

11241

46



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado.
Departamento de Psiquiatría, Psicología
y Salud Mental.

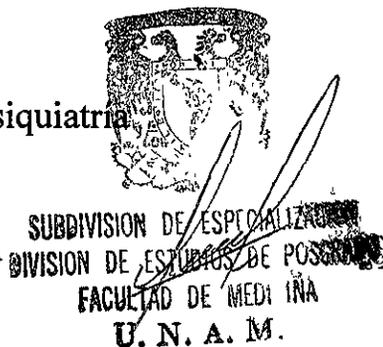
“DIFERENCIAS CLINICO-DEMOGRAFICAS ENTRE INTENTO
SUICIDA IMPULSIVO Y NO IMPULSIVO”

TESIS

Que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría

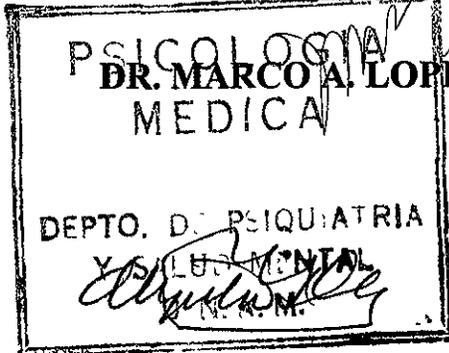
Presenta:

DR. ALEJANDRO VERA UEHARA



Asesor teórico:

Asesor metodológico:



DR. MARCO A. LOPEZ BUTRON

DR. RAFAEL SALIN PASCUAL

2002

Enero

*Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” S.S.A.

**Facultad de Medicina. Depto. de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. UNAM.





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.

ÍNDICE

Introducción	1
Historia	2
Epidemiología	5
Factores de riesgo	9
Justificación	13
Hipótesis	14
Objetivos	15
Material y método	16
Procedimiento	17
Análisis	19
Resultados	20
Discusión	22
Bibliografía	24
Anexo	

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la muerte auto - infligida intencionadamente. Edwin Schneidman definió el suicidio como “ el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”. El suicidio no es un acto realizado al azar y sin sentido. Al contrario, es la salida a un problema o a una crisis que invariablemente está causando intenso sufrimiento. El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas y una necesidad de escapar (17).

El suicidio es un fenómeno multifactorial que se ha estudiado meticulosamente desde fines del siglo pasado, principalmente en los países desarrollados. Uno de los estudios clásicos del suicidio, el de E. Durkheim, toma en cuenta los factores demográficos y las características de la relación del sujeto y su sociedad como los factores que llevan a una persona a cometer o intentar el suicidio. Esta clase de estudios se hacen necesarios, ya que en las ciudades industrializadas y de gran población el suicidio comienza a ocupar los primeros lugares como causa de morbi - mortalidad en el grupo de adultos jóvenes y aumenta en la población general (14).

HISTORIA

La conducta suicida y el suicidio han estado presentes en todas las civilizaciones, lo que ha variado en cada una de ellas es la forma de considerarlo, de acuerdo a las leyes, costumbres, o tradiciones que en ellas imperaban.

Entre los griegos destaca el suicidio de la poetiza Safo, que floreció en el año 600 a.C. y en la Biblia se hace mención en el Nuevo Testamento del suicidio de Judas Iscariote, como único reporte. La poca frecuencia del suicidio entre los israelíes del periodo del Viejo Testamento ha sido atribuida principalmente al énfasis sobre la vida y una actitud positiva hacia el mundo; el pensamiento bíblico es que el mundo fue creado por un Dios omnipotente y por este motivo el mundo era bueno (24). De ese modo, los antiguos hebreos, recuerdan suicidios en la Biblia, todos ellos relacionados con actos de guerra como el de Saúl Rey de Israel.

Quizá sean las culturas griegas y romanas las que nos proporcionan los ejemplos de suicidios famosos. En Grecia Temístocles, Demóstenes, Isócrates, Zenón el estoico, Carneadas y Empédocles. En la Roma Republicana de los primeros tiempos fue raro el suicidio, pero las cosas cambiarían hacia los últimos años de la República y durante el Imperio citando casos como los de Catón, Casio, Marco Antonio, Nerón, Séneca y Dioclesiano (24).

