

11241
4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTA DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

NOMBRE DE LA TESIS

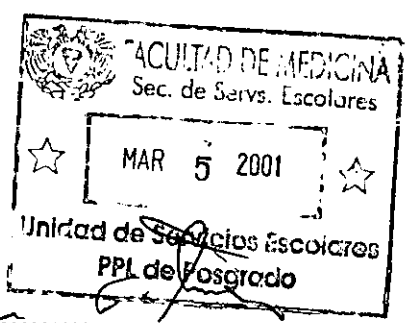
**CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LOS PACIENTES
QUE SE SUICIDARON EN EL HOSPITAL FRAY BERNARDINO ALVAREZ
DE 1983 A 1998**

Nombre del alumno: DR. JULIAN EDUARDO BOLAÑOS RODRÍGUEZ SAN MIGUEL

TUTORES

Dr. Carlos Campillo
(Metodológico)

Dr. Javier Alfaro Torres
(Teórico)



INSTITUCION PARTICIPANTE

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

290048

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LOS
PACIENTES QUE SE SUICIDARON EN EL HOSPITAL FRAY
BERNARDINO ALVAREZ DE 1983 A 1998**

Indice

	Pag.
Introducción.....	3
Antecedentes.....	8
Marco Teórico.....	20
Planteamiento del problema.....	26
Justificación.....	26
Objetivos.....	28
Metodología.....	28
Resultados.....	33
Conclusiones.....	46
Discusión.....	48
Bibliografía.....	51

INTRODUCCION

El Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, fue inaugurado en mayo de 1967. El principal objetivo de esta institución es el de atender en forma integral al enfermo mental mayor de 18 años de edad.

La prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades mentales, son unas de las funciones más importantes del hospital; estas se realizan en las diferentes áreas del nosocomio.

El área de urgencias, es el lugar donde la institución proporciona servicios a los enfermos que por su sintomatología aguda, requieren atención médica psiquiátrica urgente. En esta área los servicios se proporcionan durante las 24 horas del día todo el año. En ella son valorados todos los pacientes que ingresan al hospital, una de las causas más frecuentes de ingresos la ocupa la ideación ó intento suicida en los pacientes con diferentes diagnósticos psiquiátricos.

Cuando se decide ingresar a un paciente que presenta ideación o intento suicida, se hace en áreas de seguridad, en nuestra institución son el servicio de UMQAIP y el servicio de observación. Aquí permanecen los pacientes bajo cuidados médicos psiquiátricos intensivos vigilados. El personal de estas áreas sabe de antemano que estos pacientes pueden en cualquier momento atentar contra ellos mismos y para ello tienen una actuación cuidadosa y responsable ante este tipo de enfermos mentales. Generalmente cuando un médico

valora que la ideación suicida ha remitido, el paciente es trasladado al servicio de hospitalización continua para continuar su manejo médico. En este servicio es revalorado nuevamente por personal médico.

Sin embargo, en algunos casos, muy pocos afortunadamente y pese a todos los cuidados médicos y de enfermería y a las valoraciones médicas continuas, algunos pacientes han logrado suicidarse estando ingresados en las distintas áreas de nuestro hospital.

Sin lugar a dudas, el suicidio es causa frecuente que lleva al psiquiatra ante la reclamación judicial, surge cuando un paciente lleva a cabo una conducta suicida estando ingresando en un hospital o bien cuando sale de permiso o de alta, y también sí esta en tratamiento ambulatorio. En todos los casos el que reclama alega que el psiquiatra tenía que haber evitado el suicidio.

Ante ello es preciso dejar claro lo siguiente; hay que asumir que la conducta suicida, aún siendo un riesgo muy elevado de que aparezca en enfermos psiquiátricos, es difícilmente predecible y evitable.⁽¹⁹⁾ Y ello con las mejores medidas de seguridad.

Cuando una persona mentalmente enferma es incapaz de hacer juicios acerca de su bienestar físico personal, estas decisiones suelen tomarse por la opinión de un grupo de médicos hasta que la persona sea capaz una vez más de tomar tales decisiones.

En nuestro país, suele creerse que la sociedad tiene la responsabilidad y el derecho de proteger a las personas de sí mismas y de los demás, cuando se perciben mentalmente enfermos y peligrosos, pudiendo ser obligados por la vía legal a una evaluación y un tratamiento psiquiátrico.

En general, la tarea principal de un médico es el bienestar del paciente, pero en algunas circunstancias puede verse obligado a poner primero las necesidades de la sociedad. En muchos casos, puede utilizarse cuanta fuerza sea necesaria para llevar a una persona a un hospital psiquiátrico sin su consentimiento. En algunas ocasiones, la persona puede ser atendida también sin su consentimiento, después de una revisión del caso hecha por un comité o junta. ⁽¹⁴⁾

Las sociedades libres dan un valor alto a la libertad personal, aunque tienen también responsabilidades hacia todos sus ciudadanos. Con frecuencia, se acusa a los psiquiatras de ser limitadores arbitrarios de la libertad, aunque están obligados por ley a hacer admisiones involuntarias en ciertas circunstancias. Este es el caso de la mayoría de los pacientes que ingresan a nuestra institución con una ideación o intento suicida. ⁽¹⁴⁾

El suicidio es la última forma de expresar desesperación. La responsabilidad que conlleva el suicidio en hospitales psiquiátricos frecuentemente implica dudas en relación con las tasas de deterioro de los pacientes, a la presencia de signos clínicos indicadores de

riesgo durante la hospitalización y al conocimiento de los miembros de la plantilla de las respuestas a estas señales clínicas.

Alrededor de la mitad de los casos en que se da un suicidio mientras el paciente esta hospitalizado en una unidad psiquiátrica desembocan en problemas legales. La ley no exige que no se dé nunca un suicidio, sino que periódicamente sea evaluado el riesgo del paciente, que se formule un plan de tratamiento con un nivel alto de seguridad y que los miembros de la plantilla lleven a cabo este plan. Cuando se hospitaliza a un paciente por riesgo elevado de suicidio, el clínico debe estar disponible las 24 horas del día. La hospitalización urgente inmediata esta indicada cuando un paciente considerado seriamente suicida no puede comprometerse.

A pesar de que los pacientes considerados suicidas agudos pueden tener pronósticos favorables, los suicidas crónicos son difíciles de tratar y pueden agotar a sus cuidadores. Si el paciente es firme a su propósito, la observación constante de las enfermeras especiales, el aislamiento y la contención no evitan el suicidio, es así que Kaplan reporta que el 1 % de todos los suicidios se cometieron en pacientes tratados en hospitales generales, sin embargo, la tasa anual de suicidio en hospitales psiquiátricos es según Kaplan de 0.003%.⁽⁶⁾

Un porcentaje bajo, pero importante de pacientes que se suicidan, mientras están ingresados, lo hacen en otras zonas del hospital

(jardines, áreas de terapia), durante un permiso de fin de semana o cuando se ausentan sin autorización. ⁽⁶⁾

El riesgo de suicidio mas elevado para ambos sexos se da durante la primera semana de hospitalización psiquiátrica, después de tres a cinco semanas, los pacientes tienen un riesgo no tan grande como el de la población general.

A su vez, la tasa de suicidio de pacientes psiquiátricos disminuyen a medida que aumenta la edad. Esta diferencia se debe a que las personas mayores no llegan los servicios médicos.

Los momentos de rotación de la plantilla, particularmente de los psiquiatras residentes, son periodos que asocian con los suicidios de pacientes ingresados. Las epidemias de suicidios tienden a relacionarse con periodos de cambios ideológicos en el servicio, desorganización de la plantilla y desmoralización de la misma.

ANTECEDENTES.

Las tasas de suicidio varían mucho en todo el mundo. Los 15 por cada 100 mil de Canadá, alcanzaron al índice estadounidense de 13 por cada 100,000. Hungría se encuentra en el lugar número 40 y Grecia al final con tres. Los países escandinavos, excepto Noruega, fluctúan entre 20 y 30 y los países predominantemente católicos como Irlanda, Italia y México, tienen bajos índices de suicidio. ⁽¹⁴⁾

Índice y Prevalencia.

