

11241 ²⁰ ₂₀

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICI
DIVISION DE ESTUDIOS DE POS
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
ISSSTE



METODO MAS FRECUENTEMENTE UTILIZA-
DO POR PACIENTES CON INTENTO SUICIDA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADUL-
TOS DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE
NOVIEMBRE"

TESIS CON
HALLAZGOS ORIGINALES

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD COMO
MEDICO PSIQUIATRA
P R E S E N T A :

ALBERTO RAMIREZ BARRERA
PSICOLOGIA
MEDICA

DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
U.N.A.M.



MEXICO, D. F.

1992

V. b. *Alvarez*

[Signature]



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
ENFERMEDADES MENTALES ASOCIADAS AL SUICIDIO	4
CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE QUIENES ATENTAN CONTRA SU VIDA	7
METODO DE SUICIDIO	9
MATERIAL Y METODO	12
RESULTADOS	14
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24
ANEXO	27

INTRODUCCION

El suicidio, acto de matarse a uno mismo intencionalmente, ha sido un fenómeno de inquietud a través de la historia de la raza humana. La definición del suicidio, tanto como una desviación del comportamiento, como un desorden o enfermedad, ha variado a través del tiempo (2). La primera nota documentada del suicidio está contenida en un papiro antiguo (2).

Los antiguos hebreos registraron sólo 5 suicidios en la biblia (todos relatados durante guerras); el único suicidio en el nuevo testamento es el de Judas Iscariot (2).

El suicidio fue tolerado como "enfermedad social" hasta que el cristianismo empezó a influenciar las actitudes sociales y legales, por lo tanto el suicidio fue considerado como pecado. En el Koran, el suicidio es más severamente condenado que el homicidio. En el Japón se practicaba el Hara-Kiri como un rito ceremonioso y se justificaba el suicidio como acto de honor. Los griegos le permitían el suicidio a los criminales (20). Con la llegada de la época de la Ilustración, el enfoque se alejó del pecado y se enfatizó que el suicidio era un desorden ocasionado por la influencia del medio ambiente sobre la conducta.

Aunque aproximadamente mil personas cometen suicidio diariamente, los expertos no se ponen de acuerdo para establecer alguna clasificación sobre el suicidio (2). El suicidio, ha llegado a ser un foco de interés para antropólogos, sociólogos, filósofos, psiquiatras, psicólogos, teólogos.

El sociólogo francés, E. Durkheim (2), consideraba al suicidio como un fenómeno social y lo clasificó en 4 tipos: altruista, egofsta, anónimo y fatalista.

El suicidio anónimo es el más frecuente y tiene lugar --

después de la disolución de un lazo familiar o una relación-- importante.

El suicidio altruista es menos común y se comete en beneficio de otras personas. El paciente puede concebir el suicidio como una forma de redimir el honor familiar o personal y de aliviar a alguien de la responsabilidad de hacerse cargo - de su persona.

El suicidio egofsta es el resultado de una falta de integración del individuo con la sociedad y en consecuencia piensa que no pertenece a ella, estas personas tienen pocos lazos familiares e interpersonales (13,20).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades enlista al suicidio en su clasificación, pero el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-III) no lo incluye. La lista de clasificaciones y explicaciones es bastante larga y refleja sólo nuestro pobre conocimiento de este fenómeno. El suicidio es el resultado final de un proceso, - no un proceso por sí mismo.

El suicio se encuentra ligado muchas veces a un suceso - en apariencia trivial que se supone desencadena la conducta - autodestructiva. Un análisis más cuidadoso indica que el suceso puede provocar una respuesta impulsiva, pero que existe además un avanzado proceso depresivo que ha sido expresado de manera episódica y conductual.

Algunos autores distinguen 3 formas principales del acto suicida: el gesto, el intento y el suicidio consumado (6,20).

El gesto suicida es aquella acción en que la persona no quiere morir, pero cuya acción impresiona como suicida en sus propósitos.

En el intento suicida el desenlace no necesariamente es fatal, ya que el intento es ambiguo, "es jugar con la muerte con una probabilidad letal variable". Hay inseguridad acerca de las consecuencias del intento.

El suicidio consumado, es un acto violento, generalmente predeterminado y con tendencia autodestructiva. Por lo tanto, aquéllos que consuman el suicidio están mucho más aislados socialmente y tienen muchas menos probabilidades de que sus actividades autodestructivas sean obstaculizadas (6).

ENFERMEDADES MENTALES ASOCIADAS AL SUICIDIO

En la medicina occidental, las enfermedades psiquiátricas tienen un enlace bien establecido con la conducta suicida. El suicidio es considerado como una forma diagnóstica de depresión. Los pensamientos suicidas, intentos suicidas y los suicidios consumados están asociados a una variedad de desórdenes mentales, que incluyen la depresión, esquizofrenia, alcoholismo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad borderlíne y antisocial (8).

Es de consideración la relación que existe entre la ingestión de alcohol y el suicidio, conductas que se encuentran estrechamente vinculadas.

La evidencia de ello se constata en innumerables investigaciones llevadas a cabo en poblaciones de alcohólicos que -- han consumado o intentado un suicidio, y que se encontraban -- bajo los efectos del alcohol. De esto se desprende que el -- suicidio es una de las causas de muerte más comunes entre per--
sonas alcohólicas (27).

Mayfield y Montgomery (27), determinaron que la relación entre alcoholismo y suicidio es una asociación entre intoxicación alcohólica y suicidio. Estos autores refieren dos mecanismos subyacentes al suicidio en personas intoxicadas: un mecanismo "abreactivo" y uno "depresivo". Los suicidios abreactivos se definen como repentinos, poco comunes e impredecibles, ya que se consuman cuando se empieza a ingerir bebidas alcohólicas o en el momento en el que el nivel de intoxicación se incrementa rápidamente, este tipo de pacientes presentan conductas agresivas, explosivas y agitadas. Por otro lado, los suicidios basados en una depresión inducida por el alcohol, por lo general ocurren después de dos semanas o más de beber en exceso y se caracterizan por un incremento en los síntomas depresivos y por presencia de retardo psicomotor y -

aislamiento.

El "síndrome depresivo por intoxicación crónica" relacionado al consumo de alcohol, es más letal que el tipo "abreactivo".

Asimismo la experiencia clínica y estudios diseñados cuidadosamente indican que los alcohólicos tienen alto riesgo para el abuso de benzodiazepinas (27). En un estudio previo -- (9) se demostró que los alcohólicos llegaban a la euforia con una dosis única de 1-mg de alprazolam por vía oral.

Por otra parte, la conducta suicida es incluida en el -- criterio del DSM-III que define el desorden de personalidad -- borderline, sin embargo, hay pocos estudios que informen la -- frecuencia y letalidad de este desorden (14). La asociación -- entre intento suicida y desorden de personalidad ha sido am -- pliamente reconocida. Owenstone (7) encontró que el 52% de -- hombres y 44% de mujeres tenían trastorno de personalidad, y -- Philip (7) encontró 50% de pacientes de su estudio con tras -- torto de personalidad.

El trastorno de personalidad borderline está asociado fre -- cuentemente con otros desórdenes psiquiátricos; estudios pre -- liminares sugieren que la comorbilidad con el desorden afecti -- vo y el abuso de sustancias incrementa la letalidad y frecuen -- cia del intento suicida (14).

La depresión juega un papel importante en el intento sui -- cida, sin embargo, no todos los pacientes deprimidos tienen -- tendencias suicidas. A pesar de esto, la depresión se corre -- laciona estrechamente con la conducta suicida (1). El factor -- más importante que une la depresión con el comportamiento sui -- cida es la desesperanza (22,23). Beck y otros (3) encontra -- ron que la desesperanza y las expectativas negativas son pre -- dictores importantes entre los que intentan el suicidio así --

como entre los que tienen ideación o riesgo suicida. Niveles altos se asocian con mayor motivación al suicidio, mientras que los niveles bajos se asocian a intentos "manipulatorios".

Tanto la depresión mayor (16) como el abuso de sustancias (16) están implicados como factores de riesgo en el adolescente suicida, sin embargo la interacción entre depresión mayor, abuso de sustancias, ideación e intento suicida es desconocida. Esto se dificulta debido a que la depresión mayor y el abuso de sustancias coexisten frecuentemente, haciendo difícil valorar cuál apareció primeramente.

En las psicosis el suicidio también está presente, sobre todo en los estados afectivos y la esquizofrenia, ya que tanto la depresión psicótica como la esquizofrenia se acompaña de alucinaciones y delirios. La proporción de esquizofrénicos que cometen suicidio, como la de los pacientes con desórdenes bipolares, indican que tienen el mismo riesgo de presentar suicidio (5,24).

Por lo anterior, la conducta suicida puede ser un síndrome separado que ocurre en cierto número de enfermedades mentales y puede ser mejor tratado si se presta mayor atención a los desórdenes psiquiátricos mayores (25).

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DE QUIENES ATENTAN CONTRA SU VIDA

Como se mencionó anteriormente se define al intento suicida como todo acto de daño en la personalidad con el propósito consciente de destruir su persona (28).

Toda la literatura remarca un término constante acerca de la personalidad de los individuos que intentan o cometen suicidio. El stress y la tensión incitan el intento suicida cuando éste es más grave o severo de aquél que casi toda la gente puede tolerar o ajustarse. De nuevo, los sociólogos, psiquiatras y psicoanalistas tienden a observar al suicidio como un fenómeno complejo, con un número de factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan. La interacción de estos factores sobre la personalidad del individuo es la que determina la consecuencia final.

Un número de estudios clínicos tratan de describir los rasgos de personalidad en el suicidio e intento suicida, estos son los siguientes:

Autor	Características de la personalidad
Fairbank, 1932	Personalidad rígida.
Stoneman, 1935	Marcada irritabilidad, ambivalencia, frustración sexual.
Williams, 1936	Inhabilidad para adaptarse a situaciones debido a componente narcisista integrado a la personalidad y a una marcada introversión.
Hopkins, 1937	Solitario, introvertido, asocial.
Raphael, et al., 1937	Personalidad pobremente integrada.
Siewers y Davidoff, 1942	Personalidad pobremente integrada.
Wall, 1944	Rígido, temperamento extremo cicloide o esquizoide, rechazado y no querido.

Autor	Características de la personalidad
Andics, 1947	Mal ajuste sexual, dificultad para hacer amistades.
Faris, 1948	Dependiente, egocéntrico.
Teicher, 1947	Inseguridad, exhibicionismo.
Rendin, 1950	Personalidad inmadura y asocial.
Batchelor, 1954	Personalidad vulnerable, dependencia, homosexualidad pasiva, timidez, con tendencia a la hipocondriasis, obsesividad.
Schneider, 1954	Rasgos de personalidad anormal.

Se ha establecido que los pacientes suicidas tienden a ser más rígidos cognitivamente que los no suicidas (19). Este fenómeno ha sido encontrado tanto en adultos como en niños (19). Es evidente que los pacientes suicidas tienen dificultad para generar alternativas para resolver problemas. Cuando una situación estresante interactúa con un pensamiento rígido, el paciente suicida no puede producir una respuesta a un problema específico, por lo que copia una conducta que llega a ser estrecha, por lo que prevalece la conducta suicida.

METODO DE SUICIDIO

Los fármacos resultan uno de los agentes más frecuentemente empleados como se demuestra en el estudio de Holland, - Massie, Grant y Plumb de 1975 (20). Las armas de fuego alcanzan cifras impresionantes en EUA (20); existen estudios que involucran a las quemaduras aparentemente accidentales como intentos suicidas, lo mismo ocurre en el caso de accidentes - automovilísticos (20). El ahorcamiento (20), es la forma de intento suicida que tiene más alto índice en la República Mexicana sobre todo para el sexo masculino y quizás se explique por su bajo costo y su fácil y sencillo acceso (a diferencia de la población femenina en México que utiliza más frecuentemente sustancias líquidas o sólidas para envenenarse) cortarse las venas de la muñeca o la yugular es otro medio aunque menos empleado.

Farberow en 1957 (12), estableció que los métodos de suicidio pueden dividirse en dos grupos: aquéllos que llegan al punto del que no hay retorno en forma rápida, y aquéllos en los que dicho punto se alcanza gradualmente. Los primeros, que incluyen la muerte por proyectil de arma de fuego, el ahorcamiento, salto desde una gran altura, se identifican casi exclusivamente con los suicidios consumados, mientras que el cortarse las venas de las muñecas o de la yugular se identifican casi por completo con intentos de suicidio. Asimismo, encontró que el método de intento suicida más frecuentemente utilizado tanto por hombres y mujeres fue el uso de barbitúricos en 34 y 54% respectivamente, seguido del corte de muñeca en 20 y 12% respectivamente, el envenenamiento figuró en el tercer lugar alcanzando 9% tanto para hombres como mujeres.

Mishara (18) en 1976 encontró que el método de intento de suicidio más frecuentemente utilizado fue la sobredosis de medicamento en 15% de mujeres y 8.3% de hombres, seguido por el corte de muñeca y el ahogamiento.

Rich (21) en 1988 encontró que el método de intento de suicidio más frecuentemente utilizado por los hombres fue el uso de arma de fuego en 60%, seguido de la sobredosis de medicamentos en 11%. En las mujeres, la sobredosis de medicamentos fue el método más empleado en 44% de los casos, seguido del uso de arma de fuego en 28%.

Fawcett en 1988 (13), estableció que los métodos de suicidio empleados por los hombres son potencialmente más fatales que los empleados por las mujeres. Entre los hombres es más probable que se utilice el ahorcamiento, las armas de fuego, el salto al vacío desde grandes alturas o la muerte por inmersión. Las mujeres con mayor frecuencia apelan a la sobredosis de drogas (a menudo litio, antidepresivos o benzodiazepinas combinadas con alcohol), ingieren sustancias venenosas o seccionan o perforan los vasos sanguíneos de las muñecas.

Bergman en 1991 (4), clasificó los métodos de intento de suicida en 3 grupos: pasivos, activos y combinación de métodos activos y pasivos.

Métodos pasivos:

- Drogas psicotrópicas (sin combinación con alcohol)
- Drogas psicotrópicas (en combinación con alcohol)
- Otras drogas o combinación de éstas (sin alcohol)
- Otras drogas o combinación de éstas (con alcohol)

Métodos activos:

- Ahorcamiento
- Saltar desde las alturas
- Corte superficial

Combinación de métodos activos y pasivos:

En México, Heman en 1984 (15), encontró que el método de intento de suicidio más utilizado fue el uso de veneno con 64.2%, seguido del uso de arma blanca y fuego con 11.4%.

Terroba en 1986 (26), encontró que el método de intento de suicidio más utilizado fue el uso de veneno con 71.60%, en segundo lugar el uso de arma blanca y fuego con 18.51%, seguido del estrangulamiento y precipitación con 9.87%.

Por último, Corlay en 1990 (10), encontró que el método de intento de suicidio más frecuentemente utilizado fue la sobredosis de medicamentos en 52.5%.

La presente investigación tiene como objetivo determinar el método más frecuentemente utilizado en el intento suicida, así como las variables demográficas (sexo y edad) en pacientes que ingresen al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional 20 de Noviembre.

MATERIAL Y METODO

La muestra consistió en 55 pacientes, que ingresaron al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional 20 de Noviembre, con diagnóstico de intento suicida.

El periodo de estudio comprendió 7 meses, de mayo a noviembre de 1990.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes con intento suicida entre 20 y 64 años de edad y que todos fueran derechohabientes del ISSSTE.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con intento suicida con trastorno en la conciencia, pacientes con intento suicida pero con trastorno psiquiátrico (psicosis), niños, -- adolescentes y ancianos con intento suicida.

Los criterios de eliminación fueron: pacientes con intento suicida no derechohabientes del ISSSTE, pacientes con intento suicida que rehusen el estudio.

De acuerdo a los criterios de exclusión la muestra se redujo a 36 pacientes. De éstos, 13 eran adolescentes, 2 de ellos presentaban brote psicótico, los 6 restantes eran adultos con cuadros de psicosis.

El instrumento de evaluación que se utilizó fue la escala de depresión de W.K. Zung.

La escala de depresión de Zung ofrece 20 proposiciones, cada una de ellas seguida de cuatro posibles respuestas. En la columna de las contestaciones, el paciente marca con una cruz la proposición que le parece más conveniente. Una vez completada la escala se utiliza una plantilla de plástico -- transparente que permite valorar de inmediato la prueba.

En las casillas de la plantilla vienen impresas la cuantificación de las respuestas y una serie de asteriscos que -- identifican las proposiciones invertidas; en efecto, 10 de -- las proposiciones se refieren más a la ausencia que a la existencia de síntomas depresivos.

Al margen de la escala, se anotan los valores numéricos-- atribuidos a cada contestación, representando el total la puntuación bruta del paciente. Esta puntuación total puede ex-- presarse en porcentaje. Una puntuación total de 40 representa el umbral superior de la normalidad; de 41 a 47, puede hablarse de depresión moderada; de 48 a 55, se trata ya de una-- depresión severa.

Con objeto de cubrirse contra un eventual intento de ma-- nipular la prueba por parte del paciente, Zung se vale de dos procedimientos:

1. Utiliza un número par de columnas a fin de evitar las con-- testaciones de la casilla central, mediante las cuales en-- enfermo intenta identificarse con el término medio.
2. Redacta las proposiciones seguidas de un asterisco en tér-- minos positivos, aun cuando se refieren a sentimientos ne-- gativos.

Esta táctica tiene por objeto evitar que el interesado - se oculte tras una tendencia media (30).

RESULTADOS

De un total de 36 pacientes, la media de edad fue de 42-años (rango 20-64).

La tabla 1 indica la muestra de pacientes, siendo un total de 36, de éstos, 26 fueron mujeres (72.23%) y 10 hombres (27.77%).

La tabla 2 muestra las edades comprendidas para ambos sexos, encontrando al grupo de 30-34 años de edad con la más alta incidencia (27.77%).

La tabla 3 indica que el grupo de hombres de 20-24 años de edad, alcanzó la más alta incidencia (30.00%).

La tabla 4 muestra que las mujeres del grupo de 30-34 años alcanzaron la más alta incidencia (34.61%).

La tabla 5 nos muestra que el método más frecuentemente utilizado fue el uso de fármacos, recurriendo a éstos con mayor frecuencia las mujeres, seguido de la combinación de métodos pasivos y activos.

La tabla 6 indica que el medicamento más utilizado con el que se cometió el intento suicida, fue el uso de las benzodiazepinas (47.82%), los pacientes que recurrieron más frecuentemente a éstas fueron las mujeres.

La tabla 7 ilustra el tipo de depresión más frecuentemente encontrada correspondiendo a la moderada con 63.88%.

TABLA 1. MUESTRA DE PACIENTES

	No.	%
HOMBRES	10	27.77
MUJERES	26	72.23
TOTAL	36	100.00

TABLA 2. EDADES COMPRENDIDAS

GRUPO	F	Fr	%
20-24	7	7	19.44
25-29	6	13	26.66
30-34	10	23	27.77
35-39	1	24	2.77
40-44	2	26	5.55
45-49	3	29	8.33
50-54	3	32	8.33
55-59	1	33	2.77
60-64	3	36	8.33

TABLA 3. EDADES COMPRENDIDAS EN HOMBRES

GRUPO	F	Fr	%
20-24	3	3	30.00
25-29	1	4	10.00
30-34	1	5	10.00
35-39	0	5	0.00
40-44	2	7	20.00
45-49	1	8	10.00
50-54	1	9	10.00
55-59	0	9	0.00
60-64	1	10	10.00

TABLA 4. EDADES COMPRENDIDAS EN MUJERES

GRUPO	F	Fr	%
20-24	4	4	15.38
25-29	5	9	19.23
30-34	9	18	34.61
35-39	1	19	3.84
40-44	0	19	0.00
45-49	1	21	7.69
50-54	2	23	7.69
55-59	1	24	3.84
60-64	2	26	7.69

TABLA 5. METODO UTILIZADO EN EL INTENTO SUICIDA

METODO			HOMBRES		MUJERES	
	No.	F	No.	%	No.	%
FARMACOS	23	63.88	5	50.00	18	69.23
CORTE DE MUÑECA	6	16.66	3	30.00	3	11.53
AMBOS	7	19.44	2	20.00	5	19.24
TOTAL	36		10		26	

TABLA 6. FARMACO UTILIZADO EN EL INTENTO SUICIDA

FARMACO			HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%
BENZODIAZEPINA	11	47.82	1	20.00	10	55.55
ANTICOMICIAL	4	17.40	3	60.00	1	5.55
DIVERSOS	2	8.70	1	20.00	1	5.55
NO SE ESPECIF.	6	26.08	0	0.00	6	33.33
TOTAL	23		5		18	

TABLA 7. TIPO DE DEPRESION

GRADO	No.	%
LEVE	10	17.77
MODERADA	23	63.88
SEVERA	3	8.35

DISCUSION

El suicidio o su intento en pacientes de un hospital psiquiátrico, tiene diferencias importantes con aquéllos vistos en hospitales no psiquiátricos (10).

