



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Epidemiología de intentos de suicidios que ingresan a la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa” de San Pedro, Buenos Aires, en el periodo comprendido desde el 1º de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2014”

Alumno: Pellegrino, Juliana.

Tutor: Dr. Lande, Hugo

Co tutor: Dr. Daniele, Alejandro

Dr. Pellegrino, Sergio

Fecha de presentación: Agosto de 2015

Índice

Índice	1
Resumen	2
Introducción	4
Marco teórico	6
Problema	17
Objetivos	17
Material y métodos	18
Resultados	20
Discusión	27
Conclusión	33
Bibliografía	35
Anexos	39

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año, aproximadamente un millón de personas mueren por suicidio. Esto representa una muerte cada minuto, casi 3,000 muertes cada día, y por cada persona que logra quitarse la vida, 20 o más lo intentan. Objetivo: Conocer la epidemiología del intento de suicidio en pacientes que fueron atendidos en la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa”, durante el periodo 2012 - 2014. Indagar las características del intento de suicidio: método utilizado para intentar el acto suicida, época del año, investigar sobre antecedentes de los pacientes: intentos de suicidio previos y tratamiento psiquiátrico. Materiales y métodos: Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en base a historias clínicas de 310 pacientes de ambos sexos, mayores de 14 años que intentaron concretar el acto suicida, atendidos en la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa” de la localidad de San Pedro, provincia de Buenos Aires en el periodo 2012- 2014. Resultados: se registraron 310 intentos de suicidio, en el 61% correspondía a pacientes de sexo femenino, más de la mitad de la población tenía menos de 30 años. En el 68.7% el método utilizado fue la intoxicación medicamentosa; en el 13.9% heridas cortantes; en el 9.7% intento de ahorcamiento y en el 7.7% otras formas. No hubo variaciones en cuanto a la época del año en que ocurrió el hecho. El 27.7% tenía antecedentes de intento de suicidio. El 16.8% de la población se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico. Las personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen mayor probabilidad de estar bajo tratamiento psiquiátrico. Conclusión: Los jóvenes, con predominio de mujeres fueron los más afectados,

es de vital importancia que la población tome conciencia de este gran problema, para poder entre todos, como sociedad, superar este gran conflicto que nos toca transitar.

Palabras claves: Intentos de suicidio, epidemiología, intoxicación medicamentosa, jóvenes, mujeres, tratamiento multidisciplinario.

Introducción

El intento de suicidio (todo acto realizado por la persona con la intención de quitarse la vida, sin llegar a tener como resultado la muerte) constituyen un grave problema de salud, cuyo impacto denota en múltiples niveles.

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo, que ha estado presente en todas las épocas históricas y en todas las sociedades. Se manifiesta por una variedad de comportamientos, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cada año, aproximadamente un millón de personas mueren por suicidio. Esto representa una muerte cada minuto, casi 3,000 muertes cada día, y por cada persona que logra quitarse la vida, 20 o más lo intentan. ⁽²⁾

Durante los últimos 50 años, las tasas mundiales de suicidio han aumentado un 60%, y el incremento ha sido particularmente notable en los países en desarrollo. ⁽³⁾

Según el INDEC ⁽⁴⁾ en Argentina, la tasa de suicidio calculada por 100.000 habitantes es de 7.84 para el año 2008. Si analizamos esta tasa por sexo, en los hombres es 4 veces mayor que en las mujeres. Cuando analizamos la tasa según grupos etarios, en los hombres, los valores más altos se concentran en la franja de 65 años y más. La razón de suicidios es de 1033, es decir que cada 100.000 muertes ocurridas durante el año 2008, 1.033 se

debieron a suicidios. (5,6)

Saber la frecuencia de presentación y metodología del intento de suicidio es el objetivo de este trabajo de investigación. Se abordó la temática de intento de suicidio, teniendo en cuenta que es uno de los principales problemas de la salud hoy en día.

Por otra parte, la investigación permite observar, si factores como la edad, sexo o época del año influyen en la realización del acto. A su vez si existe el antecedente de un intento previo o si se encuentra en tratamiento médico.

Marco teórico

Etimológicamente el término suicidio deriva del griego, y significa sui: uno mismo y cidium: asesinato, su significado es entonces, la muerte voluntaria de una persona (matarse a uno mismo) ⁽⁷⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja enérgicamente junto con los gobiernos y otras instituciones como, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, para que el suicidio deje de ser considerado un tema tabú, o una consecuencia aceptable de una crisis personal o social, y sea visto como una afección sanitaria en la que influyen factores de riesgo psicosociales, culturales y ambientales, que se pueden prevenir mediante respuestas nacionales que afronten los principales factores de riesgo locales que lo favorecen.

Corresponde a la OMS la función de crear compromiso político y liderazgo para elaborar estrategias de prevención del suicidio, reforzar la capacidad de planificación e implementación de estos proyectos.

Si los gobiernos se comprometen, se pueden realizar progresos enormes, el suicidio es un problema de salud pública inmenso, pero que en gran medida es prevenible.⁽⁸⁾

Epidemiología:

Relativamente pocos países tienen datos fidedignos que permitan conocer claramente la magnitud y el perfil de aquellos intentos de suicidio que no concluyeron con la muerte. La razón principal reside en la dificultad de recopilar la información.

Solo una minoría de los que intentan suicidarse y fracasan concurre a los establecimientos de salud para recibir atención médica. Según datos de la OMS, en promedio, solo cerca de 25% de los que llevan a cabo actos suicidas hacen contacto con un hospital público (posiblemente uno de los lugares más recomendados para la recopilación de datos) y estos casos no son necesariamente los más graves. A su vez, en muchos países en desarrollo, la tentativa de suicidio es un delito penado por ley, lo cual contribuye a la no declaración y al consecuente sub registro de ese tipo de práctica.

Pero aún, si se consiguiera registrar a todos los que efectivamente concurren a un establecimiento de salud, estos no serían más que la punta del iceberg de un problema mucho mayor. La gran mayoría de las personas suicidas seguirían pasando inadvertidas, pese al carácter fragmentario de la información sobre los intentos de suicidio, los datos disponibles son suficientes para señalar que, el perfil epidemiológico de quienes fracasan en el propósito de quitarse la vida es muy diferente del de los que efectivamente lo logran. La existencia de esas diferencias impide establecer similitudes entre suicidio e intento de suicidio, o considerarlos como parte de un mismo proceso. Entre los intentos, se puede encontrar muchas veces una forma de pedido de ayuda o de llamada de atención, antes que una decisión clara de provocar la propia muerte. Sin embargo, esto no habilita a suponer que en todos los que sobrevivieron estaba completamente ausente la voluntad de matarse, como bien lo prueba el hecho de que en muchos casos reinciden con posterioridad concretando la muerte ^(9,10).

En el 2012, se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según

la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres).