Hubo un descenso de suicidios durante la Edad Media, pero las tendencias suicidas brotan de nuevo durante el Renacimiento y la literatura influye en la ola de suicidios en las que mucho tuvo que ver la obra de Goethe: Werther.(9)

En el Siglo XVIII, Pinel reconoce ya, que los melancólicos merecen especial observación porque están predispuestos al suicidio (1). Esquirol refería que el hombre que atentaba contra su vida se encontraba en pleno delirio y por lo tanto era un alienado. Para 1840, Forbes Winslow establece que la disposición hacia la autodestrucción se originan en un trastorno del cerebro y las vísceras abdominales (6).

A finales del siglo XIX, Durkheim pone de relieve por primera vez la influencia del contexto social y cultural, clasificándolo en suicidio: egoísta, anómico y altruista (17).

En la obra *Locos Egregios* del Doctor Vallejo Najera, se hace mención de suicidios famosos, como el del pintor Vincent Van Gogh, quien el 27 de Julio de 1980 se dispara un tiro en el tórax y muere el día 29 del mismo mes.

Se describen también pactos suicidas como el de Hitler y Eva Braun quienes fallecieron el 30 de Abril de 1945 utilizando una pistola y cápsulas de ácido prúsico. Otro ejemplo es del escritor Stefan Zweig y su esposa quienes mueren en Brasil en 1942 dejando una postrera obra titulada "Mi autobiografía", donde expone los móviles que le llevaron a quitarse la vida.

En 1970, Yukio Mishima, famoso escritor japonés estremecería al mundo al cometer trágico y solemne ritual "Seppuku" después de secuestrar al General en Jefe de la Fuerza Armada japonesa.

En la historia de México se pueden citar los siguientes ejemplos: en el código Desdrensis se habla de la mas extraña deidad del cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a encontrar el paraíso (9). El tercer emperador Mexica, Chimalpopoca, se ahorcó dentro de una jaula antes de ser vasallo de los Tecpanecas. El cadete del Colegio Militar que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo. Jesús García Corona humilde ferrocarrilero hoy llamado el héroe de Nacosari, ofrendó su vida al sacar un vagón lleno de dinamita del pueblo de Nacosari. El escritor y político Jaime Torres Bodet, víctima de larga y penosa enfermedad, puso fin a sus sufrimientos, disparándose, al igual que lo hizo el político Juan Sabines.

Y así, podemos observar, como el suicidio acompaña al hombre en su historia, y se incrementa, de manera progresiva y alarmante, dejando aún muchas interrogantes.

EPIDEMIOLOGÍA

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional, no obstante las variaciones que existen entre los diferentes países.

De acuerdo con Roy, se estima que aproximadamente 1000 personas se suicidan diariamente en todo el mundo (22). En la mayoría de países, el suicidio se encuentra dentro de las 10 principales causas de mortalidad general, y en una elevada proporción se ubica entre las tres primeras causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad (10, 11).

Diekstra al analizar las tasas de suicidio reportadas por la O.M.S. para 1987, señala el patrón regional que guardan éstas. Los países árabes y latinoamericanos tienen tasas relativamente bajas, mientras que en Europa y los países con población descendiente de europeos (por ejemplo Australia, Estados Unidos y Canadá) tienen tasas relativamente altas. Dentro de la misma Europa las tasas son más elevadas en las regiones centro y norte en contraste con el sur. Y los países asiáticos se ubican a lo largo de ambos extremos (10).

En Estados Unidos cada año se producen 30,000 muertes por suicidio. Esta es la cifra de suicidios consumados; el número estimado de intentos de suicidio es de 8 a 10 veces ese valor. El puente Golden Gate de San Francisco es el lugar donde más personas se suicidan, con más de 800 suicidios desde su fundación en 1937(17).

