

ARTICULO ORIGINAL

PREVALENCIA Y MORTALIDAD POR INTENTO DE SUICIDIO, EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE CLINICAS, LA PAZ - BOLIVIA, GESTION 2002

PREVALENCE AND MORTALITY OF ATTEMPTED SUICIDE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE "HOSPITAL DE CLÍNICAS". LA PAZ - BOLIVIA, 2002

Dr. Julio Enrique VargasBrown Sejas *, Dr. Héctor Mejía Salas M. Sc.**

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y mortalidad por intento de suicidio, en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, en la Gestión 2002 ?

OBJETIVO

Identificar la prevalencia y mortalidad por intento de suicidio, en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, en la Gestión 2002.

DISEÑO

Observacional descriptivo de corte transversal.

LUGAR

Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, ciudad de La Paz-Bolivia.

POBLACIÓN

Todos los pacientes atendidos del 1° de Enero al 31 de diciembre del 2002, en el Servicio de Emergencias, en total 17.454 pacientes. Diagnosticados como Intento Suicida 773 pacientes.

MÉTODOS

Revisión libros de registros e historias clínicas; recolección de datos, tabulación y resultados expresados en cuadros y figuras.

RESULTADOS

Tasa de prevalencia de 44.2 y la tasa de mortalidad de 6.93 defunciones por 1.000 pacientes. El grupo etéreo ubicado entre 20 a 24 años, presenta 229 casos (31%). Existe diferencia de frecuencia, para las mujeres, de 436 casos (56.40 %) y para los hombres, con 337 casos (43.60%). En el estado civil, el grupo de solteros corresponde a 456 casos (58.99%). En la ocupación, los universitarios, presenta 206 casos (26.65%). El método tóxico, 538 casos (69.60 %), dentro de éste, la intoxicación por organofosforado, con 411 casos (76.39%). Se encontraron otros diagnósticos en 58 pacientes, 37 casos (63.79 %) en estado etílico.

CONCLUSIONES

La prevalencia se triplicó en el año 2002, en relación a 1999, y la mortalidad con 6.93 defunciones por 1.000 pacientes, no difiere a los datos de la OMS. El grupo etéreo más afectado es el ubicado entre 20 a 24 años. Es más frecuente en las mujeres. En el estado civil, el grupo más afectado corresponde a solteros. En la ocupación, el número mayor de casos está en universitarios. El uso de tóxicos fue el método más frecuente, dentro de estos la ingestión de organofosforado.

PALABRAS CLAVES

Mortalidad. Intento de suicidio. Intoxicaciones.

ABSTRACT

RESEARCH QUESTION

What is it the prevalence and mortality for attempted suicide at the Emergency Service of the Hospital de Clinicas, during 2002?

OBJECTIVE

To identify the prevalence and mortality for attempted suicide at the Emergency Service of the "Hospital de Clínicas", during 2002.

DESIGN

Cross sectional study

PLACE

Service of Emergency Service of the "Hospital de Clínicas", La Paz, Bolivia.

* Cirujano, Especialista SP y Magíster Epidemiología. UMSA.

** Pediatra, Magíster en Epidemiología Clínica.

POPULATION

All 17,454 patients treated between January 1 to December 31 2002 at the Emergency Service, of which 773 were diagnosed as attempted suicide, male and female.

METHODS

Revision of admission books and clinical histories, gathering of data, tabulation and results expressed in squares and figures.

RESULTS

A rate of prevalence of 44.2% and a rate of mortality of 6.93 deaths for 1.000 patients. The group included young people between 20 and 24 year-olds, 229 cases (31%). The difference in frequency for women was 436 cases (56.40%) and for men 337 cases (43.60%). As far as marital status is concerned single persons made up 456 cases (58.99%). Regarding occupation, university

students, made up 206 cases (26.65%). Method chosen: 538 cases (69.60%) used phosphate compounds or other toxic substances, 411 cases (76.39%) used different methods (58 patients), 37 cases (63.79%) were drunk at the time of attempt.

CONCLUSIONS

Suicide prevalence tripled in the year 2002, in relation to 1999, and the mortality rate with 6.93 deaths for 1.000 patients, doesn't differ much from the data of OMS. The most affected group is that of 20 to 24 year-olds, being more frequent among women. Single people showed more prone to attempt suicide, this is also true for university students. Toxic substances were the most frequent method of choice, especially ingestion of phosphate compounds.

