



11241

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA DEPTO. DE PSICOLOGÍA
MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

“FRECUENCIA DE INTENTO SUICIDA EN RELACION A LA VARIACIÓN ESTACIONAL
EN LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ”

TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
DRA. MARCELA DE LA ASUNCIÓN MARTINEZ GONZALEZ.

ASESORES:
DRA. L. ROSA DIAZ MARTINEZ.
DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH ZIBACH

MÉXICO, D.F.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
DEPTO. DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vu. Ed.

DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

1.- Introducción.....	3
Antecedentes.....	5
1.1 Definición de intento suicida.....	5
1.2 Panorama epidemiológico del intento suicida a nivel internacional.....	6
1.3 Panorama epidemiológico del intento suicida a nivel nacional.....	9
1.4 Factores biológicos asociados al intento suicida.....	14
1.5 Definición del intento suicida estacional.....	15
1.6 Panorama epidemiológico del intento suicida estacional a nivel internacional.....	17
1.7 Panorama epidemiológico del intento suicida estacional en México.....	19
1.8 Intento suicida estacional y su asociación a otros padecimientos psiquiátricos.....	21
1.9 Factores que intervienen en el intento suicida estacional.....	22
1.91 Causas sociológicas.....	22
1.92 Causas biológicas.....	22
2.- Justificación.....	25
3.- Planteamiento del problema.....	28
4.- Hipótesis de trabajo.....	29
Hipótesis nula.....	29

5.- Objetivo general.....	30
6.- Objetivos específicos.....	31
7.- Metodología.....	32
7.1 Tipo de estudio.....	32
7.2 Muestra de estudio.....	32
7.3 Criterios de inclusión.....	32
7.4 Criterios de exclusión.....	33
7.5 Especificación de variables.....	33
7.6 Definición de variables.....	34
7.7 Instrumentos.....	36
7.8 Procedimiento para obtener la muestra.....	37
8.- Análisis estadístico.....	39
9.- Resultados.....	40
10.- Discusiones.....	76
11.- Conclusiones.....	97
12.- Bibliografía.....	94

INTRODUCCIÓN.

En México, como en otras partes del mundo, la conducta suicida es un problema de salud pública, ya que según los registros de la Secretaría de Salud, las tasas de mortalidad por esta causa han aumentado en los últimos años, por lo cual se han realizado múltiples estudios al respecto. (30.)

Las prevalencias internacionales de ideación suicida van desde 3.4 % hasta 52.9 % en los adolescentes y en los adultos, (15) mientras que en México es de 3.0 al 8.3 % en el total de la población.

El rango de intento suicida en la población adulta es de 1.9 % a 3.9 %, en total en la población mexicana.

La literatura internacional indica prevalencias de 2.2 % a 20 % de intento de suicidio entre la población adolescente y adulta (15)

Un estudio realizado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y publicado en el 2001, estima que la prevalencia más alta de intento de suicidio fue de 10 %. Y la prevalencia de ideación suicida más alta fue de 40.7 %. (33).

En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. (33)

Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215 %, lo que representa 2229 % para los hombres y 165 % en las mujeres. (33)

Pese a estos datos, aun se piensa en una falta de apego de estos resultados a nivel nacional, dado que en México hay una multiplicidad de fuentes, dando lugar a cierta incongruencia con subregistros que llevan a la minimización del problema (33).

Dado que se trata de un problema multifactorial, se deben de tomar en cuenta todas las causas que pueden influir como facilitadores de la conducta suicida, como las genéticas, neuroquímicas, situaciones familiares, sociales, económicas, laborales, estado de salud – incluyendo el mental-, climáticas y temporales, es decir, la relación con el horario del día o su situación en el transcurso del año. (3) (4) (5) (9) (11) (12) (19) (20) (25) (31) (35) (36) (37) (51) (53)

Muchos de estos estudios están encaminados a demostrar qué tanto impacto tienen estos factores sobre el suicidio y el intento suicida con el fin de darles una importancia tal que tengan que ser tomados en cuenta durante la realización de estudios posteriores así como para mostrarlos como elementos importantes en los programas de prevención.

I.- ANTECEDENTES:

1.1 DEFINICION DE INTENTO SUICIDA:

La conducta suicida puede diferenciarse en ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado. Respecto a la primera, puede ser valorada con instrumentos de medición como la Escala de Ideación Suicida de Beck, donde se valora la intensidad y las dimensiones (el grado de severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y expectativas del individuo para intentarlo; el intento suicida puede ser valorado con un solo reactivo, CIDI, donde se busca de manera propositiva saber si el individuo se ha herido, cortado, intoxicado, etc, con el fin de quitarse la vida sin conseguirlo, y el suicidio consumado, que es cuando de individuo tras realizar un intento suicida, sí logra quitarse la vida. (33)

1.2 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL INTENTO SUICIDA A NIVEL INTERNACIONAL.

En relación al intento suicida, este tiende a tener diferencias en sus características frente al suicidio consumado, siendo referido como más frecuente en mujeres, las cuales generalmente son menores de 35 años, los métodos utilizados pueden clasificarse como de baja letalidad, ejemplo, laceraciones en muñecas, con un entorno en el cual se esperaría una alta posibilidad de rescate y habitualmente con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de adaptación o un trastorno de personalidad; mientras que las posibilidades de lograr un acto suicida son más comunes en el sexo masculino, de más de 60 años de edad, con métodos considerados de alta letalidad, con un entorno de baja posibilidad de rescate, en un medio aislado y con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno del estado de ánimo, psicosis o problemas de abuso de sustancias (20).

Los diagnósticos psiquiátricos que perfilan a la tendencia suicida son los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, depresión, distimia, trastorno bipolar sobretodo con síntomas mixtos al asociarse los síntomas depresivos con vitalidad de la manía, la esquizofrenia, sobre todo, durante los primeros años de padecimiento al pasar el cuadro psicótico activo asociado a síntomas depresivos y al darse cuenta de que su vida es diferente a como era antes por su pérdida de funcionalidad así como por el uso concomitante de sustancias que producen adicción y antecedentes de familiares con suicidio. En el trastorno límite de la personalidad, la asociación de un trastorno depresivo incrementa el riesgo en cuanto a la conducta suicida. (20) Un estudio realizado por la Universidad de Pittsburg y publicado en el año 2000, en el cual se tomaron 49 pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad asociado a un episodio depresivo mayor y 77 pacientes con diagnóstico exclusivo de episodio depresivo mayor de la Clínica Psiquiátrica Western del Servicio Universitario, tuvo la finalidad de diferenciar las características de los intentos suicidas entre ambos grupos; se encontró que la planeación crónica así como el número de intentos suicidas era mayor entre el primer grupo, así también, a mayores rasgos de agresión e impulsividad y sensación de soledad, se incrementaba el número de intentos suicidas y el

grado de letalidad en los métodos utilizados, siendo la sensación de soledad una característica compartida con el episodio depresivo mayor sin trastorno límite de la personalidad para que se desencadenara el intento suicida. El método empleado generalmente fue la ingesta de medicamentos. (49). Los individuos con rasgos de masoquismo infantil utilizan la conducta suicida para mantenerse conectados con su entorno, éstos están diseñados para mantener el control en base a provocar sentimientos de culpabilidad entre quienes lo rodean, también como una expresión inconsciente de culpabilidad al éxito y la profundidad de una relación psicoterapéutica. Otro grupo de pacientes muestra un comportamiento suicida que es reflejo de un narcisismo maligno, estos pacientes experimentan un aumento de la autoestima y obtienen una consumación de su grandiosidad patológica con la conducta suicida. (20)

En los factores psicológicos de la conducta suicida, un factor central es el tema de la desesperanza, ya que existe una elevada asociación entre ésta y el riesgo suicida a largo plazo. Otros factores psicológicos asociados son los sentimientos de culpabilidad, odio hacia sí mismo así como los elementos de agresión y violencia, pobre control de impulsos, suspicacia y rebeldía. Un estudio publicado en 1999 en Estados Unidos enfocado a la “autopsia del suicidio” en individuos menores a los 35 años de edad, se trató de sondear las características más comunes asociadas como antecedentes de individuos jóvenes suicidas encontrando muy frecuentemente la presencia de una enfermedad de tipo psiquiátrico tanto de forma aguda como crónica, pobres redes de apoyo, problemas personales agudos o de larga evolución así como ser desempleado, soltero y con aislamiento social. (4). El Centro de Investigación Clínica de Salud Mental para el Estudio del Suicidio en Nueva York y la Universidad de Columbia, tras valorar a 84 pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, 45 con antecedentes de intento suicida y 39 sin este antecedente; encontraron como factores protectivos de importancia frente a las conductas suicidas el hecho de sentir cierta responsabilidad hacia la familia, la desaprobación social hacia el suicidio, los principios morales, el miedo al suicidio y la copia de roles. (32). La vergüenza y la humillación son dos factores que en ocasiones subyacen al suicidio, determinados sujetos pueden considerar el suicidio como un mecanismo para guardar las

apariciones tras sufrir una humillación social, esta forma de suicidio es rara en sujetos que no sufren trastornos psiquiátricos. (20)

En las mujeres, existen ciertas características que se pueden tomar en cuenta para pensar en una predisposición a la conducta suicida; según un reporte publicado en 1999 por el Departamento de Medicina Preventiva y familiar y por el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Emory, en Atlanta, E.U.A. en el cual se observó que la evidencia de prevalencia respecto a intento suicida entre mujeres médicas fue menor en relación a la de la población general y a la de mujeres en los Estados Unidos (1.5 %, 2.9 % y 4.2 %, respectivamente), se vio que los antecedentes que incrementan el riesgo de conductas suicidas en mujeres es la baja escolaridad, la presión dentro de su área de trabajo y el hogar, la sensación de perder el control en éstos lugares, síndrome de fatiga crónica, historia de maltrato físico, uso de tabaco y dependencia a alcohol, obesidad, trastornos de la alimentación, e historia personal y familiar de depresión, además de antecedentes previos de intento suicida. . (19).

En los ancianos los factores predisponentes son el aislamiento, la desesperanza, la pérdida del cónyuge, la ansiedad debido a la inestabilidad económica y el tratamiento inadecuado de un trastorno del estado de ánimo. Un estudio realizado por el Colegio Médico de Weil y la Universidad Cornell, en Nueva York y publicado en 1999 en el cual tuvo como objetivo encontrar características clínicas que pudieran identificar tempranamente pacientes con depresión e intento suicida, captó 354 pacientes, entre 61 y 93 años de edad, en los cuales se hizo un seguimiento y valoración por vía telefónica cada 6 meses en un periodo promedio de 1.8 años, dando como resultados que la historia previa de intentos suicidas, el que hayan sido éstos de alta gravedad y aunado a un pobre soporte social, incrementan el riesgo de intento suicida; la severidad del episodio depresivo es un factor predictivo importante y se observa que una intervención temprana tiene una respuesta significativa en estos individuos. (2).

1.3 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL INTENTO SUICIDA A NIVEL NACIONAL.

En México, la conducta suicida es un problema de salud pública, ya que según los registros de la Secretaría de Salud, sus tasas han aumentado en los últimos años, esto ha llevado a los investigadores a enfocarse mas hacia esta materia, como lo demuestra un estudio realizado por la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente(INPRF) publicado en el año 2003, donde se ofrece una revisión de artículos enfocados a dicha problemática durante los últimos 25 años, mostrando que la variaciones mas importantes en base al género de los sujetos. (30).

En 1986, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por medio de la División de Investigaciones Epidemiológicas y sociales, llevo a cabo el proyecto “Ideación suicida, desesperanza, depresión e intentos previos en pacientes depresivos y pacientes con consumo de alcohol”, encontrando que en relación con la desesperanza, ésta puede llevar hasta un riesgo 6 veces mayor de ideación suicida siendo casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, con menor riesgo entre los 46 y 65 años y en las divorciadas y separadas. Así mismo, el riesgo es tres veces mayor en los pacientes que presentaban un patrón de consumo de alcohol consuetudinario mientras que entre mayor desesperanza el riesgo de ideación suicida es casi siete veces mayor. (34)

Un estudio realizado a dos generaciones de estudiantes de licenciatura en una universidad privada (generación 93 y generación 95) y publicado en junio de 1998, con el fin de mostrar indicadores psicosociales predictores de ideación suicida, mostraron que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27 % y 30 %. Fue mas frecuente encontrar síntomas en las mujeres, así como la persistencia de la ideación, que fue de alrededor de 3 %. La autoestima resulto ser la variable predictora de protección común a las dos generaciones y ambos sexos. En cuanto a las variables predictoras de riesgo, se encontró

que el estrés social era común en los hombres de una generación y en las mujeres en ambas generaciones. (23)

En cuanto a las estadísticas registradas en relación a el intento suicida por el INEGI durante los años 2000 y 2001, son los siguientes:

En el 2000, se registraron un total de 429 suicidios; 43.8 % realizados por hombres y 56.2 % por mujeres.

En 103 casos del total, se obtuvo su grado de escolaridad, siendo 32.1 % con primaria, 43.7 % con secundaria o equivalente, 12.6 % con preparatoria o equivalente, 9.7 % con estudios a nivel profesional y 1.9 % con otro tipo de estudios no especificados.

Por estado civil, se encontró un 40.2 % de solteros (44.8 % hombres, 55.2 % mujeres), 28.4 % casados (46.7 % hombres, 53.3 % mujeres), 0.7 % viudos (33.3 % hombres, 66.7 % mujeres), 0.9 % divorciados (25 % hombre, 75 % mujeres), 6.3 % en unión libre (29.6 % hombres, 70.4 % mujeres), 0.2 % separado (0 % hombres, 100 % mujeres). 23.3 % se ignoraba (44 % hombres, 56 % mujeres).

Por ocupación se reportaron un total de 119 sujetos que laboraban. 67 % hombres, de éstos 43.8 % artesanos y obreros, 17.5 % comerciantes y dependientes, 17.5 % oficinistas, 21.2 % otros, incluyendo profesionistas, campesinos, ayudantes, operadores de transporte, trabajadores en servicios públicos y protección y vigilancia. 32.8 % mujeres, de éstas, 51.3 % oficinistas, 15.4 % comerciantes y dependientes, 12.8 % artesanas y obreras, 20.5 % otros, incluyendo profesionistas, maestras, campesinas, supervisoras, trabajadoras en servicios públicos y trabajadoras domésticas.

Por método empleado en el intento suicida, el que se reporta como más utilizado fue el de intoxicación, con 45.9 % de los casos(21 % hombres, 79 % mujeres) , le siguió el uso de arma blanca con 14.2 % casos (83 % hombres, 27 % mujeres), el estrangulamiento con 12,5 % (79 % hombres, 21 % mujeres), la toma de veneno con 11.4 % (37 % hombres, 63 % mujeres), uso de arma de fuego con 3.7 % , precipitación con 1.8 %, uso de gas venenoso 0.7 %, sumersión con 0.5 % y quemadura 0.2 %. Otros métodos 7.7 %

Dentro de las causas que condicionaron el intento suicida, la más frecuente fue el disgusto familiar con 34.7% de los casos, 34.7 % hombres y 65.3 % mujeres; causas amorosas 9.6 %, 41.5 % hombres y 58.5 % mujeres, 4.0 % por enfermedad mental, 58.8 % hombres y 41.2 % mujeres, dificultades económicas 3.6 %, 46.4 % hombres y 53.3 % mujeres, por enfermedad grave incurable 2 %, 87.5 % hombres y 12.5 % mujeres, remordimiento 0.7 %, 100 % hombres, otras causas 14 %, 38.3 % hombres y 61.7 % mujeres. En 135 casos se ignora la causa, siendo 72.6 % hombres y 27.4 % mujeres.