Este estudio presenta algunas semejanzas con otros informes de hospitales generales a nivel mundial, así como algunas diferencias (12,13).

En nuestro análisis se encontró que el mayor número de pacientes con intento suicida correspondió a las mujeres -- (72.23%) contra un 27.77% en los hombres, esto es acorde con otros informes que mencionan una proporción de 3 a 1 a favor de la mujer (12,13).

Con respecto al grupo de edades comprendidas, encontramos una diferencia ya que el grupo de 30-34 años presentó la más alta incidencia de intento suicida a comparación de otros informes que mencionan que los grupos con más alta incidencia de intento suicida a comparación de otros informes que mencionan que los grupos con más alta incidencia se encuentran entre los 10-14 años, 15-19 años y 20-24 años (17).

Otra diferencia es cuando observamos la incidencia en -- hombres encontrando que el grupo de 20-24 años fue el más alto (30.00%) contra otros informes que mencionan al grupo de mayores de 45 años con la más alta incidencia (12,13).

Encontramos semejanza en la incidencia de intentos suicidas en los grupos de 20 a 40 años de edad, esto es acorde a otros informes.

En los métodos utilizados encontramos que los fármacos fueron los más utilizados para llevar a cabo el intento suicida (63.88%) siendo más frecuentemente el uso de métodos pasivos.

vos que activos (4). En nuestra muestra encontramos que en 6 casos no se pudo especificar la causa, debido a que los pacientes no desearon mencionar el fármaco utilizado.

Asimismo, encontramos que los fármacos más utilizados -- fueron las benzodiazepinas (47.82%), esto probablemente se deba a la mayor accesibilidad que tienen los pacientes de conseguir éstos.

Esto es acorde a otros informes previos que mencionan el uso frecuente de este tipo de fármacos (13,29).

Por último, encontramos que la depresión más frecuentemente encontrada correspondió a la de tipo moderado, siendo esto acorde a informes previos que la mencionan en 35 a 79% (11).

CONCLUSIONES

- 1.- El intento suicida fue más frecuente en mujeres.
- 2.- 27.77% de los casos correspondieron al grupo de 30-34 -- años de edad.
- 3.- El método más utilizado se limitó al uso de fármacos.
- 4.- Las benzodiazepinas fueron los fármacos más empleados para llevar a cabo el intento suicida, esto probablemente se deba a la mayor accesibilidad que tienen los pacientes de conseguir éstos.
- 5.- Convendría valorar el uso adecuado de los medicamentos, para evitar que los pacientes hagan mal uso de éstos.
- 6.- Existe gran relación entre el intento suicida y la depresión.
- 7.- Debe tomarse en consideración que no todos los pacientes que sufren depresión intenten suicidarse.
- 8.- El suicidio es un problema de salud mental, por lo que se deben realizar estrategias para tratar de prevenirlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Atala K, Baxter R.: Suicidal adolescents. Postgrad Med -- 1989; 86: 225-230.
2. Balon, R.: Suicide: Can we predict it? Comprehensive Psychiatry 1987; 28: 236-241.
3. Beck, A.: Hopelessness as a predictor of eventual suicide. Ann New York Acad Sc 1986; 90-95.
4. Bergman B, Brismar B.: Suicide attempts by battered wives. Acta Psychiatric Scand 1991; 83: 380-384.
5. Black D, Winokur G, Nasrallah A.: Effect of psychosis on suicide risk in 1593 patients with unipolar and bipolar - affective disorders. Am J Psychiatry 1988; 145: 849-852.
6. Calderón, J.: Suicidio en niños. Rev Mex Ped 1988; 51-56.
7. Casey, P.: Personality disorder and suicide intent. Acta Psychiatric Scand 1989; 79: 290-295.
8. Schiles J, Strosshal K.: Depression, hopelessness, and - suicidal behavior in chinese and american psychiatric patients. Am J. Psychiatric 1989; 146: 339-344.
9. Ciraulo D, Barnhill J.: Parental alcoholism as a risk factor in benzodiazepine abuse. Am J Psychiatry 1989; 146: 1333-1335.
10. Corlay, I.: Intentos de suicidio en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza. Análisis de los casos - atendidos de 1986 a 1988. Rev Med IMSS 1990; 28: 269-273.
11. Davis, A.: Short-term course of depression following --