KEY WORDS

Mortality. Suicide attempt. Poisoning.

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de las personas han tenido alguna vez pensamientos fugaces de suicidio, de la misma forma que pueden haber tenido fantasías de matar, sin intentar llevar a cabo ninguno de ellos. Pero, ¿por qué el hombre se suicida?

A pesar de la cantidad de autores que han analizado el tema, como Durkheim, Froud, Hume, Douglas, Menninger, aún no está claro.¹

Una posible explicación la podríamos encontrar en un cúmulo de acontecimientos, tanto ambientales como biológicos que interaccionan en el individuo en un momento dado o son el resultado de un sedimento arrastrado.²

Los motivos finales pueden ser múltiples: protesta política, motivos religiosos, limitación social, desesperanza, expresión de un trastorno psiquiátrico, falta de recursos económicos, pérdida de salud, forma fallida de llamar la atención, etc.

El suicidio tiene cualidades pluridimensionales y una etiopatogenia multifactorial; por ello, en la consumación del acto suicida, se deben considerar factores genéticos, neurobiológicos, psicopatológicos de interacción familiar y de stress psicosocial.³

Es decir, que es una acción multideterminada por diversos factores intervinientes que al conjugarse, se potencian.

Los fenómenos suicidas están sometidos a una indudable influencia transcultural; por ello, cualquier intento de ordenamiento de estos fenómenos nace

con un carácter precario y explica la inestabilidad nosológica del suicidio.³⁻⁵

Surgido el concepto de "proceso suicida", en un intento de abarcar todo ello, algunos autores acuñaron el término "suicidalidad", para designar al potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas tendientes a la autodestrucción.⁶

En el tratamiento de este tema es importante destacar que los datos estadísticos siempre constituyen estimadores bajos de la incidencia verdadera, ya que por diversas razones psicosociales, muchos comportamientos suicidas no se reconocen como tales y no son reportados.

Aunque todos los estudios epidemiológicos coinciden en que los adultos mayores tienen la tasa más elevada de suicidio, no son excesivos los trabajos de investigación dedicados al estudio de esta temática.

Desde ya, son mucho mayores los que han investigado el suicidio por intoxicación por organofosforado, de los jóvenes y adolescentes. Cuando un joven concreta el suicidio representa un hecho dramático, con un gran impacto familiar y social.⁶⁻⁷ Por el contrario, el suicidio de un adulto mayor suele ser asumido como algo existencialmente justificado, atribuyéndolo a una decisión libre, racional o existencial, consecuencia lógica de la edad, la soledad y el hastío de vivir. Estos son prejuicios que deben ser desterrados definitivamente, no sólo porque el suicidio del adulto mayor es, en muchas ocasiones, tan o más evitable

que el de los jóvenes; sino, además, porque el dramático acto de matarse a sí mismo es prematuro a cualquier edad, constituyendo una pérdida de talento, experiencia y recursos, que ninguna sociedad civilizada debe aceptar.⁸

En el estudio y manejo del paciente suicida, el médico debe trasladar su conocimiento acerca de los factores de riesgo a un plan coherente para la evaluación cuidadosa y el manejo clínico del paciente. El riesgo de suicidio alto ha sido relacionado con diversas variables: Sexo, edad, estado civil, condiciones socioeconómicas, ocupación, enfermedad debido a condición médica general, alcohol y abuso de sustancias, trastornos psiquiátricos, trastornos afectivos, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, comportamiento suicida previo, historia familiar, factores de estrés psicosocial y factores biológicos.⁹

El presente estudio quiere denotar y estimar la incidencia de intento de suicidio como causa de consulta y fallecimiento en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los libros de registros de pacientes del Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, del 1° de Enero al 31 de diciembre del 2002, recopilando datos como: Número de historia clínica, edad, sexo, diagnóstico, etc., de los pacientes que ingresaron a dicho servicio con el diagnóstico de intento de suicidio.

Se recavaron las historias clínicas identificadas del departamento de estadística del Hospital de Clínicas, del 1° de Enero al 31 de diciembre del 2002, para completar los datos de las diferentes variables de estudio: ocupación, estado civil, mortalidad, diagnóstico de ingreso y egreso.

Obtenida la información mediante la aplicación de una ficha de recolección de datos, se procedió a la tabulación de los mismos, para el cálculo de tasas prevalencia y tasas de mortalidad por causas de ingreso al Servicio de Emergencias.