Por mes de año se reporto lo siguiente. Enero: Total 7.9 %, 29.4 % hombres / 70.6 % mujeres. Febrero: Total 6.5 % 42.8 % hombres / 57.2 % mujeres. Marzo: Total 39 %, 46 % hombres / 54 % mujeres. Abril: Total 12.8 %, 60 % hombres / 40 % mujeres. Mayo: Total 7.3 %. 42 % hombres / 58 % mujeres. Junio: 10.7 %, 47.8 % hombres / 52.2 % mujeres. Julio: Total 8.9 % . 39.5 % hombres / 60.5 % mujeres. Agosto: Total 12.8 %, 36.4 % hombres / 63.6 % mujeres. Septiembre: Total 7.7 %, 42.4 % hombres / 57.6 % mujeres. Octubre: Total 7 %, 33.3 % hombres / 66.7 % mujeres. Noviembre: Total 5.4 %, 47.8 % hombres / 52.2 % mujeres. Diciembre: Total 4 %, 58.8% hombres / 41.2 % mujeres. (17).

En el 2001, se reportaron un total de 422 intentos suicidas, siendo 40.3 % hombres y 59.7% mujeres.

Se reportaron 21.1 % casos de personas económicamente activas, 37.4 % como económicamente inactivas incluyendo a menores de 12 años de edad. En 41.5 % casos no se pudo especificar.

Por grupo de edad, respecto a los hombres, se encontró el mayor porcentaje entre los 20 y 24 años con un 21.8 % y en las mujeres entre los 15 a los 19 años con un 25.4 %.

Por estado civil se reportaron 44.3 % solteros (40.1 % hombres, 59.9 % mujeres), 27 % casados (39.5 % hombres, 60.5 % mujeres), 0.2 % viudos (100 % mujeres), 0 % divorciados, 6.2 % en unión libre (46.2 % hombres y 53.8 % mujeres), 1 % separados (100 % hombres). En 21.3 % de los casos se ignoraba (36.7 % hombres, 63.3 % mujeres).

Por escolaridad, se reportaron un total de 39.3 % con algún grado de estudio, de éstos 29.5 % contaban con primaria, 43.4 % con secundaria o equivalente, 11.5 % con nivel de preparatoria o equivalente, 13.1 % con nivel profesional y 2.5 % con otro no especificado.

Por ocupación, se reportaron un total de 21.1 % sujetos con ocupación. 60.7 % hombres de los cuales 29.6 % eran oficinistas, 24.1 % artesanos y obreros, 14.8 % campesinos, 13.8 % comerciantes y 18.5 % otros, incluyendo operadores de transporte, coordinadores y supervisores administrativos y trabajadores en servicios públicos. 39.3 % mujeres, de éstas 40.0 % oficinistas, 14.3 % ocupadas en trabajos de servicios públicos y 45.7 % otros, incluyendo técnicas, trabajadoras de la educación, trabajadoras del arte, artesanas, obreras, coordinadoras administrativas, comerciantes y trabajadoras domésticas.

Por método empleado para cometer el acto suicida, el más utilizado fue la intoxicación con 53.8 % de casos, en segundo lugar el uso de arma blanca con 15.9 % casos, seguido de la estrangulación con 9.2 %, toma de veneno 7.4 %, uso de arma de fuego 4.5 %, precipitación 2.6 %, uso de gas venenoso 0.5 %, machacamiento 0.5 %, otros medios 3.3 %, en 2.3 % casos se ignora.

El motivo que condicionó el intento suicida más común fue el disgusto familiar con 32.7 % de casos, 32.6 % hombres, 67.4 % mujeres. Causa amorosa con 9.7 %, 39 % hombres, 61 % mujeres, enfermedad mental 3.8 %, 62.5 % hombres y 37.5 % mujeres. Dificultad económica 2.7 % , 41.7 % hombres, 58.3 % mujeres. Enfermedad grave e incurable 2.3 % , 70 % hombres, 30 % mujeres. Remordimiento 1.2 %, 60 % hombres, 40 % mujeres. Otras causas 16.6 %, 42.8 % hombres, 57.2 % mujeres. En el 31 % de los casos se ignora, 41.5 % hombres, 58.5 % mujeres.

Por mes del año. Enero: Total 28, 14 hombres / 14 mujeres. Febrero: Total 46. 20 hombres / 26 mujeres. Marzo: Total 37, 14 hombres / 23 mujeres. Abril: Total 50, 21 hombres / 29 mujeres. Mayo: Total 51, 23 hombres / 28 mujeres. Junio: Total 31, 15 hombres / 16 mujeres. Julio: Total 33, 9 hombres / 24 mujeres. Agosto: Total 46, 19 hombres, 27 mujeres. Septiembre: Total 51, 17 hombres / 34 mujeres. Octubre: Total 24, 9 hombres / 15 mujeres. Noviembre: Total 17, 7 hombres / 10 mujeres. Diciembre: Total 8, 2 hombres / 6 mujeres. (18)

1.3 FACTORES BIOLÓGICOS ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA.

La importancia de los factores biológicos en la conducta suicida surgió a partir de estudios sobre suicidio consumado y revelaron una tasa de concordancia superior en gemelos monocigotos respecto a bicigotos. En 1980 proliferaron los estudios que describían más directamente el funcionamiento neuroquímico.

El centro de atención ha recaído en las alteraciones de la transmisión serotoninérgica del Sistema Nervioso Central. Varios estudios han señalado un aumento en la capacidad de recaptura de serotonina (5-HT₂) en la corteza frontal y prefrontal de las víctimas de suicidio, estos hallazgos sugieren que existe una compensación post sináptica frente a la disminución global de la transmisión serotoninérgica de pacientes suicidas. Otros sistemas de neurotransmisión se han asociado; entre ellos se ha hecho mención al de un incremento en la unión a los receptores colinérgicos muscarínicos y a un aumento en la unión a los receptores B-adrenérgicos no solo en la corteza prefrontal sino también en el temporal. Un estudio encontró que los sitios de unión del factor liberador de corticotropina (CRF) se encontraban disminuidos en la corteza cerebral de pacientes con intento suicida, este hallazgo concuerda con estudios anteriores que encontraron que los pacientes con depresión clínica significativa presentaban aumento en CRF en líquido cefalorraquídeo. Se ha encontrado una correlación positiva entre 5-HIAA cerebral determinado por autopsia y del LCR. Uno de los primeros estudios demostró que el 21 % de los pacientes hospitalizados tras una tentativa de suicidio y que presentaban niveles bajos de 5-HIAA en el LCR se suicidaban en el siguiente año a su evaluación inicial (5). Otros estudios confirmaron esta primera observación al encontrar que los pacientes deprimidos con niveles de 5-HIAA en LCR inferiores a los normales tenían mayor posibilidad de realizar tentativas de suicidio. (1); cabe señalar, sin embargo, que los pacientes con un trastorno bipolar, suicidas o no, no pudieron distinguirse por sus niveles de 5-HIAA en LCR. (9). puesto que probablemente la desregulación serotoninérgica es el eje central de la génesis del trastorno bipolar; estos resultados pueden enmascarar cualquier relación existente entre hipofunción serotoninérgica y el suicidio en estos pacientes. (24). Se ha demostrado que los bajos

niveles de 5-HIAA en LCR también distingue a los pacientes esquizofrénicos que han intentado suicidarse de los que no lo han intentado. (6) (37) (38). Estos hallazgos también apoyan que el suicidio no constituye un mero resultado final de la depresión clínica si no que es posible que la disfunción serotoninérgica subyazca a la conducta suicida de pacientes con diferentes diagnósticos.

En adolescentes, partiendo del hecho de que se ha relacionado a la serotonina con actos de violencia e impulsividad, se ha detectado una alteración en el receptor 5 HT 2 A estando incrementado en su número en comparación con sujetos control en muestras cerebrales post. Mortem de víctimas de suicidio, siendo mayor su cantidad en la región cortical prefrontal e hipocampo. (40). Los estudios han demostrado también que los pacientes suicidas presentan un aumento en el número de receptores de 5-HT2 en plaquetas.. (41) (42).

Un estudio realizado a pacientes hospitalizados en Servicio Especial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por intento suicida, entre octubre de 1994 a enero de 1995, se presentó como hallazgo concordante con estudios realizados en el extranjero, el hecho de que los niveles de impulsividad son altos, llegando a ser del 40 % hasta el 70 %, asociándose más a actos previos irreflexivos, mas que a cuadros depresivos, presentes en trastornos de personalidad y esquizofrenia, haciendo mención de niveles bajos de 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en líquido cefalorraquídeo (29).

También se ha asociado los niveles bajos de ácido monovanílico a un incremento en las tentativas suicidas (41) (42). Y se ha sugerido que la reducción del cortisol en suero está asociada a las tentativas suicidas. (21)

Entre los antidepresivos, se ha visto al bupropion como una buena elección, encontrando en éste medicamento un efecto modulador en la agresividad e impulsividad, así también como también el uso de ISRS pues puede disminuir la violencia asociada a ansiedad y depresión; también se apoyan estas observaciones al incremento de triptofano en la dieta. (50).

1.3 DEFINICION DEL INTENTO SUICIDA ESTACIONAL.-

En investigaciones previas se ha manejado el termino de conducta suicida estacional (3) (10) ((16) (27) (31) (45) (46) (47). En uno de ellos, se asocia a el trastorno afectivo estacional (48) en donde se observa que se cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor, con un patrón estacional y con curso longitudinal específico (otoño e invierno). Así, podemos decir que el intento suicida estacional, es aquel en donde el intento suicida, acto donde alguien busca quitarse la vida infligiéndose lesiones físicas, tiene un patrón de variabilidad de frecuencia durante periodos específicos del año (meses o estaciones del año) siendo estadísticamente demostrable.

1.4 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL INTENTO SUICIDA ESTACIONAL..

Existe el interés en relación a la conducta suicida que se puede asociar a la exacerbación de padecimientos psiquiátricos asociado a la variación estacional. Hay varios estudios que se han realizado con el fin de comprobar este fenómeno. Al hacer un registro de los estudios sobre depresión estacional, hay mayor número de reportes que apoyan este fenómeno en Estados Unidos de América, en comparación con los de origen Europeo (18). principalmente en Inglaterra. (10) (55).

Un análisis de datos recopilados de 1960 a 1980 en 28 naciones por Chew y Mc Cleary (1995), confirma un pico estacional durante la primavera en los actos suicidas (27). En Italia, durante la década pasada, se realizaron estudios en relación a la variación por mes y de tipo circadiano de la conducta suicida.

En Cagliari, Italia, se reportó un pico significativo durante el mes de febrero y de junio a julio con una variación hasta del 25 % respecto a los meses de noviembre y diciembre en el periodo de 1990 a 1994. (3).

En un registro de suicidios en Italia desde 1984 hasta 1995, cuantificando un total de 15,155. según el Instituto Nacional Italiano de Análisis Estadístico, se reportan variaciones estacionales que varían según la edad, el sexo y el método utilizado; en ambos sexos se observó un claro pico estacional durante el verano, el cual era más evidente en individuos de edad adulta avanzada; en las mujeres se observó además un patrón de tipo bimodal en el transcurso del año; los cambios de tipo estacional se dieron de forma más marcada en los suicidios en los que se emplearon métodos agresivos por individuos del sexo masculino. (45)

Otro estudio hecho en Italia de 1984 a 1985 y publicado en el 2000 donde se realiza una revisión de los métodos en la distribución estacional de intentos suicidas apoya también los datos del estudio proveniente del mismo país, viendo una influencia estacional evidente dentro de los varones, asociada a métodos más agresivos y a el incremento en la temperatura durante el mes de marzo, principalmente. (46)

En Inglaterra y Wales, se ha reportado un incremento de suicidios con un pico durante finales de primavera e inicios de verano. uno de estos registros, con seguimiento mensual durante 7 años desde el 1o. de enero de 1968 a el 31 de diciembre de 1974 apoya la variación estacional para suicidios, incluyendo casos por envenenamiento, pero no por muerte accidental, encontrando como hallazgo asociado, el subregistro importante de muertes por suicidio dado que tiende a clasificarse como muertes por causas no especificadas. (8)

Datos de un estudio realizado en Finlandia de 1980 a 1995 muestra un pico estacional respecto a los actos suicidas de mayor contenido violento, como arrojar a vehículos en movimiento o saltar desde un sitio alto, en el verano y una disminución durante el invierno, sin cambios significativos en los actos suicidas menos agresivos, como en el caso de envenenamiento por medicamentos.(47)

Datos consistentes sobre certificados de defunción provenientes de la provincia de Oulu, Finlandia, durante 1997, reportan una relación entre los empleos llevados al aire libre: granjeros y trabajadores forestales comparándolos con empleos realizados en espacios cerrados: secretarias, cocineros, operadores de computadoras, maestros, peinadoras; con un pico estacional mayor durante primavera e invierno en el primer grupo, así como el empleo de técnicas de suicidio más agresivas como arrojar de lugares altos o uso de armas de fuego frente a envenenamiento, de forma significativa, tratando de explicar este fenómeno por la mayor exposición a las variaciones climáticas extremas. (31).

En Australia, durante 1990 y 1996, un análisis de la distribución mensual de suicidios, muestra un pico estacional estadísticamente significativo para el sexo masculino durante primavera y verano, mientras que se observa un incremento para las mujeres durante el

otoño, los datos mas modestos se encontraron en áreas más cercanas al Ecuador, apoyando estudios anteriores. *Cantor* (13) uno de ellos realizado en Japón durante 1999 al recabar Estadísticas Gubernamentales de 47 Prefecturas de este país, con correlación entre exposición a la luz ($p = 0.003$), temperatura ($p = 0.007$), latitud (0.012) y época del año ($p = 0.45$). (51)

En contraparte, en los Países Bajos, tras un registro de suicidios e intentos suicidas desde 1980 hasta 1994, obtenidos de el Departamento de la Corporación de Comunicaciones de Vías Férreas, no demostró una tendencia importante en relación a la época del año. (53) Un registro sobre usuarios del Departamento de Psiquiatría de Hospital de Rhode Island, desde diciembre de 1995 a mayo del 2001, en Nueva Inglaterra, EUA. no obtuvo cifras significativas que apoyaran la teoría de una variación estacional respecto a la conducta suicida en pacientes de tipo psiquiátrico. (44). En un estudio realizado en Singapur con seguimiento de 1989 a 1998, obteniendo datos del Departamento de Inmigración y Registro de este país, dieron como resultado tras analizar 3395 suicidios, una disminución en los meses de diciembre a febrero y un incremento en marzo y abril sin que las cifras fueran estadísticamente significativas, explicando ésta situación con una pobre asociación entre el suicidio estacional con una zona cercana al Ecuador. (43) aunque en Hong Kong se encuentran datos contradictorios entre 1981 y 1997, variando los resultados según el tipo de estudio realizado y la base de datos de donde se obtuvo la información., (56).