Según Borges, el suicidio tiene una importancia relativa en el conjunto de causas de muerte en nuestro país. En 1994 la mortalidad por suicidio representó un 0.6% del total de las muertes en la República Mexicana. En 1970 hubo 554 muertes por suicidio en nuestro país y en 1994, se presentaron 2603. Los cambios en la tasa de suicidio no se dieron de manera uniforme. Así entre 1973 y 1974 hubo incremento del 222.05% en la mortalidad por suicidio y a partir de este año, la tasa por suicidio entra en un nuevo escalón relativamente constante hasta 1985. De 1984 a 1985 la tasa de suicidio para la población total se incrementa 64.56% y entra así en otro nivel del que no ha bajado. Para el conjunto de la población el suicidio se incrementó en 156% entre 1970 y 1994. ⁽⁵⁾

En el trabajo realizado por Villanueva en nuestra institución, entre los años de 1968 y 1976 encontró que se suicidaron un total de 18

pacientes de los 479 casos reportados como egresos motivados por fallecimiento. Del total 15 fueron pacientes masculinos y tres pacientes femeninos. En este estudio se reportó un promedio de 2 a 3 suicidios intrahospitalarios por año. ⁽²³⁾

En el estudio realizado por Roy en 1995 ⁽¹¹⁾ en el hospital psiquiátrico de Brackville, en Ontario Canadá, encontró que de 37 pacientes que cometieron suicidio mientras permanecían hospitalizados, 24 fueron hombre y 13 mujeres, con una edad promedio de 38.9 años, 21 eran solteros, 5 casados y 2 divorciados, separados o viudos. 62% presentaron intentos previos, 75.7% eran esquizofrénicos. Concluyó que los pacientes psiquiátricos hospitalizados en riesgo de cometer suicidio son aquellos que han tenido conductas suicidas previas, los esquizofrénicos, con ingresos involuntarios y aquellos que viven solos; además el riesgo aumenta en los esquizofrénicos hospitalizados por tiempo prolongado.

Como puede sospecharse a partir de los índices divergentes de suicidio en diferentes países, los factores culturales y ambientales pueden tener una función de vulnerabilidad al suicidio, pero deben considerarse también los factores psicológicos y biológicos.

Factores Asociados.

- **Sexo.** Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, un valor que se mantiene constante en todas las edades. Las mujeres sin embargo, lo intentan cuatro veces más que los hombres. El

suicidio en México es un problema que afecta en mayor medida al sexo masculino. ⁽⁶⁾

- **Método.** Los métodos utilizados por las personas para cometer suicidio son básicamente con sustancias líquidas o sólidas, por ahorcamiento, por sofocación o estrangulamiento, por uso de armas de fuego o explosivos y por salto de lugares elevados.

La literatura indica que la proporción más alta de suicidios consumados en los hombres, se relaciona con los métodos que utilizan (armas de fuego, ahorcamiento ó saltos de lugares elevados). Las mujeres tienen más probabilidad de tomar una sobredosis de sustancias psicoactivas o de veneno, pero están comenzando a utilizar más a menudo armas de fuego. ⁽⁶⁾

En México, Borges en su estudio ⁽⁵⁾ refiere que respecto a los mecanismos de suicidio señalados en las defunciones de 1994 el método más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento con el 53% de los casos. Y en las mujeres el ahorcamiento y la ingestión de sustancias tuvieron porcentajes muy similares (33 y 32% respectivamente). El uso de armas de fuego le sigue en importancia para los hombres (33%).

- **Edad.** La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la crisis de la mediana edad, entre los hombres la proporción es máxima después de los 45 años y entre las mujeres

después de los 55 años. La tasa de suicidio esta creciendo más rápidamente entre la gente joven. Aquí en México Borges ⁽⁵⁾ señala lo siguiente: a partir de la década de los setentas comenzaron a aparecer suicidios en el grupo de infantes y escolares (0-14 años), el incremento en la tasa de suicidio es un fenómeno común a casi todos los grupos de edad que presentaron incrementos relativamente similares. Las excepciones son los grupos de 75-79 años (que presentaron una disminución) y los grupos de 80-84 y 85 y más (que presentaron grandes incrementos en las tasas de suicidios). El estudio concluye que la tasa de suicidio tiende a incrementarse con la edad en los varones. Para las mujeres, la tendencia de mortalidad por suicidio fue aplanada.

- **Raza.** Entre la juventud que vive en ghettos y determinados grupos autóctonos la proporción del suicidio es mayor. El suicidio en inmigrantes es más elevado.
- **Religión.** Históricamente, la proporción de suicidios entre la población católica ha sido menor que la existente entre protestantes y judíos. Parece ser que una medida más precisa de riesgo en esta categoría es el grado de ortodoxia e integración en la religión más que la simple afiliación institucional religiosa.
- **Estado civil.** Los casados con hijos tienen un menor riesgo de suicidio, los solteros registraron una tasa de suicidio de casi el

doble de los casados, sin embargo, las personas anteriormente casadas muestran tasas claramente mayores que las personas que nunca se han casado. El suicidio es más frecuente en personas que tienen una historia de suicidio en la familia y que socialmente están solos.

- **Profesión.** Cuanto más alto es el status social de una persona, más grande es el riesgo de suicidarse, aunque también la caída en el status aumenta el riesgo. El trabajo, en general protege en contra del suicidio. Es más elevado entre los desempleados que entre los trabajadores. Durante las recesiones y depresiones económicas y épocas de alto desempleo, aumentan las tasas de suicidio y disminuyen cuando hay empleo y durante la guerra. ⁽⁵⁾
- **Clima.** No se ha encontrado ninguna correlación estacional con el suicidio, en primavera y otoño se observa un ligero aumento, aunque contrariamente a la creencia popular no se incrementa en diciembre ni en periodos de vacaciones.
- **Salud física.** Es importante la relación existente entre la salud física, la enfermedad y el suicidio. La atención médica previa parece ser un indicador de riesgo de suicidio. Los estudios postmortem muestran que aparece una enfermedad física en el 25 hasta el 75% de todas las víctimas de suicidio. Los factores que se asocian con la enfermedad y que contribuyen al suicidio son las

perdidas de la movilidad entre personas en las que la actividad física es importante profesionalmente o recreativamente (desfiguramientos y dolor crónico intratable). Además de los efectos directos de la enfermedad, los secundarios, por ejemplo: la ruptura de relaciones y la pérdida de empleo, todos son factores predictivos. ⁽¹⁹⁾

Ciertos fármacos pueden producir depresión, que puede conducir al suicidio en algunos casos (reserpina, corticosteroides, antihipertensivos y algunos agentes anticancerígenos). ⁽⁵⁾

- **Salud mental.** Factores psiquiátricos altamente significativos en el suicidio son el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Casi el 95% de los pacientes que se suicidan o hacen tentativas tiene un trastorno mental diagnosticado. Los trastornos depresivos forman el 80% de este perfil, la esquizofrenia el 10% y la demencia o el delirio el 5%. Entre las personas afectadas mentalmente el 25% también son dependientes al alcohol y tienen ambos diagnósticos. Los pacientes que sufren depresión psicótica tienen el mayor riesgo de suicidio. En pacientes con trastornos depresivos es aproximadamente el 15%. El 25% de los pacientes que tienen una historia de conducta impulsiva o actos violentos también tiene un elevado riesgo. Este también aumenta con la hospitalización psiquiátrica previa por cualquier motivo. ^(5, 10, 19)

- **Pacientes psiquiátricos.** El riesgo de suicidio en pacientes psiquiátricos es de 3 a 12 veces mayor. El grado de riesgo varía según la edad, el sexo, el diagnóstico y la condición del enfermo según si es interno o ambulatorio. Después de equiparar la edad, los pacientes psiquiátricos varones y mujeres que han sido ingresados tienen un riesgo 5 y 10 veces mayor, respectivamente, en comparación con sus homónimos de la población en general. En pacientes ambulatorios varones y mujeres, que nunca han sido ingresados a un hospital para recibir tratamiento psiquiátrico, el riesgo de suicidio es tres a cuatro veces mayor, respectivamente. El alto riesgo de los pacientes psiquiátricos que han sido ingresados refleja el hecho de que los pacientes con varios trastornos mentales tienden a ser hospitalizados. ⁽⁴⁾

Factores Psicológicos.

