

11226

90

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POST-GRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA**

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO EN
LOS DERECHO-HABIENTES DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA. 1995"**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

286585

DR. MARIO ALBERTO ROJAS ALANIS

2000

CHIHUAHUA, CHIH.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO EN
LOS DERECHO-HABIENTES DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA. 1995"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO ROJAS ALANIS

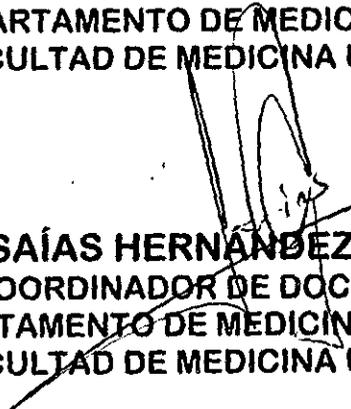
AUTORIZACIONES:



**DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**“PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO EN
LOS DERECHO-HABIENTES DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA. 1995”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO ROJAS ALANIS

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDARIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CHIH.

ASESORES DE TESIS:

R. Saenz
L.E. ROSA ISELA ARRAS GABALDON

M. Gomez
L.E. MIRIAM ISELA GOMEZ

ASESOR DE TESIS:

[Signature]
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**AUTORIZACION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA**

[Signature]
LIC. MIGUEL ETZEL MELDONADO
DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

[Signature]
DR. RENE NUÑEZ BAUTISTA
SUBDIRECTOR MEDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

INDICE

1.	MARCO TEORICO	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3.	JUSTIFICACION	10
4.	OBJETIVOS	12
5.	DISEÑO DEL ESTUDIO	13
6.	MATERIAL Y METODOS	15
7.	RESULTADOS	16
8.	DISCUSION	18
9.	CONCLUSIONES	20
10.	RECOMENDACIONES	21
10.	CUADROS Y GRAFICAS	22
11.	BIBLIOGRAFIA	36
12.	ANEXOS	38

MARCO TEORICO

El suicidio ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Las actitudes hacia el suicidio han variado de acuerdo a los cambios de los valores religiosos, sociales y legales; es considerado desde un crimen, hasta una solución deseable para " SALVAR EL HONOR". (1)

En la antigua Europa durante el Imperio Romano, el suicidio era considerado un acto de honor. Séneca filósofo romano lo consideraba como la liberación de la persona y para San Agustín era considerado como un pecado.

En 1897 Emile Durkheim lo consideró como fenómeno sociológico, consecuencia de una mala adaptación social y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anónimo y fatalista.

El suicidio altruista y egoísta eran resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad.

El anónimo y fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad. En la actualidad el suicidio se considera desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.(2)

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positiva frente al suicidio expresando " SI NO ES UN CRIMEN que ya cambia el curso el Nilo o el Danubio ¿DONDE ESTA EL CRIMEN?. ¿En cambio la dirección de unos cuantos litros de sangre?.

En el siglo XIX en la era moderna la interpretación del suicidio se realiza en forma sociológica y se plantea que es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo. Durkheim define tres tipos de suicidio:

El altruista es el pedido por la sociedad, por no quedarle otra opción al individuo honorable.

El egoísta es donde la persona tiene pocos lazos con la sociedad, éstas personas viven solas, nó existen prácticamente exigencias para el individuo.

El anónimo que es producido por la ruptura de las relaciones habituales entre la sociedad y el individuo.

Frewd desarrolla la Teoría del Suicidio, consideró que en el suicida existe hostilidad inconsciente, dirigida hacia algo amado. Es según Frewd, un crimen al que se le ha dado un giro de 180°.

Zilboorg apoya a Frewd y dice además que el suicidio es una incapacidad poco común de amar a otros.

Karl Menninger considera el suicidio con tres deseos implícitos: matar, ser matado y deseos de morir.

La definición propuesta y aceptada por la mayoría de los autores es que: El suicidio es el acto o comportamiento autodestructivo cometido de forma deliberada por una persona, con ó sin el propósito de morir.

El intento de suicidio se conceptualiza como la determinación de la voluntad en orden a un fin, es el intento dañino de obrar franca y sin detenerse a reflexionar mucho. Disece de las acciones que no son definitivas, en acción voluntaria de quitarse la vida de la persona. (16)

Esta conducta se conceptualiza entre un espectro que incluye la conducta no suicida, la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado. (3 y 4)

La mayor parte de los científicos sociales están de acuerdo de que el suicidio es una forma compleja de la conducta, con causas biológicas, psicológicas y sociales, existiendo en ellos depresión que los orilla al suicidio a causa de circunstancias dolorosas, venganzas contra otras personas a las cuales se les acusa de ser responsables.

Todas las formas del suicidio del pasado existen en la actualidad. Los índices de suicidio son menores en sociedades católicas que en las protestantes, ésto únicamente refleja de que los primeros ocultan más que los segundos. (5)

El suicidio es ilegal en muchos países y es condenado por la sociedad en otros. En el extremo contrario se encuentra en Japón donde antiguamente se respetaba el Harakiri, práctica en donde una persona avergonzada compensaba su fallo. En la India en el siglo XIX se practicaba el suttee que consideraba que una viuda debía inhumarse junto a su marido. En la Segunda Guerra Mundial los pilotos Japoneses Kamikases consideraban un gran honor realizar misiones suicidas (6).

El suicidio además de ser un drama existente en la humanidad, en muchos países es un problema de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está ubicada entre las primeras diez causas de muerte y cada día en el mundo se suicidan 10,000 personas.

En Alemania, Australia, Japón, los países Escandinabos, Hungría y Suiza la tasa de suicidios es de 25 por cada 10,000 habitantes. En E.E.U.U. su tasa es de 12 por cada 10,000 mientras que en Italia y España las estadísticas son de 10 por cada 10,000 (3).

En nuestro país el suicidio ocupa la 6ª causa de muerte con una tasa de 22.5 por cada 100,000 habitantes.

Mientras que en la Provincia de Granma en Cuba ocupa el 1er. lugar con una tasa de 36.8 por cada 100,000 habitantes (7).

En E.E.U.U. se ha registrado un aumento dramático en jóvenes entre las edades de 15 y 24 años con suicidios y la cifra va en aumento, es la 2ª causa de muerte para jóvenes entre los 10 y los 24 años.

El suicidio es más frecuente en el sexo masculino en una proporción de 3:1 con relación al sexo femenino. El intento de suicidio es más frecuente en la mujer 3:1 en relación al hombre. Los hombres utilizan métodos violentos para llevar a cabo el suicidio (8).

En la República Mexicana en 1994 se reportaron 2,063 suicidios en ambos sexos, aumentando 156 por ciento en relación a 1970; sin embargo éste aumento es más marcado en el sexo masculino en población mayor de 65 años y en menor de 19 años. Los estados con una tasa más elevada son Tabasco y Campeche y las zonas centro del país son las de menos incidencia (9).

Clark realizó un estudio en 928 pacientes durante tres años, ellos presentaban conducta suicida concluyendo que los antecedentes del intento de suicidio con letalidad baja se asocian a intentos de suicidios futuros no letales.

Allebeck estudió 32 esquizofrénicos con un grupo control de 64 no suicidas observando que los intentos de suicidio se relacionaban con el suicidio, calificó así el suicidio de ellos como impulsivo y difícil de predecir.

Winokur estudió 401 pacientes con depresión psiquiátrica y depresión por enfermedad somática y encontró que los primeros intentan suicidarse, o tienen ideación de suicida.

Kotila estudió 406 adolescentes con intento de suicidio, 226 de ellos era su primer intento, el resto ya lo había intentado. Al cabo de 10 años concluye que el 1 por ciento que había intentado suicidarse lo hizo y el 4 por ciento lo repitió en varias ocasiones (10).