RESULTADOS

De 17.454 ingresos al Servicio de Emergencias entre el 1° de Enero al 31 de diciembre del 2002; 773 correspondieron a de intentos de suicidio, siendo la tasa de prevalencia del intento de suicidio 44.2 casos

por cada 1.000 pacientes; la tasa de prevalencia por método tóxico 30.82 casos por cada 1.000 pacientes; la tasa de prevalencia por método traumático 11.74 casos por cada 1.000 pacientes; la tasa de prevalencia de método por asfixia 1.71 casos por cada 1000 pacientes.

El promedio de edad del grupo general es de 25.5 años con un desvío estándar de 10.79, siendo el valor mínimo de edad de 12 años y el mayor de 83 años.

La distribución por edad de la población total bajo estudio se observa una frecuencia de intento suicida, en los grupos etáreos: 15 a 19 años con 220 casos (28.46 %), 20 a 24 años con 229 casos (31 %) y 25 a 29 años con 104 casos (13,45 %). Cuadro #1.

CUADRO # 1

INTENTO DE SUICIDIO, DISTRIBUIDO POR EDAD

GRUPOS DE EDAD	N°	%
< a 15 años	20	2.59
15 a 19 años	220	28.46
20 a 24 años	229	29.62
25 a 29 años	104	13.45
30 a 34 años	73	9.44
35 a 39 años	48	6.21
40 a 44 años	24	3.10
45 a 49 años	20	2.59
50 a 54 años	10	1.29
55 a 59 años	9	1.16
60 y Más años	16	2.07
TOTAL	773	100.00

Fuente: Elaboración propia.

Al relacionar el intento suicida por edad y método empleado, se observa que la frecuencia de intento suicida en el grupo etáreo de 20 a 24 es de 229 casos (29.62 %). Cuadro # 2.

Respecto a la distribución por sexo, las mujeres presentan 436 casos (56.40 %) y los varones 337 casos (43.60 %).

CUADRO # 2
INTENTO SUICIDA POR EDAD Y CAUSAS

GRUPOS DE EDAD	MÉTODO EMPLEADO							
	TOXICO		TRAUMÁTICO		ASFIXIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< a 15	18	2.33	2	0.26	0	0.00	20	2.59
15 a 19	174	22.51	42	5.43	4	0.52	220	28.46
20 a 24	164	21.22	52	6.73	13	1.68	229	29.62
25 a 29	68	8.80	32	4.14	4	0.52	104	13.45
30 a 34	44	5.69	26	3.36	3	0.39	73	9.44
35 a 39	29	3.75	19	2.46	0	0.00	48	6.21
40 a 44	9	1.16	15	1.94	0	0.00	24	3.10
45 a 49	14	1.81	4	0.52	2	0.26	20	2.59
50 a 54	6	0.78	4	0.52	0	0.00	10	1.29
55 a 59	4	0.52	5	0.65	0	0.00	9	1.16
60 y Más	8	1.03	4	0.52	4	0.52	16	2.07
TOTAL	538	69.60	205	26.52	30	3.88	773	100.00

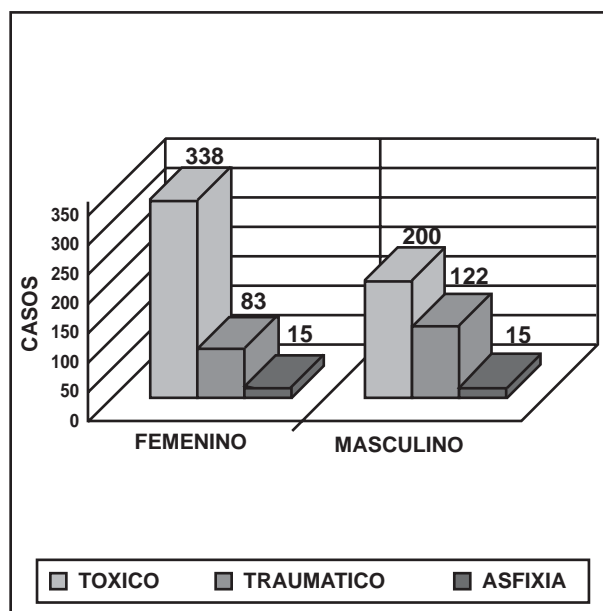
Fuente: Elaboración propia.