- **Teoría de Freud.** Formuló la primera explicación psicológica. En su artículo "Duelo y melancolía", Freud establece su creencia de que el suicidio representa la agresión dirigida hacia adentro contra un objeto introyectado, ambivalentemente, libidinoso. Freud dudaba que existiera un suicidio sin el deseo prematuro de matar a alguien más. ⁽⁵⁾
- **Teorías actuales.** Los suicidiólogos contemporáneos no creen que una psicodinamia específica o una estructura de personalidad se

relacione con el suicidio. Sin embargo, han escrito lo mucho que se puede aprender sobre la psicodinamia de los pacientes suicidas a partir de sus fantasías, sobre lo que les ocurriría o cuáles podrían ser las consecuencias si ellos se fueran a suicidar. Tales fantasías a menudo incluyen deseos de venganza, poder, control, o castigo; para expiación de culpas, sacrificio, o reparación; para escapar o dormirse; o para salvarse, renacer, reunirse con la muerte; o una nueva vida. Los pacientes suicidas que tienen más posibilidades de llevar a cabo las fantasías suicidas son aquellos que han sufrido la pérdida de un objeto amado o han sufrido un daño narcisista, los cuales experimentan afectos abrumadores como ira y culpa, o se identifican con una víctima suicida. ⁽¹⁰⁾

Las personas deprimidas pueden hacer intentos suicidas cuando parece que se recuperan de su depresión. Y una tentativa puede causar una depresión más duradera, especialmente si satisface la necesidad del paciente de castigarse. De igual relevancia, muchos pacientes utilizan el suicidio como una vía de rechazo a la depresión insoportable y al sentimiento de desesperanza. De hecho, en un estudio de Aarón Beck, se encontró que la desesperanza es uno de los indicadores más precisos a largo plazo del riesgo suicida. ⁽⁵⁾

- **Teoría de Menninger.** Basado en los conceptos de Freud, Karl Menninger en “El hombre contra sí mismo” entiende al suicidio como un asesinato retroflejo, un homicidio invertido como resultado

de la cólera del paciente contra otra persona, que es dirigida hacia el interior o usada como una excusa para el castigo. También describió un instrumento de muerte autodirigido (el concepto de Thanatos de Freud) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. ⁽¹⁰⁾

Factores Biológicos.

- **Genética.** Se ha sugerido la existencia de un factor genético en el suicidio. Los estudios muestran que tiende a presentarse en determinadas familias. Por ejemplo: durante todos los estadios del ciclo de vida, se presenta significativamente más a menudo una historia de suicidio entre personas que han intentado suicidarse que entre aquellos que no lo han hecho. El riesgo de suicidio para los familiares del primer grado de pacientes psiquiátricos es ocho veces mayor que la de los familiares de grupo control. Además el riesgo de suicidio entre los familiares de primer grado de pacientes psiquiátricos que cometieron suicidio resultó cuatro veces mayor que el encontrado entre los familiares de pacientes que no se habían suicidado. ^(5, 10)

Es probable que existan factores genéticos en el suicidio, fundamentalmente aquellos factores implicados en la transmisión del trastorno bipolar I, la esquizofrenia y la dependencia del alcohol (los trastornos mentales más frecuentemente asociados a suicidio). Sin embargo, un factor genético puede ser independiente o

añadido a la transmisión genética de un trastorno mental. Podría ser un factor genético para la impulsividad, que se relacione con una anomalía en el sistema central serotoninérgico.

- **Neuroquímica.** Se encontró una deficiencia de la serotonina, medida como una disminución en el metabolismo del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en un grupo de pacientes deprimidos que intentaron suicidarse. Estos pacientes que lo intentaron por medios violentos, tenían un nivel de 5-HIAA más bajo en el líquido cefalorraquídeo que en aquellos pacientes deprimidos que no se suicidaron o que lo intentaron por métodos menos violentos. También se han encontrado unos posibles marcadores periféricos de la conducta suicida. Entre los pacientes deprimidos que muestran dicha conducta, se han observado la relación con los altos niveles de cortisol libres en la orina.

Algunos estudios han encontrado ensanchamiento ventricular o electroencefalogramas anormales en algunos pacientes suicidas.

Las muestras de sangre analizadas para monoaminooxidasa (MAO) de las plaquetas de un grupo de voluntarios normales, reveló que las personas con el nivel más bajo de la enzima en sus plaquetas tenían una prevalencia de suicidio en sus familias, ocho veces mayor que comparado con personas con altos niveles de la enzima. Existe clara evidencia de la alteración de la actividad de las plaquetas MAO en los trastornos depresivos. ^(1, 5)

El clínico debe estimar el riesgo de suicidio de un paciente concreto sobre la base de un examen clínico, siempre debe preguntar por la ideación suicida como parte del examen mental. Ocho de cada diez personas que finalmente se matan, avisan de su intento. El 50% dice abiertamente que quiere morir. Si el paciente confiesa un plan de acción, este es un signo particularmente peligroso. También, una señal nefasta se da cuando un paciente que ha amenazado con el suicidio se tranquiliza y esta menos inquieto que antes. ⁽¹³⁾

Algunos pacientes experimentan un sufrimiento tan grande e intenso o crónico y sin respuesta al tratamiento, que finalmente el suicidio se percibe como inevitable. Por suerte, estos pacientes son relativamente infrecuentes. ⁽¹⁴⁾

La evaluación de un suicidio potencial requiere la realización de una historia psiquiátrica completa; un examen cuidadoso de estado mental del paciente; un estudio de los síntomas depresivos, de los pensamientos suicidas, propósitos, planes y tentativas. La falta de planes para el futuro, regalar posesiones personales, hacer testamento o sufrir una pérdida reciente, aumenta el riesgo. La decisión de hospitalizar al paciente depende del diagnóstico, de la gravedad de la depresión y la ideación suicida, de la capacidad de salir adelante del paciente y de su familia, de sus medios de vida, la disponibilidad del apoyo social y la ausencia o la presencia de factores de riesgo para suicidio.

Año con año, la mortalidad por suicidio se ha incrementado en el país, y por lo que se conoce del comportamiento de este problema, en otras partes del mundo, y de los cambios en el perfil poblacional y epidemiológico de México, parece difícil que este incremento sea pasajero. La evolución ascendente del suicidio, así como los cambios sociales concomitantes tales como el incremento en la urbanización, la migración, la disolución de las redes familiares tradicionales, el aumento en el consumo de drogas por los jóvenes, y los cambios en el perfil epidemiológico en el país, llevan a pensar que este es un buen momento para iniciar acciones de investigación y preventivas.

Así el objetivo de este trabajo es ofrecer una panorámica del suicidio en los pacientes hospitalizados en nuestra institución en los últimos dieciséis años.

MARCO TEORICO.

Según la clasificación NASH ⁽²⁾ existen cinco formas de morir: naturales, accidentales, suicidios, homicidios y no especificadas. Además, estas pueden ser intencionadas, subintencionadas y no intencionadas.

Fue el abate Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleo el termino suicidio (sui-sí mismo y cidio-matar). ⁽²⁾

Muy relacionados con este término están los siguientes:

- Acto suicida. Todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.
- Parasuicidio. Acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.
- Conductas autodestructoras directas o conscientes. Corresponden a las tentativas de suicidio y al suicidio consumado.
- Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes. Tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidos como actos suicidas (equivalente suicidas, suicidio palma a palma).

- Autolesión intencionada. (Deliberate self-Harm). Término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.
- Ideación suicida. Comprenden desde la idea fugaz de la dificultad de vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsiva o planeada. (6, 10)

A través de la historia la postura del suicidio ha sido diferente según el momento histórico. Así en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio. Basta mencionar a Seneca el estoico quien dijera “el vivir no es bien, sino se vive bien”, “morir antes o después es irrelevante”, “ la vida no es comprada sea cual sea el precio”.

En el siglo IV después de nuestra era, Constantino I llamado el Grande, oficializo el cristianismo y con ello se asumió una actitud de rechazo, San Agustín consideraba al suicidio como un crimen y Santo Tomas como un pecado, sino el mayor de todos pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida.

Este rechazo duro siglos por la propia influencia de la religión, y aún este es su punto de vista.

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva positiva frente al suicidio. Hume expresa "si no es un crimen que, ya cambia el curso del Nilo o Danubio. ¿Donde esta el crimen?, ¿en cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre?".⁽¹⁰⁾

A finales del siglo XIX comenzó la era moderna en la interpretación del suicidio con los trabajos de Durkheim y Freud. Durkheim realizó un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es el resultado de la debilidad de la sociedad sobre el individuo y define tres tipos.

- Suicidio altruista.- Literalmente pedido por la sociedad de acuerdo a la cultura, normas y costumbres, ejemplo: harakiri de los Samurais.
- Suicidio egoísta.- En el cual la persona tiene pocos lazos con la comunidad, no hay prácticamente exigencias sociales para el individuo.
- Suicidio anónimo.- Se produce una ruptura entre la sociedad y el individuo, pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio. etc.

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio. Consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido introyectado. Según Freud,⁽⁶⁾ un crimen al que se le ha dado un giro de 180 grados. Zilborg⁽⁶⁾ retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla, considera al suicidio no solo como una fuente

de hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros. Karl Menninger ⁽⁶⁾ considera que en todo suicida se encuentran implicados tres deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseo de morir.

Ambos enfoques, el sociológico y el psicológico son enfoques unilaterales de este dramático problema.

El suicidio también puede clasificarse según su forma clínica. Así tenemos. ⁽¹⁰⁾

1. Suicidio ampliado. Es aquel en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo; madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitar "los sufrimientos que la vida conlleva".
2. Suicidio por desesperación. Es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo; fracaso amoroso y pérdida de un ser querido.
3. Suicidio por medio. Se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo; pérdida de la virginidad en familias moralistas.

4. Suicidio por venganza o chantaje. El suicida con su muerte pretende castigar a otros. Por ejemplo persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
5. Suicidio por sacrificio. La muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo; El líder ortodoxo, Eduardo Chibás, se suicido en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política del régimen cubano.

Menninger ve otro aspecto del suicidio, los llamados suicidios subintencionados o suicidios crónicos que son conductas usuales que atentan contra la vida y que conforman un grave peligro para ella como son los actos imprudentes o temerarios, las omisiones significativas, los excesos significativos y la conducta antiterapéutica.

A pesar de estos trabajos recientes sobre el suicidio y otros muchos realizados dentro y fuera de nuestro país, aún no se conoce con certeza la causa del suicidio, el cual responde a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, existen los llamados factores de riesgo que pueden predecir en cierta medida la posibilidad suicida.

Según Stengel ⁽¹⁰⁾ éstos son los siguientes.

1. Sexo masculino.
2. Mayor riesgo según aumenta la edad.

3. Más frecuentes en viudos, solteros y divorciados.
4. Carencia de hijos.
5. Alta densidad de población.
6. Residencia en grandes ciudades.
7. Alto estándar de vida
8. Crisis económica.
9. Consumo de alcohol.
10. Intentos suicidas previos.
11. Familiares suicidas o con intentos de suicidio.
12. Enfermedad física asociada.
13. Expresión manifiesta de la intención suicida.
14. Planificación del acto suicida.
15. Letalidad del método empleado.
16. Vivir solo
17. Enfermedad psiquiátrica asociada (trastornos depresivos, esquizofrenia, alcoholismo).

El estudio se realiza para conocer las características epidemiológicas de los pacientes que se han suicidado intrahospitalariamente en el H.P.F.B.A. en los últimos dieciséis años.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han detectado que cuando un paciente se suicida en nuestro hospital, frecuentemente se genera un clima de confusión entre el personal médico y los familiares; aunque son muy pocos los casos, esto en algunas ocasiones conlleva a instancias legales siendo importante conocer cuales son las características clínico epidemiológicas de los pacientes que se han suicidado en los últimos dieciséis años.

JUSTIFICACION

El suicidio es la ultima forma de expresar la desesperación. Se dice que es raro el suicidio en la ausencia de un trastorno psiquiátrico profundo. Numerosas "autopsias psicológicas" del suicidio, hechas por medio de entrevistas con los familiares y los amigos después de las muertes, indican que en la mayoría de los casos existía una enfermedad mental. Los factores de riesgo para el suicidio pueden ser catalogados de acuerdo a: la epidemiología, antecedentes, condiciones físicas del paciente, condiciones psicopatologicas y conductas suicidas previas. Los riesgos deben conocerse, analizarse y utilizar los cuidados médicos necesarios para el tratamiento de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se han detectado que cuando un paciente se suicida en nuestro hospital, frecuentemente se genera un clima de confusión entre el personal médico y los familiares; aunque son muy pocos los casos, esto en algunas ocasiones conlleva a instancias legales siendo importante conocer cuales son las características clínico epidemiológicas de los pacientes que se han suicidado en los últimos dieciséis años.

JUSTIFICACION

El suicidio es la ultima forma de expresar la desesperación. Se dice que es raro el suicidio en la ausencia de un trastorno psiquiátrico profundo. Numerosas "autopsias psicológicas" del suicidio, hechas por medio de entrevistas con los familiares y los amigos después de las muertes, indican que en la mayoría de los casos existía una enfermedad mental. Los factores de riesgo para el suicidio pueden ser catalogados de acuerdo a: la epidemiología, antecedentes, condiciones físicas del paciente, condiciones psicopatologicas y conductas suicidas previas. Los riesgos deben conocerce, analizarse y utilizar los cuidados médicos necesarios para el tratamiento de estos pacientes.

Para estar defendidos ante una reclamación es preciso haber tenido una actuación adecuada y responsable y en estos casos la responsabilidad pasa por tener un conocimiento próximo del paciente, pensar e investigar la posibilidad de suicidio y en caso de que exista, tomar las medidas necesarias, tanto terapéuticas como de seguridad. Hay que comunicar al resto del equipo asistencial e incluso al responsable del servicio o del hospital por si de ellos depende algún tipo de medida preventiva y de todo hay que dejar constancia por escrito.

El suicidio es una actividad personal y la opción final dependerá del individuo aun cuando sufra enfermedad mental debe comprenderse completamente y sin culpabilidad que el suicidio siempre estará disponible en los pacientes psiquiátricos ya que una de las características principales de este tipo de pacientes es la impredecibilidad.

Se ha observado que el impacto en la familia abarca un conjunto de reacciones que comprende sentimientos de desamparo, rechazo, alivio, culpa, responsabilidad, negación, identificación y vergüenza. Este patrón es modificado por características tales como la naturaleza del suicidio, la edad del difunto y la condición física, la red de apoyo y la habilidad para resolver el duelo. Las reacciones del personal médico al suicidio de un paciente son similares a las que se ven en los miembros de una familia, aun que frecuentemente ellos no sientan que tiene el mismo derecho de expresarlas y también puede incluir el

cuestionar el criterio profesional. Con frecuencia es útil para el personal conducir una autopsia psicológica en un intento de comprender él porque y como ocurrió el suicidio; es por ello que se pretenden conocer las características epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en el H.P.F.B.A., en los últimos dieciséis años.

Con el análisis de estas características se pretende identificar a los pacientes en riesgo de cometer suicidio durante un ingreso en nuestra institución, además de proponer un programa de actuación a la plantilla médica ante el suicidio de un paciente Hospitalizado.

OBJETIVOS

- 1.-Identificar las características clínico epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en nuestro hospital de 1983 a 1998.
- 2.-Conocer las tasas de suicidio en nuestra institución de 1983 a 1998.

METODOLOGIA

Diseño

Se planteo la realización de un estudio retrospectivo.

cuestionar el criterio profesional. Con frecuencia es útil para el personal conducir una autopsia psicológica en un intento de comprender él porque y como ocurrió el suicidio; es por ello que se pretenden conocer las características epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en el H.P.F.B.A., en los últimos dieciséis años.

Con el análisis de estas características se pretende identificar a los pacientes en riesgo de cometer suicidio durante un ingreso en nuestra institución, además de proponer un programa de actuación a la plantilla médica ante el suicidio de un paciente Hospitalizado.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar las características clínico epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en nuestro hospital de 1983 a 1998.
- 2.- Conocer las tasas de suicidio en nuestra institución de 1983 a 1998.

METODOLOGIA

Diseño

Se planteo la realización de un estudio retrospectivo.

cuestionar el criterio profesional. Con frecuencia es útil para el personal conducir una autopsia psicológica en un intento de comprender él porque y como ocurrió el suicidio; es por ello que se pretenden conocer las características epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en el H.P.F.B.A., en los últimos dieciséis años.

Con el análisis de estas características se pretende identificar a los pacientes en riesgo de cometer suicidio durante un ingreso en nuestra institución, además de proponer un programa de actuación a la plantilla médica ante el suicidio de un paciente Hospitalizado.

OBJETIVOS

- 1.- Identificar las características clínico epidemiológicas de los pacientes que han cometido suicidio en nuestro hospital de 1983 a 1998.
- 2.- Conocer las tasas de suicidio en nuestra institución de 1983 a 1998.

METODOLOGIA

Diseño

Se planteo la realización de un estudio retrospectivo.

Universo y muestra

Se planteo identificar las características clínico epidemiológicas de todos los pacientes que cometieron suicidio del año 1983 a 1998. Para esto se utilizaron los expedientes del archivo clínico del hospital.

*** Criterios de inclusión.**

- 1.- Pacientes que se suicidaron dentro de este hospital de 1983 a 1998
- 2.- Cualquier sexo.
- 3.- Que cuenten con expediente clínico en el archivo del hospital.
- 4.- Grupo aleatorio de 51 pacientes que ingresaron al hospital por presentar intento de suicidio entre 1983 a 1998

*** Criterios de exclusión.**

- 1.- Pacientes que no cuenten con expediente clínico.
- 2.- Pacientes que no hayan muerto por suicidio.

Para realizar este estudio, se identificaron las características clínico-epidemiológicas de todos los pacientes que cometieron suicidio en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, estando ingresados en los años 1983 a 1998. Para ello se seleccionaron de la libreta de registro de defunciones del servicio de admisión a todos los pacientes cuyo motivo de alta fue el de muerte.

Se seleccionaron únicamente a los pacientes cuyo motivo de alta fue el de muerte por suicidio.

Se tomarán los datos clínico-epidemiológicos de cada uno de los pacientes que incluyeron antecedente personales, condiciones físicas y psicopatológicas, así como características de la conducta suicida, para esto se diseñó un instrumento clínico que contiene los indicadores que Hanke ⁽²¹⁾ señala de alto riesgo para suicidio, agregándose las variables: tiempo de estancia intrahospitalaria número de ingresos, diagnóstico, ingreso voluntario o involuntario y ocupación. El instrumento mencionado incluye.

1.- FACTORES DE RIESGO EPIDEMIOLOGICOS.

- a) Separado, divorciado, viudo, soltero, casado.
- b) Mayor de 45 años (edad)
- c) Masculino/Femenino.
- d) Raza.
- e) Pérdidas recientes (amorosas, muertes, económicas, laborales).
- f) Protestante, Católico ó Judío (Religión).
- g) Primavera, verano, otoño, invierno.
- h) Empleado/Desempleado.
- i) Escolaridad.

2.- ANTECEDENTES.

- a) Historia familiar de conducta suicida.
- b) Intentos o conducta suicida previa.

3.- CONDICIONES MEDICAS.

- a) Enfermedad crónica o terminal.
- b) Dolor crónico.
- c) Insomnio severo o persistente.

4.- CONDICIONES PSICOPATOLOGICOS.

- a) Pobre control de impulsos.
- b) Prueba de realidad disminuida.
- c) Psicosis u organicidad.
- d) Depresión.
- e) Abuso de drogas o alcohol..
- f) Trastorno de personalidad.

5.- CONDUCTA SUICIDA.

- a) Métodos o medios letales.
- b) Intentos persistentes serios anteriores.
- c) Recado póstumo.
- d) Vivir solo.
- e) Tiempo de estancia hospitalaria.
- f) Diagnostico.
- g) No. de ingresos hospitalarios.
- h) Ingreso voluntario ó involuntario.

Una vez identificada la muestra total de pacientes suicidas con expediente clínico en el archivo del hospital, se selecciono en forma aleatoria, un grupo de pacientes que ingreso a nuestra institución entre los años de 1983 a 1998 por presentar intento suicida y que fueron dados de alta por mejoría clínica.

Se identificaron las características clínico epidemiológicas señalados en el instrumento, en los dos grupos de pacientes. En total se incluyeron 80 pacientes en el estudio.

El primer grupo de pacientes estuvo integrado por 34 casos, en el se incluyeron a los pacientes que se suicidaron estando ingresados en el hospital de los años 1983 a 1998. Se excluyeron cinco pacientes, ya que no se encontraron los expedientes clínicos en el archivo del hospital, en total este grupo se integró con 29 pacientes.

El segundo grupo se integro con 51 pacientes seleccionados en forma aleatoria. Estos pacientes ingresaron al hospital por presentar intento de suicidio; después de un tiempo de estancia intrahospitalaria todos fueron dados de alta por mejoría clínica. Se incluyeron pacientes que ingresaron y egresaron entre los años de 1983 a 1998.

RESULTADOS

El suicidio representó el 21.38% como causa de muerte del total de las defunciones del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de 1983 a 1998. Esto nos indica que de cada diez muertes que ocurrieron en la institución en este lapso de tiempo dos fueron por suicidio.

Se observa que durante los años de 1983 a 1987 se registraron 15 casos de suicidio (44.11%). Del año 1989 a 1992 se registraron 10 casos (29.41%). A partir de 1993 se observa una disminución en el número de casos y de este año a 1998 se registraron solo nueve casos (26.47%).

En el año de 1988 no se registraron casos de suicidio. En el año de 1984 se registró el mayor número de casos con cinco. (Tabla I).

En general se observa que la tasa global de mortalidad tiende a disminuir anualmente, mientras que el número de suicidio consumados en paciente hospitalizados tiende a ser constante de uno a tres casos por año.

La tasa global de suicidio consumado en pacientes hospitalizados entre los años 1989 a 1998 fue del 0.063%. no fue posible obtener la tasa a partir de 1983, puesto que solo se aportaron datos de ingresos y egresos hospitalarios totales a partir de 1989 en el archivo del hospital. (Tabla II).

Tabla I.**Defunciones y suicidios de 1983-1998**

Año	Defunciones			Suicidios		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total
1983	14	7	21	0	1	1
1984	16	6	22	4	1	5
1985	14	4	18	2	1	3
1986	7	4	11	2	1	3
1987	6	1	7	3	0	3
1988	7	5	12	0	0	0
1989	2	4	6	0	2	2
1990	7	4	11	2	1	3
1991	4	8	12	1	2	3
1992	4	6	10	2	0	2
1993	4	1	5	1	0	1
1994	4	3	7	2	0	2
1995	2	1	3	1	0	1
1996	1	4	5	0	1	1
1997	2	3	5	2	1	3
1998	1	3	4	1	0	1
	95	64	159	23	11	34

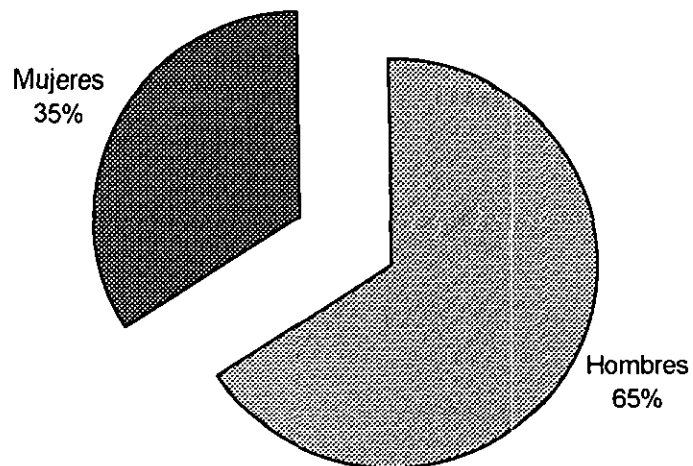
Tabla II.

Ingresos y egresos hospitalarios de 1989-1998

Año	Ingresos	Egresos
1989	2,982	2,911
1990	2,781	2,804
1991	3,172	3,102
1992	3,303	3,361
1993	3,167	3,273
1994	2,745	2,859
1995	2,687	2,705
1996	2,900	2,868
1997	2,958	3,006
1998	2,856	2,841
	29,551	29,730

Los datos clínico epidemiológicos obtenidos indican que los hombres cometieron más suicidio en comparación con las mujeres, la proporción fue de 2:1 respectivamente. En el grupo de pacientes que intentaron suicidarse la cantidad de hombres fue menor que la de mujeres (1:1-5). Gráfica I