1.5 PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DEL INTENTO SUICIDA ESTACIONAL EN MÉXICO.

En Latinoamérica, y más específicamente en México es escasa la bibliografía en la cual se ha estudiado el fenómeno de la variación estacional en relación a padecimientos psiquiátricos por lo que queda poco claro si existe una tendencia al intento suicida de forma estacional. De los pocos estudios realizados en México, existe uno que se expuso durante en IV Simposio Latinoamericano de Cronobiología el cual muestra la tendencia dentro de población abierta (1482 individuos) en la Ciudad de México . - Latitud 19 24 norte; 99 09 oeste -, a tener un incremento en la necesidad de sueño, aumento de peso y del apetito en general, durante el mes de diciembre siendo más significativo para el sexo femenino; 17 individuos pudieron entrar dentro de los rangos de depresión para el CIDI y el SPAQ sugiriendo la presencia de un Trastorno Afectivo Estacional. (22).

1.6 INTENTO SUICIDA ESTACIONAL Y SU ASOCIACIÓN A OTROS PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS.

Apoyando las evidencias de una asociación entre el intento suicida y las estaciones del año, se han encontrado datos de una agudización de padecimientos psiquiátricos en determinados periodos de tiempo; en general, trastornos del afecto, así en un estudio entre los usuarios de hospitales psiquiátricos en Norway de 1992 a 1996, donde se hizo el diagnóstico de manía, trastorno bipolar en fase de depresión y depresión unipolar, mientras no se encontró una variación estacional para la manía, sí se encontró para la depresión, con un pico significativo en abril, principalmente en varones; mientras que en las mujeres, fue más importante durante el mes de noviembre. (36). Al hacer un seguimiento de la conducta suicida en pacientes que cumplían el criterio diagnóstico de alcoholismo según el DSM IV, en el Departamento de Psiquiatría en Lund, se obtuvo un pico en el segundo cuarto del año en un 34 % de los sujetos coincidiendo con el pico estacional de trastornos depresivos. (12). Se puede considerar así que un trastorno del estado de ánimo estacional es, por ejemplo, una depresión recurrente durante el invierno. En otras publicaciones, se ha registrado una variabilidad estacional diferente a las arriba citadas, mostrando cambios en la aparición en los episodios de manía de forma común durante la primavera y el verano y los episodios depresivos durante el otoño y el invierno (durante los meses de noviembre hasta finales de febrero), . En el sexo masculino se ha encontrado más predisposición a los cambios del humor por variación estacional. (50).

1.7 FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL INTENTO SUICIDA.

1.71 *CAUSAS SOCIOLOGICAS.*

Dentro de las causas sociológicas, se apoya la teoría de que existe en primavera un incremento de actividad social que se puede relacionar con conflictos interpersonales y consumo de alcohol que aumenta el riesgo suicida, así como también el incremento en la competencia para la fuerza de trabajo en el campo al terminar el invierno y la finalización de ciclos de trabajo. (27) Los intentos suicidas, con aumento inmediato tras las fiestas de navidad y año nuevo, se asocian a periodos de estrés por el cambio en los hábitos del sueño, uso de alcohol, conflictos familiares, financieros y expectativas elevadas de prosperidad y armonía.

1.72. *CAUSAS BIOLÓGICAS.*

Entre las causas biológicas, se sugiere que el pico en la conducta suicida se asocia a los trastornos afectivos ligados al biorritmo del organismo. (27) Este fenómeno se ha relacionado con la cantidad de luz a la que quedan expuestos los individuos, asociado a un hipometabolismo en el área frontal, parte anterior del cíngulo y el tálamo; siendo más frecuente en personas que viven en latitudes altas o donde los cambios de exposición a la luz son más dramáticos. (50).

Factores ambientales se han asociado también al incremento en el número de intentos suicidas dentro de un patrón estacional; por ejemplo, un estudio publicado en 1998, en el cual se hace una revisión de artículos de 1970 a 1997 muestra un pico en intentos suicidas entre la población de la tercera edad durante el otoño, asociando esto a la disminución en la humedad en el ambiente. (26).

Artículos recientes reportan la relación entre el ciclo circadiano, el foto-periodo y los niveles de melatonina con alteraciones en el estado de ánimo. La fototerapia para el

tratamiento de los trastornos afectivos de tipo estacional ha sido evidenciada en varios estudios que aportan información sobre la alteración en las fases del ciclo circadiano en individuos que cursan con depresión de tipo estacional, teniendo una buena respuesta a la fototerapia, con resultados limitados con medicamentos antidepresivos y una remisión parcial espontánea durante el verano (16); existe un reporte de tratamiento con luminoterapia en oficinistas en Finlandia, durante los meses de noviembre a febrero, reportándose una mejoría en su estado de ánimo y una sensación de menos variaciones del mismo durante el curso del año. (16) Se ha sugerido la utilización de luminoterapia en la parte norte de Japón con el propósito de disminuir las probabilidades de suicidio así como de depresión estacional. (51). Otro estudio demuestra que hay una mejoría en los episodios depresivos de pacientes embarazadas, aplicando luminoterapia por lo menos durante 5 semanas. (39). En las depresiones estacionales con patrón melancólico o en los individuos con rasgos de personalidad correspondientes al cluster C, donde hay grandes defectos de evitación, se ha visto que la luminoterapia tiene resultados limitados. (50). En un estudio realizado a 55 pacientes que cursan con trastornos de tipo afectivo estacional, así como a 55 sujetos sanos en los Estados Unidos de América, se obtuvo como resultado un aumento en los niveles de melatonina en invierno en comparación con el verano en los pacientes psiquiátricos, mientras que los individuos sanos no tuvieron estos cambios. (54).

Cabe recordar que la melatonina regula funciones básicas en los mamíferos, como el ciclo sueño vigilia, la actividad sexual, así como la modulación en el estado de ánimo. El efecto de la melatonina con la secreción circadiana de serotonina en el hipocampo es relatada en un estudio donde se observan dos picos de incremento, la primera desde las 14:00 hrs hasta las 22:00 hrs y la segunda desde las 2:00 hrs a las 6:00 hrs mostrando que la melatonina reduce el flujo de serotonina durante el episodio ausente de luz mientras que lo facilita en presencia de luz, por un mecanismo al parecer dosis dependiente. (35). Además de la serotonina, se ha descrito que la melatonina modula la transmisión dopaminérgica y colinérgica, en la retina, y en el hipotálamo la hormona inhibe la liberación de dopamina y de acetilcolina inducida por concentraciones altas de potasio o por estimulación eléctrica. Hay una clara evidencia de que la melatonina también modifica la actividad del sistema gabaérgico y glutamérgico, en el mesencéfalo y en el hipotálamo

de la rata, la hormona aumenta la concentración de GABA y la unión de este neurotransmisor y su receptor. (11). El hecho de que se encuentren asociados niveles bajos de 5 HT en cerebro, una dieta baja en triptofano y el hallazgo de niveles bajos de metabolitos de serotonina en fluido cefalorraquídeo en individuos violentos, con altos índices de criminalidad, impulsivos y con alza en su psicomotricidad hace congruente que en varios de los registros previos se haya encontrado una alta relación con los suicidios e intentos suicidas donde el grado de agresividad e impulsividad son un elemento importante, al ser de aparición estacional, estando principalmente reportada esto para el sexo masculino. (50). Un estudio demuestra que la unión plaquetaria de la imipramina presenta una variación estacional significativa en adolescentes que habían tenido tentativas de suicidio.(25).

2.- JUSTIFICACION:

A lo largo del tiempo se han realizado varios estudios con el fin de observar el fenómeno del intento suicida estacional, encontrando hasta el momento resultados contradictorios,(1) (3) (10) (12) (13) (16) (22) (26) (27) (43) (47) (54) (56) sin embargo, hay que comentar que en la mayoría de los estudios se coincide en que existe una variación estacional en relación a la conducta suicida, estadísticamente significativa o no, predominando cuando las variaciones climáticas son más extremas. Se ha demostrado también que en la población que cursa con padecimientos psiquiátricos existe una tendencia a la recaída, y a la conducta suicida sobre todo en trastornos de tipo afectivo (9) predominando en muchos de ellos un patrón de empeoramiento durante el segundo cuarto del año y el invierno. (12) (16) (36)

Hay que comentar que se han señalado varios factores que pueden influir en que aparezca o no una variación estacional en el intento suicida: Los sociológicos y biológicos. En los primeros hay una mayor tendencia a la homogeneidad dentro de las poblaciones, pues en ellos se incluyen el aumento en los encuentros familiares y los conflictos interpersonales que fomentan las discusiones y la presencia de estrés; así como el incremento en el consumo de alcohol que pueden coincidir con las fiestas tradicionales de navidad y año nuevo, hay cambios en la calidad y cantidad de sueño, aunado a la presencia de expectativas muchas veces irreales de un futuro prometedor, el incremento en el grado de competitividad para conseguir un empleo junto con el término de contratos de los mismos a principios y finales de año, respectivamente, y la disminución de requerimiento de mano de obra en el campo durante el invierno. (27) Mientras que en las biológicas, se señala principalmente el grado de cantidad de exposición a la luz que a través de la cual se modifican los niveles de melatonina y secundariamente de serotonina que tienen un papel importante en la regulación de conductas humanas como los son la agresividad, la impulsividad, el nivel de estado de ánimo que pueden condicionar en un momento dado conductas autolesivas o suicidas (50) (35) (42) (25) ; éstas varían según la latitud de cada área geográfica, teniendo menos cambios en proporción a una mayor cercanía al

ecuador.(43) En México, dado la latitud en donde se encuentra - 19 24 norte; 99 09 oeste - se esperaría que una variación en la frecuencia del intento suicida de manera estacional fuera poco probable dado que por los factores de tipo biológico, el grado de exposición a la luz y los cambios neurobioquímicos, son más discretos que en otras partes del mundo; pero no hay estudios científicos suficientes dentro de esta zona para apoyar o desechar esta teoría (22); además de que la Ciudad de México comparte junto con muchas otras ciudades causas sociológicas que pueden llegar a influir en la tendencia suicida de forma estacional. Vale la pena mencionar que en los registros estadísticos del país (17) (18), haciendo referencia a los datos publicados entre el año 2000 y 2001, se encuentra una tendencia a la variación en el número de intentos suicidas a lo largo del año, con un incremento en los meses de mayo y septiembre; sin embargo, a nivel de Sector Salud, a eso no se le ha dado mucha importancia, considerando además que cabe la posibilidad de un subregistro en cuanto a la notificación de intentos suicidas (8) pensando en éste como un factor que requiere de mayor atención con la finalidad de crear programas de prevención en Salud Mental. . Si se logra hacer una detección de intentos suicidas en México con un patrón de variación estacional con valor estadístico significativo, se puede justificar el fomento de proyectos dirigidos a la prevención de este problema con un impacto sobre nuestra población..

Al considerarse por estudios previos, que una población susceptible a los cambios de tipo estacional, puede ser aquella en donde los sujetos sufren alguna patología psiquiátrica, como trastornos de tipo depresivo, bipolar, de personalidad o con problemas de alcoholismo (36) (50) (12) (49), puede esperarse que dentro de un estudio de tipo observacional retrospectivo en pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez – ubicado en la Ciudad de México y que concentra un número importante de usuarios en todo el país- se logre detectar si existe este tipo de variación como una muestra representativa de lo que sucede en buena parte de la Nación.

Partiendo del hecho de que es factible tener el acceso directo a las libretas de atención a pacientes en ese Servicio, es posible detectar a los casos en donde se piensa que existe el

antecedente de un intento suicida para su estudio de éste junto con el de sus variables asociadas

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Retomando la situación geográfica de México se puede pensar que las variaciones climáticas y de tiempo de exposición a la luz al ser mas discretas que en otros países, provocan cambios poco visibles que nos hagan pensar en un patrón de conducta estacional; pero hay que tomar en cuenta que existen escasos estudios en relación al tema tanto en México como en Latinoamérica que abarquen el aspecto biológico o sociológico, siendo obligado tomar en cuenta el subregistro de casos de intento suicida que limita aun mas la observación y el estudio del fenómeno. Al considerar que la población que cursa con algún padecimiento psiquiátrico es mas susceptible a los factores que se señalan como predisponentes para experimentar cambios en la conducta de forma estacional, se espera que al estudiar a individuos que acuden a los servicios de concentración para la atención en Salud Mental en la Ciudad de México se obtenga una muestra en la que se encuentre una diferencia estadísticamente significativa para que se justifique el hecho de realizar programas preventivos con impacto en la población respecto a este tema y con la cual poder responder a la pregunta: ¿Cuál es la variación estacional en el número de intentos suicidas de la población que acude en México al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

4.- HIPOTESIS DEL TRABAJO:

“Existe un incremento en la frecuencia de Intentos de suicidio dentro de la población atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante los meses que comprenden la estación de primavera (abril-mayo) finales de otoño (noviembre) así como inicios de invierno (diciembre).”

HIPOTESIS NULA:

“No existe un incremento en la frecuencia de Intentos de suicidio dentro de la población atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante los meses que comprenden la estación de primavera (abril-mayo) finales de otoño (noviembre) así como inicios de invierno (diciembre).”

5.- OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la frecuencia de intentos suicidas de forma estacional en los usuarios que son atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico “ Fray Bernardino Álvarez durante el periodo de tiempo comprendido desde el 1º. De enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001.

6.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.-Identificar los intentos suicidas que fueron registrados en el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez entre enero del 2000 a diciembre del 2001.

2.- Describir las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por intento suicida en el Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) durante el periodo de tiempo ya especificado.

3.- Determinar la frecuencia de los intentos suicidas de acuerdo al mes y a la estación del año en que ocurrieron y fueron registrados.

4.- Conocer la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos asociados al intento suicida de acuerdo al mes y a la estación del año en que ocurrieron y fueron registrados.

5.- Conocer los métodos más utilizados en el intento suicida en la población estudiada.

5.- Conocer los móviles más frecuentes por los que se realizó un intento suicida en la población estudiada.

7.- Conocer la asociación entre los diferentes métodos y los móviles de intento suicida con las diferentes características sociodemográficas de la población en estudio.

7.- METODOLOGÍA.-

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

Se realizo un estudio de tipo retrospectivo observacional descriptivo (28)

7.2.- MUESTRA DE ESTUDIO:

Estuvo constituida por un total de 440 individuos, 175 (39.8 %) hombres y 265 (60.2 %) mujeres, quienes cumplieron los criterios de inclusión del estudio y que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez para recibir atención.