En el IMSS en el Centro Médico de la Raza se encontraron 40 casos con una predominante en el grupo de edad de 16 a 21 años con conducta suicida, los pre-escolares y escolares con un 81 por ciento, en ellos siempre estaba acompañado de los abusos físicos.

El intento de suicidio es más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos prevaleciendo la clase y escolaridad media; Sin embargo ésta situación puede favorecerse por el tipo de población que existe en el país no importa la raza (11).

Los intentos de suicidio o suicidios están asociados a desórdenes depresivos mayores, a desórdenes de conducta, abuso de sustancias tóxicas, desórdenes de personalidad, todo esto vinculado a una pobre comunicación familiar conllevando a los integrantes de la familia a una pobre imagen de sí mismo, depresión, impulsibilidad y un sentimiento de culpa.

Los desórdenes psiquiátricos, las disfunciones psicosociales, las patologías familiares y el stress son factores de riesgo para el suicidio.

La evidencia acumulada aunque no unánime apoya la hipótesis de que el abuso de sustancias psicoactivas por una patología familiar y el abuso físico en los niños es un factor de comportamiento suicida (12).

El factor desencadenante del acto suicida además del abuso de drogas son los problemas familiares que conllevan a un miembro de la familia a una depresión que en su mayoría de las veces culmina en suicidio.

Se estima que por cada defunción a causa del suicidio existen más de 8 intentos previos presentándose en éstos un factor de riesgo importante, por ejemplo un arma de fuego en el hogar (13).

El diagnóstico y manejo adecuado de los intentos de suicidio es primordial que se realice por un equipo de salud, el médico debe identificar de primera instancia la problemática desencadenante y tomar las acciones necesarias, solicitando los apoyos requeridos para evitar la pérdida irremediable de un ser humano.

El equipo multidisciplinario de salud debe concientizarse y estar alerta para apoyar a una persona de riesgo, ya que cuando se ha intentado suicidarse en más de dos ocasiones, y no se le ha brindado la atención adecuada se culmina con la pérdida de la vida (14 y 15).

La sociedad moderna vive en un continuo stress por los cambios económicos, sociales y políticos en que se encuentra el país. Lo anterior conlleva a los integrantes de la familia a tener una pobre comunicación y desatenderse entre ellos mismos, buscando refugios innecesarios e inadecuados para la solución de sus problemas.

Para la familia de un para-suicida y/o suicida la primera manifestación es la incredulidad, negando los hechos, lo que les permite amortiguar el impacto emocional, ya que se sienten culpables de la decisión tomada, evitando compartir el problema con los demás familiares por vergüenza, por culpa, sintiéndose que va a existir un rechazo total de su núcleo familiar y social (14).

Es más eficaz la prevención que la curación familiar, el manejo debe ser en forma integral " Ayudemos a Ayudarse".

Todos vamos a morir ¡Pero aún no!. frase que ilustra la actitud que tiene hoy el hombre frente a la muerte, es un desmentido un (SI, PERO NO) se acepta racionalmente la primera parte como una verdad inevitable, en general cuando ésta se refiere a nuestros semejantes; pero cuando se refiere a uno mismo, el sujeto no quiere saber nada de su propio final (Mario Ramírez 1998).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Sociedad Moderna está formada por núcleos familiares con diferentes valores: sociales, religiosos y morales que se desequilibra cuando algún integrante de la familia se involucra en actos no aceptados por la sociedad en la que se encuentra inmerso.

De los integrantes de ésta pequeña sociedad que es la familia, los más afectados severamente son los adolescentes que experimentan sentimientos confusos e indecisiones combinados con las incertidumbres económicas, llevándolos a depresiones severas y tendencias al intento del suicidio.

Si un niño o un adolescente expresa el deseo de morir, hay que tomarlo en serio y prestarle la ayuda necesaria como una alternativa a la situación que lo puede conllevar a suicidarse, por ser esto una puerta de salida inadecuada que requiere la intervención de gente especializada para él y su núcleo familiar, buscando una buena integración, disminuyendo con esto los intentos de suicidio en el ser humano.

La contribución del equipo multidisciplinario es de prestar ayuda a las personas identificadas de riesgo por intento de suicidio, distinguiendo las causas que los orillan a realizarlos en razón de más de dos.

La labor del médico familiar es realizar con eficiencia la atención, canalizando adecuadamente al paciente de acuerdo a las causales para evitar la pérdida de una vida, es indispensable poseer las herramientas necesarias para atender oportunamente las exigencias de los derechohabientes.

Por lo anterior surge la inquietud de dar respuesta a la interrogante que sustenta ésta investigación.

“¿Cuál es la Prevalencia de los Intentos de Suicidios en los derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua?”

JUSTIFICACION

La sociedad moderna vive en un continuo stress por los cambios económicos, políticos y sociales en los que se encuentra el país, provocando esto en la familia desequilibrios de integración, incertidumbre, stress, aislamiento de los integrantes, hostilidad, abuso de sustancias tóxicas, depresiones, conductas agresivas cuyo objetivo es la muerte a través de un acto auto-lesivo (16).

Este acto extremo al que recurren algunas personas impacta, dejando tras de sí más preguntas que respuestas al problema ya que abarca muchos puntos de vista: médicos, legales, sociales, religiosos, etc. Donde tiene graves repercusiones (17).

Los intentos de suicidio se clasifican en intencionales y accidentales con fármacos psicotrópicos en su mayoría.

En Alemania, Australia, Japón, Hungría y Suiza la tasa de suicidio es de 25 por cada 10,000 habitantes, en E.E.U.U. su tasa es de 12 por cada 100,000, mientras que en Italia y España son de 10 por cada 10,000. (3)

En nuestro país el suicidio ocupa la 6ª causa de muerte y Chihuahua es la 2ª de muerte. En Cuba ocupa el 1er. lugar con una tasa de 36.8 por cada 100,000 habitantes (7 y 17).

Los intentos de suicidio son típicos en zonas urbanas predominando la mujer de 2:1 en clase social media y en la edad menor a los 30 años, sin importar raza ni estado civil, con ingesta de psicotrópicos. París reporta en el Hospital F. Vidal que el 90 por ciento de los intentos de suicidio son voluntarios (18 y 19).

Los para-suicidas tienen baja auto-estima y frágil, por lo que no se deben intimidar, abrumar con cuestionamientos innecesarios.

Tomando en cuenta lo anterior y desconociendo la realidad de las causas de intentos de suicidio el equipo de salud en atención Primaria debe actuar en forma asertiva, asesorando al núcleo familiar para determinar su futuro, estableciendo las bases reales, honestas y simples para la prevención de pérdidas de vidas innecesarias (20 y 21).

OBJETIVOS

General:

- Identificar la prevalencia de intentos de suicidio atendidos en el Departamento de Urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

Específico;

- Conocer género y edad más frecuentes en los intentos de suicidio.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Sin implicaciones éticas, sin grupo de comparación ya que se trabajó con el universo. En la declaración de Helsinki maneja principios fundamentales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos, en lo que respecta a éste estudio no es aplicable, ya que se trabajó directamente con expedientes clínicos.

UNIDADES DE INVESTIGACION

Expedientes clínicos de pacientes atendidos en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua con intento de suicidio.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

INCLUSION:

- Derechohabientes de 15 a 40 años.
- Con intento de suicidio
- Atendidos en el periodo 1991-1995
- Atendidos en urgencias de: Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, Hospital Clínica del Centro, Hospital Clínica del Parque, Clínica San Felipe y Hospital Palmore

EXCLUSION:

Los no incluidos.

VARIABLES

Prevalencia.-	Número de veces que se presenta un evento en un tiempo determinado.
Intento de Suicidio.	Acto auto inducido no letal que tiene como finalidad la muerte.
Derechohabiente.-	Persona que recibe atención médica en unidad hospitalaria de 1º y 2º nivel.

MATERIALES Y METODOS

El estudio se elaboró en el Departamento de Urgencias de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua y Clínicas particulares que subroga la institución a su derechohabencia.

La información que se recabó fue directamente del expediente clínico en forma manual. Tomándose en cuenta los datos:

- Sociodemográficos
- Causa aparente del intento de suicidio
- Lugar donde se lleva a cabo el acto de intento de suicidio

RESULTADOS

En el cuadro No. 1 muestra la población estudiada por género y grupo de edad de derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua con intento de suicidio, observando que la edad es de 15 a 20 años en ambos géneros con un 49 por ciento, en el grupo de edad de 21 a 26 años y de 39 a más respectivamente son 20 y 12 mujeres y 3 y 8 hombres, recalcando así que el género femenino del universo estudiado corresponde a 100.

Según el grado de escolaridad y el género con que cuenta el universo estudiado la prevalencia de intentos de suicidio en el género femenino es: Preparatoria, secundaria y profesional: 39, 20 y 17 respectivamente, en el masculino la mayor prevalencia se encuentra en preparatoria en 17 de ellos notándose que el 19 por ciento no registraron nivel escolar. Cuadro No. 2.

El cuadro No. 3 muestra la preferencia de ambos géneros según el mecanismo utilizado para el intento de suicidio destacándose que el 73 por ciento prefieren los fármacos y el 10 por ciento utilizan otro mecanismo.

Según la causa aparente para el intento de suicidio y el sitio donde lo realizan se destaca que se prefiere el hogar, un 36 y un 21 por ciento respectivamente son problemas familiares o uso indebido de drogas como lo muestra el cuadro No. 4.

En el cuadro No. 5 se observa que del universo estudiado son derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, y al 29 por ciento se le canaliza a otros hospitales a donde se subroga la atención, el 71 por ciento restante es atendido en la Institución, el género femenino hace notar que la prevalencia es alta con un 75 por ciento.

En el cuadro No. 6 la prevalencia de intentos de suicidio con interconsultas solicitadas es de un 54 por ciento ignorándose sí el derechohabiente acudió a ellas y al resto no se le solicitó apoyo de otra especialidad.

La estación del año de mayor predilección es la primavera y otoño en el género femenino 30 y 26 de ellos respectivamente y en el hombre la primavera y el verano con 19, nótese que la primavera es la de mayor incidencia con un 30 por ciento, continuando el otoño con un 25 por ciento. Cuadro No. 7.

DISCUSION

La familia es el núcleo más pequeño de la sociedad, es en la que recae la responsabilidad y formación de las futuras generaciones.

Las actitudes del suicidio han variado de acuerdo a los cambios de valores, es considerado un crimen, una solución, una liberación, San Agustín lo considera un pecado.

Arias J. y col. (1994) refieren que los intentos de suicidio se presentan en el género femenino 3:1 en relación al hombre, en lo referente a la edad se encuentra entre los 15 y los 24 años como lo muestra el gráfico No. 1.

Predomina el género femenino 100 y 34 masculinos, en relación a la edad se encuentra en el rango de 15 a 20 años con un porcentaje de 49. En lo referente a nivel de escolaridad el gráfico No. 2 nos muestra predominio a nivel preparatoria con un 42 por ciento. Es de llamar la atención que el 15 por ciento del universo estudiado tiene un nivel de escolaridad profesional.

Ballesteros, Merenstein y col. (1994) mencionan que el abuso de sustancias es multifactorial, influyen cargas genéticas, estados de ánimo y características personales, el género femenino es más susceptible a manejar situaciones y poco capaz de superar problemática que se le presente en su vida diaria.

En el gráfico No. 3 y 4 nos hace ver que 85 femeninas abusaron de sustancias y la causa aparente que los condujo a ello, fueron problemas familiares, en el varón 13 utilizaron un fármaco inadecuadamente (sobre-dosis). El abuso de sustancias tóxicas es un escape de la realidad.

El gráfico No. 5 observamos que efectivamente como lo describe Arias J. y col. el nivel socioeconómico es medio-bajo, el 100 por ciento del universo son derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, donde son atendidos pacientes de niveles socioeconómico bajo, medio, medio-bajo y alto.

Satir y col. (1983), Merestein y col. (1994) , refieren que es importante brindar una atención adecuada cuando está presente un intento de suicidio para evitar la pérdida de la vida. En el gráfico No. 6 al 100 por ciento del universo únicamente al 54 por ciento de ellos se les solicitó un apoyo adecuado, con ello en éste grupo se evitará la reincidencia.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados la prevalencia de intentos de suicidio del universo estudiado el 49 por ciento se encuentra en el rango de edad de 15 a 20 años en ambos géneros, predominando el género femenino, observándose que la estación del año de predilección es la primavera, y en relación a la solicitud de apoyo solamente fue el 54 por ciento.

El presente estudio reporta que del universo estudiado el 73 por ciento utiliza fármacos, y la causa aparente son problemas familiares, la mujer es quien intenta suicidarse con mayor frecuencia en relación de 3:1.

Por lo anterior nos permitimos expresar las siguientes recomendaciones en el siguiente capítulo.

RECOMENDACIONES

- El equipo multidisciplinario de urgencias esté alerta para identificar a una persona en riesgo.
- Brindar apoyo adecuado en un intento de suicidio canalice adecuadamente al afectado y a su familia corroborando su asistencia y su seguimiento.
- Concientizar a la familia.
- Crear lugares de apoyo familiar.
- Estrecha coordinación interdepartamental.
- Unificar los criterios para la recolección de datos en los intentos de suicidio.
- Plasmar en los registros la información necesaria y fidedigna de lo observado.