En general, los mayores incrementos para el periodo 1970 - 1985 / 86 se han observado en el grupo de 15 a 29 años de edad. Es importante señalar que dentro de este grupo existen varios países que muestran un decremento significativo para el sexo femenino, siendo en todos los países tasas más elevadas para el sexo masculino.

Estas diferencias han contribuido a observar con mayor interés e intentar definir la participación de factores socioculturales, y al planteamiento de hipótesis explicativas como el "efecto cohorte" y las "epidemias de suicidio" (18).

Sainsbury en 1960, encontró que condiciones sociales como tasas elevadas de divorcios, desempleo y homicidios y un bajo porcentaje de población menor de 15 años, se relacionan con incrementos en las tasas de suicidios. Diekstra posteriormente, agregó otras dos variables, el consumo de alcohol per capita y el porcentaje de población afiliada a la Iglesia. De ésta manera, un conjunto de cambios sociales profundos, coincidentes con el desarrollo de un país se asocia a un aumento en la incidencia de suicidio (10, 11).

Se estima que 10 a 60% de los suicidios son el punto final que cierra una serie corta o larga de intentos previos (10). Aunque si bien, el intento suicida se ha reconocido como uno de los mejores indicadores de futura consumación el análisis epidemiológico resulta complicado, ya que ningún país tiene registros estadísticos confiables al respecto (10, 20, 22).

En el Epidemiologic Catchment Area Study realizado por el National Institute of Mental Health, el 2.9% de la población reportó haber intentado suicidarse en algún momento de su vida. En la revisión Diekstra de las distintas series, las prevalencias van de 3 - 5 % en la población mayor de 15 años e incluso hasta el 20% cuando se incluyen adolescentes (22).

En México, la epidemiología de la conducta suicida, tiene también sus características particulares. Borges hace notar que la tasa de suicidios en la República Mexicana es de las mas baja en todo el mundo, con diferencias importantes no solo con países de Europa y Asia, sino también con latinoamericanos. (26) No se ubica dentro de las 20 principales causas de

mortalidad general, pero si se elimina a la población menor de 15 años, aparece como la causa número 14 de mortalidad productiva (8).

Aunque representa actualmente el 0.5% del total de muertes en el país, su importancia epidemiológica también ha observado incrementos graduales (siguiendo la tendencia internacional). Para la década de 1954 - 1963 se reportó una tasa promedio de 2.5% actos suicidas por cada 100,000 habitantes. De 1960 a 1969 la conducta suicida se incremento un 3% anual manteniéndose constante para la década de 1971 a 1980. Al igual que en todo el mundo se ha observado una mayor frecuencia en hombres y afección primordial al grupo de 15 a 34 años de edad.

Borges en su estudio de la evolución del perfil epidemiológico, destaca que en el periodo comprendido entre 1970 a 1991, el suicidio tuvo un incremento porcentual total de 125.49% , pasando, en términos de mortalidad proporcional, del 0.11 al 0.52% ante anotado. Esta tendencia ascendente del suicidio en México se pone de relieve si se tiene en cuenta que el número de defunciones por dicha causa calculado por Levav en 2062 para el año 2000, fue rebasado ya en 1991 (8).

Desafortunadamente, en México se acentúan las dificultades en el registro estadístico señalando Borges la presencia de información contradictoria de las fuentes, apareciendo como mas confiable la obtenida de certificados de defunción que la emitida por el poder judicial.

La situaciones son peor para el reporte de intentos suicidas, donde los datos no tienen utilidad pues aparecen tasas mucho menores de intentos que de consumaciones suicidas, cuando los conocimientos actuales del fenómeno son por completo contradictorios.

En México, los estudios registran que entre el 57 y 77% de los intentos suicidas son realizados por mujeres y casi la mitad tienen antecedentes de intentos suicidas previos estos resultados se han obtenido generalmente de individuos con intento suicida admitidos en hospitales generales. Gutiérrez et. al., reviso los expedientes de 77 pacientes admitidos consecutivamente admitidos en un hospital psiquiátrico por intento suicida en el transcurso de un año. Encontró una proporción hombre mujer de 1:1, predominando el grupo de 26 a 35 años, la soltería y el desempleo. En un 45% se trato de trastornos afectivos, le siguieron en orden de frecuencia, los síndromes orgánicos cerebrales, los trastornos de personalidad y el uso de sustancias psicoactivas; los métodos utilizados fueron en primer lugar la ingestión de sustancias, después el corte de muñecas y autoagresión con objetos cortantes, y en tercero el saltar de gran altura (14).