- attempted suicide: a preliminary report. *Acta Psychiatric Scand* 1990; 81: 345-351.
12. Farberow N, Shneidman E.: ¡Necesito ayuda! Ed. Pren Med - Mex 1969; p. 40.
 13. Fawcet, J.: El paciente suicida. En *psiquiatría, diagnóstico y tratamiento* de Flanerty J. Ed. Panamericana 1988; - p. 70.
 14. Fyer M, Frances A.: Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 737-739.
 15. Heman, A.: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Sal Publ de Méx* 1984; 26: 39-49.
 16. Levy J, Deykin E.: Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1462-1467.
 17. Meneese W, Yutrzecka B.: Correlates of suicidal ideation among rural adolescents. *Suic Life Threat Behav* 1990; 20: 206-211.
 18. Mishara B, Gaker H.: The frequency of suicide attempts. A retrospective approach applied to college students. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 841-844.
 19. Orbach I, Joseph H.: Styles of problem solving in suicidal individuals. *Suic Life Threat Behav* 1990; 20: 56-64.
 20. Ramirez, J.: Estudio de suicidios en un hospital psiquiátrico. México 1983; p. 11.
 21. Rich C, Ricketts J.: Some differences between men and -- women who commit suicide. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 718-722.

22. Roberstein A, Federman R.: Depression. Sci Am Med 1989; - 3: 1-10.
23. Rudd, D.: An integrative model of suicidal ideation. Suic Life Threat Behav 1990; 20: 16-30.
24. Rund D, Hutzler J.: Psiquiatría en casos de urgencia. Ed. Limusa 1988; p. 77-94.
25. Stanley M, Stanley B.: Reconceptualizing suicide: a biological approach. Annals Psychiatry 1988; 18: 647-651.
26. Terroba G, Heman A.: El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Sal Publ de Méx 1986; 28: 48-55.
27. Terroba G, Saltijeral M.: El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Sal Publ de Méx 1986; 28: - 489-494.
28. Vinoda, K.: Personality characteristics of attempted suicides. Br J Psychiatry 1966; 112: 1143-1150.
29. Woods J, Katz J, Winger G.: Use and abuse of benzodiazepines. JAMA 1988; 260: 3476-3480.
30. Zung, W.: The measurement of depression 1965 en Sherwin - D. Cefalalgia de origen psicógeno. Trib Med de Méx 1982;- 2: 13-17.

PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG

Nombre completo:

Edad: Sexo:

Fecha:

Nunca o muy rara- mente	Algu- nas - veces	Con - bas-- tante fre-- cuen- cia	Siempre o la ma- yor par- te del- tiempo
----------------------------------	-------------------------	--	--

1. Me siento abatido, estoy triste, lo veo todo negro.
2. Por la mañana, me encuentro en mejor forma.
3. Tengo crisis de llanto o me dan ganas de llorar.
4. Tengo trastornos del sueño durante la noche.
5. Cómo tanto cómo antes.
6. Me gusta mirar, hablar o estar con hombres atractivos.
7. He notado que estoy per--diendo peso.
8. Tengo problemas de estreñimiento.
9. Mi corazón late más de -prisa que de costumbre.

PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG

Nombre completo:

Edad: Sexo:

Fecha:

Nunca o muy rara- mente	Algu- nas veces	Con -- basta- nte fre- cuen- cia	Siempre o la ma- yor par- te del- tiempo
----------------------------------	-----------------------	--	--

10. Me siento fatigado sin mo-
tivo.
11. Mis ideas son tan claras-
como antes.
12. Me resulta fácil hacer --
las cosas a las que estoy
acostumbrado.
13. Estoy agitado y no puedo-
quedarme quieto.
14. Soy optimista con respec-
to al futuro.
15. Estoy más irritable que -
de costumbre.
16. Encuentro que es fácil to-
mar decisiones.
17. Pienso que soy útil y que
los demás me necesitan.

PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG

Nombre completo:

Edad. Sexo:

Fecha:

Nunca o muy rara- mente	Algu- nas - veces	Con -- basta- nte fre- cuen- cia	Siempre o la ma- yor par- te del tiempo
----------------------------------	-------------------------	--	---

18. Mi vida está bien colmada.

19. Pienso que los demás se quedarían muy agusto si yo muriera.

20. Sigo disfrutando con las cosas como antes.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**