En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, inclusive a menudo a la policía. En los países sin registro fiable de las muertes los suicidios, simplemente, no se cuentan. En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre: mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más comúnmente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población. ⁽¹¹⁾

Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante. Para una prevención eficaz de esta problemática, se requiere de colaboración del registro civil, de los hospitales y de estudios de investigación. La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención. Sin embargo, las políticas de restricción de esos medios (como la limitación del acceso a plaguicidas y armas de fuego o la colocación de barreras en los puentes) requieren un conocimiento de los

métodos preferidos en diversos grupos de la sociedad, y de la cooperación y colaboración entre múltiples sectores.

En cuanto a las políticas, conocemos que 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación internacional para la prevención del suicidio, es el 10 de septiembre.

Además, se han establecido muchas unidades de investigación sobre el suicidio y se dictan cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención. Para proporcionar ayuda práctica, a fin de mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas se está recurriendo a profesionales de la salud no especializados, se han establecido en muchos lugares grupos de apoyo mutuo entre familiares de suicidas, y voluntarios capacitados, donde prestan ayuda y orientación a través de diferentes medios de comunicación como puede ser vía telefónica.

En los 50 últimos años muchos países han despenalizado el suicidio, y esto ha facilitado mucho que quienes tengan comportamientos suicidas soliciten ayuda.⁽¹²⁾

En la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas.

Desde principios de la década del '90, a la actualidad, la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100%. Hay que destacar que, en prácticamente todas las provincias de Argentina las defunciones por suicidios en la adolescencia están en aumento. Ésta no es una característica aislada de

nuestro país, sino que ocurre lo mismo en otros países de la región y del mundo. En cuanto a las tasas de suicidio por provincias, las más afectadas en el último trienio son Neuquén, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Salta y Jujuy ⁽¹³⁾.

Los datos analizados por la Nación, sobre lesiones auto infligidas provienen del sistema de vigilancia basado en unidades centinelas de lesiones -Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE)- del Programa Nacional de Lesiones, Dirección de Promoción de Salud y Control de ENT del Ministerio de Salud de la Nación. Estas unidades están ubicadas en diferentes servicios de Salud (guardias o consultorios de hospitales y servicios de emergencia) y su misión es recabar información de lesiones por causas externas en general. Proporcionan información sin una base poblacional pero con un alto nivel de detalle la cual permite la elaboración de programas de prevención acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

Entre 2007 y 2009 se registraron 123.000 lesiones por causas externas, dentro de las cuales 1.179 fueron lesiones auto infligidas (intentos de suicidio o suicidios consumados). De este total, sólo el 2% fueron suicidios consumados, por lo cual se tomó la información provista por esta fuente para analizar principalmente los intentos de suicidio.

De acuerdo a esto, se puede señalar que:

- Más de la mitad de los intentos de suicidio (54%) son protagonizados por jóvenes de entre 15 y 29 años.
- El principal mecanismo utilizado es el envenenamiento o intoxicación (56%).

Le sigue en segundo lugar objeto punzocortante (22%).

- El principal lugar físico en donde ocurren los intentos de suicidio es la vivienda y dentro de la misma el lugar predominante es el dormitorio (41%).
- Los días de la semana en los que se registran mayor cantidad de intentos de suicidios son el día domingo y, en segundo lugar, el día lunes.
- El horario en el que hay más cantidad de intentos de suicidios es en el rango de 19 a 24 horas. ⁽⁹⁾

Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida, es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada.

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (66) y el 95%. Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo, debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio: son la entrevista y el juicio clínico.⁽¹⁴⁾

En muchas ocasiones hay diferentes factores de riesgo que actúan acumulativamente, para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida.

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general, figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo referente a los suicidios, que aumenta el riesgo y provoca el denominado efecto dominó (varios casos simultáneos de conducta suicida), la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y aquellos que consumen sustancias.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones, están las guerras y desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. ⁽¹⁵⁾

Entre los factores de riesgo a nivel individual, cabe mencionar que cerca del 95% de los que consuman el suicidio padecen un trastorno mental. De ellos la mayoría sufren trastornos depresivos, también esquizofrenia, alcoholismo, demencia o delirium. Existe pues, aunque es excepcional, el suicidio entre las personas sin enfermedad mental. En los adultos, que tienen conducta suicida, las patologías psiquiátricas más frecuentes son: los trastornos distímicos, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias. Los trastornos de la conducta, el trastorno depresivo, las fobias simples y la ansiedad generalizada, son los más relevantes entre los adolescentes ⁽¹⁶⁾.

En los días posteriores al alta hospitalaria, el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos aumenta considerablemente. También tienen un mayor

riesgo aquellos que acuden a los servicios de urgencia, especialmente los que lo hacen por crisis de ansiedad. En los trastornos afectivos el riesgo de suicidio es mayor en los primeros meses desde el diagnóstico. Es más elevado en depresiones psicóticas que en las neuróticas, y en los trastornos bipolares que en los unipolares. Los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor y personalidad borderline son los que más probablemente realicen tentativas de suicidio repetidas y graves.

Entre el 10 y el 15% de los esquizofrénicos mueren por suicidio. Sucede más habitualmente en los primeros años de la enfermedad, y se relaciona con psicopatología depresiva más que con fenómenos alucinatorios.

El alcoholismo, como cualquier otra forma de toxicomanía ha sido considerado como una “muerte parcial”, un suicidio crónico. El riesgo de suicidio para un alcohólico a lo largo de su vida se sitúa en el 15%. Un grupo especialmente vulnerable, es el de los alcohólicos con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.

Los trastornos de personalidad, se asocian más a intentos de suicidio que a suicidio consumado. Los diagnósticos más presentes son el trastorno límite y el antisocial. ⁽¹⁶⁾

¿Cuáles son las causas más comunes?

Para aquellos que presentan cierta predisposición, los factores de riesgo incluyen:

- Problemas psiquiátricos (anteriormente mencionados)
- Pérdida de seres queridos.
- Problemas económicos, familiares, laborales.

- Vivir en zonas con escasa luz del día (como en el sur de nuestro país en época invernal).
- Casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social).
- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Ser víctima de abuso físico o sexual en la niñez.
- Ser víctima de enfermedades físicas inhabilitantes y/o causantes de mucho dolor.
- Tener acceso a medios para cometer el suicidio . ⁽¹⁷⁾

Los países que siguen el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS, pueden proponerse reducir un 10% la tasa de suicidios, aunque muchos países querrán reducirla aún más.

A largo plazo, es importante tener presente que el descenso de los casos de los intentos de suicidio, no solo depende de la reducción del riesgo. Si no que también se debe fomentar organizaciones comunitarias que prestan apoyo. Las familias y los círculos sociales mejorarán la capacidad de recuperación, e intervienen eficazmente en la ayuda de sus seres queridos, creando un clima social donde la búsqueda de ayuda ya no sea un tema tabú y que se promueve el dialogo público. ⁽¹⁾

Teorías del suicidio

Teoría sociológica: En ella tenemos la teoría sociocultural que vendría representada por la obra de Suicide de Durkheim. Considera que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, como realidades

exteriores al individuo. De esta forma la tasa de suicidios no puede estar explicada por motivaciones individuales.

Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos.

Todos los suicidios resultan de perturbaciones en relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece 4 formas de suicidio: El egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.

El suicidio egoísta, donde existe un trastorno en la integración en la colectividad social y un exceso de individualización de la persona, se produce siempre que se dé una desintegración de las estructuras sociales.

El suicidio altruista, es el causado por una baja importancia de la individualidad. Es el tipo exactamente opuesto al egoísta o individualista.

El suicidio anómico, depende de un fallo o disociación de los valores sociales que lleva a la falta de significación en la vida. Es el suicidio de las sociedades en transición.

El suicidio fatalista, se caracteriza por una excesiva reglamentación, es el que comenten los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado. Es el tipo exactamente opuesto al anómico. Las sociedades esclavistas serían ejemplos de medios en los que se da este suicidio.⁽¹⁸⁾

Teoría psicoanalítica: Los aportes más relevantes de la obra de Freud son: la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia amor y odio que está presente en toda la dinámica de todo suicida y la asociación de la agresividad, y por lo tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio. ⁽¹⁹⁾

Teorías biológicas- genéticas: En la asociación entre los intentos de suicidio y la serotonina. Así Asberg, encontró una incidencia aumentada de intentos de suicidio en un subgrupo de pacientes con 5- HIAA bajo, en comparación con aquellos con alta concentración de 5-HIAA. Más aún, en los pacientes con bajas concentraciones que intentaron suicidarse con métodos violentos. Resultados que posteriormente fueron confirmados con otras investigaciones. ⁽²⁰⁾

Las características clínicas de los pacientes con bajos niveles de 5-HIAA y tendencias suicidas violentas, fueron descritos por Cronholm como personas que mostraban poco interés por ellas mismas y que tenían falta de empatía por los demás, tendían a evitar relaciones emocionales estrechas pero se les consideró como socialmente hábiles y aceptaban tratamiento de mala gana. ⁽²¹⁾

Asberg, aventura la hipótesis de que la relación entre el abuso de alcohol y el comportamiento suicida son parte de un síndrome de comportamiento desinhibido que puede estar asociado con deficientes neurotransmisores serotoninérgicos. Por lo tanto probablemente la serotonina actúa como un neurotransmisor o modulador inhibitorio en el sistema nervioso central. ⁽²²⁾

Problema

¿Cuál es la frecuencia de presentación y metodología empleada en el intento de suicidio en las personas que ingresaron a la guardia general del hospital subzonal “Emilio Ruffa” de la localidad de San Pedro provincia de Buenos Aires?

Objetivos

Objetivo general

Conocer la epidemiología del intento de suicidio en pacientes que fueron atendidos en la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa”, durante el periodo comprendido desde el 1° de enero de 2012 hasta 31 de diciembre del 2014.

Objetivos específicos

- Conocer las características generales de los pacientes (edad, sexo).
- Indagar las características del intento de suicidio: método utilizado para intentar el acto suicida, época del año.
- Investigar sobre antecedentes de los pacientes: intentos de suicidio previos, tratamiento psiquiátrico.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en base a historias clínicas de pacientes que hayan intentado concretar el acto suicida, atendidos en el hospital subzonal “Emilio Ruffa” de la localidad de San Pedro, provincia de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre el 1º de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014.

El Partido de San Pedro se encuentra en el noreste de la Provincia de Buenos Aires; limita con los Partidos de: al noroeste con Ramallo, al suroeste con Arrecifes y Capitán Sarmiento, al sureste con Baradero y al noreste con la provincia de Entre Ríos, separados por el río Paraná. Superficie total 1322mm2 Cuenta con 59.036 habitantes (INDEC, 2010).⁽⁴⁾

Se incluyó en el estudio a pacientes de ambos sexos, mayores de 14 años atendidos en la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa” por intento de suicidio. Se excluyeron pacientes donde no se confirmó el diagnóstico de intento de suicidio.

Criterios de exclusión:

- Menores de 14 años.
- Personas que se hayan suicidado.
- Personas que no se hayan atendido en la guardia del hospital subzonal “Emilio Ruffa”.

El muestreo fue no probabilístico, la muestra quedó constituida por la totalidad de pacientes atendidos en la guardia por intento de suicidio durante el periodo de estudio.

En lo que respecta a la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se respetó de forma absoluta los derechos de intimidad y de confidencialidad del paciente.

Se contó con la autorización de la institución de salud para realizar el trabajo de investigación.

Se analizaron las siguientes variables:

- Sexo: femenino o masculino.
- Edad: en años cumplidos al momento del intento de suicidio.
- Etapa de la vida: adolescencia (14-19 años), adultez joven (20-64 años) y adultez mayor (65 años en adelante).
- Método utilizado para realizar el acto de intento de suicidio: arma de fuego, herida cortante, ahorcamiento, intoxicación medicamentosa, otros métodos.
- Estación del año: verano, otoño, invierno o primavera.
- Antecedente de intento de suicidio: sí o no. Cantidad de veces.
- Se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico al momento del intento de suicidio: sí o no.

Análisis estadístico:

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su presentación (ver anexo 1). Para su análisis se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, promedios, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Año

Tabla 1: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del año de ocurrencia.

Año		
	<i>f</i>	%
Año 2012	91	29,4%
Año 2013	111	35,8%
Año 2014	108	34,8%
Total	310	

Sexo

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo de la población estudiada.

Sexo		
	<i>f</i>	%
Femenino	189	61,0%
Masculino	121	39,0%
Total	310	

Más de la mitad de los intentos de suicidios fueron realizados por mujeres.

Edad

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad de la población estudiada.

Edad		
	<i>f</i>	%
menos de 20 años	74	23,9%
20 a 29 años	86	27,7%
30 a 39 años	60	19,4%
40 a 49 años	46	14,8%
50 a 59 años	29	9,4%
60 a 69 años	9	2,9%
70 años o más	6	1,9%
Total	310	

Si se suman los grupos etarios menor de 20 y de 20 a 29 años alcanza a 51.6% se podría decir que aproximadamente la mitad de los intentos de suicidios fueron realizados por menores de 29 años

Etapa de vida

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la etapa de vida de la población estudiada.

Etapa de vida		
	<i>f</i>	%
Adolescente	75	24,2%
Adulto joven	224	72,3%
Adulto mayor	11	3,5%
Total	310	

La mayoría de los casos corresponde a adultos jóvenes. Si sumamos los adolescentes y los adultos jóvenes que intentaron suicidarse llegamos una suma extremadamente alta que es del 96,5% del total de los casos.

Método utilizado

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del método utilizado por la población estudiada.