Si bien, la magnitud del problema en México es comparativamente menor al de otros países, no debemos dejar de lado que sigue ya las tendencias internacionales de incremento, y que serán las naciones en desarrollo las que experimentarán los cambios mas dramáticos en las siguientes décadas, pues de acuerdo con Diekstra, ya están presentes en estos países los factores de riesgo suicida conductuales y socioeconómicos mas importantes (11).

FACTORES DE RIESGO

FACTORES DEMOGRÁFICOS:

Edad: La tasa de suicidios aumenta con la edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 años y entre las mujeres, después de los 55 años. Los intentos suicidas son menos frecuentes en personas mayores que en jóvenes, aunque también son los mas frecuentemente consumados.

El suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de edades entre los 15 y los 24 años, después de los accidentes y homicidios. En este mismo grupo, los intentos suicidas oscilan entre 1,000,000 y 2,000,000 anualmente. Actualmente la mayor parte de suicidios se dan entre aquellos entre 15 y 44 años-

Sexo: Los hombres se suicidan 3 veces más que las mujeres, un valor que se mantiene constante en todas las edades. Las mujeres lo intentan 4 veces más que los hombres, sin embargo utilizan métodos menos violentos.

Raza: La proporción de suicidios entre blancos es casi el doble que la de los demás, pero este perfil se esta cuestionando, debido a que esta aumentando la proporción entre los negros. En 1989 la tasa para varones blancos (19.6/100,000 personas) era de 1.6 veces la de los varones negros (12.5), cuatro veces la de las mujeres blancas (4.8) y 8.2 veces la de las mujeres negras.

Religión: La población católica ha tenido una proporción menor de suicidio que la de protestantes y judíos. Esto parece estar relacionado con el grado de ortodoxia e integración en la religión, mas que una simple filiación institucional religiosa.

Estado Civil: Entre las personas casadas la tasa es de 11/100,000. Los casados con hijos tienen menor riesgo de suicidio . Los solteros registran una tasa general casi el doble que la de los casados. Sin embargo, las personas anteriormente casadas muestran una tasa claramente mayor que la de las personas que nunca se han casado: 24/100,000 entre viudos; 40/100,00 entre divorciados.

Profesión: Cuanto mas alto es el status social de una persona, mas grande es el riesgo de suicidio. Con la caída de este status también aumenta el riesgo de suicidio. Entre las principales profesiones, la médica ha sido considerada la de mayor riesgo suicida. Los estudios muestran que los médicos que se suicidan tienen un trastorno mental, siendo los mas frecuentes los trastornos depresivos y la dependencia a sustancias.

El riesgo de suicidio se eleva con el desempleo, como en las recesiones y depresiones económicas.

Clima: No se ha encontrado alguna 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 vacacionales.

FACTORES DE RIESGO SOCIOLÓGICOS.

La primera contribución importante al estudio de las influencias sociales y culturales en el suicidio la realizó el sociólogo francés Émil Durkheim al final de la pasada década (6).

Durkheim dividió los suicidios en tres categorías sociales: Egoísta, altruista y anómico. (17)

El suicidio egoísta se aplica a aquellos que no están fuertemente integrados a la sociedad o grupo social y en consecuencia piensa no pertenecer a ella. Las comunidades rurales tienen mayor integración social que las urbanas, y, por tanto, menos suicidios.

El suicidio altruista se aplica a aquellos cuya propensión al suicidio proviene de la excesiva integración al grupo, siendo el suicidio resultado de esta integración. La persona puede concebir el suicidio como una forma de redimir el honor familiar o personal, o de aliviar a alguien de la responsabilidad de hacerse cargo de su persona.

El suicidio anómico se aplica a aquellas personas cuya integración en la sociedad esta alterada, de manera que están privados de las costumbres habituales de conducta. Son los mas frecuentes y tienen lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante (matrimonio, romance, amistad íntima, etc).

FACTORES GENÉTICOS:

Los estudios muestran que el suicidio tiende a presentarse en determinadas familias, lo que ha sugerido que existe un factor genético un estudio ha demostró que el riesgo de suicidio para los familiares de primer grado en pacientes psiquiátricos era 8 veces mayor que a de los familiares de grupos control. Además, el riesgo de suicidio entre los familiares de primer grado de los pacientes psiquiátricos que cometieron suicidio resulto 4 veces mayor que el encontrado entre los familiares de pacientes que no se habían suicidado.

Un estudio longitudinal en la comunidad de Amish revelo 26 suicidios cometidos en sólo 4 familias, que mostraban una fuerte carga genética para el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar tipo uno y otros trastornos del estado de ánimo (17).

Deben existir factores genéticos en el suicidio, fundamentalmente aquellos factores complicados en la transmisión del trastorno bipolar tipo uno, la esquizofrenia y el alcoholismo.

FACTORES NEUROQUÍMICOS:

En la década de los 60's, comenazaron a publicarse estudios sobre monoaminas y metabolitos en piezas cerebrales de suicidas como parte de la extensa investigación que se realizaba sobre depresión. A pesar de que estas mediciones post-mortem conllevan varias limitaciones en los múltiples estudios llevados a cabo, fue constante el encontrar concentraciones bajas de serotonina y ácido 5 - hidroxil indolacético (5 - HIAA) en el tallo cerebral mas no en la corteza cerebral (4,5). Este fue el primer indicio de alteraciones en el recambio de serotonina. Con menos consistencia también se ha encontrado que la actividad de la monoaminoxidasa plaquetaria, la cual guarda relación compleja con el sistema serotoninergico muestra disminución en alcohólicos suicidas (4).

El hallazgo de que los receptores a neurotransmisores son mas estables después de la muerte oriento la investigación hacia ligandos y sus sitios de unión como índices de distribución de las neuronas serotoninérgicas. Stanley et al (23) y Arango et al (3) encontraron incremento de los receptores 5 HT2, que significaría una disponibilidad reducida de serotonina en los sujetos suicidas. Otros autores han reportado disminución en los sitios de unión presináptico. Los investigadores antes nombrados registraron además en sus estudios, un incremento en los receptores beta adrenérgicos. La hipótesis que se propone a partir de esta información es que la baja liberación de monoaminas conduce a una hipersensibilidad o regulación hacia arriba postsináptica (3, 4)

JUSTIFICACIÓN

Dado que el suicidio es un fenómeno multifactorial y ante la diversidad de características que presentan los sujetos con intento suicida, resulta necesario realizar investigaciones que nos permitan identificar factores de alto y bajo riesgo suicida, y lograr una clasificación útil como apoyo en la toma de decisiones en el manejo de estos pacientes.

HIPÓTESIS

Los sujetos que realizan intento suicida impulsivo, tienen características clínicas y demográficas distintas a los que realizan un intento suicida premeditado.

OBJETIVO.

Comparar las características clínicas y demográficas entre sujetos con intento suicida impulsivo e intento suicida premeditado.

MÉTODO

En el presente trabajo se estudió a pacientes que ingresaron por intento suicida a la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Los criterios de Inclusión fueron los siguientes:

- a) Ambos sexos.
- b) Edad igual o mayor de 18 años.
- c) Condiciones físicas y mentales adecuadas para la aplicación de los instrumentos.
- d) Aceptación para participar en el estudio previa información del mismo.

PROCEDIMIENTO

A todos los sujetos se les aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Intento Suicida de Beck. Esta escala fue desarrollada por Beck y colaboradores y comprende 15 reactivos dispuestos en dos grandes grupos; el primer grupo (reactivos del 1 al 8) abarca las circunstancias objetivas bajo las cuales se realizó el intento suicida; en el segundo grupo (reactivos del 9 al 15) refleja la concepción que tenía el suicida acerca de la letalidad que tenía el suicida acerca de la letalidad del método utilizado, el grado de premeditación, el propósito que el sujeto alegó para llevar a cabo el acto suicida y sus expectativas acerca de la posibilidad de intervención (7). La confiabilidad interevaluador en nuestro hospital es de 0.89 (r de Pearson).