**"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN EDAD Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

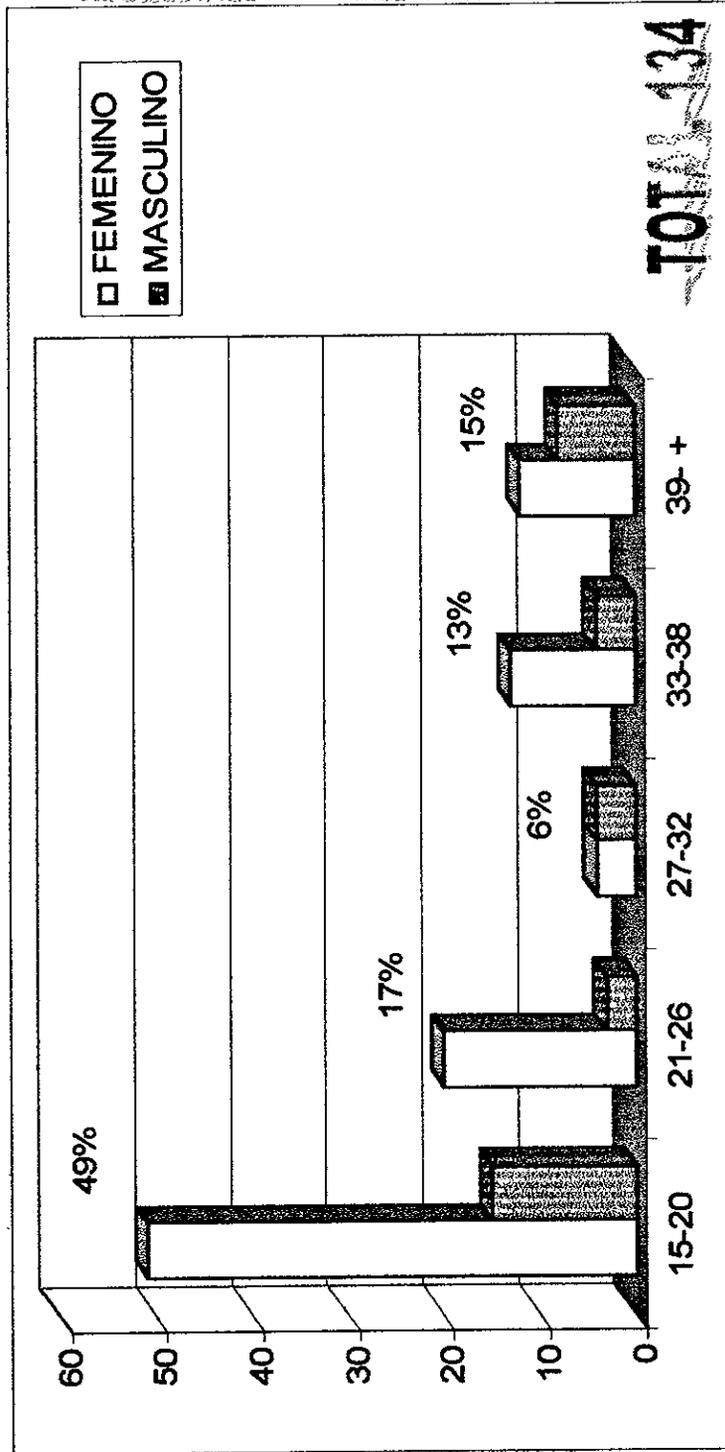
CUADRO No. 1

EDAD	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO	No.	%
15-20	51	15	66	49
21-26	20	3	23	17
27-32	4	4	8	6
33-38	13	4	17	13
39- +	12	8	20	15
TOTAL	100	34	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN EDAD Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 1



FUENTE: CUADRO 1

**"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN ESCOLARIDAD Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

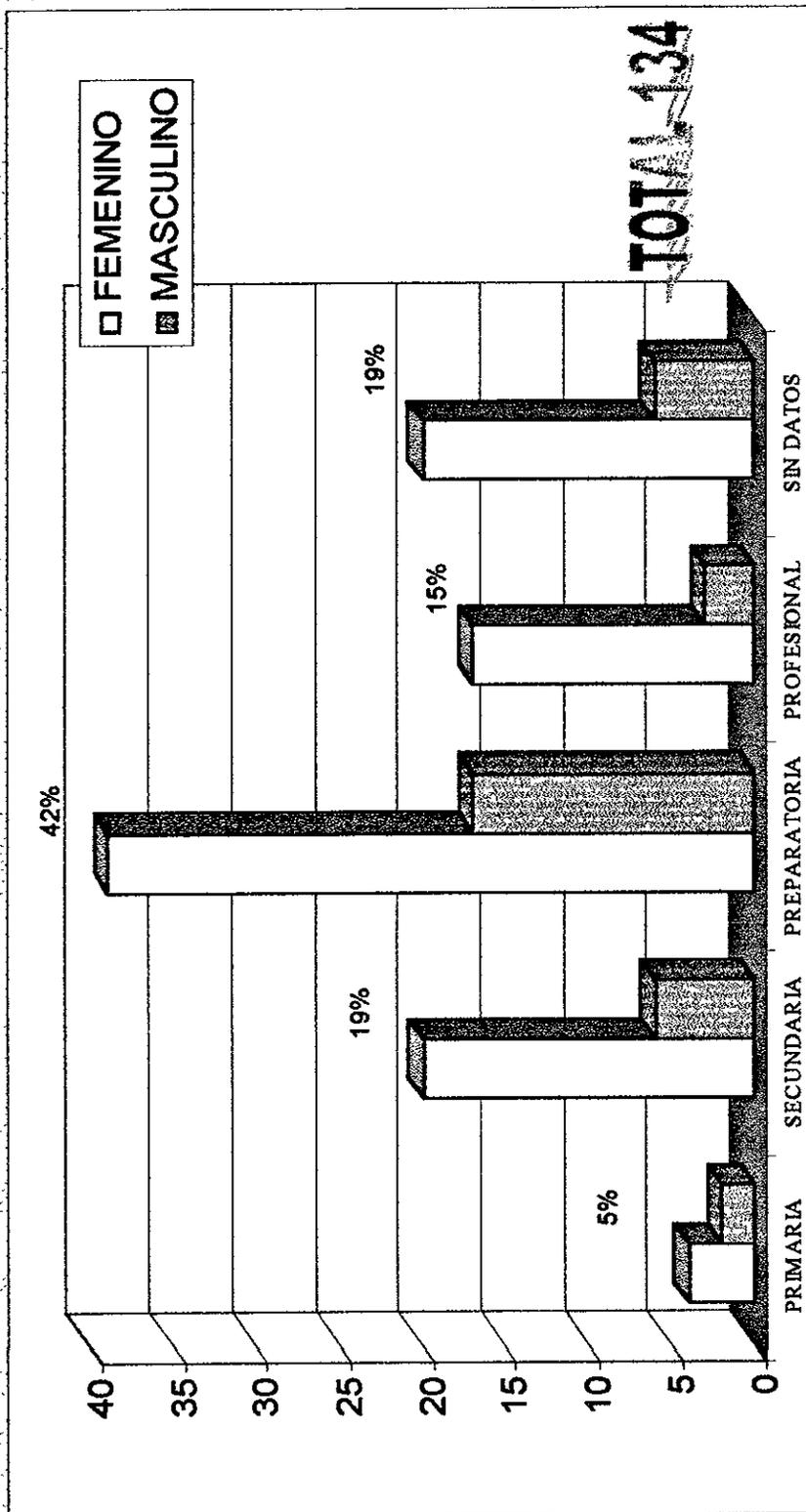
CUADRO No. 2

EDAD	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO		No.
PRIMARIA	4	2	6	5
SECUNDARIA	20	6	26	19
PREPARATORIA	39	17	56	42
PROFESIONAL	17	3	20	15
SIN DATOS	20	6	26	19
TOTAL	100	34	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN ESCOLARIDAD Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 2



FUENTE: CUADRO 2

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN GENERO Y LUGAR DE ATENCION
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