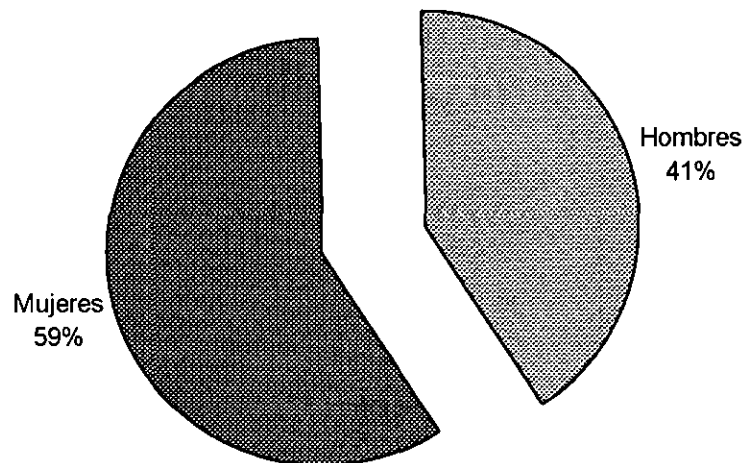
Por sexos



Grupo I

2:1

Pacientes con suicidio consumado



Grupo II

1:1.5

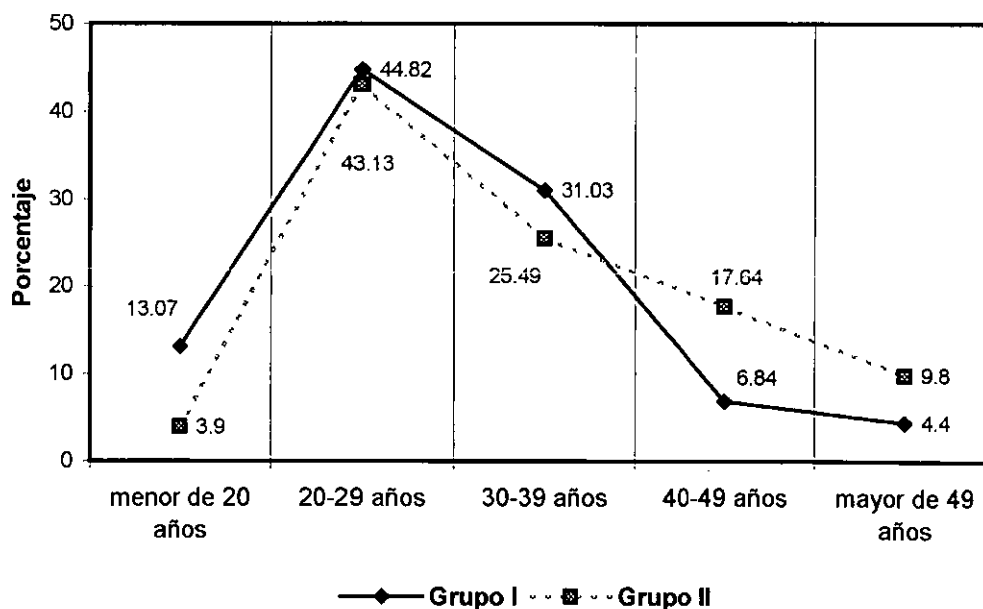
Pacientes con intento suicida

Gráfica I

Entre los pacientes que se suicidaron, la gran mayoría eran solteros (79.3%). Este porcentaje fue menor en el grupo de pacientes que solo lo intentaron (58.8%).

La edad media del primer grupo de pacientes fue de 28.8 años, mientras que la edad media del segundo grupo fue de 32.5 años. En el primero y segundo grupo se observa que el mayor número de casos se registra entre el rango de edad comprendido entre los 20-29 años (gráfica 2). En ambos grupos el número de casos disminuye a medida que aumenta la edad.

Gráfica por grupo de edades



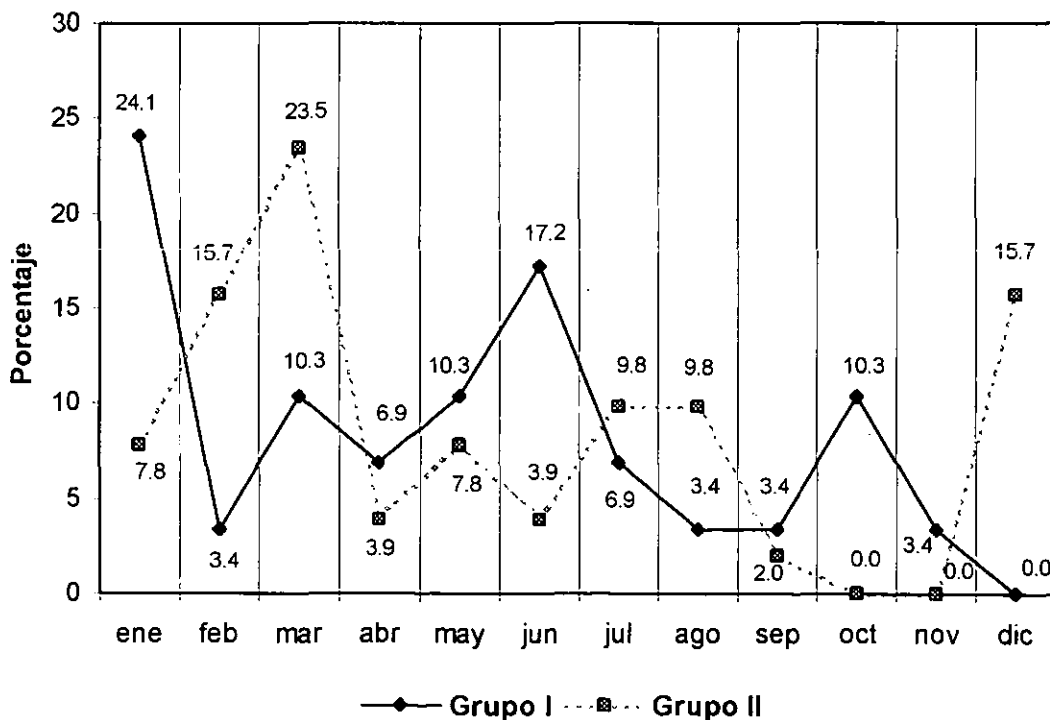
Gráfica 2

La variable raza no tuvo aplicación en este estudio ya que todos los pacientes fueron reportados mestizos.

El grupo que consumó el suicidio tuvo mayor cantidad de pérdidas recientes (24.13%) en comparación con el grupo que solo lo intentó (11.76%).

El mes que presentó mayor riesgo para suicidio consumado fue enero, seguido del mes de julio. En el segundo grupo de pacientes marzo fue el mes que presentó mayor número de ingresos por intento suicida, seguido por los meses de febrero y diciembre., en general los meses de invierno (enero, febrero y marzo) tuvieron el mayor número de casos de suicidios consumados e intentos suicidas. Gráfica 3

Mes de suicidio o intento suicida



Gráfica 3

En general se observó una mayor cantidad de desempleados en el grupo que intentó suicidarse en comparación con los pacientes que completaron el suicidio (35.29% y 20.69% respectivamente). También en el segundo grupo había una mayor cantidad de amas de casa, estudiantes y profesionistas.

En el primer grupo solo se registraron dos pacientes con antecedentes familiares de suicidio de los 29 pacientes incluidos. En el segundo grupo no se encontró reportada esta variable en ninguno de los casos.

En ambos grupos, los intentos previos de suicidios tuvieron porcentajes similares (62.1% y 66.7%) para el primero y segundo grupo respectivamente.

Mayor cantidad de pacientes del primer grupo (20.6%) registraron presencia de enfermedades crónicas; en el segundo grupo un 11.76% reportaron este tipo de enfermedades. Para ambos grupos los padecimientos más frecuentes fueron: crisis convulsivas tónico-clónicas, hipertensión arterial y DM tipo II.

En ambos grupos la presencia de dolor crónico fue muy baja (3.4% y 3.9%).

En contraste, el insomnio fue común a casi todos los casos, solo en un paciente del grupo dos no reportaba alteración en la cantidad y calidad del sueño.

La gran mayoría de los pacientes en ambos grupos eran católicos (94.1% y 96.0%) respectivamente.

Se reportó una proporción mayor de pacientes impulsivos en el segundo grupo (74.5%) en comparación con el primer grupo (58.6%).

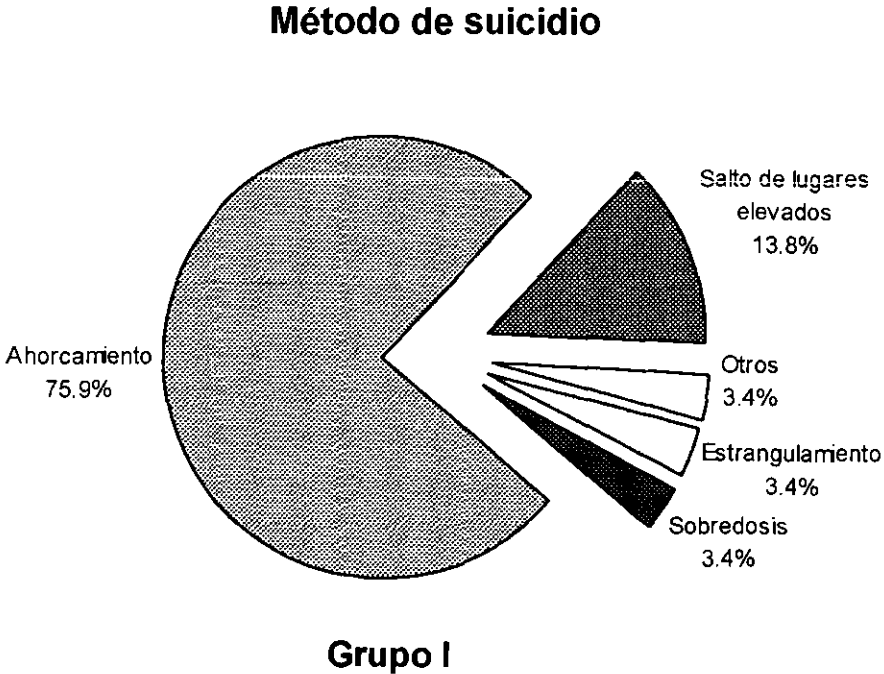
En los pacientes que se suicidaron la proporción de síntomas psicóticos y depresivos identificados fueron similares (69.0% y 65.5%).