Al relacionar el sexo con los métodos empleados, el método tóxico presenta 538 casos (69.60%) con el sexo femenino 338 casos (43.73%). Figura # 4, y dentro de éste la intoxicación por organofosforado con 411 casos (76.39 %); en relación al método traumático existe una frecuencia en los varones de 122 casos (15.78 %) y de mujeres con 83 casos (10.74 %). Figura # 3.

Al asociar el estado civil con el método empleado en el intento suicida, se constata que el grupo de solteros (as) presenta 328 casos (42.43 %), seguido de los casados (as) con 118 casos (15.27 %), todos ellos en relación al método tóxico. Cuadro # 4, y dentro de éste la intoxicación por organofosforado, con un total de 411 casos (76.39 %).

Al asociar la ocupación y métodos empleados se observa que los universitarios presentan 138 casos (17.35 %) y que en el método tóxico existen 538 casos (69.60 %). Cuadro # 5 y dentro de éste la intoxicación por organofosforado presenta 411 casos (76.39 %).

FIGURA # 3
INTENTO POR SEXO Y MÉTODO EMPLEADO



Fuente: Elaboración propia.

CUADRO # 4
INTENTO SUICIDA POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	MÉTODO EMPLEADO							
	TOXICO		TRAUMÁTICO		ASFIXIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERO	328	42.43	109	14.10	11	1.42	448	57.96
CASADO	118	15.27	66	8.54	13	1.68	197	25.49
DIVORCIADO	11	1.42	10	1.29	1	0.13	22	2.85
VIUDO	13	1.68	4	0.52	0	0.00	17	2.20
UNION LIBRE	68	8.80	16	2.07	5	0.65	89	11.51
TOTAL	538	69.60	205	26.52	30	3.88	773	100.00

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere a los métodos utilizados en el intento suicida se observa que el método tóxico presenta 538 casos (69.60 %), seguido de traumático con 205 casos (26.52 %) y asfixia con 30 casos (3.88 %).

CUADRO # 5
INTENTO SUICIDA POR OCUPACION Y CAUSAS

OCUPACION	MÉTODO EMPLEADO							
	TOXICO		TRAUMÁTICO		ASFIXIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
EST. DE SECUNDARIA	101	13.07	17	2.20	1	0.13	119	15.39
UNIVERSITARIOS (AS)	138	17.85	62	8.02	6	0.78	206	26.65
PROFESIONALES	13	1.68	9	1.16	0	0.00	22	2.85
LABORES DE CASA	85	11.00	26	3.36	7	0.91	118	15.27
EMPLEADO PUBLICO	21	2.72	9	1.16	0	0.00	30	3.88
EMPLEDA DOMESTICA	23	2.98	5	0.65	3	0.39	31	4.01
COMERCIANTE	20	2.59	5	0.65	3	0.39	28	3.62
CHOFER	11	1.42	4	0.52	0	0.00	15	1.94
ALBAÑIL	10	1.29	3	0.39	1	0.13	14	1.81
VENDEDOR	12	1.55	1	0.13	0	0.00	13	1.68
DESOCUPADO (A)	38	4.92	22	2.85	6	0.7	66	8.54
OTROS	66	8.54	42	5.43	3	0.39	111	14.36
TOTAL	538	69.60	205	26.52	30	3.88	773	100.00

Fuente: Elaboración propia.

En lo que se refiere al método empleado, en relación a otros diagnósticos encontrados, el método tóxico presenta 54 casos (93.10 %). Cuadro # 6 y dentro

de éste la intoxicación por organofosforado 28 casos (51.85 %).

CUADRO # 6
INTENTO SUICIDA POR DIAGNOSTICO Y CAUSAS

OCUPACION	MÉTODO EMPLEADO							
	TOXICO		TRAUMÁTICO		ASFIXIA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ESTADO ETÍLICO	34	58.62	3	5.17	0	0.00	37	63.79
TRASTORNO DEPRESIVO	13	22.41	0	0.00	1	1.72	14	24.14
EMBARAZO	3	5.17	0	0.00	0	0.00	3	5.17
MALTRATO INTRA FAMILIAR	3	5.17	0	0.00	0	0.00	3	5.17
EPILEPSIA	1	1.72	0	0.00	0	0.00	1	1.72
TOTAL	549	3.10	3	5.	1	1.72	58	100.00

Fuente: Elaboración propia.

La tasa de mortalidad específica del intento suicida es de 6.93 defunciones por cada 1.000 pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas, en la gestión 2002.

En la distribución por sexo, se observa que la tasa de mortalidad de las mujeres es 4.23 y de los hombres es 2.69 fallecidos por cada 1.000 pacientes atendidos. Cuadro # 1.

CUADRO # 1

LA TASA DE MORTALIDAD POR SEXO

SEXO	TASA DE MORTALIDAD
FEMENINO	4.23 POR 1000
MASCULINO	2.69 POR 1000

Fuente: Elaboración propia.

La tasa de mortalidad por los métodos empleados es la siguiente: tóxico con 37.81, traumático con 27.5 y por asfixia con 4.01, defunciones por cada 10.000 pacientes atendidos. Cuadro # 2.

La tasa de mortalidad por los métodos empleados y sexo es la siguiente: tóxico con 47 para el sexo

CUADRO # 2

LA TASA DE MORTALIDAD POR METODO EMPLEADO

METODO EMPLEADO	TASA DE MORTALIDAD
TOXICO	37.81 por 10.000
TRAUMATICO	27.5 por 10.000
ASFIXIA	4.01 por 10.000

Fuente: Elaboración propia.

CUADRO # 3

LA TASA DE MORTALIDAD POR SEXO Y METODO EMPLEADO

METODO EMPLEADO	N° DE FALLECIDOS		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
TOXICO	47	19	66
TRAUMATICO	22	26	48
ASFIXIA	5	2	7
TOTAL	74	47	121

Fuente: Elaboración propia.

femenino y 19 para el masculino, traumático con 26 para el sexo masculino y 22 para el femenino; y por asfixia con 5 para el sexo femenino y 2 para el masculino, defunciones por cada 10.000 pacientes atendidos. Cuadro # 3.

Respecto a la distribución por edades, la tasa de mortalidad en el grupo etáreo de 15 a 29 años es 4.12 fallecidos por cada 1000 pacientes. Cuadro # 4.

CUADRO # 4

LA TASA DE MORTALIDAD POR EDAD

GRUPOS DE EDAD	Nº
< a 15 años	5
15 a 19 años	30
20 a 24 años	26
25 a 29 años	16
30 a 34 años	11
35 a 39 años	7
40 a 44 años	7
45 a 49 años	5
50 a 54 años	1
55 a 59 años	2
60 y Más años	11
TOTAL	121

Fuente: *Elaboración propia.*

DISCUSIÓN

La casuística de intento de suicidio, dentro del ambiente hospitalario es cada vez mayor, ya que datos de 1999 por el departamento de estadística de la Policía Técnica Judicial mostraban 233 casos (11), nuestro estudio muestra un incremento importante durante el año 2002, reportándose 773 casos. Este dato revela el incremento perceptible y dramático de este fenómeno, asociado sobre todo a situaciones de otro tipo, como el alcoholismo, desempleo, violencia intrafamiliar, etc.

La tasa de mortalidad es mayor en el grupo etáreo de 15 a 29 años y siendo el grupo menos afectado el de 50 a 54 años. Se observa una mayor frecuencia de intento suicida en la población joven, siendo el

grupo etáreo más afectado el ubicado entre 20 a 24 años. Estudios realizados en otros países (12) señalan que la tasa de suicidio aumenta con la edad, y se acentúa en la crisis de la edad media; pero, por lo observado en nuestro medio, la tasa de suicidio es inversamente proporcional a lo encontrado en otros países, ya que son los adolescentes y jóvenes quienes más recurren a este dramático hecho.

La prevalencia del intento de suicidio, respecto al sexo, existe un mayor número de casos en las mujeres. Siendo el método tóxico más utilizado y dentro de éste la intoxicación por organofosforado. En relación al método traumático, donde existe una mayor frecuencia en varones, esto principalmente asociado al mayor consumo de alcohol en el sexo masculino.

El grupo más afectado por estado civil corresponde a los solteros, seguido por los casados y el grupo menos afectado los divorciados y viudos. Según al Asociación Americana de Psiquiatría el estar casado es un factor de protección para el suicidio 1-14; en nuestra investigación los datos muestran una proporción alarmante de solteros que intentaron suicidarse, seguido de "los casados" y en menor proporción los viudos y divorciados, estos tres últimos datos difieren de lo encontrado en otros países.