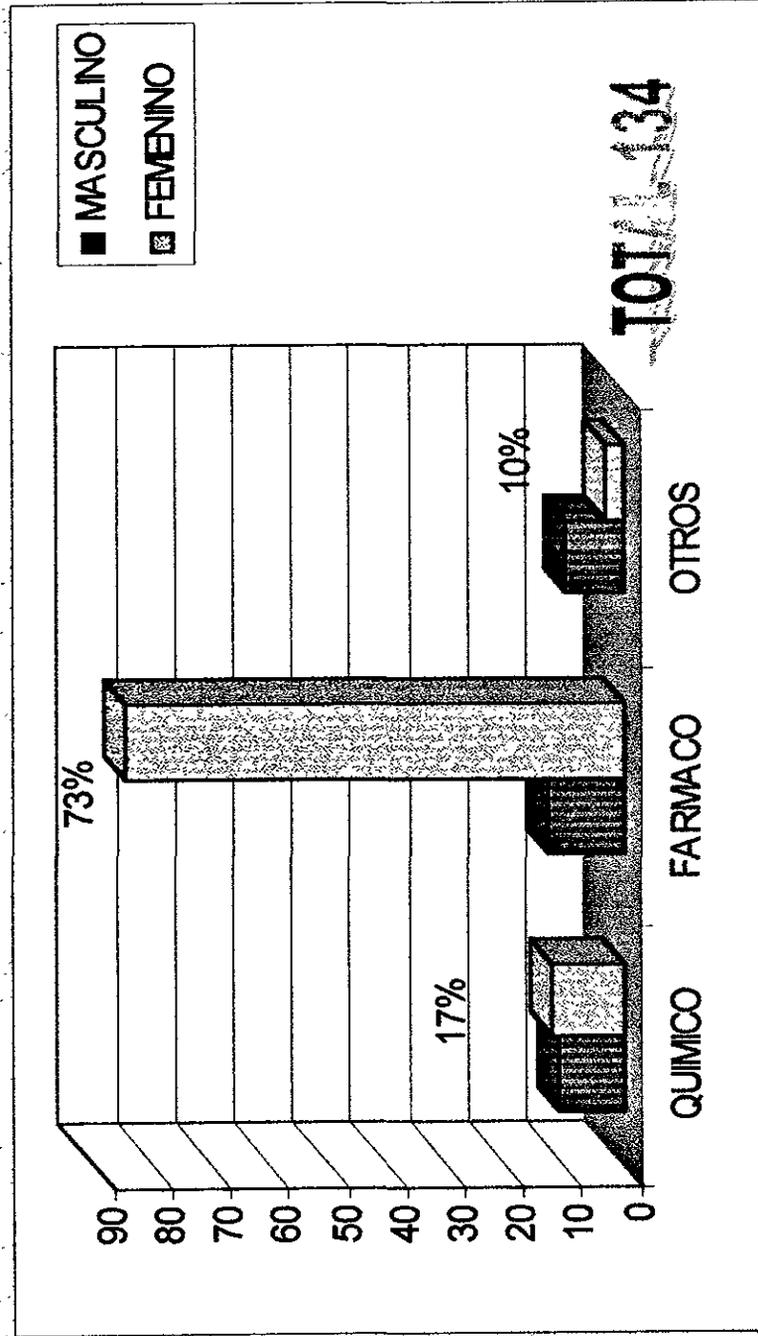
CUADRO No. 3

MECANISMO	G E N E R O		T O T A L	
	MASCULINO	FEMENINO	No.	%
QUIMICO	11	12	23	17
FARMACO	13	85	98	73
OTROS	10	3	13	10
TOTAL	34	100	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN MECANISMO Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 3



FUENTE: CUADRO 3

**"PREVALENCIA DE INTENTO DE SUICIDIO SEGÚN CAUSA APARENTE Y SITIO EN QUE SE REALIZO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

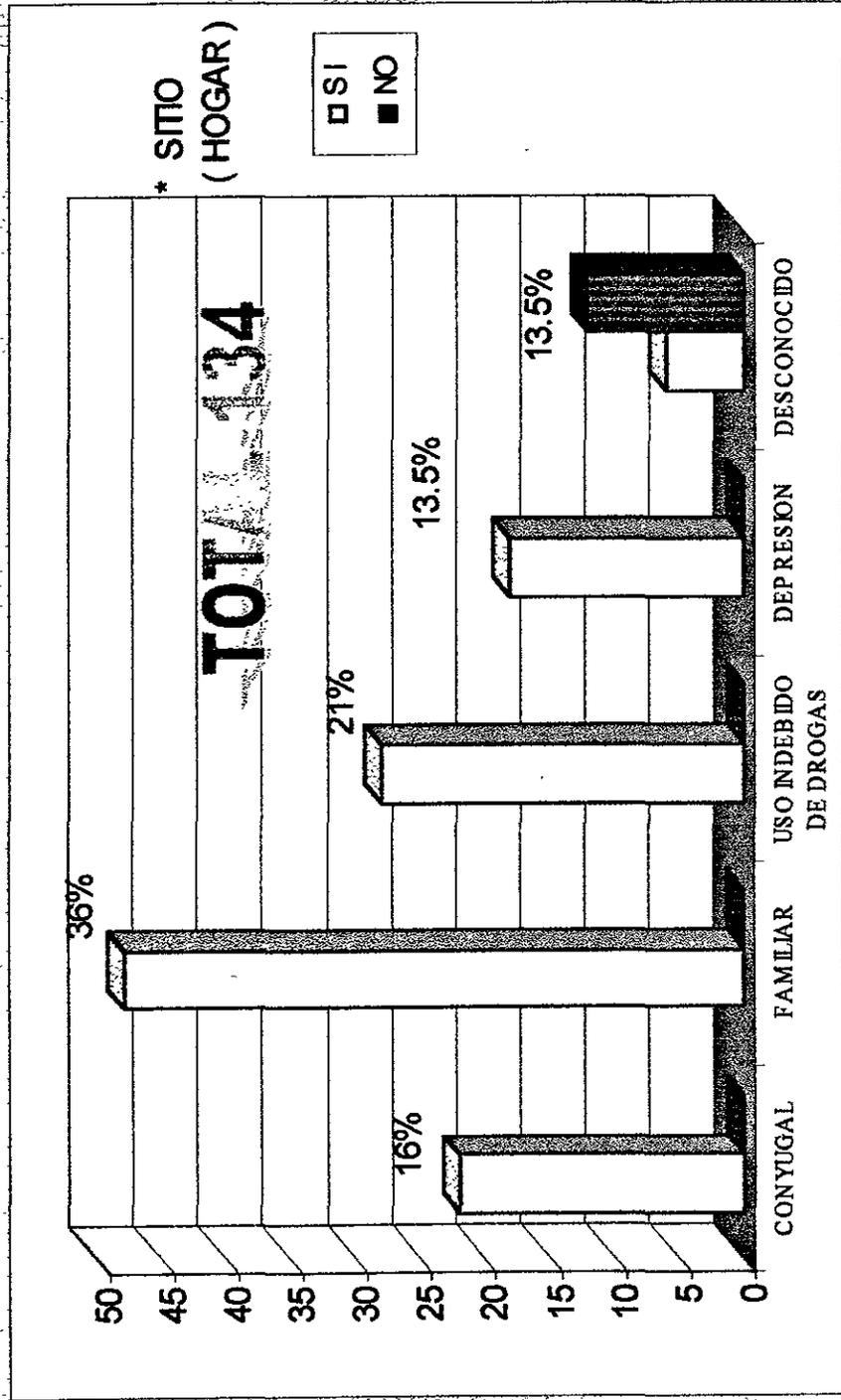
CUADRO No. 4

CAUSA	SITIO (HOGAR)		T O T A L	
	SI	NO	No.	%
CONYUGAL	22	0	22	16
FAMILIAR	48	0	48	36
USO INDEBIDO DE DROGAS	28	0	28	21
DEPRESION	18	0	18	13.5
DESCONOCIDO	6	12	18	13.5
TOTAL	122	12	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN CAUSA APARENTE Y SITIO EN QUE SE REALIZO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 4



**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN GENERO Y LUGAR DE ATENCION
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

CUADRO No. 5

LUGAR DE ATENCION	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO	No.	%
P C E	85	10	95	71
HOSPITALES	15	24	39	29
	100	34	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN INTERCONSULTA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

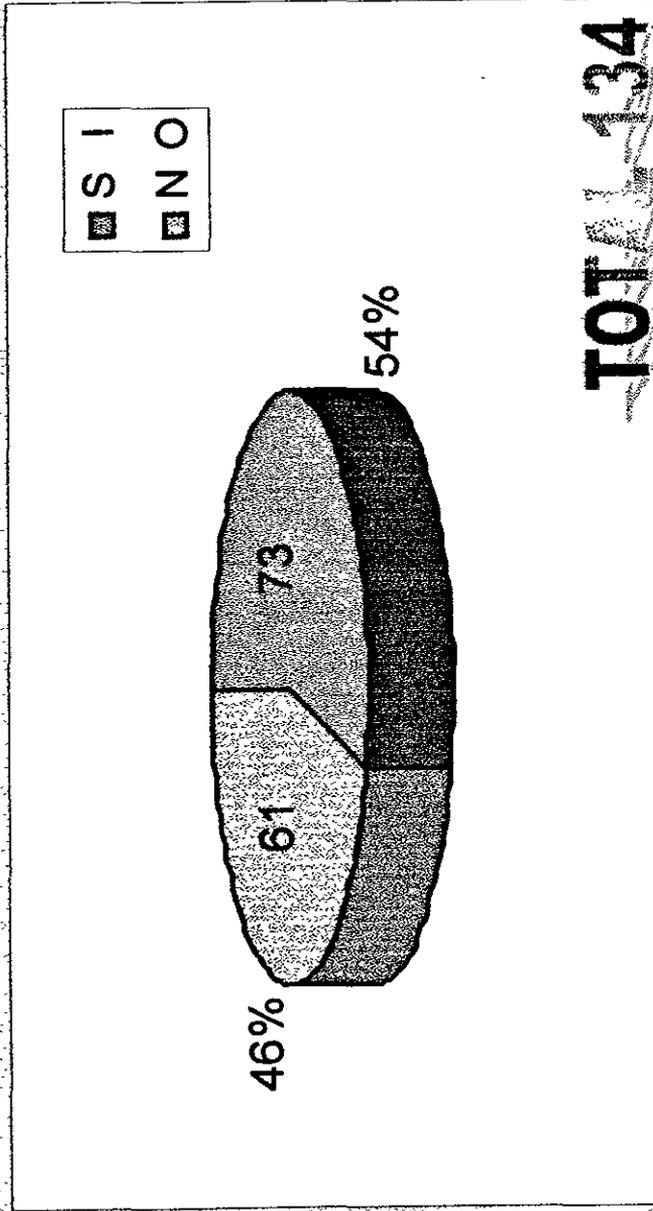
CUADRO No. 6

INTERCONSULTA	T O T A L	
	No.	%
S I	73	54
N O	61	46
T O T A L	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN INTERCONSULTA SOLICITADA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 6



FUENTE: CUADRO 6

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN ESTACION DEL AÑO Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

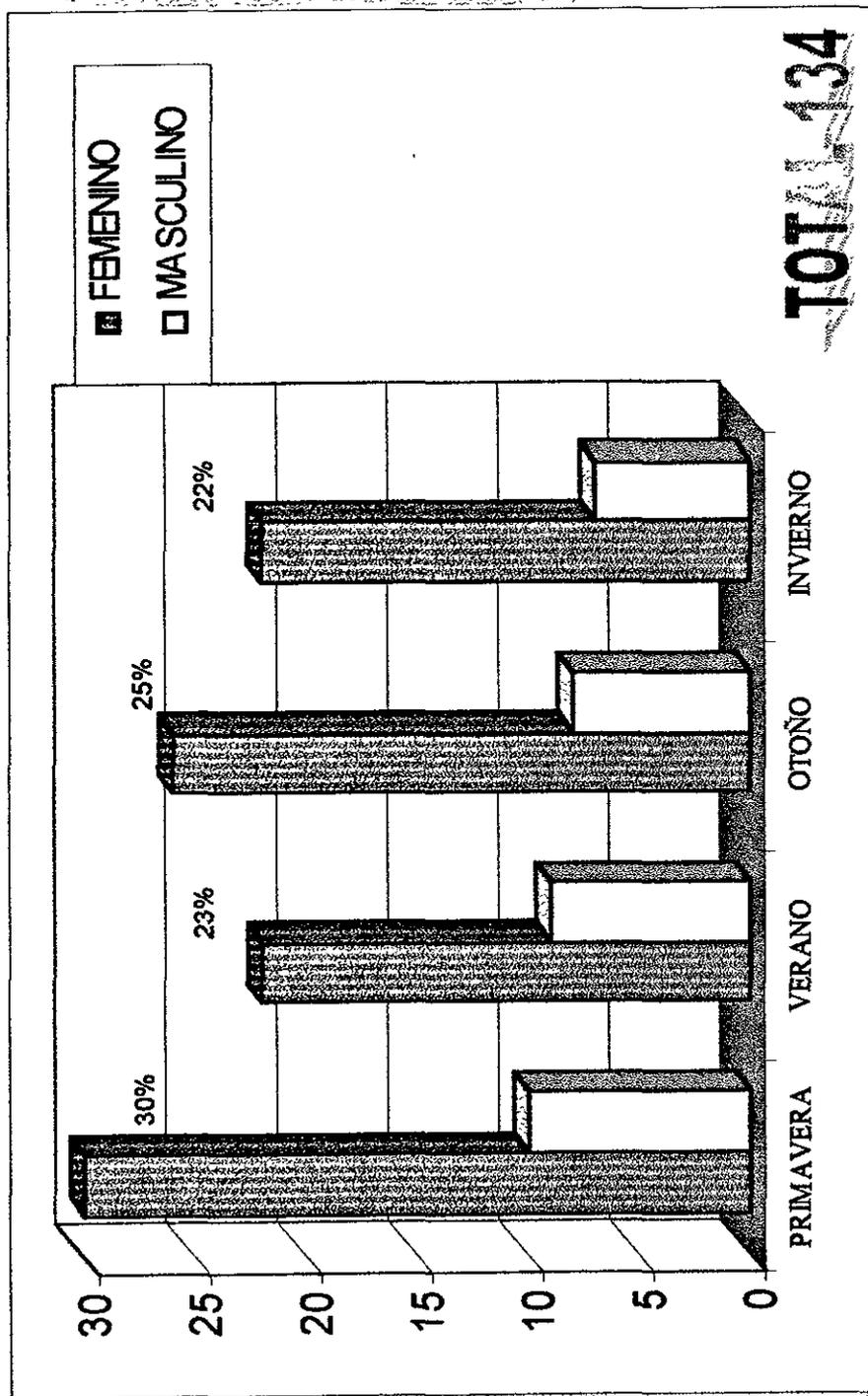
CUADRO No. 7

ESTACION	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO	No.	%
PRIMAVERA	30	10	40	30
VERANO	22	9	31	23
OTOÑO	26	8	34	25
INVIERNO	22	7	29	22
TOTAL	100	34	134	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS

**"PREVALENCIA DE INTENTOS DE SUICIDIO SEGÚN ESTACION DEL AÑO Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1995"**

GRAFICO No. 7



FUENTE: CUADRO 7

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barreto A. Andrés. Fundamentos Teóricos para la Intervención Telefónica en el Area del suicidio; El Consejo Telefónico; 1991 73-79.
- 2.- "Suicidio" Enciclopedia Microsoft (R) 98 (C) 1993-1997 Microsoft Corporation.
- 3.- Corlay N. I. S. Vázquez E. M. F. Araiza A. R. Ruiz F. L. G. Intentos de suicidio en el Hospital de Especialidades C. M. La Raza. Analisis de los casos atendidos de 1986 a 1988. Rev. Med. IMSS (Mex) 1990; 28: 269-273.
- 4.- Arias J. G. Cárdenas R. N. Alonso F. V. Morales M. C. López G. A. G. Intento de Suicidio de Adolescentes; Boletín Médico, Hospital Infantil, México. Nov. 1994 vol. 51 No. 11:701-705.
- 5.- Berman A. L. Shwartz R. Suicide attempts among adolescent drug user. Presented at the American Association of Suicidology: April 15, 1989; San Diego, E.U.A.
- 6.- Swedo S. E. Retew D. C. Ruppenheimer M. y col. Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescent pediatrics. 1991:88: 620-629.
- 7.- Informe epidemiológico sobre el suicidio en Granma sectorial de la salud. Cuba (1988).
- 8.- Malone K. M. MD., Sianto K. MD., Corbit E. M. PhD; and Mann J. J. MD. Clinical Assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. AMJ Psychiatry 1995; 152: 1601-1607.
- 9.- Borges G, y col. (1994) Epidemiología del Suicidio en México, Salud Pública.
- 10.- Pérez B. El suicidio y su manejo. Conferencia Impartida en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba en 1989.
- 11.- Arias J. G. Cárdenas R. N. Alonso F. V. Morales M. C. López G. A. G. Intento de Suicidio en Adolescentes; Boletín Médico Hospital Infantil de México. Nov. 1994; vol. 51 No. 11; 715-716.
- 12.- El Suicidio en la Adolescencia 1er. Congreso de Ciencias celebrado en México. Ballesteros Usano y E. Elías Ballesteros.

