedentes familiares de suicidio completado o intento de suicidio.

Evaluación del intento de suicidio.

Métodos de intento de suicidio

Métodos violentos: Arma de fuego, ahorcamiento, saltar de un lugar alto, escape hacia los automóviles)

Métodos no violentos: sobredosis de drogas o flebotomía superficial.

Características fenotípicas de los pacientes con intento de suicidio.

Datos antropométricos:

Peso: Edad: Estatura:

Antecedentes de dolor.

Estrés percibido:

Eventos negativos de la vida en el paciente, de su análisis de la toma de decisiones, y la de sus motivaciones para el intento de suicidio.

Alguna patología existente: (padecimiento de alguna enfermedad).

Referido a:

Días de hospitalización:

Manejo de ingreso:

Medicación:

Evolución o deceso: