

Epidemiología del intento suicida en el Hospital Central de Nampula, Mozambique

Vázquez-Machado, Andrés; Mukamutara, Julianne

Epidemiología del intento suicida en el Hospital Central de Nampula, Mozambique

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 82, núm. 2, 2019

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372060036013>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Epidemiología del intento suicida en el Hospital Central de Nampula, Mozambique

Epidemiology of suicide attempts at Nampula Central Hospital, Mozambique

Andrés Vázquez-Machado
Policlínico Jimmy Hirzel, Perú

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372060036013>

Julienne Mukamutara
Hospital Central de Nampula, Perú

Recepción: 21 Enero 2019
Aprobación: 20 Mayo 2019

RESUMEN:

Intento suicida constituye la mayoría de pacientes con lesiones autoinfligidas que acuden al servicio de urgencias. Su costo económico y social es elevado en términos de utilización de servicios de salud y el impacto que tiene en el individuo y la familia. Objetivo: Identificar algunas características epidemiológicas de casos de intento suicida vistos en el Hospital Central de Nampula, Mozambique. Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y porcentual de 93 pacientes con historia de intento suicida atendidos entre mayo de 2014 y diciembre de 2016. Se identificaron algunas variables sociodemográficas, metodología y motivos, intentos previos, persistencia de la idea suicida, características del intento (impulsivo o no) y diagnóstico psiquiátrico. Resultados: Más de la mitad de los pacientes tenían entre 15 y 24 años de edad, hubo una proporción de 1.3 a 1 de mujeres vs. varones, la mayoría eran estudiantes y soltero(a)s. Conflictos interpersonales motivaron tres de cada cuatro intentos. La ideación suicida persistía en 35,5 % de los pacientes al momento de la entrevista. La mayoría efectuó el intento suicida de manera impulsiva contando con fácil acceso a un raticida de elevada letalidad, y 14,6 % tenía historia de intentos previos. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron trastornos de la personalidad y trastornos depresivos. Conclusiones: Conflictos interpersonales como factor desencadenante, fácil disponibilidad de un agente letal, conducta impulsiva y diagnósticos de trastornos de la personalidad y depresión son hallazgos descriptivos fundamentales de este estudio en Mozambique.

PALABRAS CLAVE: Depresión, epidemiología, intento suicida.

ABSTRACT:

Suicidal attempt constitutes the majority of patients with self-inflicted injuries seen at hospital emergency departments. The economic and social costs are high in terms of utilization of health services and the behavior's impact on the individual and his/her family. Objective: To identify some epidemiological characteristics of suicide attempts at Nampula Central Hospital in Mozambique. Material and Method: Descriptive, cross-sectional study on 93 patients who attempted suicide between May 2014 and December 2016. Sociodemographic variables, suicidal method, reasons for the attempt, previous attempts, persistence of suicidal ideation, psychiatric diagnosis and whether the attempt was impulsive or not were identified, data, quantified through percent figures. Results: Over half of the patients were in the 15-24, not-married, and students with a female/male ratio of 1.3. Interpersonal conflicts were the reason in ¾ parts of the attempts. Suicidal ideation persisted in 35.5 % of the patients. Most of the suicide attempts were impulsive acts, facilitated by the availability and easy access to a rodenticide called ratex, and 14.6 % of the patients had had previous attempts. The most frequent psychiatric diagnoses were personality and depressive disorders. Conclusions: Interpersonal conflicts, availability of a lethal agent, impulsive behaviour and diagnoses of personality disorders and depression were the main descriptive findings of this study in Mozambique.

KEYWORDS: Depression, epidemiology, suicide attempts.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida tiene antecedentes que se remontan a tiempos inmemoriales; pero es en épocas recientes cuando se convierte en uno de los principales problemas de salud de la humanidad (1). Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año ocurren más de 800 000 muertes por suicidio y las tasas de intento suicida (IS) son entre 10 y 40 veces más altas que las de las muertes por suicidio. Se estima que

en los próximos años se incrementarán tanto el número de suicidios como de IS (2,3). En la mayoría de los países del continente africano no existen reportes oficiales de conducta suicida; no obstante algunos cálculos sugieren que más de 34 000 personas se suicidan en África cada año y las tasas de IS varían de 0,1 por 100 000 habitantes en Ghana a 100 por 100 000 habitantes en Namibia, según datos disponibles de 11 países (4).

El IS constituye la mayoría de todas las lesiones autoinfligidas que acuden al servicio de urgencias. El costo económico y social es elevado, debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones resultantes de la tentativa; el impacto que tiene esta conducta en el individuo, las familias y otros allegados; así como la discapacidad producto del IS (2).

Las causas que provocan que una persona decida intentar quitarse la vida son múltiples y complejas; se considera que diversos factores biológicos, psicológicos y sociales están relacionados con este comportamiento humano (5) y, en consecuencia, los factores de riesgo que predisponen a un individuo a un IS son variados y se influyen recíprocamente: una tentativa previa es el mayor predictor de repetición y se asocia con alta probabilidad de un suicidio consumado (1,2,6). La enfermedad mental es otro factor reconocido de riesgo de un comportamiento suicida: la sintomatología depresiva es el determinante de la tentativa en un elevado número de individuos suicidas, los trastornos de la personalidad (TP), cuando se enfrentan a situaciones frustrantes realizan intentos autolíticos con una frecuencia superior a la población general; la esquizofrenia, los trastornos neuróticos y el abuso de sustancias también constituyen un grupo de riesgo (5,7).

Los métodos utilizados para realizar el IS son múltiples y su elección está determinada por la disponibilidad, el fácil acceso y factores culturales; sin embargo la ingestión de sustancias tóxicas es el más común (3,8). Diversos autores informan que la sobredosis de medicamentos es la sustancia más usada para realizar un IS, fundamentalmente en los países desarrollados (1,9). La edad y el género también están involucrados; aunque pueden presentarse a cualquier edad, los IS son más frecuentes en adolescentes y adultos jóvenes (4,5,7). El sexo femenino predomina entre las personas que realizan IS en la mayoría de los estudios publicados (1,3,10). Muchos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresores psicosociales agudos, fundamentalmente conflictos interpersonales (2).

A pesar que Mozambique no tiene publicado estadísticas nacionales oficiales sobre el suicidio, se considera que es uno de los países que tiene las tasas de suicidio más elevadas en el continente africano (11); sin embargo, son casi nula las investigaciones publicadas que están orientadas a caracterizar esta conducta en el país. La asistencia de pacientes después de haber cometido un IS es frecuente en el servicio de urgencias, según criterio de los médicos emergencistas; por lo cual este artículo tiene el propósito de aportar elementos en el estudio del problema.

El objetivo fue identificar algunas características epidemiológicas del intento suicida (IS) en el Hospital Central de Nampula (HCN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con 93 pacientes que acudieron al HCN por realizar un IS, en el periodo comprendido entre mayo de 2014 y diciembre de 2016. Se identificaron las variables edad, sexo, estado conyugal, ocupación, método suicida, motivos de la tentativa, IS previo, persistencia de la idea suicida y características del intento: si fue impulsivo o no. Se hizo el diagnóstico psiquiátrico según los criterios del cuarto manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). Se consideró la persistencia de la idea suicida, si el paciente continuaba con pensamientos suicidas al realizar la evaluación psiquiátrica. La impulsividad de la tentativa se estableció según lo referido por el paciente: si tenía previamente elaborada la intención de realizar el IS o surgió de repente en medio de la crisis. Las entrevistas se realizaron en el servicio de urgencias o en salas de hospitalización. Para el análisis estadístico se utilizó porcentajes, razón, media aritmética y rangos.

RESULTADOS

Más de la mitad de los pacientes tenían entre 15 y 24 años de edad (media aritmética: 25,4 años, rangos: 12 – 63 años), de sexo femenino y estaban solteros. Los estudiantes predominaron. La razón mujer/hombre fue de 1.3 (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes con intento suicida según características sociodemográficas. Hospital Central de Nampula. 2014 – 2016.

Características sociodemográficas	n (n=93)	%
Grupos de edad		
Menos de 15 años	5	5,4
15 – 24 años	52	55,9
25 – 34 años	22	23,7
35 – 44 años	6	6,4
45 – 54 años	4	4,3
55 y más años	4	4,3
Sexo		
Femenino	52	55,9
Masculino	41	44,1
Ocupación*		
Estudiante	31	39,7
Con empleo	16	20,5
Ama de casa	16	20,5
Ninguna	14	17,9
Recluso	1	1,3
Estado conyugal		
Soltero	50	53,8
Con pareja	35	37,6
Divorciado	7	7,5
Viudo	1	1,1

*en 78 pacientes

Tabla 1.

El método suicida más utilizado fue la ingestión de sustancias tóxicas, dentro de estas, el ratetex fue el más común. Los motivos del IS fueron determinados en 90 pacientes; los conflictos interpersonales fueron la causa en $\frac{3}{4}$ parte de las tentativas, fundamentalmente los conflictos con la pareja (tabla 2).

Tabla 2. Métodos y motivos del intento suicida.
Hospital Central de Nampula. 2014 – 2016.

	n (n=93)	%
Métodos suicidas		
Ingestión de sustancias tóxicas		
No medicamentosas		
Raticida	53	57,0
Otros	7	7,5
Medicamentosas		
No psicofármacos	13	14,0
Psicofármacos	7	7,5
No tóxicos		
Ahorcamiento	5	5,4
Defenestración	4	4,3
Degollamiento	2	2,1
Otros	2	2,1
Motivos del intento suicida*		
Conflictos con la pareja	40	44,4
Conflictos con la familia	31	34,4
Depresión	3	3,3
Separación	3	3,3
Psicosis	2	2,2
Dolor	2	2,2
Enfermedad física con complicaciones	2	2,2
Robo	2	2,2
Maltrato físico	2	2,2
Otros	3	3,3

*en 90 pacientes

Tabla 2.

En poco más de $\frac{1}{3}$ de los pacientes persistía la idea suicida al realizar la entrevista psiquiátrica. La mayoría de ellos realizó el IS de modo impulsivo y 14,6 % tenía IS previos (único o múltiples). Cuarenta y tres pacientes reunían criterios del DSM IV para un diagnóstico psiquiátrico; los más frecuentes fueron: TP, trastornos depresivos, trastornos por abuso de alcohol, trastornos adaptativos y trastornos psicóticos (tabla 3).

Tabla 3. Factores inherentes al intento suicida.
Hospital Central de Nampula. 2014 – 2016.

Factores inherentes al intento suicida	n (n=93)	%
Persistencia de la idea suicida		
Si	33	35,5
No	60	64,5
Impulsivo*		
Si	68	82,9
No	14	17,1
Antecedentes de intento suicida†		
Único	10	11,2
Múltiple	3	3,4
Diagnóstico psiquiátrico		
Trastornos de la personalidad	10	10,7
Trastornos depresivos	9	9,7
Trastornos por abuso de alcohol	6	6,4
Trastornos adaptativos	6	6,4
Trastorno psicótico	6	6,4
Retraso mental leve	3	3,2
Trastornos por abuso de drogas ilegales	2	2,2
Trastorno disociativo	1	1,1

*en 82 pacientes

†en 89 pacientes

Tabla 3.

DISCUSIÓN

El predominio en adolescentes y adultos jóvenes coincide con lo reportado en la literatura (1,4,5,7,11); también la preponderancia del sexo femenino es informado por la mayoría de los investigadores (1-6,11). Un estudio similar en el Hospital Madre Obrera, en Llallagua, Bolivia, también encontró que más de la mitad de la muestra tenían entre 15 y 24 años y 67,4 % eran de sexo femenino (12). Otro estudio en Beirut, Líbano reportó que 71,4 % de los que realizaron IS eran mujeres (13); igual hallazgo encontraron Lee y colaboradores en el Hospital Uijeongbu St. Mary's, en Corea, en un periodo de tres años (9).

El estatus marital puede ser un factor de riesgo para el IS. Los conflictos con la pareja son el principal motivo de la tentativa entre las mujeres casadas; sin embargo, entre las mujeres divorciadas y separadas las tasas de suicidio son más elevadas que entre las casadas. Las personas solteras pueden tener limitaciones en las relaciones sociales y las redes de apoyo social (8). En el estudio de Shafiee-Kandjani y colaboradores en Irán, también predominaron los solteros (7); pero Manouchehri Amoli y colaboradores (5) en ese mismo país informaron que los IS fueron más comunes en los individuos que tenían pareja (5).

El predominio de estudiantes se corresponde con la edad que tienen la mayoría de los pacientes y está acorde a la política del gobierno mozambicano de priorizar la educación de la población, ampliando la posibilidad de la enseñanza a toda la sociedad. Cursar estudios, sobre todo si son universitarios, se convierte en un generador de estrés que, añadido a los estresores propios de esta etapa de la vida (responsabilidades familiares, conflictos interpersonales, mayores niveles de exigencia) pueden ser determinantes de un IS, favorecido por la inmadurez propia de la edad, que hace que la persona tenga menos tolerancia al estrés y menor control de los impulsos, donde se incluyen los autoagresivos.

La ingestión de sustancias tóxicas es el método más usado globalmente para la realización de un IS (8,13). Sin embargo, este estudio difiere de otras investigaciones en cuanto a la sustancia tóxica más usada. La sobredosis de medicinas fue el método más común en algunos países africanos como Namibia, Sudáfrica, Zimbabwe y Tanzania (4). En el estudio de Lee y colaboradores, solo 7,1 % ingirió una sustancia diferente a

los medicamentos (un pesticida) (9). En un hospital de Bayamo, provincia Granma, Cuba, casi $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes ingirieron sobredosis de medicamentos para realizar el IS (1). En la municipalidad de Arapiraca, estado de Alagoas, Brasil, más de 60 % de los IS utilizó tóxicos medicamentosos en los cuatro años en que se realizó la evaluación (3). En los hospitales afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Babol, Iran, 92,9 % de los suicidas ingirieron medicamentos para intentar suicidarse (5). Una amplia muestra de pacientes que acudieron al departamento de emergencias de hospitales de Dinamarca durante 6 años utilizó la ingestión de medicinas, fundamentalmente psicofármacos, para realizar el IS (14). Un estudio en Polonia reportó que la ingestión de sustancias tóxicas no medicamentosas fue el método suicida menos utilizado para la tentativa (15).

Otras investigaciones coinciden con los resultados de este estudio, como las realizadas con muestras de población boliviana, donde la ingestión de sustancias tóxicas no medicamentosas son los métodos escogidos por la mayoría de los suicidas (12,16). En el continente africano los métodos más utilizados para realizar IS fueron la ingestión de organofosforados en Kampala, Uganda; ahorcamiento e ingestión de venenos en Adis Abeba, Etiopía; ingestión de tóxicos no medicamentosos (insecticidas y otras sustancias químicas industriales) en Ibadan, Nigeria (17). El estudio realizado en Beira, Mozambique, también reportó que el método usado para intentar suicidarse por la mayoría de los pacientes fue la ingestión del raticida ratex (11).

La disponibilidad y fácil acceso de los métodos suicidas es uno de los principales factores de riesgo suicida. La adopción de medidas legislativas para restringir el acceso a esos medios y el control de su disponibilidad, es uno de los recursos más efectivos para evitar el suicidio y los IS, por varias razones: 1ro: cuando no está disponible el método suicida se puede evitar la realización impulsiva del acto, lo que da la oportunidad al paciente de reflexionar sobre lo que puede hacer, y en ese lapso de tiempo puede que la crisis pase; 2do: la dificultad para adquirir un método letal puede hacer que el paciente utilice uno menos letal que disminuya la posibilidad de éxito de la tentativa; 3ro: en lugar de realizar un IS hay más probabilidad de que opte por buscar ayuda en otras personas (familiares, amistades, profesionales de la salud, entre otros); 4to: se evita la imitación en el caso de la existencia de una tendencia cultural al uso de un método específico. Sin embargo, diseñar adecuadas políticas de restricción de los medios; ejemplo: limitación del acceso a organofosforados y armas, colocar barreras en el metro, puentes y edificios altos, regulación de la venta de medicamentos, requiere del conocimiento de los métodos suicidas preferidos en la comunidad (2,3,9,11,18, 19, 20).

Un trabajo previo en este mismo hospital, encontró una asociación entre el suicidio y la ingestión del raticida ratex en personas jóvenes, sugiriendo que el fácil acceso de la población a esta sustancia tóxica, hace que las personas lo adquieran para realizar tentativas que tienen éxito por la elevada letalidad de la sustancia (21). En Beira 26,3 % de las muertes por suicidio ocurrieron por la ingestión de esta sustancia (11). Si se adoptan medidas de control sobre este veneno, se reducirían las tasas de suicidio utilizando este raticida en personas jóvenes que probablemente no desean morir y solo estaban pidiendo ayuda a la hora de realizar la tentativa; pero también disminuirían los IS que utilizan este método.

La pareja y la familia constituyen la principal red de apoyo social; la existencia de conflictos entre ellos denota que esa fuente de apoyo no funciona, lo que trae aparejado sentimientos de soledad, desamparo y desesperanza. Muchas veces estos conflictos van unidos a la existencia de violencia intrafamiliar, ruptura matrimonial y otras situaciones estresantes que los convierten en desencadenantes del IS.

Otros investigadores coinciden con que estos problemas son los principales motivos de IS, como Kweon y colaboradores, que informaron que los conflictos interpersonales fueron el factor precipitante más común de IS en su muestra; aunque con una frecuencia menor a la de este estudio (9). En el Hospital Madre Obrera los conflictos con la pareja fueron el principal motivo del IS, sobre todo en las mujeres, seguidos por los conflictos con la familia (12). Entre los pacientes que fueron atendidos en hospitales de Cochabamba después del IS, los conflictos con la pareja fueron el desencadenante más frecuente del IS, seguido por los conflictos con la familia en los que tenían 20 años de edad o más. Entre los que tenían menos de 20 años fueron los conflictos con la familia, seguido por los problemas en la Escuela (16). Poco más de $\frac{1}{3}$ de los pacientes atendidos en el servicio

de urgencias de un hospital de Beirut dijeron que los conflictos en su matrimonio estuvieron directamente asociados a su IS (13).

Diversos factores de riesgo incrementan la posibilidad de repetición en pacientes que intentan suicidarse. Cuando persiste la idea suicida la probabilidad de realizar otra tentativa, o de muerte por suicidio es elevada. En estos pacientes es imprescindible una valoración especializada para diagnosticar un posible trastorno mental, fundamentalmente depresión y hacer un adecuado manejo de la crisis suicida. El internamiento en una unidad de intervención en crisis está indicado, siempre que exista esa posibilidad, y se debe mantener hasta que pase el peligro inminente. Estos pacientes requieren, en la mayoría de los casos un tratamiento psicofarmacológico.

Existe consenso en que un elevado número de IS se realizan de manera impulsiva, sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes (2,5,7,8,12,18,19). Algunos autores resaltan el papel de la falta de maduración de estructuras cerebrales (núcleo estriado, amígdala y corteza prefrontal) propia de la adolescencia, como la principal causa de la realización de IS impulsivos. Esta vulnerabilidad biológica explicaría la mayoría de las tentativas que ocurren a estas edades. Se señala que 78,6 % de los IS son impulsivos y 50 % se arrepienten de haberlo realizado (9). El consumo de alcohol previo a la tentativa disminuye el control que ejerce la corteza cerebral sobre las estructuras subcorticales, lo que favorece la realización de IS impulsivos en momentos de crisis (10,12). Algunos estudios muestran diversas consideraciones acerca de la impulsividad y la conducta suicida: unos consideran la impulsividad como un importante factor de riesgo suicida; un meta-análisis encontró que es un modesto predictor de IS y otros autores no hallaron relación entre las mediciones de la impulsividad y la mayoría de los IS impulsivos (22). Beckman y colaboradores encontraron que los pacientes jóvenes de 18 a 25 años de edad realizaron IS de manera impulsiva con una frecuencia significativamente superior a los que tenían más de 26 años; aunque en ambos grupos la frecuencia de IS impulsivo fue alta (23).

Los IS previos son un importante indicador de repetición y uno de los principales predictores de suicidio consumado (2,12,13,24). Cuando un paciente tiene una tentativa previa el riesgo de repetición se incrementa (8). Los individuos que realizan múltiples tentativas tienen como característica diferencial un diagnóstico psiquiátrico, fundamentalmente TP y estar expuestos a múltiples eventos vitales adversos recientes (1). Un estudio de cohorte longitudinal informó que los jóvenes que habían realizado un IS cuando se inició la investigación tienen 3 veces más probabilidades de tener otras tentativas que los que no habían intentado suicidarse cuando se inició la pesquisa (25).

La frecuencia de tentativas previas en las personas con IS encontrada por otros autores es superior a la de este estudio. De los individuos suicidas del Área Sanitaria do Salnés, en la región de Galicia, España, 46,7 % tenían IS anteriores (6). En el estudio realizado en un hospital de Corea del Sur, 28,6 % de los pacientes tenían tentativas previas (9). El seguimiento de pacientes que se presentaron a un servicio de urgencias por realizar un IS en Dinamarca, encontró que 16 % de ellos repitió la tentativa en el periodo que duró el seguimiento (5 años) (14). Entre los pacientes ingresados por IS en el Hospital General San José del Callao, Perú, 29 % lo había intentado anteriormente, al menos una vez (25, 26).

Los trastornos psiquiátricos son comunes en pacientes que realizan IS (6). Realizar el diagnóstico nosológico es crucial para poner un tratamiento adecuado que reduzca el riesgo de repetición de la tentativa o un suicidio consumado (3). Entre las estrategias para reducir la conducta suicida se señala identificar los grupos de riesgo, que incluyen las personas con enfermedades mentales: depresión, TP, psicosis, alcoholismo y otras drogodependencias (13).

Los TP constituyen un grupo de elevado riesgo suicida. Ellos tienen pobres mecanismos para enfrentar situaciones adversas, se frustran con mayor facilidad, tienen un umbral de control de impulsos bajo y esa impulsividad los lleva a realizar un IS ante conflictos generados en su ambiente familiar, social, escolar y laboral. Otros rasgos característicos en estas personas como la dependencia, la poca capacidad para buscar otras opciones, la tendencia a deprimirse, problemas de identidad, manipulación, necesidad de llamar la atención y consumo de sustancias se convierten en facilitadores de una conducta suicida.

Generalmente los trabajos publicados reflejan el diagnóstico sin especificar el tipo de TP; mientras otros investigadores intentan demostrar cuáles de ellos son los que tienen mayor riesgo de realizar IS. Ansell y colaboradores (27) realizaron un estudio longitudinal que involucró a pacientes que tenían el diagnóstico de TP, a los cuales les hicieron un seguimiento durante 10 años. El análisis multivariado demostró que solo el TP borderline se asocia con el riesgo de realizar IS; aunque el TP narcisista fue el único que se asoció con la realización de mayor cantidad de tentativas. Goodman y colaboradores (28) reportaron que los IS y autoagresiones no suicidas son comunes en adolescentes y adultos con TP borderline.

Se considera la depresión como el principal factor de riesgo suicida (1). La presencia de ideación suicida es común en este tipo de enfermo (22). La incapacidad para encontrar un sentido a la vida, el pesimismo, la desesperanza, los pensamientos disfuncionales y el estilo atribucional del deprimido hacen que decidan intentar contra su vida de manera premeditada, o como respuesta a la aparición de estresores psicosociales, sobre todo cuando fallan las fuentes de apoyo familiar y conyugal.

Resultados de investigaciones resaltan la importancia de la terapia con sales de litio y otros anticonvulsivantes estabilizadores del estado de ánimo para reducir los pensamientos suicidas en sujetos deprimidos. La terapia cognitiva conductual y los antidepresivos son tratamientos de primera línea en la asistencia de este trastorno, a pesar de que algunos artículos vinculan el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) con el incremento de la ideación suicida en la primera fase del tratamiento (20). Otros investigadores también informaron los TP y la depresión como los diagnósticos más frecuentes en pacientes con IS; aunque con frecuencias superiores a las de este estudio. En el Hospital Universitario de Sina, en Irán, se hizo un diagnóstico de TP en 79,7 % de los pacientes con IS, los cuales presentaron elevadas frecuencias de síntomas depresivos, ansiedad y abuso de alcohol (7). En el Hospital Madre Obrera, de Bolivia, 47,8 % tenían diagnóstico de TP y 21,7 % depresión (12). Coronado-Molina (26) hizo este diagnóstico en ¼ de los pacientes que hicieron IS; sin embargo los más frecuentes en su muestra fueron: TDM, trastornos adaptativos y trastornos por abuso de sustancias.

El Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, en Nueva Zelanda, reportó que los adultos jóvenes que realizaron IS tienen más probabilidad de presentar trastornos depresivos, de ansiedad y abuso de sustancias (25). Datos de un estudio de revisión encontró que la depresión, sobre todo con comorbilidad incrementa el riesgo de IS, particularmente entre adultos jóvenes (8). La depresión fue el trastorno psiquiátrico más frecuente entre niños y adolescentes que ingirieron sobredosis de drogas con finalidad suicida en Corea (9). El Majzoub y colaboradores (13) hicieron diagnóstico de depresión en la mayoría de los IS de su muestra.

El consumo abusivo de alcohol y otras sustancias está presente entre 25 % y 50 % de las personas que se suicidan y el riesgo suicida se incrementa si el trastorno es comórbido con otras enfermedades mentales. Cualquier programa de prevención de la conducta suicida debe incluir políticas públicas orientadas a controlar y reducir el consumo de alcohol en las comunidades (2,24). De los pacientes ingresados después de acudir al servicio de emergencias del hospital de Elche, provincia de Alicante, España, por un IS, la mayoría tenía síntomas psicóticos (10). Los trastornos adaptativos constituyen un grupo de riesgo suicida, sobre todo los que se presentan con estado de ánimo depresivo o con trastorno del comportamiento. La limitación de este estudio es que la información en un número alto de pacientes se recogió en el servicio de urgencias, donde no existen condiciones para realizar entrevistas adecuadas y las condiciones médicas en muchos casos limita los datos que puede aportar el paciente. El principal aporte es señalar algunas características distintivas de los IS en este medio, donde no existen antecedentes de estudios similares o de otro tipo orientados a tipificar esta conducta; también alertar sobre la necesidad de que se adopten medidas de control sobre el raticida ratex, que redundaría en una disminución de los IS utilizando esta sustancia que tiene una elevada letalidad y que reduciría los gastos por asistencia médica y uso de medicación.

En conclusión, las personas que se presentan al servicio de urgencias por un IS son predominantemente jóvenes, de sexo femenino, solteros y estudiantes. La disponibilidad y fácil acceso a un raticida llamado ratex,

propicia que estas personas lo ingieran, la mayoría de las veces de manera impulsiva, cuando se enfrentan a conflictos interpersonales; por lo que se necesitan medidas oficiales tendentes a regular el expendio de esta sustancia tóxica. La persistencia de las ideas suicidas y las tentativas previas son factores que incrementan el riesgo de repetición, sobre todo en pacientes con trastornos de la personalidad y trastornos depresivos.

REFERENCIAS

1. Vázquez A, Rodríguez R, Olivera AM. Epidemiología del intento suicida en el servicio de urgencia. *Rev Hosp Psiquiátrico Habana*. 2009 ; 6 (2): 0-0.
2. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Alves M, Francisco C, de Melo R, Novaes, Belo M, Nardi E. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017; 39 (1): 55-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1833>
4. Mars B, Burrow S, Hjelmeland H, Gunnell D. Suicidal behaviour across the African continent: a review of the literature. *BMC Public Health*. 2014; 14: 606. doi:10.1186/1471-2458-14-606
5. Manouchehri A, Allahyari M, Moudi S, Nader M, Bijani A, Khanlarzade K, et al. Psychological risk factors of suicide attempts in patients admitted to emergency Departments, Zahedan J Res Med Sci. 2018; 20 (1): e55918. doi: 10.5812/zjrms.55918
6. Vázquez MJ, Álvarez C, López-Rivadulla M, Cruz A, Abellás C. Epidemiology of suicide attempts in a public health care area: the perspective of an emergency medical service. *Emergencias*. 2012; 24: 121-125.
7. Shafiee-Kandjani AR, Amiri S, Arfai A, Ahmadi A, Farvareshi M. Relationship between personality profiles and suicide attempt via medicine poisoning among hospitalized patients: A case-control study. *Internat Schol Res Notices*. 2014; 2014: 7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/675480>
8. da Cruz Pires MC, Santana de Silva TP, Pires dos Passos M, Botelho Sougey E, Bastos Filho OC. Risk factors of suicide attempts by poisoning: Review. *Trends Psychiatry Psychoter*. 2014; 36 (2): 63-74. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0044>
9. Kweon YS, Hwang S, Yeon B, Choi KH, Oh Y, Lee HK, et al. Characteristics of drug overdose in young suicide attempters. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2012; 10 (3): 180-184. doi: 10.9758/cpn.2012.10.3.180
10. Danis RG, García Bouza R. Suicide Attempts in a General Hospital Emergency Room. *Eur Psychiatry*. 2015; 30 (Suppl 1): 28-31. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30751-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30751-3)
11. Wagenaar BH, Raunig-Berhó M, Cumbe V, Raol D, Napúa M, Sherr K. Suicide attempts and deaths in Sofala, Mozambique, From 2011 to 2014: Who, where, and from what. *Crisis*. 2016; 37 (6): 445-453. doi: 10.1027/0227-5910/a000383
12. Vázquez-Machado A, Guarachi-Catari D. Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llallagua, Bolivia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2010; 73 (2): 39-44.
13. El Majzoub I, El Khuri C, Hajjar K, Chebl RB, Talih F, Makki M, et al. Characteristics of patients presenting post-suicide attempt to an Academic Medical Center Emergency Department in Lebanon. *Ann Gen Psychiatry*. 2018; 17:21. doi:10.1186/s12991-018-0191-5
14. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthoj C, Madsen T. Repated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency Department contact for attempted suicide: A prospective, nationwide, danish register-based study. *J Clin Psychiatr*. 2016; 77(6): 832-840. doi: 10.4088/JCP.15m09793
15. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 2011; 17 (8): 65-70.
16. Jors E, Christoffersen M, Hogsgaard N, Condarco G, Cervantes R, Konradsen F. Suicide attempts and suicides in Bolivia from 2007 to 2012: pesticides are the preferred method – females try but males commit suicide. *Int J Adolesc Med Health*. 2014;26(3):361-7. doi: 10.1515/ijamh-2013-0309

17. Schlebusch L, Burrows S. Suicide attempts in Africa. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. New York: Oxford University Press; 2009. p.105-108.
18. Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017; 5: 1026-1037. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
19. World Health Organization. *Safer Access to pesticides for suicide prevention. Experiences from community interventions*. Geneva: World Health Organization; 2016.
20. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3 (7): 646-59. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
21. Vázquez A, Zambrana-Alfonso Y, Mukamutara J. Comportamento do suicídio no Hospital Central de Nampula, Mozambique. *Num Cuatrienio*. (Por publicarse).
22. Klonsky ED, May AM, Sa BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016; 12: 307-30.
23. Beckman K, Lindh A, Waern M, Strömsten LMJ. Impulsive suicide attempts among young people: a prospective multicenter cohort study in Sweden. *J Affect Disord*. 2018; 243: 421-426. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.070
24. Fekadu A, Medhin G, Selamu M, Shiferaw T, Hailemariam M, Rathod SD, et al. Non-fatal suicidal behaviour in rural Ethiopia: a cross-sectional facility- and population-based study. *BMC Psychiatry*. 2016;16: 75-84. doi 10.1186/s12888-016-0784-y
25. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington HL, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R, et al. Suicide attempt in young people: A signal for long-term healthcare and social needs. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71 (2): 119-127. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2803
26. Coronado-Molina O. Características clínico-epidemiológicas y abordaje terapéutico de pacientes que acuden por intento suicida al Hospital General San José del Callao, Perú. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77 (4): 242-249.
27. Ansell EB, Wright AGC, Markowitz JC, Sanislow CA, Hopwood CJ, Zannarini MC, et al. Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up. *Personal Disord*. 2015; 6 (2): 161-167. doi:10.1037/per0000089
28. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, Fitzmaurice GM, Aguirre BA, Zannarini MC, et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Ment Health*. 2017; 11 (3): 157-163. doi:10.1002/pmh.1375