- 13.- Arias J. G. Cárdenas R. N. Alonso F. V. Morales M. C. López G. A. G. Intento de Suicidio en Adolescentes; Boletín Médico Hospital Infantil de México. Nov. 1994; vol. 51 No. 11; 701-705.
- 14.- Satir Virginia Psicoterapia Familiar Conjunta. Reimpresión 1983. Pags. 50-61.
- 15.- Merenstein G. Kaplan D. y Sosenberd A. Manual de Pediatría 13era. Edición Editorial mm 1994. Pag. 279.
- 16.- Gran Diccionario Enciclopédico Visual Programa Educativo Visual Edición 1991 pag. 1140.
- 17.- Panorama del Suicidio. Palomino G. (1994) Instituto Chihuahuense de Salud Hospital Psiquiátrico.
- 18.- Villanueva Cañadas. E. Toxicología Fisiopatología de las Intoxicaciones. En Gisbert Calabuig, J. A. (dir): Medicina Legal y Toxicología, 3ª. Ed. Fundación García Muñoz Valencia, 1985.
- 19.- Crumley F. E. MD: Substance abuse an adolescent suicidal behavior. JAMA. 1990; vol. 263: 3051-3056.
- 20.- Blumental MD. Youth suicide: The physician's role in suicide prevention. JAMA December 26, 1990; vol. 264: No. 24 3194-3196.
- 21.- Alpers A. JD. Lo B MD., Physician- Assited Suicide in Oregon. A bold experiment. JAMA. August 9 1995; vol. 274; 483-487.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha Día _____ Mes _____ Año _____

Derechohabiente: Si _____ No _____

Edad _____

Genero: Femenino _____ Masculino _____

Causas:

Conyugal _____

Familiar _____

Uso indebido de drogas _____

Depresión _____

Sin datos _____

Escolaridad:

Primaria _____

Secundaria _____

Preparatoria _____

Profesional _____

Sin datos _____

Sitio en que intento el suicidio:

Hogar Si _____ No _____

Interconsulta solicitada; Si _____ No _____

Atendido:

PCE _____ Unidad subrogada _____

Mecanismo para el intento de suicidio:

Uso de fármaco _____ Químico _____ Otros _____

DECLARACION DE HELSINKI MODIFICACION DE JAPON

Recomendaciones para orientar a los Médicos en los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos.

Adoptada por la XVIII Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia) en 1964 y revisada por la XXIX, ASAMBLEA MUNDIAL (Tokio, Japón) en 1975.

INTRODUCCION

El médico tiene por misión natural la protección de la salud del hombre, función que desempeña en la plenitud de sus conocimientos y de su conciencia.

En su declaración de Ginebra, la Asociación Médica Mundial constriñe al médico a considerar como su preocupación fundamental la salud del hombre; por otra parte, el Código Internacional de Deontología Médica le prohíbe que de ningún consejo o adopte cualquier medida que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano, a menos que estén justificados por el interés directo del enfermo.

La finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el perfeccionamiento de los métodos, diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los métodos de diagnóstico, terapéuticos y profilácticos entrañan riesgos.

Lo mismo cabe decir a fortiori de la investigación biomédica.

El progreso de la medicina requiere investigaciones que en último término deben basarse en parte en la experimentación en el hombre.

En el terreno de la investigación biomédica, conviene establecer una división fundamental entre la investigación médica efectuada en un paciente con fines esencialmente diagnósticos y terapéuticos y aquella cuya finalidad esencial es puramente científica y no posee valor diagnóstico o terapéutico directo para el sujeto.

La ejecución de investigaciones susceptibles de afectar al medio ambiente requiere especial precaución, por otra parte, se respetara siempre el bienestar de los animales empleados en la investigación.

En atención a que, para el progreso de la ciencia y el bienestar de la humanidad doliente, se ha hecho indispensable aplicar al hombre los resultados de las experiencias de laboratorio, la Asociación Mundial Médica ha formulado las recomendaciones que siguen con objeto de que sirvan de norma a todos los médicos que realicen trabajos de investigación biomédicas en sujetos humanos.

Estas recomendaciones serán objeto de una revisión regular en el futuro. Importa poner de relieve que las normas que figuran en éste cuerpo doctrinal no se propone otra finalidad que servir de guía de ontológica a los médicos de todo el mundo y que nada les exime de su responsabilidad penal, criminal y ética con respecto a las leyes de sus propios países.

I. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

1. Los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos deberán conformarse a los principios científicos generalmente reconocidos y basarse en pruebas de laboratorio y ensayos en animales practicados debidamente, así como en un conocimiento profundo de la bibliografía científica.

2. El plan y la marcha de todo métodos de experimentación en sujetos humanos deberán formularse claramente en un protocolo experimental, que se transmitirá a un comité independiente, constituido al efecto para que lo examine, comente y enjuicie.

3. Todo trabajo de investigación biomédica con sujetos humanos a de estar a cargo de personas que posean debida preparación científica y bajo la vigilancia de un profesional de la medicina con la necesaria competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano objeto de un experimento debe recaer siempre en una persona capacitada médicamente y jamás en el propio sujeto de la investigación, ni siquiera aunque éste haya dado su consentimiento.

4. Solo será lícito llevar a cabo trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos si el objetivo propuesto justifica el riesgo a que se expone al paciente.

5. Antes de emprender un trabajo de investigación biomédica con sujetos humanos, habrá que sopesar con el mayor esmero, las ventajas que cabe esperar y los inconvenientes que es objeto de la experiencia o a otras personas cualquiera. En todo caso, el interés del sujeto debe prevalecer por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de cada individuo a salvaguardar su integridad personal. Habrán de adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto y para reducir al mínimo las repercusiones del estudio en la integridad física y mental del sujeto y en su personalidad.

7. Los médicos deberán abstenerse de participar en proyectos de investigación que requieran el uso de sujetos humanos a menos que tengan el convencimiento de que los riesgos inherentes se consideran previsibles. En todo caso, deberán interrumpir la investigación si se comprueba que los riesgos superan las posibles ventajas.

8. En la publicación de los resultados de sus investigaciones, el médico deberá respetar siempre la exactitud de los resultados. Los informes sobre experimentos cuya práctica no se haya conformado a los principios expuestos en la presente declaración no deberán aceptarse para su publicación.

9. En todo trabajo de investigación sobre seres humanos, se informará debidamente al posible sujeto de los objetivos, los métodos, las ventajas previstas y los posibles riesgos inherentes al estudio, así como de las incomodidades que este puede acarrear. Habrá de informarse al sujeto de que, si lo desea, puede abstenerse de participar en el estudio y de que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento. El médico deberá obtener, de ser posible por escrito, el consentimiento del sujeto, que éste podrá otorgar o negar libremente, una vez debidamente informado.