Respecto a la ocupación se encontró un gran número de casos entre los universitarios, en contraposición a los hallazgos de otros estudios donde el intento de suicidio es más frecuente entre los desocupados y profesionales. 11-15

En cuanto al método empleado, el tóxico es el más utilizado, seguido del traumático y la asfixia. Entre el método tóxico, el número mayor de casos de intento suicida corresponde a la intoxicación por organofosforado, esto seguramente relacionado con el libre expendio de estas sustancias en la ciudad de La Paz; datos de otros países 13 nos revelan que los métodos denominados duros el traumático y asfixia (lanzamiento al vacío, uso de armas de fuego, armas blancas y ahorcamiento), son los más utilizados. 10-18

Además del diagnóstico del intento suicida y método empleado, se encontraron otros, donde se puede constatar que la mayor frecuencia de casos se da en estado etílico, seguido del trastorno depresivo, embarazo, maltrato intrafamiliar y la menor frecuencia de casos con el diagnóstico epilepsia. Los datos de otros países 13-19 muestran que los que

más recurren a este hecho son los que padecen de enfermedades de tipo crónico (epilepsia, diabetes, hipertensión arterial sistémica, úlcera gástrica, insuficiencia renal, cáncer, etc); en nuestro medio los que más intentan suicidarse son personas que no padecen enfermedades crónicas.

Por lo encontrado en los resultados de este estudio, se observa que el intento suicida se incrementó de manera alarmante de 1999 al 2002; todo esto corroborado por los registros estadísticos de la Policía Técnica Judicial, por lo cual consideramos necesaria la creación de políticas y estrategias de

salud dirigidas a la prevención de este problema, ya que en la actualidad en nuestro medio y a nivel mundial se convierte en problema de salud pública muy importante.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi aprecio y agradecimiento al Servicio de Emergencias, al dpto. de Archivo y Planificación del Hospital de Clínicas Universitario y a mis profesores: Dra. María del Pilar Navía M. Sc., Dr. Héctor Mejía Salas M. Sc. y Dr. Carlos Laforcada M. Sc., por su valiosa guía y colaboración.

REFERENCIAS

1. Kaplan H, Kupper L, Morgenster D. Tratado de Psiquiatría. 2da ed. Madrid: Salvat; 1989. p. 364-86.
2. Climent C. "Lo esencial en Psiquiatría". 1ra ed. Colombia. 1989. p. 7 - 16.
3. Vidal G, Alarcón R. Psiquiatría. 4ta ed. , Bs As: Editorial Panamericana; 1986. p. 17 - 28.
4. Gonzales R. Psicología Médica. 1984. p. 156 - 86.
5. Maldonado E. "Sinopsis de Psicología Médica". 1ra ed. La Paz: Lilian; 1986. p. 45 - 52.6.
6. Alvado JM. Psicología. La Paz; 1989; p. 9 - 18.
7. Alvado JM. María. Psicología. La Paz: UMSA. 1989; p. 9 - 18.
8. Quiróz J. Psicología Educacional, Buenos Aires: Edición Médica Panamericana; 1987; p. 237 - 59.
9. Omonte A. Afectaciones emocionales en los familiares de suicidas de la ciudad de La Paz. (Tesis Licenciatura). La Paz: Hemeroteca Facultad de Psicología, UMSA; 2002. p. 6 - 8.
10. Peredo P. Identificación y Evaluación de las Intoxicaciones más comunes en la ciudad de La Paz. (Tesis Licenciatura). La Paz: Hemeroteca Facultad de Bioquímica y farmacia, UMSA; 1995.
11. Policía Técnica Judicial. Departamento Nacional de Estadística Criminal. Memoria estadística criminal. Quinquenio 1995-1999. La Paz, Bolivia.
12. Moreira D. Adolescencia y Suicidio. PM (en línea) 2002 (Fecha de acceso 31 de Octubre 2002). (21 páginas en pantalla). Disponible en: URL:
<http://home.abaconet.com.ar/abraxas/psico.htm>
13. Alberto D. Factores de riesgo en el adulto mayor. RACN (en línea) 2001 (Fecha de acceso 31 de Octubre 2002). (18 páginas en pantalla). Disponible en: URL: <http://www.ideaspiens/psicología/clínica/factores.htm>
14. Belloch A. Trastornos del estado de ánimo-Depresión. E (en línea) 2002 (Fecha de acceso 31 de Octubre 2002). (15 páginas en pantalla). Disponible en: URL:
<http://www.eradiomx.com/estudiante/selecta.asp>
15. Bhugra, D, Singh J, Fellow-Smith E. Conductas autolíticas en los adolescentes: Estudio realizado a dos colectivos étnicos. EJP (en línea) 2002 septiembre (Fecha de acceso 26 de Agosto 2002); 16(3): p. 149-156. ISSN 1579-699X disponible en:
<http://www.bvs.org.bo/lilacs>
16. Jenick M. Comparabilidad y representabilidad de los estudios descriptivos. En: Jenicek M., Cleroux M. eds. Epidemiología, Definiciones, Técnicas y Aplicaciones. Madrid: Salvat; 1987. p. 101-21.
17. Thomas B. Newman, Warren S. Browner, Stephen B. Hulley. Diseño de un Nuevo estudio: II. Bogotá: Javeriano; 2001.
18. Ruíz A. Introducción a los diseños de investigación en medicina clínica. En: Ruiz A, Gómez C, Londoño D. eds. Investigación Clínica: Epidemiología Clínica Aplicada. Bogotá: Javeriano; 2001. p. 113-31.
19. Moreno L, Moreno A. Diseños metodológicos en la investigación epidemiológica. En: Moreno L, Cano F, García H, eds. Epidemiología Clínica. 2da ed. México: Interamericana Mac Graw-Hill; 1998. p. 21-2.