7.3.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Personas mayores de 18 años.
- b) Personas del genero masculino y femenino.
- c) Que hayan sido registradas en el Servicio de Urgencias del HPFBA del 1º. De enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001
- d) .Que hayan sido atendidas en el Servicio de Urgencias del HPFBA tras presentar un intento suicida

7.4.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- a) Personas menores de 18 años.
- b) Expediente clínico incompleto.
- c) Hojas de Referencia Hospitalaria con datos incompletos.

7.5 ESPECIFICACION DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE:

El intento suicida.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- a) *Mes del año.*
- b) Estación del año.

VARIABLES INTERVINIENTES:

- A) Edad.
- B) Sexo.
- C) Escolaridad.
- D) Estado civil.
- E) Nivel socioeconómico.
- F) Ocupación.
- G) Diagnóstico psiquiátrico.
- H) Método utilizado en intento suicida.
- I) Móvil de intento suicida.

7.6 - DEFINICION DE VARIABLES:

A) *VARIABLE DEPENDIENTE.-*

- a) Intento suicida: Será toda aquella auto agresión física realizada por el individuo con el propósito real o aparente de quitarse la vida (33) que se tomará en cuenta siempre y cuando sea reportada dentro del expediente clínico o en las hojas de referencia hospitalaria. La verbalización del deseo de morir sin ser llevado a cabo no se contará como un intento suicida.

B) *VARIABLES INDEPENDIENTES.-*

- a) Meses del año: El mes del año se tomará en cuenta en relación a la fecha de registro de la hoja de atención a pacientes del servicio de urgencias.
- b) Estaciones del año: La primavera comprenderá la totalidad de los meses de marzo, abril y mayo (del 1º. de marzo al 31 de mayo); el verano los meses de junio, julio y agosto (del 1º. de junio al 31 de agosto); el otoño septiembre, octubre y noviembre (del 1º. de septiembre al 30 de noviembre) y el invierno diciembre, enero y febrero (del 1º. de diciembre al último día de febrero).

C) *VARIABLES INTERVI NIENTES.-*

- a) Edad: Serán los años de vida con los que se registró a los individuos al momento de su atención en el servicio de urgencias por el intento suicida. Se dividirá en 8 grupos de edad. 1.- De los 18 a los 27 años. 2.- De los 28 a los 37 años. 3.- De los 38 a los 47 años. 4.- De los 48 a los 57 años. 5.- De los 58 a los 67 años. 6.- De los 68 a los 77 años. 7.- De los 78 a los 87 años. 8.- De 88 años en adelante.

- b) Sexo: Se tomará en cuenta únicamente como *masculino* o *femenino* según como fuera registrado en la hoja de atención del servicio de urgencias.
- c) Estado Civil: Se reportará como 1.- Soltero. 2.- Casado o en unión libre. 3.- Viudo. 4.- Separado o divorciado. Según como fuera registrado dentro del expediente clínico u hoja de referencia al momento de su atención por intento suicida.
- d) Nivel Socioeconómico: Se tomará únicamente como *bajo*, *medio* o *alto* según fuera registrado dentro de las notas médicas del expediente.
- e) Ocupación: Se considerará la agrupación de empleos utilizado por el Sistema de Estadísticas del INEGI 2000-2001 con el fin de realizar una comparación con los datos obtenidos en el actual estudio. 1.- Obreros y artesanos. 2.- Comerciantes. 3.- Oficinistas. 4.- Profesionistas. 5.- Campesinos. 6.- Hogar. 7.- Estudiantes. 8.- Desempleados. 9.- Otros: Operadores de transporte, coordinadores, supervisores administrativos y trabajadores de servicios públicos.
- f) Escolaridad: Se reportará como 1.- Analfabeta o saber leer y escribir sin haber ido a la escuela o preescolar. 2.- Primaria incompleta. 3.- Primaria completa. 4.- Secundaria incompleta. 5.- Secundaria completa. 6.- Bachillerato incompleto. 7.- Bachillerato completo. 8.- Carrera técnica o comercial incompleta. 9.- Carrera técnica o comercial completa. 10.- Licenciatura incompleta. 11.- Licenciatura completa o post. Grado. Según los datos que se encuentren dentro del expediente clínico o en la hoja de referencia hospitalaria al momento de su atención.
- g) Diagnóstico psiquiátrico: Se reportará según los criterios diagnósticos del CIE 10 dado que dentro de las hojas de atención del servicio de urgencias así como en el expediente clínico y las hojas de referencia hospitalaria se utiliza tal sistema de clasificación.
- h) Método utilizado en intento suicida . La agrupación de métodos utilizados en intento suicida será la misma que la utilizada en el Sistema de Estadísticas del INEGI 2000 – 2001. 1.- Envenenamiento por medicamentos. 2.- Envenenamiento por otras sustancias tóxicas. 3.- Ahorcamiento,

estrangulamiento o sofocación. 4.- Lesión por objeto punzo cortante. 5.- Uso de arma de fuego. 6.- Arrojar desde un lugar elevado. 7.- Arrojar a un objeto en movimiento. 8.- Otros., según lo referido en el expediente clínico u hoja de referencia hospitalaria. En caso de encontrar dos métodos o más utilizados por el mismo individuo en una sola ocasión de atención, se tomará en cuenta el intento suicida que haya puesto en mayor riesgo su vida.

- i) Móvil de intento suicida: Se utilizará la clasificación utilizada por el Sistema Estadístico del INEGI 2000 – 2001 haciendo una separación respecto a lo que es enfermedad mental en errores de juicio y de conducta e impulsividad, considerando dentro de la primera a las ideas de tipo delirante, las alucinaciones o ilusiones, la conducta disruptiva o desorganizada, mientras que en la segunda entrarán las conductas no planeadas sin que el sujeto se encuentre fuera de la realidad. Esta división se realiza con el objeto de especificar mejor las conductas en una muestra que es tomada dentro de una población que cursa con trastornos de tipo psiquiátrico. Se dividirá en: 1.- Problemas familiares. 2.- Problemas de pareja. 3.- Errores de juicio y de conducta. 4.- Impulsividad. 5.- Dificultades económicas. 6.- Enfermedad grave o incurable. 7.- Desesperanza o culpabilidad. 8.- Otros no especificados.

7.7.- INSTRUMENTOS:

Se utilizo una hoja de vaciado de diez columnas, donde se registro en orden de izquierda a derecha:

1. No. De expediente clínico.
2. Nombre del paciente.
3. Su edad.
4. Sexo. (masculino/femenino)
5. Estado Civil.(soltero/casado-uni3n libre/viudo/separado-divorciado)

6. Escolaridad.(Analfabeta/Primaria incompleta/Primaria completa/Secundaria incompleta/Secundaria completa/ Bachillerato incompleto/ Bachillerato completo/ Carrera técnica o comercial incompleta/ Carrera técnica o comercial completa/Licenciatura incompleta/Licenciatura completa o postgrado).
7. Ocupación.(Obreroartesano/Comerciante/Oficinista/Profesionista/Campesino/Hogar/Estudiante/Desempleado/otros.)
8. Diagnóstico psiquiátrico según los criterios del CIE 10.
9. Técnica usada para el intento suicida. Subdividiendo en ocho: (Envenenamiento por medicamentos / Envenenamiento por otras sustancias tóxicas. / Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. / Lesión por objeto punzo cortante. / Uso de arma de fuego. / Arrojar desde un lugar elevado. / Arrojar a un objeto en movimiento. / Otros.)
10. Móvil de intento suicida. (Problemas familiares / Problemas de pareja/ Errores de juicio y de conducta / Impulsividad / Dificultades económicas / Enfermedad grave o incurable / Desesperanza o culpabilidad / Otros)

7.8 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA.

1.- Se hizo una captación de datos, a través de las libretas de atención a pacientes del Servicio de Urgencias, realizada por la guardia médica, desde el 1º. De enero del 2000 hasta el 1º. De diciembre del 2001.

2.- Se utilizaron los datos provenientes del registro en el Servicio de Preconsulta, dado que de ahí se canalizan a los individuos con intento suicida a otras Instituciones Médicas para su atención por medio de Hojas de Referencia del Servicio de Urgencia o son registrados en la libreta del Servicio de Urgencias para valorar su hospitalización.

3.- Se tomo en cuenta a los pacientes que son reportados con intento suicida en la libreta de atención a pacientes del Servicio de Urgencias.

4.- Se tomo también en cuenta a los pacientes que por su diagnóstico: Trastornos afectivos, de ansiedad, trastornos psicóticos agudos o crónicos, trastornos de personalidad o con problemas de control de impulsos, intoxicación, dependencia o abstinencia a sustancias de abuso, que por el hecho de haber sido enviados a Servicio Especial (Observación o Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva a Pacientes –UMQAIP-) o haber sido referidos a Hospital General hay que descartar un intento suicida, pensando en que se pudo haber omitido el intento suicida cuando se registro en la libreta de atención a urgencias.

5.- Los datos obtenidos fueron el número de expediente, nombre, edad, sexo, impresión diagnóstica y método usado en intento suicida se registraron en la hoja de vaciado.

6.-Se acudió a la libreta de Admisión, a las carpetas donde se encuentran las hojas de Referencia Hospitalaria y al Servicio de Archivo Clínico en busca de sus expedientes, para completar los datos requeridos en la hoja de vaciado.

7.- Se descartaron aquellos casos en los que había posibilidad de un intento suicida y no se encontró dentro del registro, o que no cubrieron los criterios de inclusión.

8.- Al terminar este registro, se hizo la suma total de los datos obtenidos con el fin de realizar el análisis estadístico.

8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizó el programa Epi-info versión 6 para el análisis estadístico.

Se realizó un análisis de frecuencia y porcentaje de cada variable (intento suicida, mes del año, estación del año, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, diagnóstico psiquiátrico, método utilizado en intento suicida y móvil de intento suicida).

Se realizó un análisis estadístico de estratificación en donde se formaron grupos con las siguientes variables: Estación del año (primavera, verano, otoño e invierno), intento suicida. Se hicieron cruces con estas estratificaciones para determinar la incidencia de intento suicida, método utilizado (envenenamiento por medicamentos, envenenamiento por sustancias tóxicas, ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, lesión por objeto punzo cortante, uso de arma de fuego, arrojarse desde un lugar elevado, arrojarse a un objeto en movimiento, otros), móvil de intento suicida (problemas familiares, problemas de pareja, errores de juicio y de conducta, impulsividad, dificultades económicas, enfermedad grave o incurable, desesperanza o culpabilidad, otros), así como las características sociodemográficas más comunes.

9.- RESULTADOS.

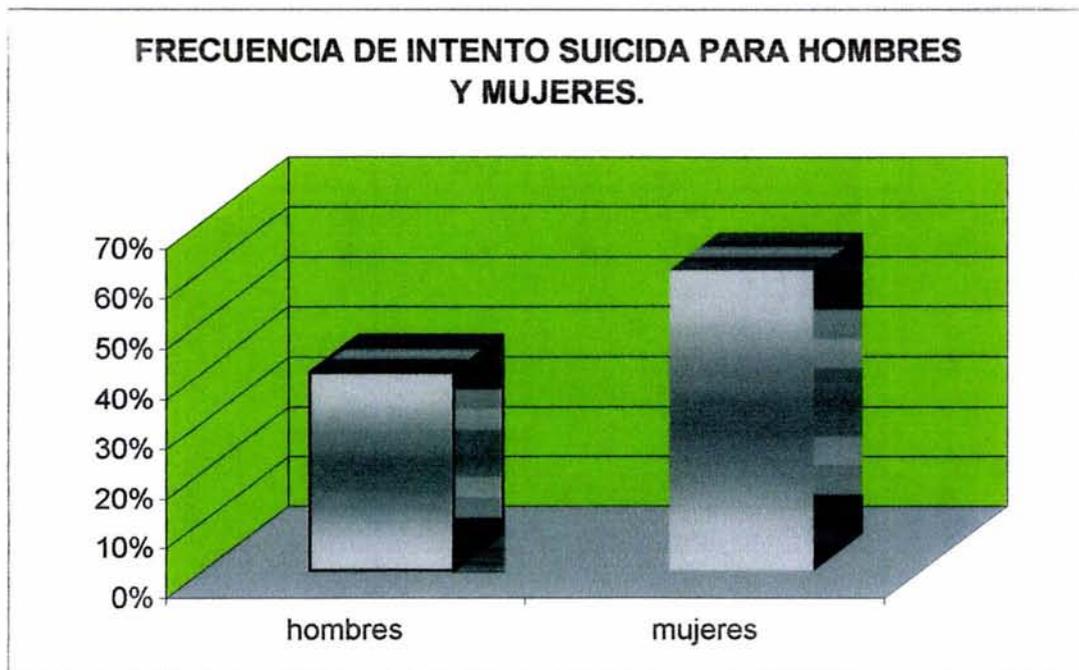
1.- NUMERO DE INTENTOS SUICIDAS REGISTRADOS DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO ESPECIFICADO.

Se registraron un total de 440 intentos suicidas.

2.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DENTRO DE LA MUESTRA ESTUDIADA.

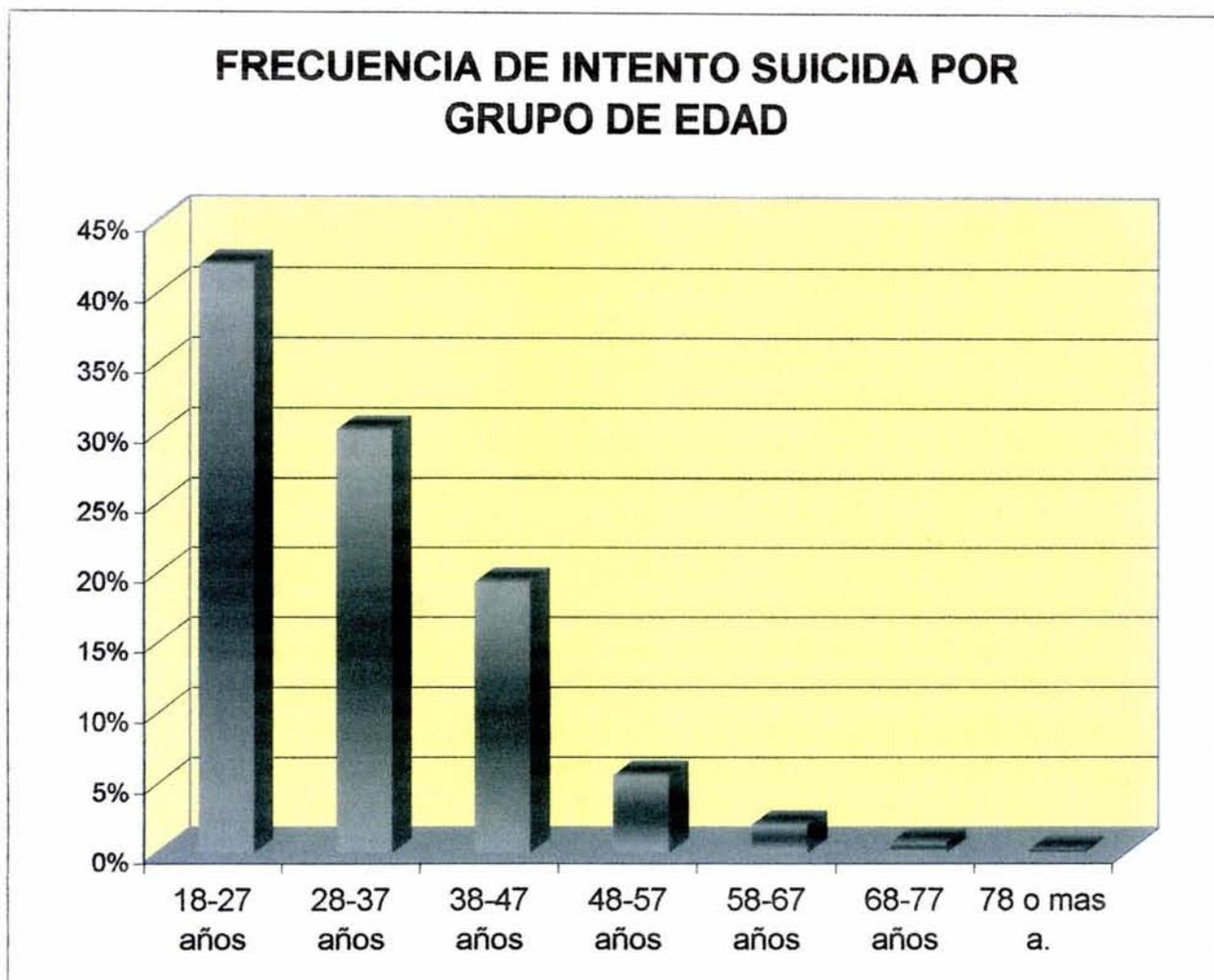
Por sexo, se encontró para el sexo masculino, Un total de 39.8%; mientras que para el sexo femenino, fue de 60.2%.