En los pacientes que lo intentaron, se identificaron mayor cantidad de síntomas depresivos en comparación con los psicóticos (98% y 29.4%).

El abuso a sustancias fue más común en el primer grupo de pacientes (51.7%); en el segundo grupo el porcentaje fue del (31.4%). La droga más utilizada fué el alcohol en ambos grupos. La combinación de alcohol con inhalantes, marihuana y cocaína ocupó el segundo lugar. En el menor de los casos la dependencia era únicamente a cocaína, marihuana o inhalantes.

Los trastornos de personalidad fueron más comunes en el segundo grupo (29.4%) en comparación con el primer grupo (6.8%). Los tres trastornos de personalidad reportados fueron el trastorno de personalidad limite, disocial, dependiente e histriónico, en ambos grupos.

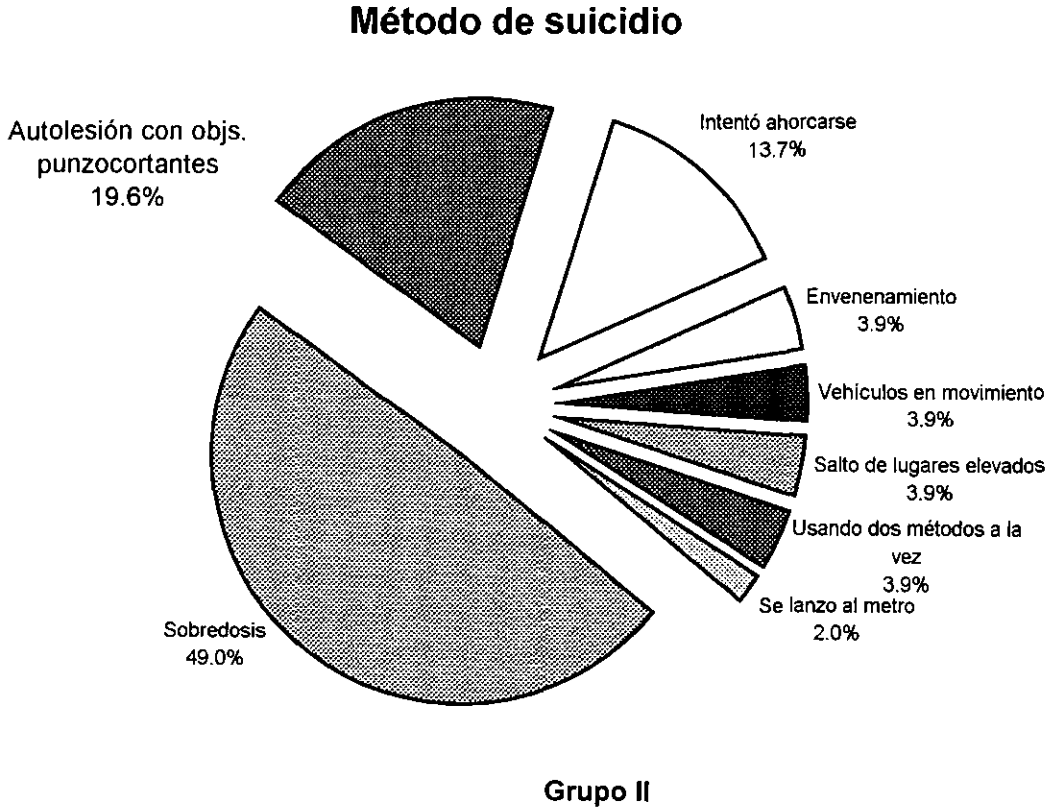
En el primer grupo de pacientes el método más utilizado para suicidarse fue el ahorcamiento, la gran mayoría de pacientes utilizaron este método (75.9%). El segundo método lo ocupó el salto de lugares elevados (13.79%), todos estos pacientes cursaban cuadros psicóticos, se describen como episodios muy dramáticos, dos se aventaron del octavo piso y uno del séptimo piso, en un caso solo se menciona que el paciente cayó de 10 metros de altura aproximadamente. Una paciente (3.4%) se estranguló con una sábana en su cama durante la noche. Una paciente recurrió a la sobredosis (3.4%) robó medicamentos psicofármacos y alcohol para curación del cuarto de enfermería, un paciente (3.4%) se suicidó aventándose por el ducto de lavandería. Gráfica 4



Gráfica 4

En el segundo grupo la sobredosis fue el método más utilizado para intentar suicidarse; seguido por la autolesión con instrumentos punzocortantes (19.6%) y el intento de ahorcamiento (13.7 %).

Gráfica 5



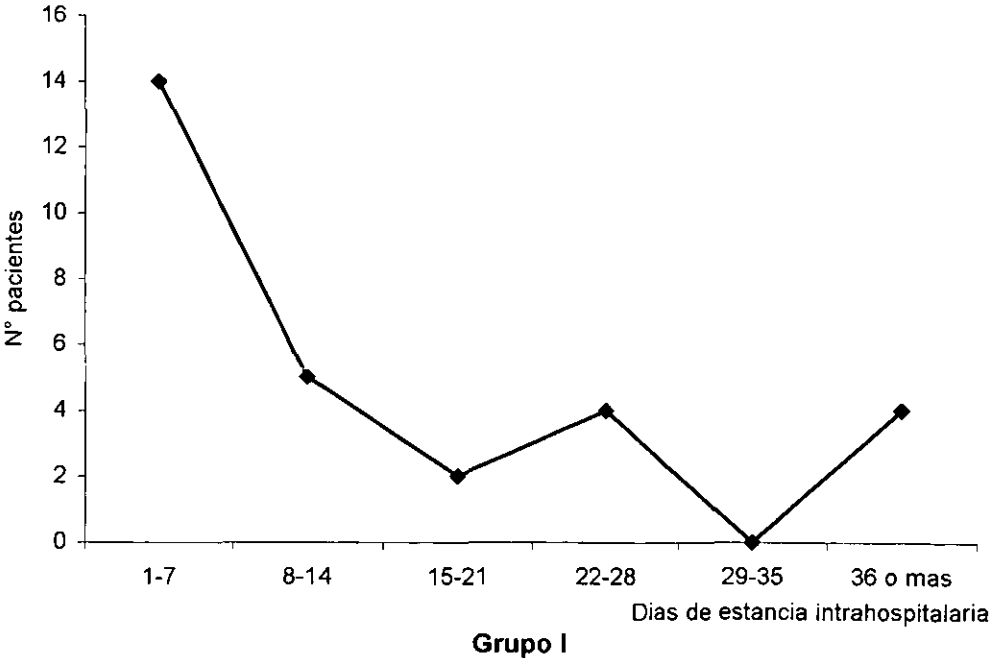
Gráfica 5

Muy pocos pacientes hicieron un recado póstumo; el 10.3% en el primer grupo y un 5.9% del segundo grupo.

Un 13.8% de pacientes del primer grupo vivía solo en comparación con un 9.8% de los pacientes del segundo grupo.

En el primer grupo de pacientes se observó que el 48.27% se suicidaron en los primeros siete días de estancia intrahospitalaria: solo en los primeros 24 horas de estancia en el hospital se suicidaron cinco pacientes de los 29 incluidos en la muestra. En la segunda semana se suicidó el 17.24% de los pacientes; en las siguientes semanas el porcentaje disminuye significativamente. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 15.6 días. Gráfica 6.

Suicidio por días de estancia intrahospitalaria



Gráfica 6

En el segundo grupo de pacientes el tiempo medio en días de estancia intrahospitalaria fue de 21.6 días. Todos fueron dados de alta por mejoría clínica.