Las señales comunes de advertencia del suicidio incluyen: Hacer afirmaciones suicidas. Estar preocupado con la muerte al conversar, escribir o dibujar. Regalar pertenencias. Distanciarse de amigos y familiares. Tener comportamiento agresivo u hostil. Es extremadamente importante que usted tome en serio todas las... Es extremadamente importante que usted tome en serio todas las amenazas de suicidio y busque tratamiento inmediato para su hijo o adolescente. Si eres un niño o un adolescente y tienes estos sentimientos, habla con tus padres, un amigo adulto o con tu médico inmediatamente para conseguir ayuda. Otras señales de advertencia pueden incluir: Descuidar el aspecto personal. Escaparse del hogar.

10 Principales Causas De Morbilidad En La Unidad De Emergencia Del Hospital Nacional San Rafael, Santa Tecla En El Periodo De Enero A Diciembre 2018. Uploaded by. Carolina Iraheta. Magnitud severidad efectividad factibilidad prioridad tasa de mortalidad 0 4 7 1.5 1 16.5 0 4 8 0.5 1 6 0.05 8 10 1.5 1 27 0 4 6 1.5 1 15 0 4 8 1.5 1 18 0 4 8 1.5 1 18 0 4 7 1.5 1 16.5 0.68 8. 10 1.5 1 27 0 4 9 0.5 1 6.5 0.63 8 10 1.5 1 27 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL, SANTA TECLA EN EL PERIODO DE PROBLEMA MUERTES TASA DE LETALIDAD TASA DE MORTALIDAD Septicemia no especificada 196 92.89 2.95 Neumonitis por aspiración 41 83.67 0.62 Neumonía. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias hospitalario: incidencia, causas y consecuencia. Jan 1999. 690-692. O Mirás. A De Dios. Estudio de la mortalidad en el Servicio de Urgencias del Hospital 12 de Octubre durante 1989. Jan 1991. 487-490. Cordoba Victoria. Se recogieron las variables sociodemográficas, de comorbilidad, clínicas y de laboratorio. Se calcularon el Pneumonia Severity Index (PSI) y el Índice de Barthel en el momento del ingreso. A su ingreso se asignaron de forma no aleatoria a un modelo de HC o al modelo de HA, consistente en ingreso en la unidad de corta estancia de urgencias y alta con seguimiento en el hospital de día de la unidad de enfermedades infecciosas o seguimiento a través de la unidad de hospitalización a domicilio. Select nationality afghanistan albania algeria andorra angola anguilla antigua and barbuda argentina armenia australia austria azerbaijan bahamas bahrain bangladesh barbados belarus belgium belize benin bhutan bolivia bosnia and herzegovina botswana brazil brunei darussalam bulgaria burkina faso burundi cambodia cameroon canada cape verde central african republic chad chile china congo congo, the democratic republic of the costa rica cote D'ivoire croatia cuba curaçao. AV SAAVEDRA, La Paz, Bolivia. Get Directions. 70140268. La Paz, Pasaje Kuljis, Bolivia. Community Organization, Organization. Servicio de Impuestos Nacionales. La Paz, Bolivia. Community Organization, Government Organization.