Cuadro no. 1

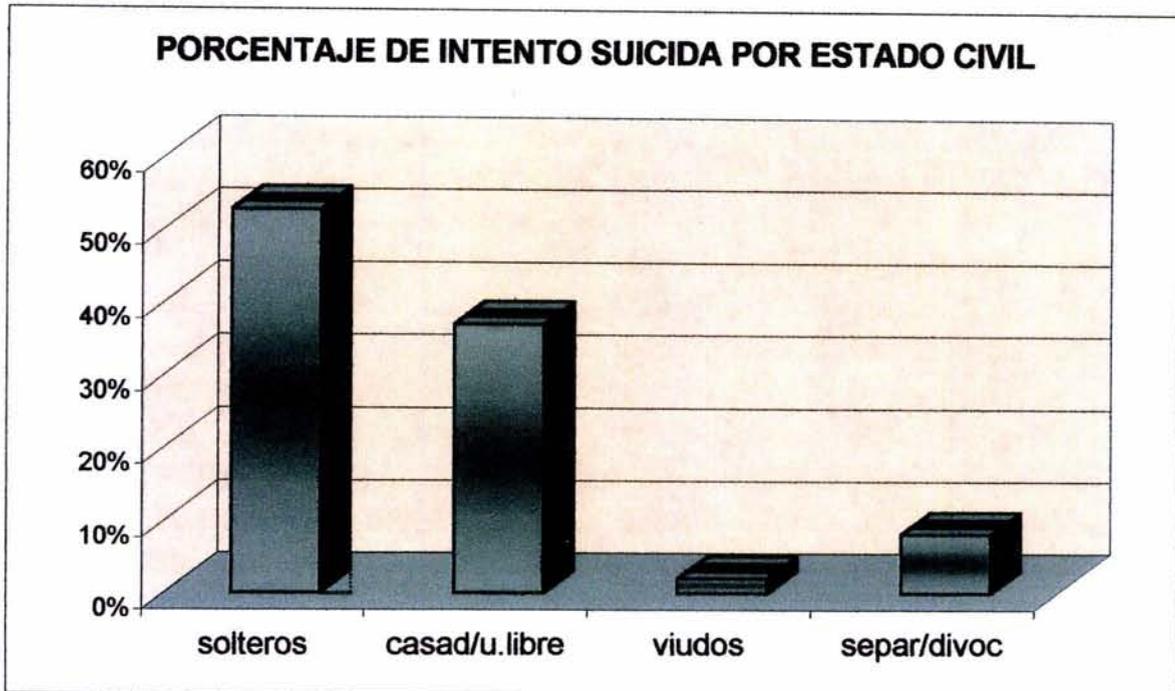


Por edad, en el grupo de 18 a 27 años, se encontró un 42.0 %; de los 28 a 37 años, 30.2%; de los 38 a los 47 años, 19.3%; de los 48 a los 57 años, 5.5 %; de los 58 a los 67 años, de 2.0 %; de los 68 a los 77 años, 0.7 %; del 78 años en adelante, 0.2 %.

Cuadro no. 2

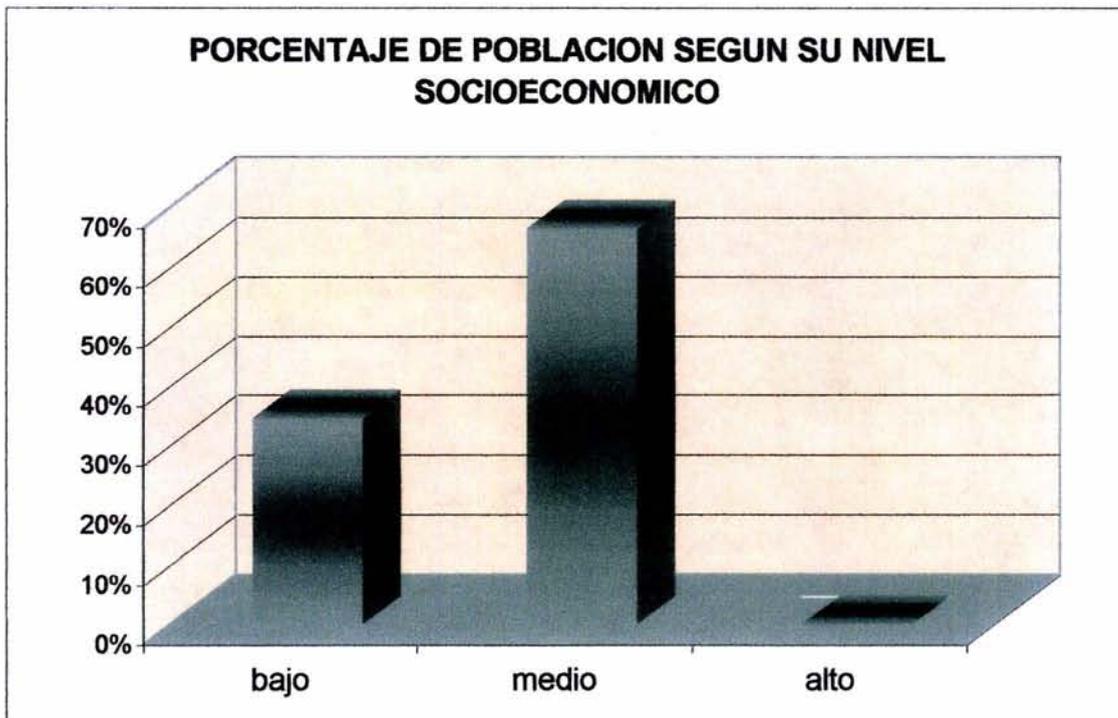


Por estado civil, se encontró una frecuencia de 232 para solteros, con un 52.7 % del total; para casados o en unión libre, de 163, con un 37.0 %; para viudos, de 9, con un 2.0 %; para separados o divorciados, de 36, con un 8.2 % del total.



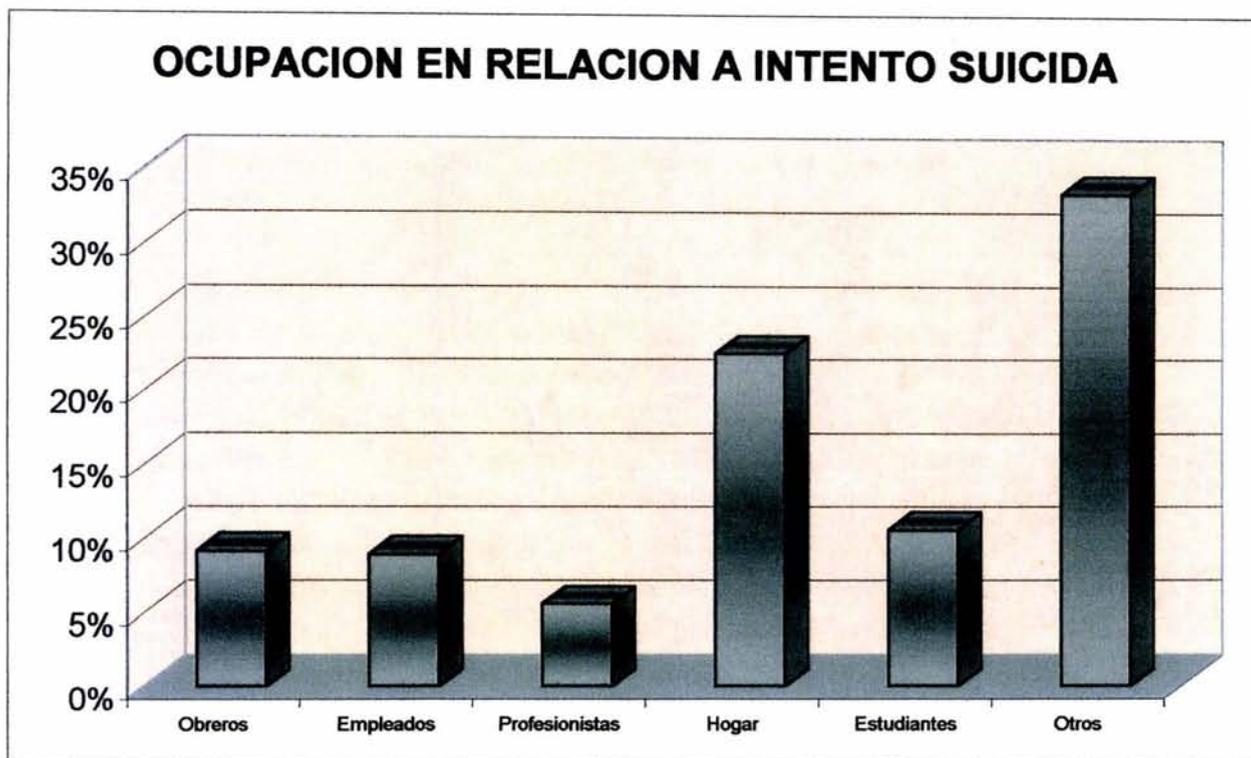
Por nivel socioeconómico, se encontró correspondiente al nivel bajo, un 34.5 % del total. para el nivel medio, un 65.5 %. No se registraron casos con nivel socioeconómico alto.

Cuadro no. 4.

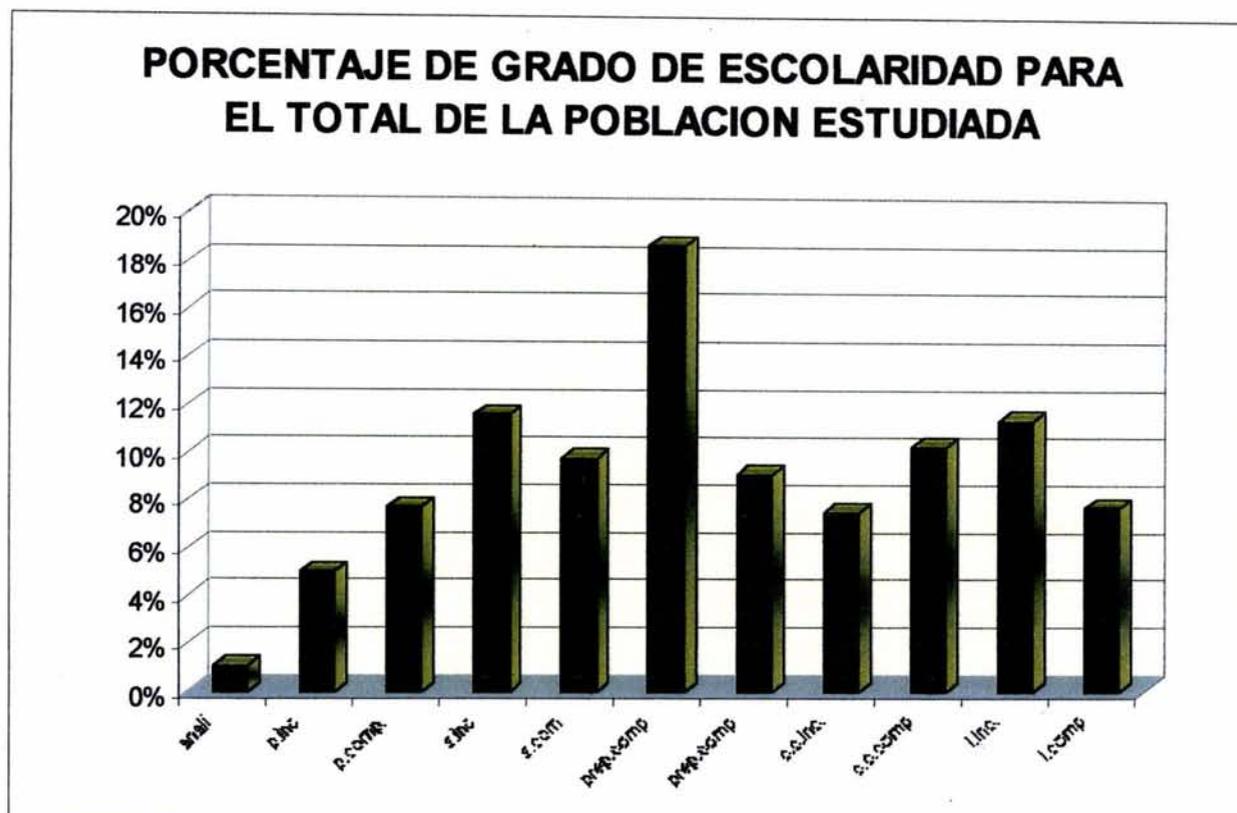


Por ocupación, se encontró para los obreros un 9.1 %; para comerciantes, 5.9 %; para empleados, 8.9 %; para profesionistas, 5.7 %; para quienes se dedican al campo de 1 %; para los dedicados al hogar, 24.5 %; para estudiantes, 10.5 %; para desempleados, 33.4 %; otros no clasificados,

Cuadro no. 5.