Diagnósticos de pacientes del primer grupo

Esquizofrenia	10 pacientes.
Soc. mixto	5 pacientes.
TS depresivo grave	4 pacientes.
Psicosis tóxica	2 pacientes.
Delirium tremens	1 paciente.
Epilepsia de lóbulo temporal	1 paciente.
Brote psicótico en oligofrénico	1 paciente.
Síndrome de supresión etílica	1 paciente.
Psicosis orgánica	1 paciente.
TMC sec FDM	1 paciente.
TS humor afectivo orgánico	1 paciente.
Neurosis depresiva	1 paciente.

Del segundo grupo los diagnósticos clínicos fueron los siguientes.

TS depresivo grave	16 pacientes.
TS personalidad límite	7 pacientes.
Distímia	4 pacientes.
TS depresivo psicótico	4 pacientes.
Esquizofrenia paranoide	3 pacientes.

TS depresivo moderado	3 pacientes.
TS humor afectivo orgánico	3 pacientes.
TS depresivo recurrente	2 pacientes.
TMC sec FDM	2 pacientes.
TMC sec Alcoholismo	1 paciente.
TMC sec TCE	1 paciente.
TS esquizofreniforme orgánico	1 paciente.
TS histriónico de la personalidad	1 paciente.
TS mixto ansioso – depresivo	1 paciente.
TS psicótico agudo	1 paciente.
TS dismórfico corporal	1 paciente.

En el primer grupo el 53.6% de los pacientes cursaban su primer ingreso hospitalario. 14.3% cursaban su segundo ingreso. 14.3% cursaban su tercer ingreso y 7.1% cursaban su cuarto ingreso.

En el segundo grupo, el 58.8% cursaban su primer ingreso, 25.5% su segundo ingreso, 7.8% su tercer ingreso; 3.9% su cuarto ingreso y 3.9% su quinto ingreso.

En el primer grupo el 82.8% de pacientes ingresaron involuntariamente; en el segundo grupo el 88.2% de los pacientes ingresaron involuntariamente.

CONCLUSIONES

Con los resultados anteriores se propone lo siguiente:

Todos los pacientes que ingresen por primera vez a nuestra institución por presentar intento suicida, en forma involuntaria, con el antecedente de intentos previos, con abuso importante al alcohol únicamente o asociación a otras sustancias, con síntomas depresivos o psicóticos asociados, deben permanecer en un servicio de observación las primeras 24 horas.

Posteriormente se propone que pasen a una sala de cuidados intermedios hasta completar la primera semana de hospitalización, no importando si la ideación suicida ha remitido o no. Esto en base a que casi la mitad de los pacientes se suicidó en el transcurso de la primera semana de hospitalización.

El tiempo de estancia hospitalaria promedio debe programarse en 21 días, esto en base al promedio de egresos del grupo de pacientes que salió por mejoría. Quizá esto se deba a que los medicamentos empleados (antidepresivos y antipsicóticos) requieren de dos a tres semanas para empezar a mitigar síntomas.

Sería conveniente no permitir que acudieran solos a los baños, ni acceso a lugares elevados.

También nunca darles camas fuera del alcance del personal de enfermería. Las camas deben proporcionarse cerca del control.

Se recomienda siempre tener una actitud responsable y cuidadosa ante este tipo de paciente; tal parece que actúan impredeciblemente.

DISCUSIÓN

El suicidio consumado en el hospital Fray Bernardino Alvarez en pacientes hospitalizados tiene una tasa global muy baja (0.063%) en los últimos 10 años.

Sin embargo, como causa de muerte dentro del total de las defunciones ocupa un lugar importante; en dieciséis años de las 159 muertes registradas en el hospital, 34 (20.38%) fueron por suicidio cometido por pacientes hospitalizados.

Las características clínico epidemiológicas que se reportan en estos pacientes son las siguientes: sexo, en este estudio la mayor parte de los pacientes que se suicidaron fueron hombres.

En general los solteros se suicidaron más. Solo una cuarta parte reportó pérdidas recientes principalmente amorosas, muerte de familiares y laborales.

Los meses de invierno tuvieron mayor número de casos de suicidas e ingreso por intento suicida.

Solo un 20 % de los pacientes que se suicidaron eran desempleados, casi todos tenían trabajos, principalmente obreros, oficinistas, comerciantes, albañiles, taxistas, mecánicos.

Fué mínima la cantidad que reportó antecedentes familiares de suicidio. La mayoría había presentado intentos suicidios previos (62.1%).

Las enfermedades crónicas que mas se encontraron en estos pacientes fueron: crisis convulsivos y diabétes mellitus. La presencia de dolor crónico solo se reportó en un caso.

El insomnio estuvo presente en todos los casos. La gran mayoría eran católicos, más del 90%. Poco más de la mitad eran reportados con pobre control de impulsos.

Presentaban sintomatología psicótica y depresiva asociada el 67.25% de los pacientes.

Un porcentaje de 31.4% utilizaba drogas, principalmente alcohol.

En menos del 7% se reportó un trastorno de personalidad. El ahorcamiento fue el método más utilizado para lograr el suicidio.

Solo tres pacientes, hicieron recado póstumo. La gran mayoría vivía con familiares.

La primera semana de estancia hospitalaria representó un riesgo elevado para cometer suicidio, sobre todo si cursaba su primer ingreso hospitalario, y si el paciente esta ingresado en forma involuntaria.

El riesgo aumentó si el paciente era del sexo masculino, presentaba síntomas depresivos y psicóticos asociados; presentaba el antecedente de uno o más intentos suicidas previos y tenía un consumo importante de alcohol. En este estudio el mes que reportó más casos de suicidio consumados fue enero.

BIBLIOGRAFIA

1. Guze SB. *Adult Psychiatry. Suicide*. Editorial Mosby. 1997; P 427-33.
2. Harris EC, Barra CB. Suicide as an outcome for mental disorders. A metanalysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170: 2005-28.
3. Taylor SJ, Kingdom D, Lenkins R. How are nations trying to prevent suicide and analysis of national suicide prevention strategies. *Acta Psychiatry Scand*. 1997; 95: 457-63.
4. Moscicki EK. Identification of Suicide risk factors using epidemiology studies. *Psychiatric clin of North America*. 1997; 20: 499-517
5. Borges GR. *Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1974*. Salud pública Méx. 1996; 38: 197-206.
6. Kaplan H. Sadock B. *Sinopsis de psiquiatría. Urgencias psiquiátricas*. 7ª Ed. Edit. Panamericana. 1996. P. 823-31.
7. Rihmerz J. Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J of affective Disorder*. 1996; 39: 83-91.
8. Carroll Pw. A nomenclature for suicidology. *Suicide and life threating behavior*. 1996; 26: 237-52.
9. Conwell PR. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide, A psychological autopsy study. *Am J psychiatry*. 1996; 153: 1001-8.

10. Pérez B. El suicidio y su atención por el médico de la familia. Revista cubana de medicina integral. 1995.
11. Roy AD. Suicide among Psychiatric Hospital in-patient. Psychol Med. 1995; 25: 199-202.
12. Silverman MM. Suicide Prevention Toward the year 2000. Special Issue. Suicide & life Threatening Behavior. 1995: 25; 3-9.
13. Casen NH. Psiquiatría de enlace en el Hospital General. Depresión. Edit. Díaz de Santos. 7ª Ed. 1994; 345-52.
14. Cleghorn JM. Lou LB. Enfermedades Mentales. El suicidio. Editorial Manual Moderno. 1ª Ed. 1993; P 163-170.
15. Craig M. Suicide Risk in the General Hospital. Forum. 1993; 1-3.
16. Busch KA. Clinical features of in-patient suicide. Ann Am Psychiatry. 1993; 23: 256-62.
17. Mc Intosh JL. Control group. Studies of suicide survivors. A review and critique. Suicide and life-Threatening Behavior. 1993; 23: 146-161.
18. Winokur G. "Suicide-what can be done". N. England. J med. 1992; 327: 490-91.
19. Ayuso G. Manual de psiquiatría. Psiquiatría y Ley. Edit. Interamericana, 1ª Ed. Madrid. 1992.
20. Mehan PJ. Attempted suicide among young adults; progress toward a meaningful estimate of. Prevalence. Am J. Psychiatry. 1992; 149: 41-4.

21. Richeimer S. The hanbook of psichiatty. 2ª Ed. 1989; P 542-43.
22. Villanueva MM. Suicidio en pacientes internados en el Hospital Fray Bernardino Alvarez. Tesina, 1979.
23. Kuperman SB. Black DW. Excess Ssuicide amony formely hospitalized child psychiatry patient. J clin psychiatry. 1988; 49: 88-93.