Método utilizado		
	<i>f</i>	%
Intoxicación medicamentosa	213	68,7%
Heridas cortantes	43	13,9%
Intento de ahorcamiento	30	9,7%
Otros	24	7,7%
Total	310	

El método más utilizado fue la intoxicación medicamentosa.

- **Método utilizado según sexo**

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del método utilizado según sexo de la población estudiada.

Método utilizado según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Intoxicación medicamentosa	149	78,8%	64	52,9%
Heridas cortantes	16	8,5%	27	22,3%
Intento de ahorcamiento	11	5,8%	19	15,7%
Otros	13	6,9%	11	9,1%
Total	189		121	

Del total de la población de sexo femenino (n=189), la mayoría utilizó intoxicación medicamentosa.

Del total de la población de sexo masculino (n=121), poco más de la mitad utilizó intoxicación medicamentosa.

La relación entre método utilizado y sexo es altamente significativa ($p < 0.001$), es decir, que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de utilizar la intoxicación medicamentosa y el sexo masculino las heridas cortantes, intento de ahorcamiento y otros métodos.

- **Método utilizado según etapa de la vida**

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del método utilizado según etapa de la vida de la población estudiada.

Método utilizado según etapa de la vida						
	Adolescente		Adulto joven		Adulto mayor	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Intoxicación medicamentosa	50	66,7%	157	70,1%	6	54,5%
Heridas cortantes	16	21,3%	25	11,2%	2	18,2%
Intento de ahorcamiento	4	5,3%	24	10,7%	2	18,2%
Otros	5	6,7%	18	8,0%	1	9,1%
Total	75		224		11	

En todas las etapas de la vida la intoxicación medicamentosa es el método más usado.

Se halló que existe mayor probabilidad que los adolescentes utilicen como método heridas cortantes, a diferencia de las otras etapas de la vida. ($p < 0.05$)

Estación del año

Tabla 8: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la estación del año en la que ocurrió el intento de suicidio de la población estudiada.

Estación del año		
	<i>f</i>	%
Invierno	89	28,7%
Verano	77	24,8%
Otoño	74	23,9%
Primavera	70	22,6%
Total	310	

- **Estación del año según sexo**

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la estación del año según sexo de la población estudiada.

Estación del año según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Invierno	52	27,5%	37	30,6%
Verano	45	23,8%	32	26,4%
Otoño	48	25,4%	26	21,5%
Primavera	44	23,3%	26	21,5%
Total	189		121	

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estación del año elegida para el intento de suicidio según sexo.

- **Estación del año según etapa de la vida**

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la estación del año según etapa de la vida de la población estudiada.

Estación del año según etapa de la vida						
	Adolescente		Adulto joven		Adulto mayor	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Invierno	25	33,3%	58	25,9%	6	54,5%
Verano	12	16,0%	62	27,7%	3	27,3%
Otoño	21	28,0%	53	23,7%	0	0,0%
Primavera	17	22,7%	51	22,8%	2	18,2%
Total	75		224		11	

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estación del año elegida para el intento de suicidio según etapa de la vida.

Antecedente de intento de suicidio

Tabla 11: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del antecedente de intento de suicidio en la población estudiada.

Antecedente de intento de suicidio			
	<i>f</i>	%	
Sí	86	27,7%	
No	224	72,3%	
Total	310		

- **Antecedente de intento de suicidio según sexo**

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del antecedente de intento de suicidio según sexo de la población estudiada.

Antecedente de intento de suicidio según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	54	28,6%	32	26,4%
No	135	71,4%	89	73,6%
Total	189		121	

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al antecedente de intento de suicidio según sexo.

- **Antecedente de intento de suicidio según etapa de la vida**

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del antecedente de intento de suicidio según etapa de la vida de la población estudiada.

Antecedente de intento de suicidio según etapa de la vida						
	Adolescente		Adulto joven		Adulto mayor	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	17	22,7%	65	29,0%	4	36,4%
No	58	77,3%	159	71,0%	7	63,6%
Total	75		224		11	

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al antecedente de intento de suicidio según etapa de la vida.

Cantidad de intentos de suicidio anteriores

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la cantidad de intentos de suicidio anteriores en la población estudiada.

Cantidad de intentos de suicidio anteriores		
	<i>f</i>	%
1 intento	45	52,3%
2 intentos	36	41,9%
3 intentos	4	4,7%
4 intentos	1	1,2%
Total	86	

Del total de la población con antecedente de intento de suicidio (n=86), poco más de la mitad tiene sólo 1 intento de suicidio anterior.

Tratamiento psiquiátrico

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si se encontraba en tratamiento psiquiátrico la población estudiada.

Se encontraba en tto psiquiátrico		
	<i>f</i>	%
Sí	52	16,8%
No	258	83,2%
Total	310	

El 16.8% de la población se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico.

- **Tratamiento psiquiátrico según antecedente de intento de suicidio**

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de tratamiento psiquiátrico según antecedente de intento de suicidio en la población estudiada.

Tratamiento psiquiátrico según antecedente de intento de suicidio				
	Sin antecedente		Con antecedente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	14	6,3%	38	44,2%
No	210	93,8%	48	55,8%
Total	224		86	

Se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico:

- el 6.3% del total de pacientes sin antecedentes de intento de suicidio (n=224),
- y el 44.2% del total de pacientes con antecedentes de intento de suicidio (n=86).

La relación entre antecedente de intento de suicidio y tratamiento psiquiátrico es altamente significativa ($p < 0.001$), es decir, que las personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen mayor probabilidad de estar bajo tratamiento psiquiátrico que aquellos sin antecedentes de intentos de suicidio.

Discusión

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo en base a historias clínicas de pacientes que hayan tenido una conducta suicida atendidos en la guardia general del hospital subzonal “Emilio Ruffa” en la localidad de San Pedro, provincia de Buenos Aires durante el periodo comprendido desde el 1° de enero del 2012 hasta el 31 de diciembre del 2014.

De los 310 intentos de suicidio registrados, el 29.4% corresponde al año 2012; el 35.8% al año 2013 y el 34.8% al año 2014.

Los resultados de este estudio revelan que 61% corresponde al sexo femenino y el 39% al sexo masculino, lo que asemeja al estudio publicado por la Revista Cubana de Enfermería, realizado en dicho país y titulado “Intentos suicidas y suicidios consumados” ⁽²³⁾ en el cual el porcentaje es de 65,5% en mujeres y 34,5% en hombres. A pesar de toda la evolución en el mundo de la medicina todavía y hasta el día de la fecha se sigue buscando la causa concreta de porque es predominante la cifra de intentos de suicidio en mujeres, una hipótesis podría ser los cambios hormonales que sufre la mujer a lo largo de su vida. Tanto los estrógenos como la progesterona cumplen un rol protector ante la depresión y ansiedad, cuando disminuyen estos niveles sería donde las mujeres se encuentran más deprimidas y ansiosas, y quizás sea la causa impulsora para que se cometa el acto suicida, esto lo diferenciaría de los hombre donde no presentan grandes variaciones hormonales, aunque ellos generalmente suelen ser más impulsivos y determinantes a la hora de actuar, pero esto dejaría una puerta abierta para próximas investigaciones.