- Inventario de Depresión de Beck (IDB). Este es un instrumento autoaplicable que evalúa la severidad de la depresión. Consta de 21 reactivos que se califican de 0 a 3. Torres y cols. han reportado una aceptable reproductibilidad en la población mexicana.

- Escala de Impulsividad. Esta escala fue diseñada por Plutchick y cols. para evaluar el grado de control de impulsos. Consta de 15 reactivos autoaplicables que el sujeto contesta en una escala de frecuencia (que va de nunca a muy frecuente) (21).

La validación de su traducción al castellano reporta una consistencia interna de 0.67.

- Escala de Desesperanza (DE). Este instrumento autoaplicable de 20 reactivos evalúa la actitud negativa hacia el futuro. El sujeto contesta los reactivos como falso o verdadero, que corresponden a calificaciones de 0 y 1 respectivamente (7).

- Escala de Sentimientos y Actos Violentos. La finalidad de su uso fue determinar el riesgo de violencia. Ha sido empleada en población norteamericana. Previo a su aplicación se realizó validación por consenso de expertos. Esta escala consta de 12 reactivos, contestados en una escala de frecuencia de 0 a 3 puntos. Los reactivos se refieren a actos de violencia en contra de otros, de la facilidad al acceso, manejo y uso de armas, arrestos y falta de temperamento.

- Cédula de Información Clínico Demográfico. Este instrumento contempla desde el punto de vista demográfico, información acerca de la edad, el sexo, la ocupación, la escolaridad y el estado civil; y desde el punto de vista clínico el número de internamientos, los días de hospitalización, el diagnóstico, las enfermedades médicas, intentos suicidas previos, abuso de sustancias e historia de abuso sexual en la infancia.

Los sujetos se dividieron en dos grupos, dependiendo de la planeación del intento suicida. Se considero como intento suicida impulsivo los que calificaron con 0 en los reactivos 6 y 15 de la Escala de Intento Suicida de Beck y aquellos que calificaron 2 o mas en los mismos reactivos fueron tomados como "no impulsivos".

ANÁLISIS

Las variables continuas se analizaron mediante ANOVA de una vía y las variables categóricas mediante Chi cuadrada o Prueba Exacta de Fisher, según fuera apropiado.

RESULTADOS

De un total de 44 sujetos con intento suicida admitidos durante el periodo en que se realizó el estudio, se excluyeron 4 debido a que la información de la Escala de Intento Suicida era incompleta.

La distribución de frecuencias de las variables categóricas (sexo, método, abuso sexual, atención médica, uso de sustancias, enfermedades médicas y dinámica familiar) aparece en la tabla 1.

TABLA 1
COMPARACIÓN DE VARIABLES CATEGÓRICAS EN FUNCIÓN DE LA IMPULSIVIDAD DEL INTENTO.

	IMPULSIVOS (n=17)	NO IMPULSIVOS (n=26)	X2 o PEF*
SEXO (% Fem)	52.94%	60.86%	.6**
MÉTODO (violento)	76.47%	56.52%	.2***
CON ATENCIÓN MÉDICA	82.35%	69.56%	.4
ABUSO SEXUAL (positivo)	17.64%	4.34%	.2
USO SUST. (positivo)	29.41%	13.04%	.2
ENF. MÉDICAS (positivo)	29.41%	13.04%	.2
DIN. FAMILIAR (funcional)	0 %	8.69%	.4

* Prueba Exacta de Fisher

** $\chi^2=.25$, gl 1

*** $\chi^2=1.3$, gl 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a las variables continuas la información aparece en la tabla 2. Como puede observarse no hubo diferencias significativas en función de los dos grupos, excepto en cuanto al número de intentos suicidas que tendió hacia la significancia, al presentarse un mayor número de ellos en el grupo impulsivo.