10. En la obtención del consentimiento consiente para el proyecto de investigación, el médico habrá de obrar con particular precaución si el sujeto se encuentra en una relación de dependencia respecto de él o puede consentir por coacción.

En este caso deberá obtener el consentimiento (informado) un médico que no participe en la investigación y que sea independiente por completo de esa relación oficial.

11. En caso de incapacidad legal del paciente, se solicitará la autorización de un tutor o representante legal, de conformidad con la legislación nacional. En caso de incapacidad física o mental, que hiciere imposible obtener el consentimiento informado o cuando el sujeto sea menor, el permiso del pariente responsable subrogará el del enfermo, de conformidad con la legislación nacional.

12. En el protocolo de la investigación figurará siempre una declaración sobre las consideraciones éticas inherente al caso y se indicará que se han tenido en cuenta los principios enunciados en la presente declaración.

Preguntar a NOAH acerca de: Salud mental



Mitos sobre el suicidio

Falso	Cierto
1. Personas que hablan del suicidio rara la vez se suicidan en realidad.	1. Personas que se suicidan a menudo dan un indicio o una advertencia de sus intenciones. Alguien quién piensa o habla del suicidio debe buscar la ayuda profesional.
2. La persona suicida desea morir y siente que no hay un punto de regreso.	2. Las personas suicidas a menudo se sienten ambivalentes acerca del morir.
3. Es mínima la correlación entre el alcohol y el suicidio.	3. Alcohol y suicidio a menudo van mano en mano; o sea, una persona quién comete suicidio a menudo está bajo la influencia de el alcohol o de otras drogas.
4. Un intento de suicidio significa que quien lo intenta siempre tendrá pensamientos de suicidio.	4. A menudo un intento de suicidio se hace durante un período particularmente estresante. Si el resto de ese período puede ser bien administrado, la persona puede pasar con vida.

5. Si usted le pregunta a una persona directamente,	5. Preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio
"¿Tiene la intención de matarse a sí mismo(a)?"	a menudo aliviará la ansiedad alrededor del sentimiento
esto conducirá a un intento de suicidio.	y actuará como un impedimento al comportamiento suicida.
6. El suicidio es más común entre los ricos.	6. El suicidio afecta al rico, al pobre y a la clase media por igual.
7. El comportamiento autodestructor es solamente un acción para recibir atención.	7. Todo comportamiento autodestructor es grave y puede ser letal. Alguien quién se comporte de maneras autodestructoras se beneficiaría de la ayuda profesional.
8. Mejora después de una crisis suicida significa que el riesgo suicida se acabó.	8. Cuando una persona suicida empieza a sentirse mejor, él o ella todavía se confrontará con problemas y responsabilidades. Esto puede ser muy difícil y puede conducir a un retorno de los pensamientos suicidas. Puede tomar meses para sentirse sistemáticamente mejor y en control.

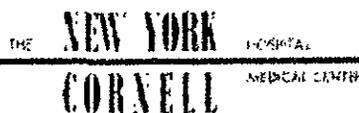
**The New York City Hospital (El Hospital de Nueva York)
Cornell Medical Center (Centro Médico Cornell)**
Westchester División
Department of Psychiatry
21 Bloomingdale Road
White Plains, NY 10605

Para información o referencias, llame al **1-800-796-4797**

Derechos de autor © 1996 por El Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell, Departamento de Enfermería Psiquiátrica, revisado 3/96

	Temas de Salud	Búsqueda por Palabras	Proveedores		
	Lo Nuevo	Ayuda	NYPL		Lo Más Leído
	Patrocinadores	Acerca de NOAH	Comentarios		

Pregúntale a NOAH sobre la salud mental



Signos de advertencia del suicidio

depresión
desesperación, incapacidad
ira u hostilidad
incapacidad para sentir el placer
culpabilidad
aislamiento o supresión
insomnio
pérdida de apetito
impulsividad
preocupación con la muerte
pensamientos, palabras o acciones centrados en el "fin"
regalando cosas que se valoran
terminando relaciones o compromisos significativos
elevación súbito en el estado de ánimo después de la depresión
cambio súbito en el comportamiento o comportamiento desestabilizante
promiscuidad
explosiones severas del genio
uso excesivo de sustancias
ausencia en el trabajo o la escuela
incapacidad para llevar a cabo las tareas normales de la vida diaria

	Temas de Salud	Búsqueda por Palabras	Proveedores		
	Lo Nuevo	Ayuda	NYPL		Lo Más Leído
	Patrocinadores	Acerca de NOAH	Comentarios		

Preguntar a NOAH acerca de: Salud mental



Maneras de ayudarse cuando usted está sintiéndose suicida

1. Dígale a alguien quién pueda ayudar. Dígale a su terapeuta, a un(a) amigo(a), a un miembro de familia, o alguien más quién pueda ayudar.
2. Manténgase a distancia de cualquier medio de suicidio. Si usted está pensando en tomar una sobredosis, deshágase de cualquier pastilla o dé sus medicamentos a alguien quién pueda dispensárselos una dosis a la vez. Temporalmente remueva todo objeto peligroso o arma de su hogar.
3. Evite el alcohol u otra droga no prescrita para usted.
4. No trate de hacer las cosas para las cuales usted tiene probabilidad de fracasar o que encuentra difíciles hasta que usted esté sintiéndose mejor.
5. Sepa cuales son sus límites y no trate de ir más allá de éstos hasta que usted se sienta mejor. Fije metas realistas para sí mismo(a) y trabaje hacia ellas lentamente, un paso a la vez.
6. Haga un horario/calendario escrito para sí mismo(a) cada día y sígalo no importe lo que pase. Fije prioridades para las cosas que necesitan hacerse primero. Tache las cosas en su calendario según las realice. Un calendario escrito le da un sentido de predecibilidad y de control. El tachar las tareas según usted las acompleta le da un sentimiento de logro. Y mientras usted esté haciendo todo esto, no olvide de programar actividades agradables, como algunas de las siguientes:

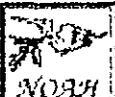
escuchar música	tocar un instrumento musical
meditar	hacer ejercicios de relajación
bordar	leer un libro o una revista
tomar un baño caliente	coser
escribir	ir de compras
jugar juegos	ver una película o la televisión
hacer jardinería	jugar con su animal doméstico
gozar de un pasatiempo	tomar un paseo manejando o caminando

- 7 Asista a su salud física. Coma una dieta bien balanceada. No salte comidas. Consiga todo el reposo que usted necesite, y haga ejercicios regularmente.
8. Converse con otras personas. Hable de sus sentimientos o acerca de otro tema, probablemente será útil.
- 9 Recuerde que esto no es una condición permanente.

The New York City Hospital (El Hospital de Nueva York)
Cornell Medical Center (Centro Médico Cornell)
 Westchester División
 Department of Psychiatry
 21 Bloomingdale Road
 White Plains, NY 10605

Para información o referencias, llame al **1-800-796-4797**

Derechos de autor © 1996 por El Hospital de Nueva York-Centro Médico Cornell, Departamento de Enfermería Psiquiátrica, revisado 3/96

	Temas de Salud	Búsqueda por Palabras	Proveedores		
	Lo Nuevo	Ayuda	NYPL		Lo Más Leído
	Patrocinadores	Acerca de NOAH	Comentarios		English

Esta página ha sido publicada por los miembros del personal de NOAH. Desafortunadamente, NOAH no es capaz de responder a preguntas personales relacionadas a la salud, sin embargo, por favor vea nuestros recursos adicionales de información médica. Para preguntas y comentarios de índole técnica, por favor mandenos correo electrónico a webmaster@noah.cuny.edu, o visite nuestra página de comentarios.