La población presenta una edad comprendida entre 14 y 88 años, con un promedio de 32.2 años. Más de la mitad de la población tiene menos de 30 años. El 72.3% corresponde a adultos jóvenes; el 24.2% a adolescentes y el 3.5% a adultos mayores. Esto coincide con el trabajo denominado “Perfil epidemiológico de los intentos de suicidios atendidos en el Hospital Dr. Lucio Moras, Santa Rosa, La Pampa, 2011” ⁽²⁴⁾ donde manifiesta que la población más afectada fueron personas jóvenes, menores de 44 años, el cual es de gran importancia epidemiológica debido que la gran mayoría de los intentos de suicidio se están produciendo en las edades más productivas de la vida. También se relaciona con lo expuesto por el Ministerio de Salud de la Nación que dice que en la Argentina, en los últimos veinte años, la tasa de mortalidad por suicidio creció considerablemente en los grupos más jóvenes (15 a 24 y 25 a 34 años). Mientras que se redujo significativamente en los grupos de más edad (mayores de 55 años) que históricamente registraron las tasas más altas. ⁽²⁵⁾. Debido a esto se puede decir que hoy nos toca vivir en un mundo en el que cada día hay mayores exigencias, saturados de información, en una sociedad donde ya las personas no soy felices con el solo hecho de realizar su trabajo de manera adecuada, la necesidad de tener más y más, conseguir ascensos, ganar más dinero, ser una persona reconocida, respetada, buen hijo, buen padre, buen amigo, buen profesional y demás, y es ahí donde nos olvidamos de disfrutar, de amar, de ser felices, porque claro, en la sociedad que vivimos “no tenemos tiempo”, tal vez estas exigencias diarias lleve a muchas personas sentirse frustradas por no poder cumplir con todo lo que la sociedad pretende y quizás sea uno de los motivos por el cual lleve a los jóvenes a tomar la decisión de quitarse la vida.

En el 68.7% el método utilizado fue la intoxicación medicamentosa; en el 13.9% heridas cortantes; en el 9.7% intento de ahorcamiento y en el 7.7% otras formas como caída de altura, envenenamiento, arma de fuego, etc. De acuerdo con esta variable se puede decir que al igual que los trabajos denominados “Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llallagua, Bolivia” realizado en el año 2006-2007 ⁽²⁶⁾, “Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intentos de suicidio en el Hospital “Emilio Valdizá” durante febrero del 2000 y enero del 2001 ⁽²⁷⁾ otro denominado “Estudio exploratorio descriptivo sobre intentos de suicidio revelados por el servicio de salud mental del Hospital “J.C. Parrando”, en la provincia de Chaco en 1.999. ⁽²⁸⁾ y el anteriormente mencionado realizado en La Pampa, la intoxicación medicamentosa es la primer causa en todos los trabajos realizados. Como falencia a este trabajo de investigación se puede decir no hubo una clasificación de cuáles eran los medicamentos utilizados para cometer el acto suicida; Si los mismos eran realizados con fármacos de venta libre o con receta, Si tienen algún tipo de conocimiento de los efectos que tienen los medicamentos que consumieron, si hubo una elección al tomarlos o fueron los que primero encontraron, y a su vez también creo que hubiera sido de gran importancia saber si al ingerir esos medicamentos también consumieron algún tipo de droga ilícita o alcohol.

Se encontró que el sexo femenino tiene mayor probabilidad de utilizar la intoxicación medicamentosa y el sexo masculino las heridas cortantes, intento de ahorcamiento y otros métodos. Teniendo en cuenta la mayor incidencia de en hombres de heridas cortantes e intentos de ahorcamiento, esto puede justificarse ya que los hombres suelen tener una personalidad más impulsiva, donde los niveles más elevados de testosterona sería una de las principales

causas. Muchos autores dicen que puede ser por un aumento de la testosterona, otros por un déficit de la misma, esto aún está en estudio, pero las investigaciones para encontrar la causa exacta estarían encaminadas para el lado hormonal, por lo menos así lo refiere la doctora Carmen Tejedor en una entrevista realizada por el diario “El país” de España en octubre del 2010. ⁽²⁹⁾

El intento de suicidio ocurrió en el 28.7% en invierno; en el 24.8% en verano; en el 23.9% en otoño y en el 22.6% en primavera, al igual que lo manifiesta la investigación publicada por la “Revista Cubana de Higiene y Epidemiología” en el 2.001 ⁽³⁰⁾. No se halló diferencias estadísticamente significativas entre estación del año y sexo o etapa de la vida. El aumento de incidencia de intentos de suicidio en invierno, es contrario a los suicidios consumados, donde la mayor cantidad se realizan en verano, principalmente en el mes de enero ⁽³¹⁾. Con lo que respecta a esta variable, no se ha podido encontrar el justificativo de cuál es la causa que los intentos de suicidios como suicidios predominen más en una estación específica, si bien hay diversas fuentes donde sugieren una cosa u otra, ninguna tiene argumentos científicos como para plasmarla en este trabajo. Este objetivo quedará para próximas investigaciones.

El 27.7% de la población tiene como antecedente por lo menos un intento de suicidio. No se halló diferencias estadísticamente significativa entre antecedente de intentos de suicidio y sexo o etapa de la vida.

Del total de la población con antecedente de intento de suicidio (n=86), el 52.3% tiene como antecedente un intento anterior; el 41.9% dos intentos; el 4.7% tres intentos y el 1.2% cuatro intentos. Tener un intento previo es un indicador de que el paciente se encuentra en riesgo. Es por eso y es ahí donde se tiene que trabajar incansablemente. En la prevención, educación, brindarle

todas las herramientas necesarias a las personas que están sufriendo para que puedan salir de esta problemática. Se tiene que terminar con el no querer hablar de los intentos de suicidio, tiene que dejar de ser un tema tabú en la población. Muchas personas se sienten avergonzadas y con culpa de haber accionado de esa manera, tal como se comentaba anteriormente en la sociedad se crea una cierta condena social para las personas que intentaron quitarse la vida como para el entorno que lo rodea, por este motivo, la población tiene que tomar conciencia de esta gran problemática que nos toca vivir, para que desde su lugar pueda ayudar a quien lo necesita o bien saber cómo manejarse ante estas situaciones.