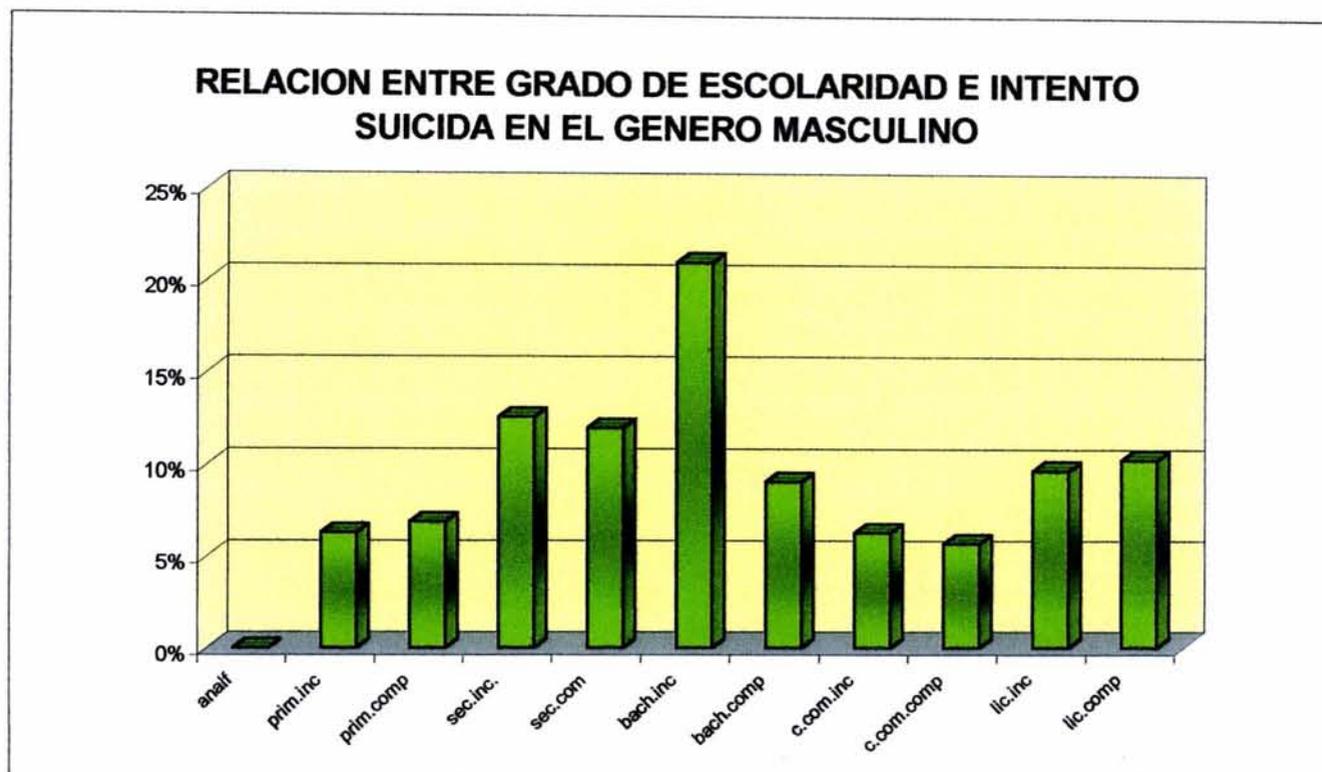
Por escolaridad, se encontró para analfabetas o personas que saben sólo leer y escribir, sin educación formal, un 1.1 % del total; para primaria incompleta, 5.0 %; para primaria completa, 7.7 %; para secundaria incompleta, 11.6 %; para secundaria completa, 9.8 %; para preparatoria incompleta, 18.7 %; para preparatoria completa, 9.1 %; para carrera comercial o carrera técnica incompleta, 7.5 %; para carrera comercial completa, 10.3 %; para licenciatura incompleta, 11.4 %; para licenciatura completa o post. grado, con un 7.7 %.



DIFERENCIAS EN EL GRADO DE ESCOLARIDAD POR GENERO

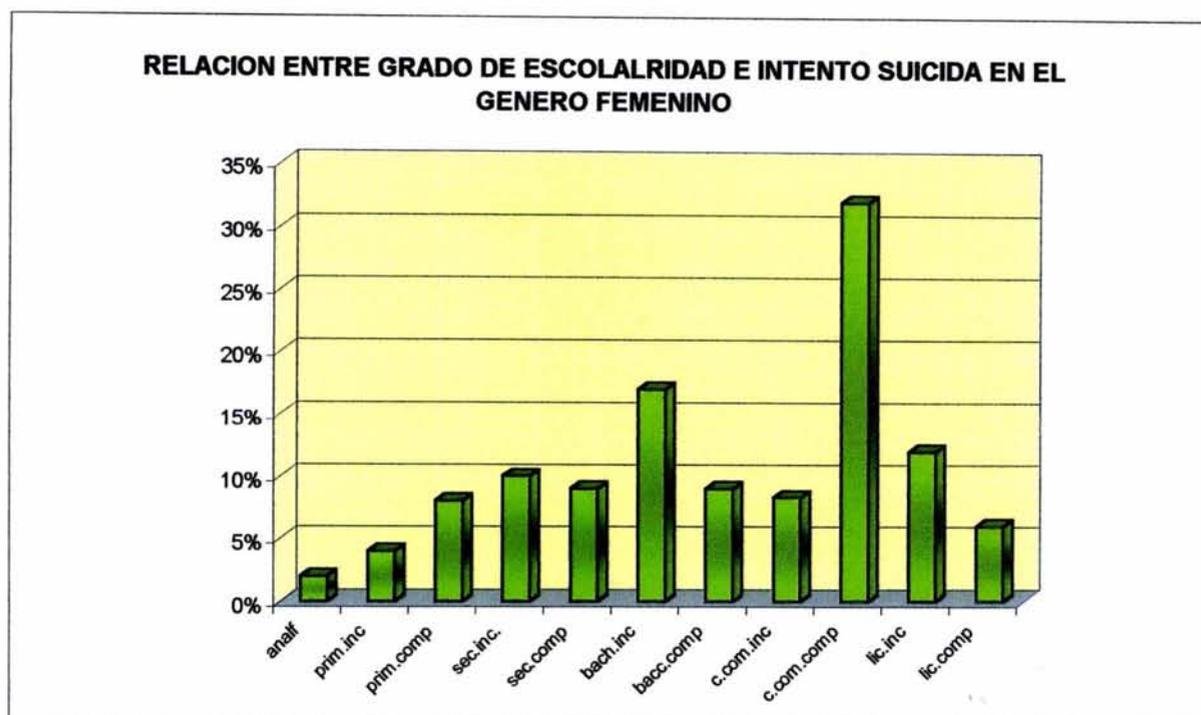
A) MASCULINO:

En este grupo no se encontró ningún caso del total con analfabetismo. Se encontró un total de 6.3 % con escolaridad de primaria incompleta. Se encontró un total de 6.9 % con primaria completa. Un total de 12.6 % con secundaria incompleta. Un total de 12.0 % con secundaria completa. Un total de 21.1 % con bachillerato incompleto. Un total de 9.1 % con bachillerato completo. Un total de 6.3 % con carrera comercial o técnica incompleta. Un total de 5.7 % con carrera comercial o técnica completa. Un total de 9.7 % con licenciatura incompleta. Un total de 10.3 % con licenciatura completa o post. grado.



B) FEMENINO

En este grupo se encontró un total de 1.9 % de casos con analfabetismo. Con primaria incompleta, 4.1 %. Con primaria completa, 8.3 %. Con secundaria incompleta, 10.9 %. Con secundaria completa, 8.7 %. Con bachillerato incompleto, 17 %. Con bachillerato completo, 9.1 %. Con carrera comercial o técnica incompleta 8.3 %. Con carrera comercial o técnica completa, 1.32%. Con licenciatura incompleta, 12.5 %. Con licenciatura completa o post. grado, 6.0 %.



3.- DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA DENTRO DE LA MUESTRA.

Al registrar la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos para intento suicida, se agrupó dentro de los trastornos de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad o disfunción cerebral, a los trastornos de ideas delirantes de tipo orgánico, a los trastornos del humor orgánico, a los trastornos de ansiedad orgánico, al trastorno disociativo orgánico, al trastorno de labilidad emocional orgánico, y a tres trastornos mentales debidos a lesión o

disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación, se obtuvo un total de 34 casos, constituyendo el 7.7 % del total de la muestra.

En los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópas, se incluyo a los trastornos mentales debidos al consumo de alcohol, de opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes, alucinogenos, tabaco, disolventes volatiles y otras sustancias psicotrópas, junto con los posibles efectos secundarios de las mismas, como la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia con o sin delirium, trastorno psicótico, trastorno afectivo, síndrome amnésico, trastorno psicótico residual, y otros trastornos mentales o del comportamiento, obteniendo en total de 20 casos, es decir, el 4.6 % de la muestra.

En el grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, se incluyeron a la esquizofrenia (paranoide, heberfrénica, catatónica, indiferenciada, a la depresión post. esquizofrénica, residual, simple, y sin especificación), al trastorno esquizotípico, al trastorno de ideas delirantes persistentes, al trastorno psicótico agudo y transitorio, al trastorno de ideas delirantes inducidas, a los trastornos esquizoafectivos y a otros trastornos psicóticos no orgánicos; encontrando un total de 57 casos, siendo el 12.9 % de la muestra.

En los trastornos del humor, se incluyó a los trastornos depresivos (episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente, trastorno depresivo recurrente breve y distimia) con 168 casos, siendo el 36.5 % de la muestra, y al trastorno bipolar (episodio de manía, episodio bipolar y trastorno afectivo mixto) con 7 casos, siendo el 1.6 % de la muestra; juntos, fueron 168 casos, 38.3 % de la muestra.

En los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, se incluyó a los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, otros trastornos de ansiedad especificados y sin especificación), el trastorno obsesivo-

compulsivo, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos y otros trastornos neuróticos (neurastenia y trastornos de despersonalización-desrealización), siendo un total de 23 casos, 5.2 % del total.

En los trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, se incluyo a los trastornos específicos de la personalidad (Trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno disocial de la personalidad, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno anancástico de la personalidad, trastorno ansioso de la personalidad, trastorno dependiente de la personalidad, otros trastornos específicos de la personalidad, trastorno de la personalidad sin especificación) y otros trastornos de la personalidad, incluyendo los mixtos, en su totalidad, fueron 125 casos reportados. 28.4 % del total.

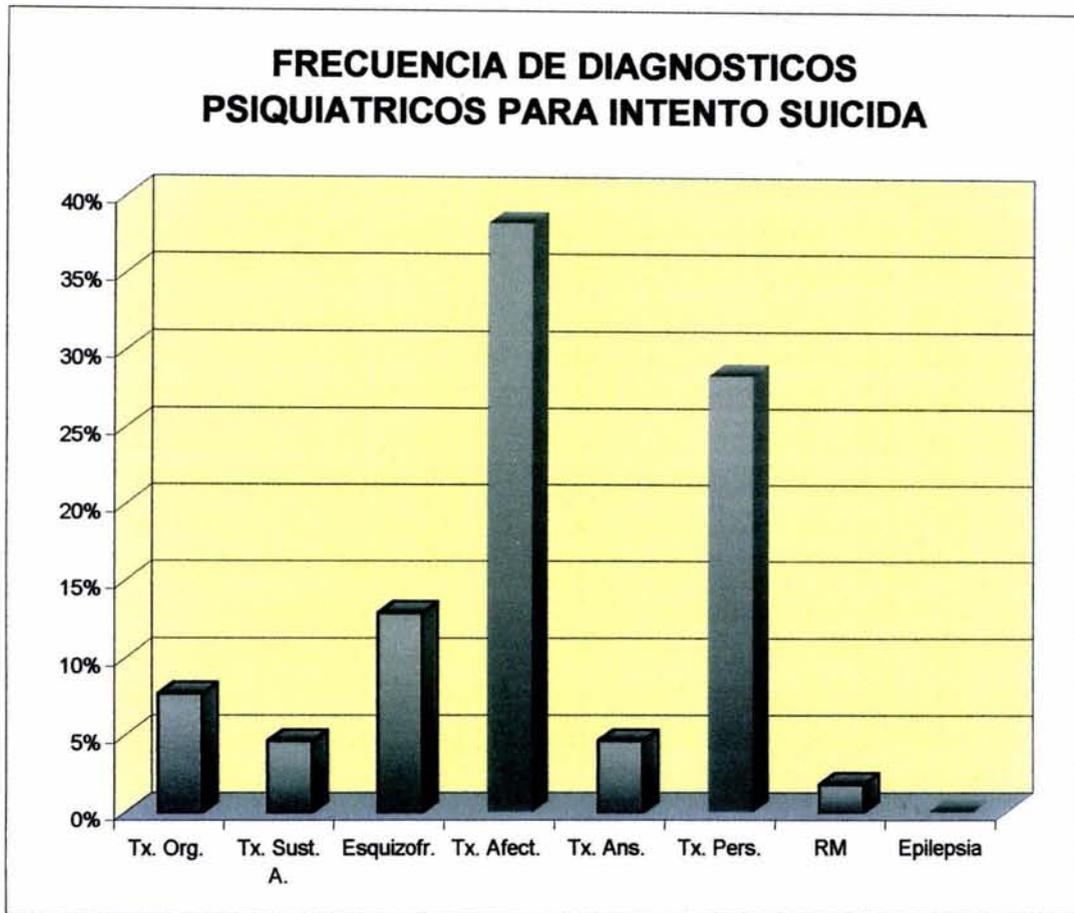
En el retraso mental, se incluyó al retraso mental leve, moderado, grave, profundo, otro retraso mental y retraso mental sin especificación, reportando un total de 8 casos, 1.8 % de toda la muestra.

En epilepsia, se incluyeron a las crisis parciales simples y complejas, crisis parciales, secundariamente generalizadas y a las crisis convulsivas generalizadas, teniendo un total de 5 casos, 1.1 % de toda la muestra.

Cuadro no. 9.

<u>DIAGNOSTICO</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE.</u>
*Tx. De la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad o disfunción cerebral.	34	7.7 %

Tx. Mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópas.	20	4.6 %
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	57	12.9 %
Tx. Del humor.	168	38.3 %
Tx. Depresivos	161	36.5 %
Tx. bipolar.	7	1.6 %
Tx. Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	23	5.2 %
Retraso mental.	8	1.8 %
Epilepsia	5	1.1 %
		Tx. Trastorno.



14.- FRECUENCIA DE INTENTO SUICIDA DEACUERDO AL AÑO, MES Y ESTACION DEL AÑO.