TABLA 2

	IMPULSIVOS (n=17)	NO IMPULSIVOS (n=23)	t (GI 38)	P
EDAD	31.4 (D.E. 10.1)	29.4 (D.E. 10.3)	-0.60	0.5
Hospitalización (días)	23.1 (D.E. 24.4)	30.9 (D.E. 32.8)	0.82	0.4
Hospitalización (número)	3.4 (D.E. 7.4)	1.7 (D.E. 1.1)	-1.10	0.2
Intentos suicidas	2.1 (D.E. 1.5)	1.5 (D.E. 0.7)	-1.7	0.09
IMPULSIVIDAD	21.9 (D.E. 5.2)	22.2 (D.E. 6.3)	0.17	0.8
VIOLENCIA	7.2 (D.E. 4.3)	6.9 (D.E. 4.5)	-0.2	0.8
DEPRESIÓN	26.6 (D.E. 13.1)	31.6 (D.E. 13.9)	1.14	0.2
DESESPERANZA	7.9 (D.E. 3.8)	10.1 (D.E. 4.9)	1.5	0.1

DISCUSIÓN

En virtud de la heterogeneidad prevalente en la población con conducta suicida, recientemente se ha intentado el abordaje de subgrupos de sujetos (4,5). Se ha dicho que existen evidencias de que las diferencias entre el intento suicida y el suicidio consumado son una cuestión de grado, de tal forma que en su expresión más simple, existen dos subgrupos de sujetos con intento suicida en función de su cercanía con el suicidio consumado. En este contexto se inscribe la clasificación empleada por Asberg y cols., al dividirlos en base a la violencia del método.(4)

La impulsividad como rasgo ha sido considerada como un factor de riesgo suicida, sin embargo no ha sido sino hasta en la última década en que se ha estudiado ésta pero como estado (13). En términos generales, se considera que a mayor planeación, el intento suicida es más severo y por lo tanto más letal(15).

Por esto resulta atractivo y de utilidad clasificar a la población suicida en base a la planeación del intento. En 1980, Williams reportó que los sujetos que llevaban a cabo intentos suicidas impulsivos estaban menos deprimidos y con mayor frecuencia pensaban que sobrevivirían al intento. Brown y cols. han sugerido, que al menos en población adolescente, los intentos suicidas impulsivos y los planeados son realizados por poblaciones distintas en algunas características como la severidad de la sintomatología depresiva y el nivel de desesperanza.

Esta clasificación ha recibido apoyo de la investigación de variables neuroquímicas. Mann y cols. identificaron que los sujetos deprimidos que llevaban a cabo intentos suicidas con mayor planeación y letalidad presentaban menores niveles de 5-HIAA en el líquido cerebrospinal.

A pesar de la aparente utilidad de esta forma de clasificar a la población suicida, en este estudio sólo pudo identificarse que al parecer los sujetos que llevaron a cabo un intento suicida impulsivo tienen historia de una mayor frecuencia de conductas similares previas.

Consideramos que entre las variables que pudieron haber intervenido en esta ausencia de diferencias entre ambos grupos está, en primer término el tamaño pequeño de la muestra. Es probable que aspectos como el número de ingresos hospitalarios y los días de hospitalización estén influidos por variables tales como el diagnóstico, la evolución del padecimiento, etc.