El 16.8% de la población se encontraba bajo tratamiento psiquiátrico, esto no necesariamente responsabilidad absoluta de un mal tratamiento por parte del profesional o del grupo de profesionales que tratan ha dicho paciente. Se tiene que tener en cuenta el contexto en el que la persona vive, en el cual juega un rol importantísimo la familia, es vital para el tratamiento además de que la persona tenga intenciones de curarse, que su núcleo más cercano esté atento, sin acosarlo ni “ahogarlo”. Que la familia dentro de lo posible se mantenga en un clima de armonía es un factor positivo para su pronta recuperación. Pero volviendo al tema de los profesionales, es el médico el que le tiene la responsabilidad de brindar la medicación y terapia adecuada para este paciente particular, junto con la información necesaria para que la familia comprenda la enfermedad y saber de qué manera tienen que accionar de ahora en adelante.

A su vez se encontró que las personas con antecedentes de intentos de suicidio tienen mayor probabilidad de estar bajo tratamiento psiquiátrico que aquellos sin antecedentes de intentos de suicidio. En referencia a este aspecto

se debe dejar en claro de que son tratamientos largos, donde quizás en el transcurso de los mismos haya recaídas y no por eso creer que el tratamiento fracasó.

Conclusión

En el presente estudio, “Epidemiología de intentos de suicidio atendidos en el hospital subzonal “Emilio Ruffa “de la localidad de San Pedro, provincia de Buenos Aires entre el periodo comprendido de enero del 2012 hasta 31 de diciembre del 2014”, se ha podido arribar datos significativos que pueden ser de utilidad para la planificación de estrategias de prevención principalmente e intervención tanto para ésta institución como para otras dentro de la ciudad de San Pedro.

Se puede afirmar que:

- La cantidad de intentos anuales son similares en los 3 años analizados.
- De lo expuesto, se desprende un grupo prioritario sobre el cual debieran enfocarse las políticas públicas de prevención de intentos de suicidios que es el de los jóvenes, con predominio en mujeres.
- Tener intentos previos es un signo claro que el paciente está en riesgo, se debe capacitar al personal de salud (médicos- enfermeras- psicólogos-trabajadores sociales), como a la familia para que puedan detectar los factores de riesgo, comenzando por mejorar la comunicación familiar.
- Es importante trabajar en la prevención. Para educar a la población, hay que desarrollar campañas donde se explique las causas por lo que mayormente lleva a las personas a tomar esa fuerte decisión. Entregando folletería, realizando charlas en las escuelas, lugares de trabajo y grupos familiares.

- A su vez se pueden realizar medidas preventivas a través de diferentes medios de comunicación, donde participen profesionales de la salud, líderes comunitarios (Curas, pastores, centro vecinal, representantes de clubes, deportistas o cualquier persona que sea representante para la sociedad o un grupo de la población) en el que se trate esta problemática.
- No obstante se deben realizar estrategias de trabajo para reducir el estigma que existe a la hora de concurrir al área de salud mental.
- Se sugiere que el servicio de guardia del hospital coordine actividades en forma conjunta con el servicio de salud mental, para la asistencia de aquellas personas que concurren con riesgo inminente de muerte por conducta suicida.
- Implementar un proceso de seguimiento al paciente debido a la alta cantidad de abandonos en el tratamiento. Esto se llevaría a cabo desde el Hospital hacia la comunidad. Es la institución, la que tiene que acompañarlos, salir a buscarlos, no solamente esperar recibirlos. Para ello es necesario la intervención de trabajadores sociales y las diferentes redes de contención (vecinos, amigos, familiares, referentes barriales), visitando la casa de los pacientes que faltan a las consultas luego de haber una conducta suicida.
- Para finalizar, debido a su alta prevalencia y riesgo vital del impulso suicida, se sugiere realizar estudios epidemiológicos, clínicos y de investigación con mayor frecuencia, para tener un control más riguroso de esta problemática y actuar en consecuencia.

Bibliografía

1. Aguilar Hernández A, Barreto García M. Conducta suicida. Revista de Ciencias Médicas de La Habana Vol. 12, Núm. 2. 2006.
2. Organización Mundial de la Salud: Prevención del suicidio. Geneva: O.M.S.; Cuadernos de salud pública nº35, 1969.
3. Shneidman ES. Suicidio. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. Tratado de Psiquiatría, tomo 2. Salvat editores, S.A.; 1982.
4. INDEC. Censo 2010. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_resto.asp
5. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones. Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones. Año 2011. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/articulos/20.pdf>
6. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Suicidio. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/certificaciones/215-suicidio>
7. Mederos Ávila ME, Casas Fernández JA, Mederos Ávila JA, Melis Torres V, Pullós Fernández. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez". MEDISAN 2011, vol.15, n.5, pp. 636-642 .
8. Organización mundial de la salud. Día mundial de la prevención del suicidio. Ginebra 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/es/>
9. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo Nro 2. Perfil epidemiológico de suicidio en la Argentina, 1988-2008. Disponible en :

http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/m_perfil-epidemiologico-suicidio-argentina.pdf

10. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. 2008. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san05109.htm
11. Organización mundial de la salud. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Ginebra 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
12. Organización mundial de la salud. Prevención del suicidio, un impacto global. Mayo 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf
13. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/2012-intento-suicidio.pdf>
14. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. España 2012. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_comp1.pdf
15. OMS. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Resumen ejecutivo, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
16. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección nacional de salud mental y adicciones. Recomendaciones para el tratamiento de la temática del suicidio en los medios. Comunicación responsable. 2013. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000479cnt-recomendaciones-tratamiento-temas-salud-mental-medios.pdf>

17. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Suicidio. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48-temas-de-salud-de-la-a-a-la-z/215-suicidio>
18. Durkheim E. El suicidio. Madrid. ED: Akal universitaria. 1982. 2-400
19. Freud S. Duelo y melancolía. Tomo XIV. Ed Amorrortv, Buenos Aires, 1980; 249
20. Kelly G.A. El punto de vista de la concepción personal. En: farberon, N.L.; Shreudnab, eds ¡Necesito ayuda! México: ed La presa medica Mexicana 1969; 279-310
21. Serieti S; Beemporad J. Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires. Ed: Paidos, 1981; 161,214,216
22. Weiner R.D. Suicide. En: Jesse D. Caverar, Sr; H Keith; H Brodie, eds. Sings e symptoms in psychiatry. Philadelphia: Ed J.B. Lippicont, 1983,227-247
23. Aguilera Fernández M y Leyvas Pérez M. Intentos suicidas y suicidios consumados. Rev Cubana Enfermer, Ciudad de la Habana, v. 19, n. 1, abr. 2003.
24. Morra A.P., Elorza C., Echenique H. Perfil epidemiológico de los intentos de suicidio atendidos en el Hospital Dr. Lucio Molas, Santa Rosa, La Pampa 2011. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/indice-msal.asp?id=40>
25. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Información relacionada con el suicidio. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/401-informacion-relacionada-con-suicidios>
26. Vázquez–Machado A, Guarachi–Catari D. Epidemiología de intentos del intento suicidia en el hospital “Madre Obrera”, Llallagua, Bolivia. 2010.