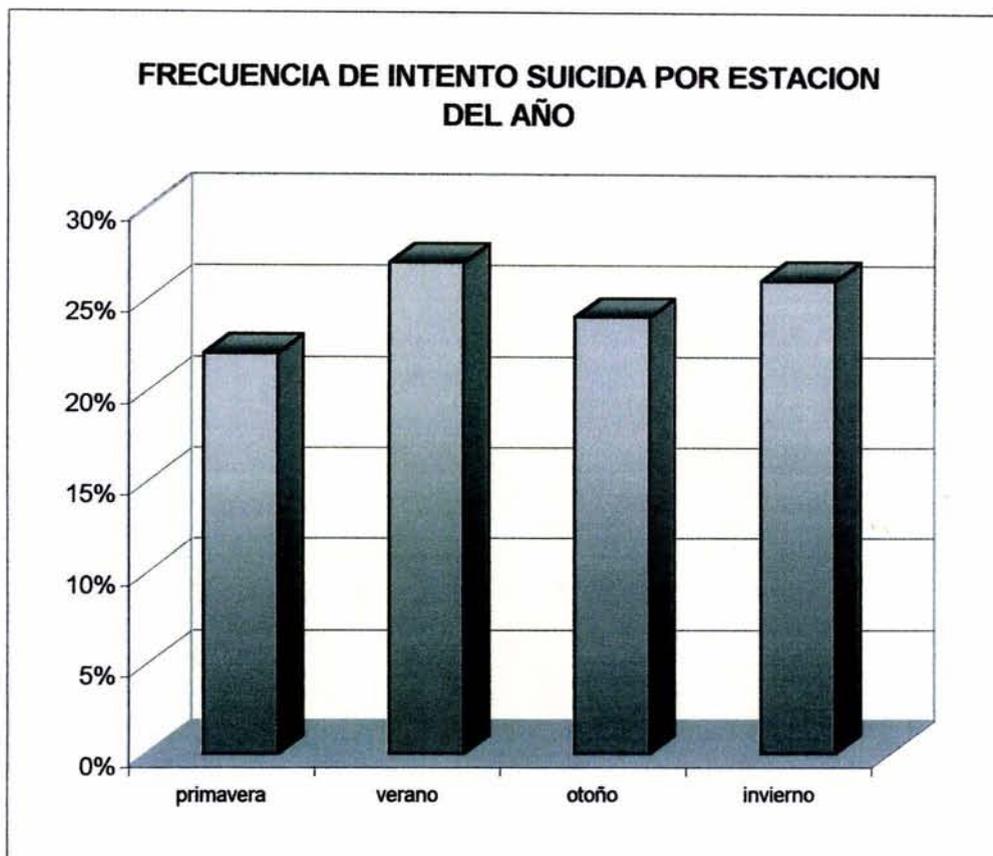
A) POR AÑO.

Del 1º. De enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001, se encontraron un total de 440 (49.3 %) intentos suicidas, 217 correspondientes al primer año y 223 (50.7 %) al segundo.

B) POR ESTACION DEL AÑO.

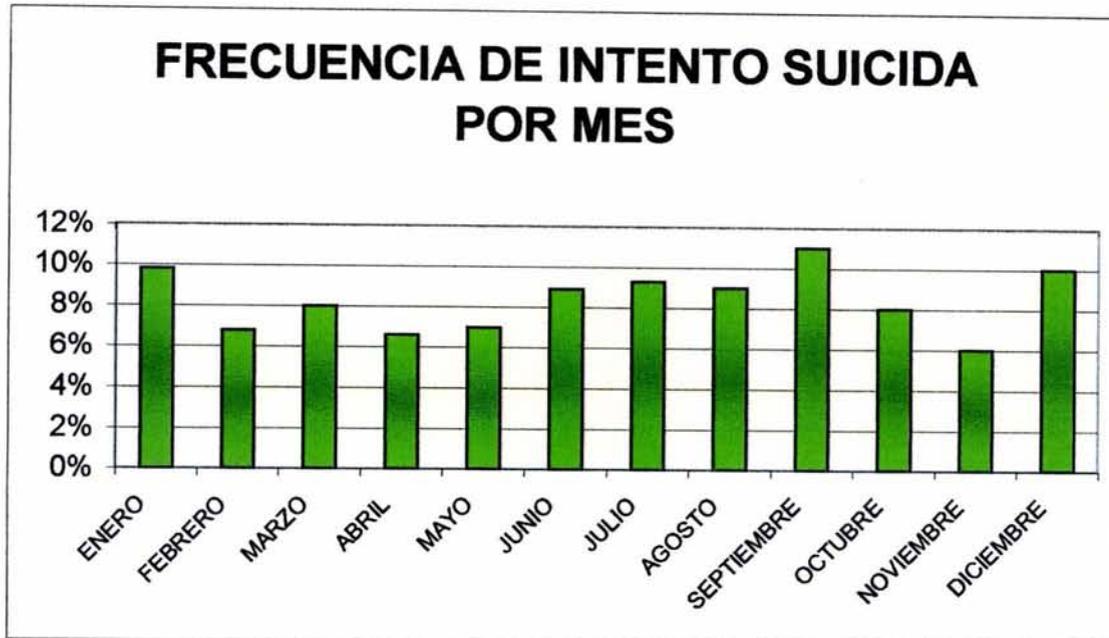
Por estación del año, se encontró durante la primavera un 22.0% del total; en verano, 27.0% ; en otoño, 24 % y en invierno, 26 %.

Cuadro no. 11



C) POR MES DEL AÑO.

Por mes, para enero, le correspondió un 9.8 % del total; febrero 6.8 %; marzo 8.2 %; abril 6.6 %; mayo 7.3 %; junio 8.9 %; julio de 9.3 %; 8.9 %; agosto de 8.9 % septiembre 10.5 %; octubre 7.5 %; noviembre 6.4 % y diciembre 10.0 %.



15. FRECUENCIA DE DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS DE ACUERDO AL MES DEL AÑO.

En enero, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos cubriendo el 41.9 % del total, el segundo en importancia fueron los trastornos de personalidad, con 23.2 % y en tercer lugar, los trastornos psicóticos agudos y crónicos con 18.6 % de los casos.

En febrero, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 33.3 %, seguido de los trastornos de personalidad con 23.3 % y en tercer lugar quedaron los trastornos de ansiedad y adaptativos así como los trastornos psicóticos, ambos con 13.3 % de casos reportados.

En marzo, el grupo de trastornos depresivos fue el que tuvo mayor número de casos con 36.1 %, seguido de los trastornos de personalidad con 30.5 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 13.8 %..

En abril, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 37.9 %, seguido de los trastornos de personalidad con 31 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 13.8 %.

En mayo, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 40.6 %, seguido de los trastornos psicóticos con 28.1 %, en tercer lugar los trastornos de personalidad con 21.9 %.

En junio, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 53.8 %, seguido de los trastornos de personalidad con 35.9 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 5.1 %.

En julio, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 39 %, seguido de los trastornos de personalidad con 24.3 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 19.5 %.

En agosto, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 35.9 %, seguido de los trastornos de personalidad con 25.6 %, en tercer lugar los trastornos de ansiedad y adaptativos con 10.3 %.

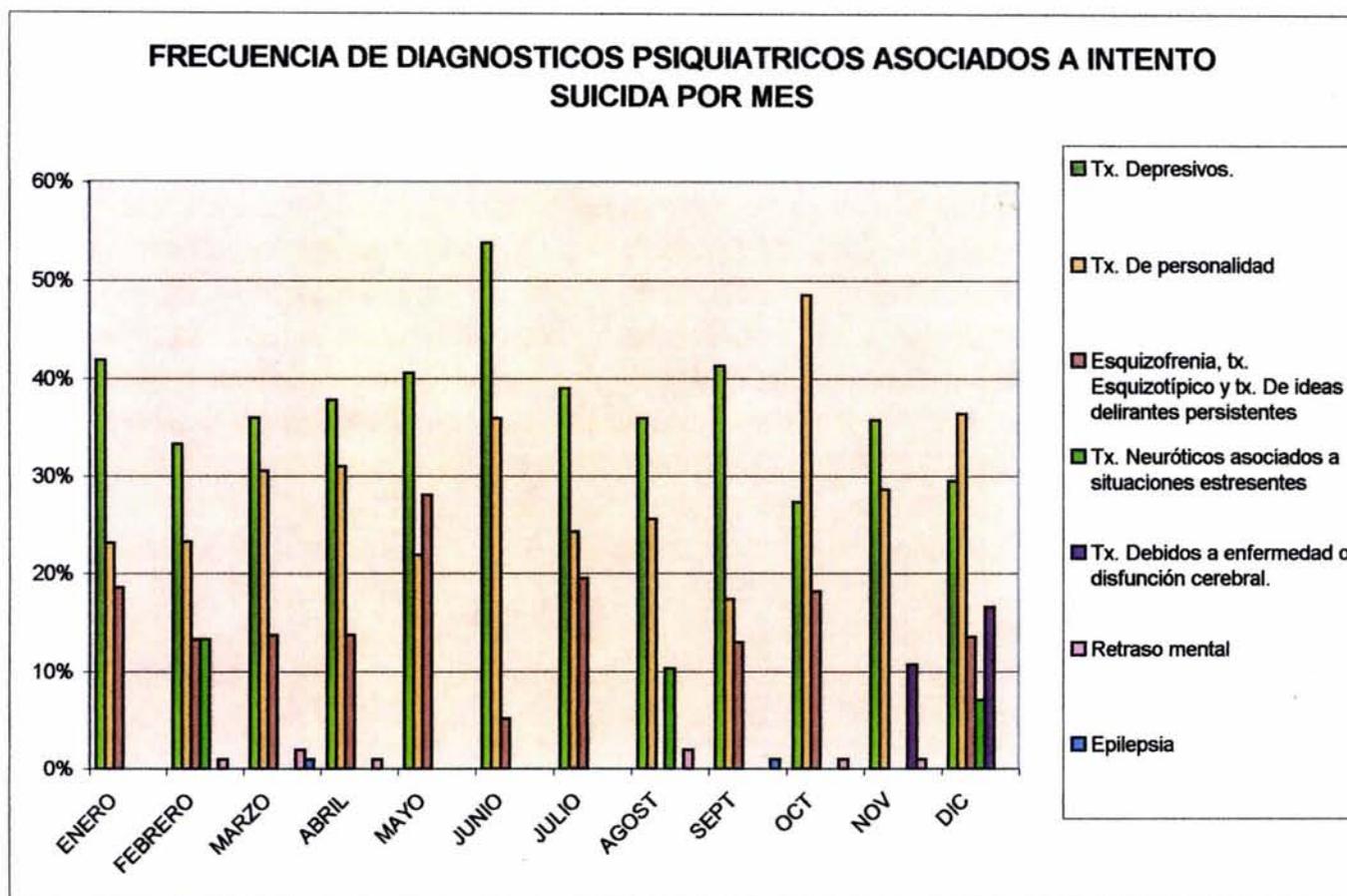
En septiembre, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 41.3 %, seguido de los trastornos de personalidad con 17.4 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 13 %.

En octubre, el grupo de trastornos de la personalidad tuvo el mayor número de casos con 48.5 %, seguido de los trastornos depresivos con 27.3 %, en tercer lugar los trastornos psicóticos con 18.2 %.

En noviembre, el grupo de trastornos depresivos tuvo el mayor número de casos con 35.7 %, seguido de los trastornos de personalidad con 28.6 %, en tercer lugar los trastornos psiquiátricos de origen orgánico con 10.7 %.

En diciembre, el grupo de trastornos de personalidad tuvo el mayor número de casos con 36.4 %, seguido de los trastornos depresivos con 29.5 %, en tercer lugar los trastornos psiquiátricos de origen orgánico y los trastornos psicóticos, cada uno de ellos con 13.6 casos.

Cuadro No. 13



17.- FRECUENCIA DE MOVIL E INTENTO SUICIDA SEGÚN LA ESTACION DEL AÑO.

En primavera, el principal móvil fue presentar errores de juicio y de conducta con un 33 %, no se reportaron móviles no especificados y el porcentaje mas bajo en cuanto a móvil fue el tener una enfermedad grave o incurable, con un 1 %, el principal método utilizado tanto para este grupo como para la totalidad de la estación fue la toma de medicamento, en este caso, con 54.6 %.; no se reporto como método suicida arrojar a un vehículo en movimiento y el número más bajo tras éste, lo tuvo el arrojar desde un lugar elevado y los no especificados, con un 1 %, cada uno.

En verano, el principal móvil para realizar intento suicida fue la desesperanza con un 25.2 %, seguido por la impulsividad con 24.4 %; no se reportaron móviles no especificados, y el tener una enfermedad grave o incurable tuvo el porcentaje mas bajo con 0.8 %, siendo el principal método utilizado para este grupo como para la totalidad de la estación, la toma de medicamentos, aquí, con 52.1 %.; no se reporto la utilización de arma de fuego, y el número en porcentaje mas bajo después de éste lo tuvo el arrojar a un vehículo en movimiento, con un 0.8 % %.

En otoño, el principal móvil fue la impulsividad 26.2 %, seguido por la desesperanza, con un 23.4 %; siendo el principal método la toma de medicamentos con un 57.9 %, tanto en este grupo como en la totalidad de la estación; no se reportó ningún caso cuando el móvil no fue especificado, y el número en porcentaje mas bajo después de éste lo tuvo el arrojar desde un lugar elevado, con un 0.9 %

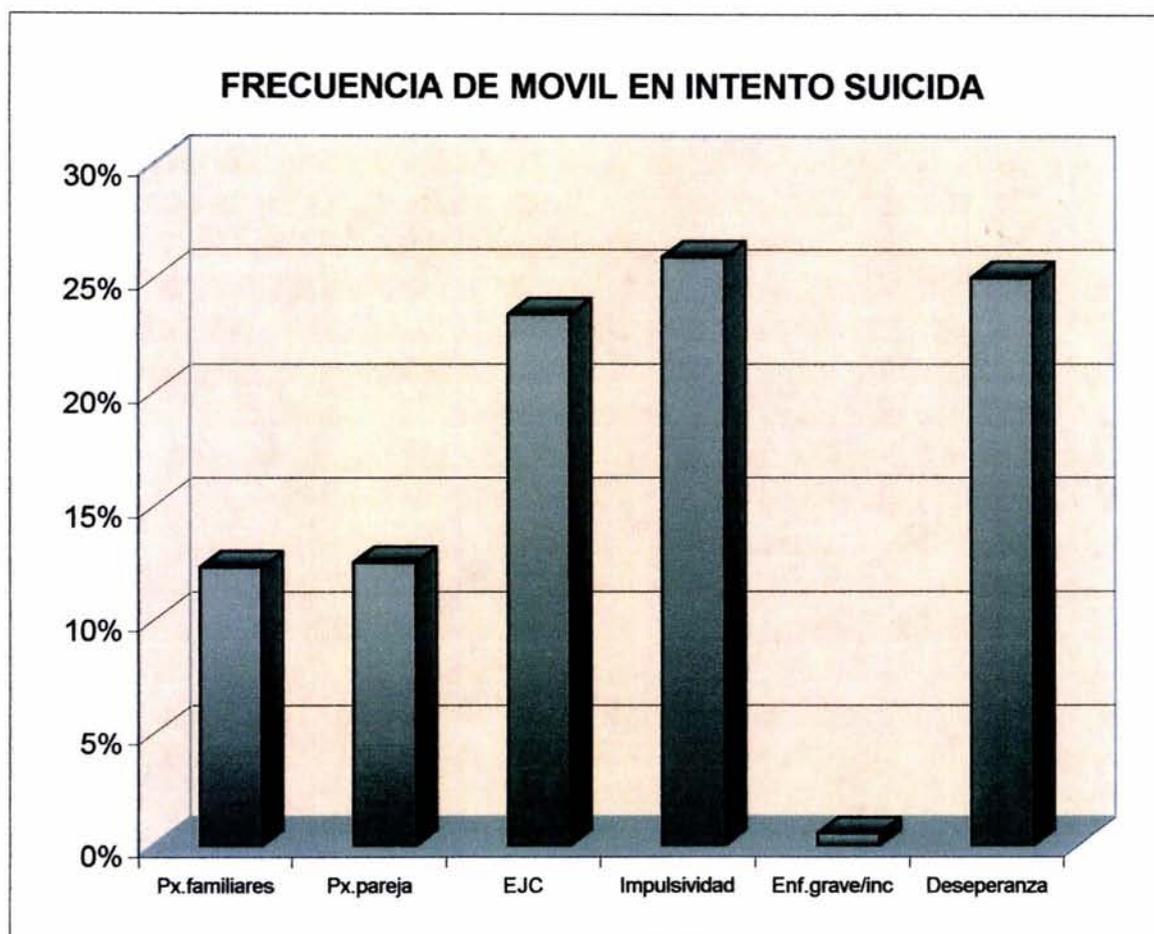
En invierno, el principal móvil de intento suicida fue la impulsividad con un 27.3 %, seguido de la desesperanza, con 26.5 % predominando en estos grupos y en la estación la toma de medicamentos, en este caso, con 60.7 %.; no se reportaron casos donde el método de intento suicida fuera el uso de arma de fuego y el porcentaje mas bajo después de éste lo

tuvo el arrojar a un vehículo en movimiento y los no especificados, con un 1.7 %, respectivamente.