En relación a las evaluaciones psicométricas, en las que se ha reportado que los sujetos con intento suicida planeado presentan calificaciones más elevadas en depresión y desesperanza, pensamos que el tamaño de la muestra influyó en forma importante. En un análisis posterior de nuestros resultados no incluido en este estudio, al evaluar la impulsividad como rasgo identificamos que casi la totalidad tienen calificaciones elevadas, por lo que merece mayor interés el estudio de la impulsividad tanto como rasgo como estado. En comparación con otros estudios con población suicida, las calificaciones obtenidas en impulsividad, violencia, desesperanza y depresión son muy similares, lo cual indica que se trata de una población de riesgo, independientemente de la planeación del intento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackernecht R. Breve Historia de la Psiquiatría. Buenos Aires 1964.
- 2.- Arango V, Underwood M, Mann J. Neurochemical findings in the brain of suicide victims. In Biological Psychiatry De. G. Racagni. Elsevier Science Publishers 1991.
- 3.- Arango V, J, Mann J., Marzuk P, Theccanat S. Evidence for the 5HT Hypothesis of suicide. Br J Psych 1989, 155 suppl 8: 7 - 14
- 4.- Asberg M., Schalling D, Traskman - Bendz L., Wagner A. Psychobiology of suicide, impulsivity an related phenomena in Psychopharmacology: The Third Generation of progress. Raven press, New York 1987.
- 5.- Asberg M. Nordstrom P; and Traskman.- Bendz Cerebroespinal fluid studies in suicide. Psychology of suicidal behavior vol 487. New York 1986.
- 6.- Barranclough B, Bunon J. Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide. Brit. J. Psych. 1974; 125:355.
- 7.- Beck AT, Weissman A, Lester D. Trexler L. The measurement of pessimism. The hopenessness scale. J. Consult. Clin Psychol. 1974; 42: 861-865.
- 8.- Borges G., Rosovsky H, Caballero M. Evolución reciente del suicidio en México: 1970 - 1991, Anales del IMP, 1994; 15 - 21.
- 9.- Cano de Ocampo Guadalupe; Ensayo sobre el suicidio en Tabasco, Investigación de Naturaleza Criminologica. Universidad Autónoma de Tabasco 1992 p.p. 1356.
- 10.- Diekstra R. The Epidemiology of suicide and parasuicide Acta Psych. Scand 1993; suppl: 371;9 - 20
- 11.- Diekstra R. Suicide and the attempted suicide: and international perspective. Acta psych. Scand 1989: 80 (suppl. 354); 1 - 24.
- 12.- García R.; Epidemiología del Suicidio en el estado de Tabasco en el periodo 1979 - 1988; Salud Mental Vol. 13 Núm. 4 Dic. 1990.
- 13.- Gerald L. Brown, M:D: and Markku Linnoila, M.D. J Clin Psychiaty; 1990, 51 (suppl 4) p.p. 31-41.
- 14.- Gutiérrez J., Mercado J., Luna F. Factores de Riesgo Suicida: Un apoyo para el residente de psiquiatría. Rev. Res. psiq. 1991, 1:4.

- 15.- Hawton, K. and Osborn, M . (1984). Suicide and attempted suicide in children and adolescents. In *Advances in clinical child Psychology*. 36:90-94.
- 16.- J. John Mann and Kevin M. Malone. Cerebrospinal fluid Amines and higher lethality Suicide Attempts in Depressed In Patients: *Biol. Psychiatry* 1997, 41:162-171.
- 17.- Kaplan H., Sadock B., Grebb J. *Suicidio. Sinopsis de psiquiatría*; 7a. edición, 1996; 823.
- 18.- Klerman G. Clinical epidemiology of suicide. *J. Clin Psychiatry* 1987; 48: 12 suppl.
- 19.- *Mortalidad 1989. SSA, INEGI, Marzo de 1992.*
- 20.- Nielssen B, Wang A, Bille - Brahe U. Attempted suicide in Denmark IV. A five - year follow-up. *Acta psych Scand* 1990: 81; 250 - 254.
- 21.- Plutchick A, Van Praag H. Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psych. Scand* 1993; 87: 1 - 5.
- 22.- Roy A. Suicide. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5a. ed., H.I. Kaplan, B. Sadock, editors Williams an Winlkins Baltimore, 1989.
- 23.- Stanley M., Mann J. Neurochemical correlates of suicide. *Psychopharmacology Bull* 1986, 22 (3).
- 24.- Webstein Louis; *Hand Book of Suicidology principles, problems and practice*, 1992.
- 25.- Williams, C.L: Davidson J.A. and Montgomery, 1 (1980), Impulsive suicide behavior. *J. Clin Psychology*, 36:90-94.
- 26.- Yunes J. *Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. Bol of Saint Panam* 1993:114(4).