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1656/1684>

27. Mosquera del Aguila A. Universidad Nacional de Mayores de San Marcos. "Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intentos de suicidio en el hospital "Hermilio Valdizá". Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizá. Lima, Perú. Diciembre 2006. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006II/02%20PERFIL%20EPIDEMIOLOGICO%20DE%20PACIENTES%20HOSPITALIZADOS.pdf>
28. Cabrera Roy.Santa Cruz Alfredo. Sendra, Elva. Estudios explorativos y descriptivos sobre intentos de suicidios Relevados por el servicio de Salud Mental del Hospital "J.C Perrando"; 1999. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/medicina/m-018.pdf>
29. Los hombres se suicidan, las mujeres lo intentan. Diario El Pais. Octubre 2010.España. Disponible en : http://elpais.com/diario/2010/10/18/sociedad/1287352801_850215.html
30. Gutiérrez Zurbarán GT, Gil Rojo I, Jiménez Acosta VA y Lugo Jáuriga B. Suicidios en la tercera edad un problema de salud comunitario. Revista Cubana de higiene y epidemiología. Rev Cubana Hig Epidemiol vol.39 no.2 Ciudad de la Habana May-Aug. 2001
31. Cano F., Rico A., Marín R., Blanco M., Santos M. y J. Lucena. Suicidios en menores de 26 años en Sevilla. Cuad. med. forense, Sevilla, v. 18, n. 2, jun. 2012.

Anexos

Anexo 1: Tabulación de los datos

	Año	Sexo	Edad	Etapa de vida	Método utilizado	Estación del año	Antecedente de intento de suicidio		Se encuentra en tto psiquiátrico en el momento del intento
							si/no	cant veces	
1	2012	M	40	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
2	2012	F	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
3	2012	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
4	2012	M	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
5	2012	M	18	Adolescente	Intento de ahorcamiento	Verano	NO		SI
6	2012	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
7	2012	F	18	Adolescente	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
8	2012	M	60	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
9	2012	F	24	Adulto joven	Otros	Verano	NO		NO
10	2012	F	21	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
11	2012	M	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
12	2012	F	13	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
13	2012	F	42	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
14	2012	M	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
15	2012	F	44	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
16	2012	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
17	2012	F	21	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
18	2012	M	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
19	2012	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
20	2012	M	36	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
21	2012	M	52	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
22	2012	F	56	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	2	SI
23	2012	M	45	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
24	2012	F	24	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
25	2012	M	24	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	SI	1	NO
26	2012	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
27	2012	F	22	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
28	2012	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	SI
29	2012	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
30	2012	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
31	2012	F	57	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
32	2012	F	14	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
33	2012	M	56	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO

34	2012	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
35	2012	F	44	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		SI
36	2012	M	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
37	2012	M	18	Adolescente	Heridas cortantes	Otoño	NO		NO
38	2012	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
39	2012	F	17	Adolescente	intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
40	2012	F	51	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	SI
41	2012	F	25	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
42	2012	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
43	2012	M	20	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	NO		NO
44	2012	F	20	Adulto joven	Otros	Otoño	SI	2	SI
45	2012	M	25	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
46	2012	F	40	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
47	2012	M	26	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	NO		NO
48	2012	F	37	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
49	2012	F	33	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
50	2012	M	39	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
51	2012	M	52	Adulto joven	Otros	Otoño	SI	2	NO
52	2012	F	43	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	SI	1	SI
53	2012	M	24	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Otoño	SI	2	NO
54	2012	M	22	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		SI
55	2012	F	43	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
56	2012	F	17	Adolescente	Heridas cortantes	Invierno	SI	1	NO
57	2012	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
58	2012	M	73	Adulto mayor	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
59	2012	F	45	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	SI
60	2012	F	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
61	2012	F	43	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	SI
62	2012	F	16	Adolescente	Heridas cortantes	Invierno	NO		NO
63	2012	M	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
64	2012	M	19	Adolescente	Otros	Invierno	NO		NO
65	2012	F	25	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
66	2012	M	47	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
67	2012	F	57	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	SI
68	2012	M	48	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
69	2012	F	31	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
70	2012	F	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
71	2012	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
72	2012	F	39	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
73	2012	F	19	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
74	2012	M	21	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Primavera	NO		NO
75	2012	M	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
76	2012	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
77	2012	F	43	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	NO
78	2012	M	30	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Primavera	NO		NO
79	2012	M	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
80	2012	F	16	Adolescente	Heridas cortantes	Primavera	NO		SI
81	2012	M	27	Adulto joven	Heridas cortantes	Primavera	NO		NO
82	2012	M	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
83	2012	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO

84	2012	F	44	Adulto joven	Otros	Primavera	NO		NO
85	2012	M	30	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
86	2012	M	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	1	NO
87	2012	F	45	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
88	2012	F	58	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
89	2012	F	81	Adulto mayor	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
90	2012	F	42	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
91	2012	M	32	Adulto joven	Otros	Verano	SI	2	SI
92	2013	F	25	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	SI	1	SI
93	2013	M	64	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	NO
94	2013	M	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
95	2013	F	28	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
96	2013	M	28	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
97	2013	F	22	Adulto joven	Otros	Verano	SI	1	NO
98	2013	F	34	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
99	2013	F	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
100	2013	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
101	2013	F	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
102	2013	M	14	Adolescente	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
103	2013	F	28	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
104	2013	F	19	Adolescente	Heridas cortantes	Verano	SI	1	NO
105	2013	M	50	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Verano	NO		NO
106	2013	M	24	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
107	2013	F	36	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	NO
108	2013	F	31	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
109	2013	F	49	Adulto joven	Otros	Verano	NO		SI
110	2013	M	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
111	2013	F	48	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
112	2013	F	42	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
113	2013	F	51	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
114	2013	F	50	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
115	2013	F	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	NO
116	2013	F	37	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
117	2013	F	31	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	NO
118	2013	M	18	Adolescente	Heridas cortantes	Verano	NO		NO
119	2013	M	20	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Verano	NO		NO
120	2013	M	24	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
121	2013	F	60	Adulto joven	Otros	Otoño	NO		SI
122	2013	F	56	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
123	2013	F	19	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
124	2013	F	50	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
125	2013	F	50	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	NO
126	2013	M	20	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	NO		NO
127	2013	M	33	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
128	2013	M	16	Adolescente	Heridas cortantes	Otoño	SI	1	SI
129	2013	M	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
130	2013	F	21	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	2	NO
131	2013	F	37	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
132	2013	F	55	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
133	2013	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO

134	2013	F	53	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		SI
135	2013	F	28	Adulto joven	Otros	Otoño	NO		NO
136	2013	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
137	2013	F	14	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	2	NO
138	2013	F	47	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	NO
139	2013	F	47	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
140	2013	M	53	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
141	2013	M	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
142	2013	F	16	Adolescente	Otros	Otoño	SI	1	NO
143	2013	M	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	SI	1	NO
144	2013	F	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
145	2013	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
146	2013	F	44	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		SI
147	2013	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
148	2013	M	46	Adulto joven	Otros	Invierno	SI	1	NO
149	2013	F	39	Adolescente	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
150	2013	F	42	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	2	NO
151	2013	M	16	Adolescente	Heridas cortantes	Invierno	NO		NO
152	2013	M	19	Adolescente	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
153	2013	F	41	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
154	2013	F	23	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	SI	1	NO
155	2013	F	41	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
156	2013	M	69	Adulto mayor	Heridas cortantes	Invierno	SI	2	SI
157	2013	M	18	Adolescente	Otros	Invierno	NO		NO
158	2013	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
159	2013	F	23	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	SI	2	NO
160	2013	M	33	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	2	NO
161	2013	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
162	2013	M	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	NO		NO
163	2013	M	66	Adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	3	SI
164	2013	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
165	2013	M	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
166	2013	F	22	Adulto joven	Otros	Invierno	SI	3	SI
167	2013	F	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	SI	2	NO
168	2013	F	19	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
169	2013	F	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
170	2013	F	66	adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
171	2013	M	25	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
172	2013	F	46	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
173	2013	F	43	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
174	2013	F	35	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	SI	2	NO
175	2013	F	36	Adulto joven	Otros	Invierno	NO		SI
176	2013	M	47	Adulto joven	Heridas cortantes	Primavera	NO		NO
177	2013	F	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
178	2013	F	29	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
179	2013	M	15	Adolescente	Heridas cortantes	Primavera	SI	1	NO
180	2013	M	15	Adolescente	Heridas cortantes	Primavera	SI	2	SI
181	2013	M	59	Adulto joven	Heridas cortantes	Primavera	NO		NO
182	2013	F	24	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
183	2013	F	41	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO

184	2013	F	33	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
185	2013	M	26	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Primavera	NO		NO
186	2013	F	33	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
187	2013	M	42	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Primavera	NO		NO
188	2013	M	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
189	2013	F	67	Adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	NO
190	2013	F	49	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	1	NO
191	2013	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
192	2013	M	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Primavera	SI	1	SI
193	2013	F	22	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
194	2013	F	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
195	2013	M	60	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	SI
196	2013	F	36	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	SI
197	2013	F	46	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	3	SI
198	2013	F	50	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
199	2013	F	24	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
200	2013	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
201	2013	M	27	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
202	2013	M	19	Adolescente	Heridas cortantes	Primavera	NO		NO
203	2014	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
204	2014	M	15	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	3	NO
205	2014	F	48	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
206	2014	M	21	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Verano	SI	2	SI
207	2014	M	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
208	2014	M	14	Adolescente	Heridas cortantes	Verano	SI	1	SI
209	2014	M	43	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
210	2014	F	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	SI	1	SI
211	2014	F	51	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
212	2014	M	32	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Verano	NO		NO
213	2014	M	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
214	2014	F	88	Adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
215	2014	M	39	Adulto joven	Heridas cortantes	Verano	SI	1	SI
216	2014	F	52	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
217	2014	F	52	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
218	2014	F	37	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
219	2014	M	55	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
220	2014	F	69	Adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Verano	NO		NO
221	2014	F	55	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Otoño	SI	1	SI
222	2014	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
223	2014	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	NO
224	2014	M	44	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
225	2014	F	32	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Otoño	SI	2	SI
226	2014	F	23	Adulto joven	Heridas cortantes	Otoño	NO		SI
227	2014	M	31	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
228	2014	F	14	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
229	2014	F	34	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	1	NO
230	2014	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
231	2014	M	36	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
232	2014	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
233	2014	F	49	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Otoño	NO		NO

234	2014	F	49	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Otoño	NO		NO
235	2014	F	39	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
236	2014	F	49	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
237	2014	M	50	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	2	NO
238	2014	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	SI	2	SI
239	2014	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
240	2014	F	41	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
241	2014	M	15	Adolescente	Heridas cortantes	Otoño	NO		NO
242	2014	F	29	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Otoño	NO		NO
243	2014	F	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
244	2014	M	81	Adulto mayor	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
245	2014	F	15	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
246	2014	M	26	adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
247	2014	F	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
248	2014	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
249	2014	F	52	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
250	2014	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
251	2014	F	41	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
252	2014	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
253	2014	M	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
254	2014	M	26	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
255	2014	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
256	2014	M	19	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		SI
257	2014	M	43	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	NO		NO
258	2014	M	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
259	2014	F	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
260	2014	F	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
261	2014	M	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
262	2014	M	37	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		SI
263	2014	M	18	Adolescente	Intento de ahorcamiento	Invierno	NO		NO
264	2014	F	25	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
265	2014	M	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
266	2014	F	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
267	2014	M	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
268	2014	F	36	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	1	NO
269	2014	M	39	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
270	2014	M	21	Adulto joven	Heridas cortantes	Invierno	SI	1	SI
271	2014	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	1	NO
272	2014	F	24	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	2	NO
273	2014	F	23	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
274	2014	F	27	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
275	2014	F	41	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	NO		NO
276	2014	F	79	Adulto mayor	Otras	Invierno	NO		NO
277	2014	M	14	Adolescente	Otras	Invierno	NO		NO
278	2014	M	15	Adolescente	Otras	Invierno	NO		NO
279	2014	M	23	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	2	SI
280	2014	M	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	NO
281	2014	M	40	Adulto joven	Otras	Invierno	SI	2	SI
282	2014	M	26	Adulto joven	Otras	Invierno	NO		NO
283	2014	F	35	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Invierno	SI	2	SI

284	2014	M	50	Adulto joven	Otras	Invierno	SI	2	SI
285	2014	M	48	Adulto joven	Otras	Invierno	NO		NO
286	2014	F	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Invierno	SI	2	SI
287	2014	F	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
288	2014	F	26	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
289	2014	F	15	Adolescente	Heridas cortantes	Primavera	NO		NO
290	2014	F	48	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	4	NO
291	2014	F	59	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
292	2014	M	15	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	SI
293	2014	F	20	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
294	2014	F	15	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
295	2014	F	34	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	SI	2	NO
296	2014	M	30	Adulto joven	Intento de ahorcamiento	Primavera	NO		SI
297	2014	F	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
298	2014	F	35	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
299	2014	F	28	Adulto joven	Otras	Primavera	NO		NO
300	2014	M	30	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
301	2014	M	16	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
302	2014	F	32	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
303	2014	M	18	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
304	2014	F	17	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
305	2014	F	33	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
306	2014	M	27	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
307	2014	M	83	Adulto mayor	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
308	2014	F	51	Adulto joven	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		NO
309	2014	F	35	Adulto joven	Otras	Primavera	NO		NO
310	2014	F	15	Adolescente	Intoxicación medicamentosa	Primavera	NO		SI