4.- FRECUENCIA DE CADA UNO DE LOS MOVILES PARA EL INTENTO SUICIDA

Por móvil de intento suicida, se encontró a los problemas de tipo familiar con un 12.3 % del total; para problemas de pareja, 12.5 %; para errores de juicio y de conducta, 23.4 %; para impulsividad, 25.9 %; enfermedad grave o incurable, 0.5 %; para la desesperanza, de 25.0 %.

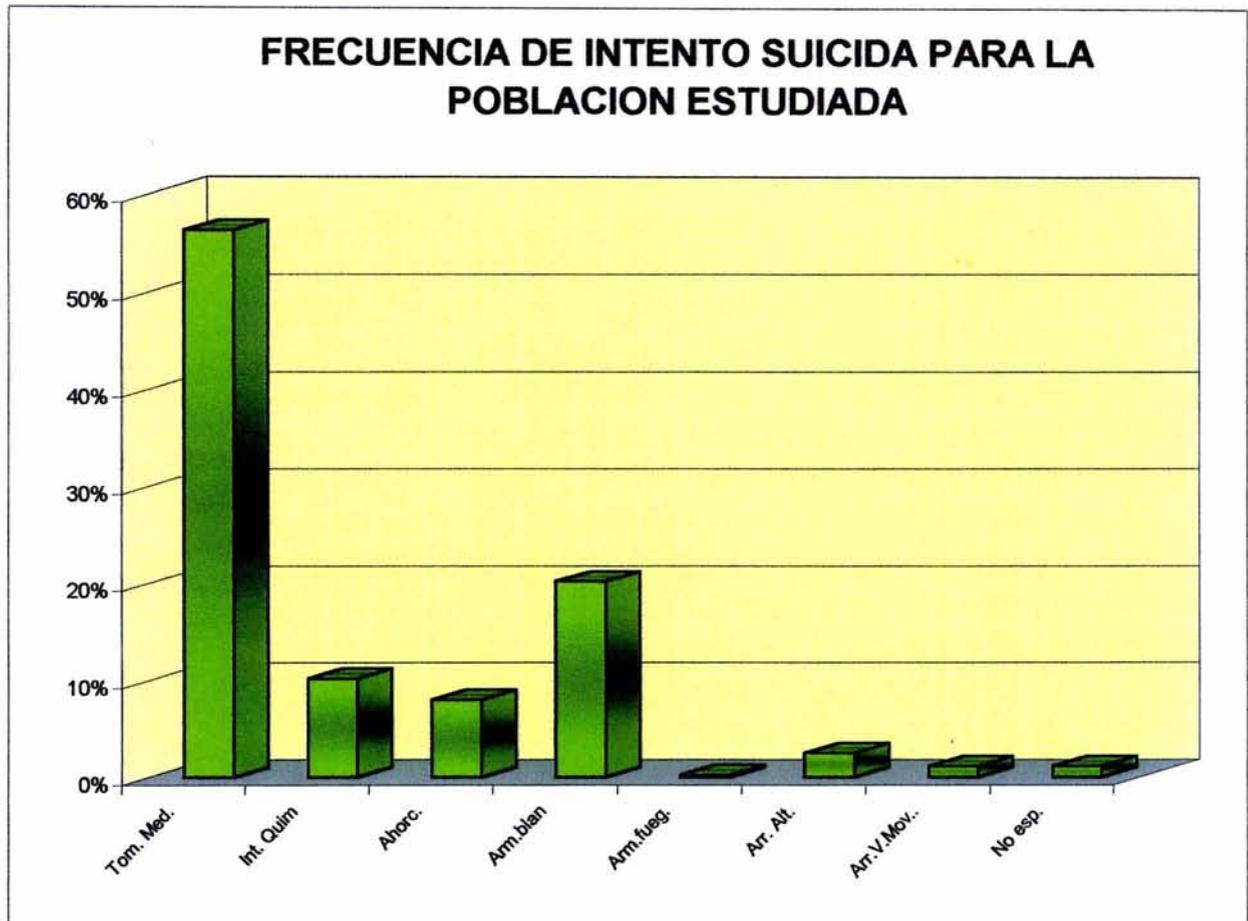
Cuadro. No. 14



5.- FRECUENCIA DE CADA UNO DE LOS METODOS PARA EL INTENTO SUICIDA

Por método de intento suicida, se encontró para la toma de medicamentos, un 56.4 % del total; para la toma de químicos, 10.2 %; para el ahorcamiento, 8.0 %; para lesiones con arma blanca, 20.2 %; para uso de arma de fuego, 0.2 %; para arrojarse desde un lugar elevado, 2.5 %; para arrojarse hacia un vehículo en movimiento, 1.1 %; para otros no especificados, 1.4 %.

Cuadro No 15



6.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA, GRUPO DE EDAD Y METODO.

Cuando el móvil de intento suicida fueron los problemas familiares, el mayor grupo estuvo concentrado entre los 18 y 27 años de edad, con un 42.6 %, se utilizó principalmente la toma de medicamentos como método suicida, siendo de 66.6 %, seguido de el envenenamiento con sustancias tóxicas con un 14.8 % y lesión con arma punzocortante, con un 12.9 %.

Cuando el móvil de intento suicida, fueron los problemas de pareja, el mayor grupo estuvo concentrado entre los 18 y 27 años de edad 40 % utilizando principalmente toma de medicamentos, 65.4 % como método suicida, seguido de el envenenamiento con sustancias tóxicas con un 12.7 %, y el ahorcamiento, lesión con arma punzocortante y arrojarse desde un lugar elevado, con un 1.8 %, cada uno.

Cuando el móvil para el intento suicida fue tener errores de juicio y de conducta, el grupo de edad donde se encontró un mayor número fue entre los 18 y 27 años de edad, con un 46.6 %, siendo principalmente utilizado la toma de medicamentos como método suicida, con un 34 %, seguido la lesión con arma punzocortante con un 27.2 % y el ahorcamiento o sofocación, con un 15.5 %.

Cuando el móvil de intento suicida fue la impulsividad, se encontró entre el grupo de edad de 18 a 27 años el mayor número de casos, con un 54.4 %; siendo el método más utilizado la toma de medicamentos con un 61.4 %, seguido de la lesión con arma punzocortante, con un 23.7 % y la envenenamiento con sustancias tóxicas, con un 7.9 %.

No se reportó ningún caso donde el móvil fuera tener problemas económicos.

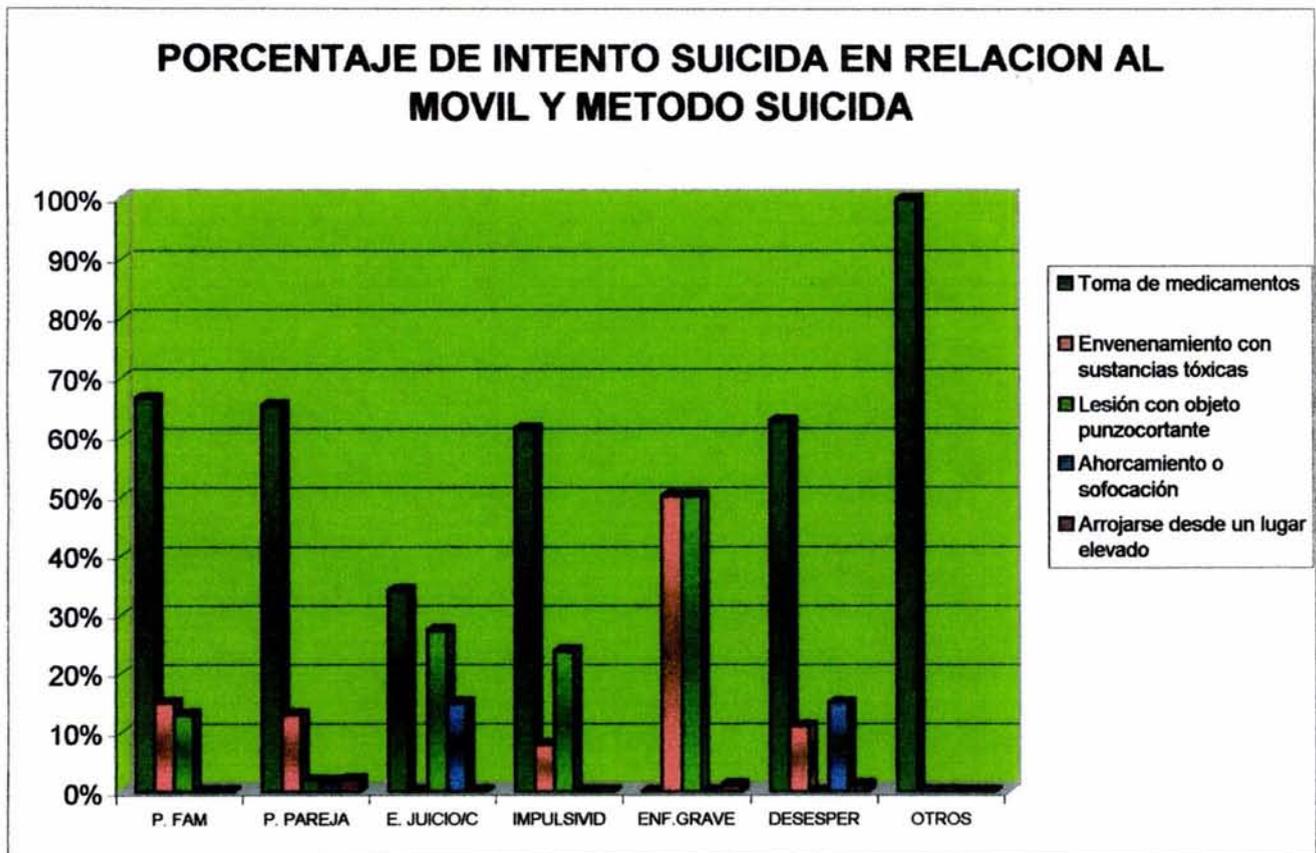
Cuando el móvil fue tener una enfermedad grave o incurable, se encontró entre el grupo de edad de 18 a 27 años y entre los 38 y 47 años un 50 % de los casos, en cada uno; el

envenenamiento con sustancias tóxicas tuvo un 50 % de los casos, el uso de arma blanca, 50 %..

Cuando el móvil para el intento suicida fue la desesperanza, se concentró el mayor número de casos dentro del grupo de edad entre 38 a 47 años, con un 28.1 %, siendo principalmente utilizado como método suicida la toma de medicamentos, con un 62.7 %, seguido de el ahorcamiento con un 14.5 % y el envenenamiento con sustancias tóxicas, con un 11 %.

Cuando el móvil para el intento suicida fue inespecificado, el número se concentró dentro del grupo de edad entre 18 y 27 años y entre los 28 y 37 años con un 50 %, cada uno., el método utilizado fue la toma de medicamentos con un 100 %.

Cuadro No: 16



7.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y ESTADO CIVIL.

Cuando se relaciono como móvil de intento suicida a los problemas familiares, predominó el sexo femenino, con un 72.2 %, encontrando el mayor número entre los casados, con un 48.1 %, seguido de los solteros, con un 44.4 % y los separados o divorciados con un 5.5 %.

Cuando el móvil fue tener problemas de pareja, nuevamente predomina el sexo femenino, con un 65.4 % %, siendo el grupo de mayor número entre los casados, con un 58.2 %, seguido de los solteros con un 29.1 % y los separados o divorciados con un 12.7 %

Cuando el móvil fue tener errores de juicio y de conducta, predomino el sexo masculino con un 53.4 %, siendo el grupo de mayor número el de solteros, con un 68.9%, seguido de los casados con un 24.3 % y los separados o divorciados, con un 5.8 % %.

Cuando el móvil fue la impulsividad, predominó el sexo femenino, con un 68.4 %, siendo la mayoría solteros, con un 69.3 %, seguido de los casados, con un 26.3 % y los separados o divorciados, con un 4.3 %.

No se reportó ningún caso donde el móvil fuera tener problemas económicos.

Cuando el móvil fue tener alguna enfermedad grave o incurable, se encontró igual número entre el sexo masculino y femenino, 50 %; el 100 % eran solteros. .

8.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y ESCOLARIDAD.

A) *MASCULINO:*

Cuando el móvil de intento suicida fueron los problemas familiares, se encontró que la mayoría tenía escolaridad de bachillerato incompleto, encontrando un 26.6 % de los casos, seguido por quienes tenían carrera técnica o comercial completa, licenciatura incompleta y licenciatura completa o post. grado, con un 13.3 % cada uno de ellos.

Cuando el móvil de intento suicida fueron los problemas de pareja, se encontró que la mayoría tenía escolaridad de bachillerato incompleto, con un 30 % del total, seguido por quienes tenían licenciatura completa o post. grado, con un 25 % y en tercer lugar quienes cursaron con secundaria y bachillerato completo, con un 10 %, cada uno.

Cuando el móvil fue tener errores de juicio y conducta, la mayoría curso con secundaria incompleta, 20 %; seguido por quienes cursaban secundaria completa y bachillerato incompleto, con un 14.5 % cada uno; en tercer lugar, quienes cursaban licenciatura incompleta, con un 12.7 %

Cuando el móvil fue la impulsividad, la mayoría curso con bachillerato incompleto, 30.5 %, seguido por quienes tenían secundaria incompleta, 16.6 %, seguido de quienes tenían bachillerato incompleto, con un 11.1 %.

Cuando el móvil fue presentar una enfermedad grave o incurable, el único caso reportado tenía escolaridad de bachillerato incompleto.

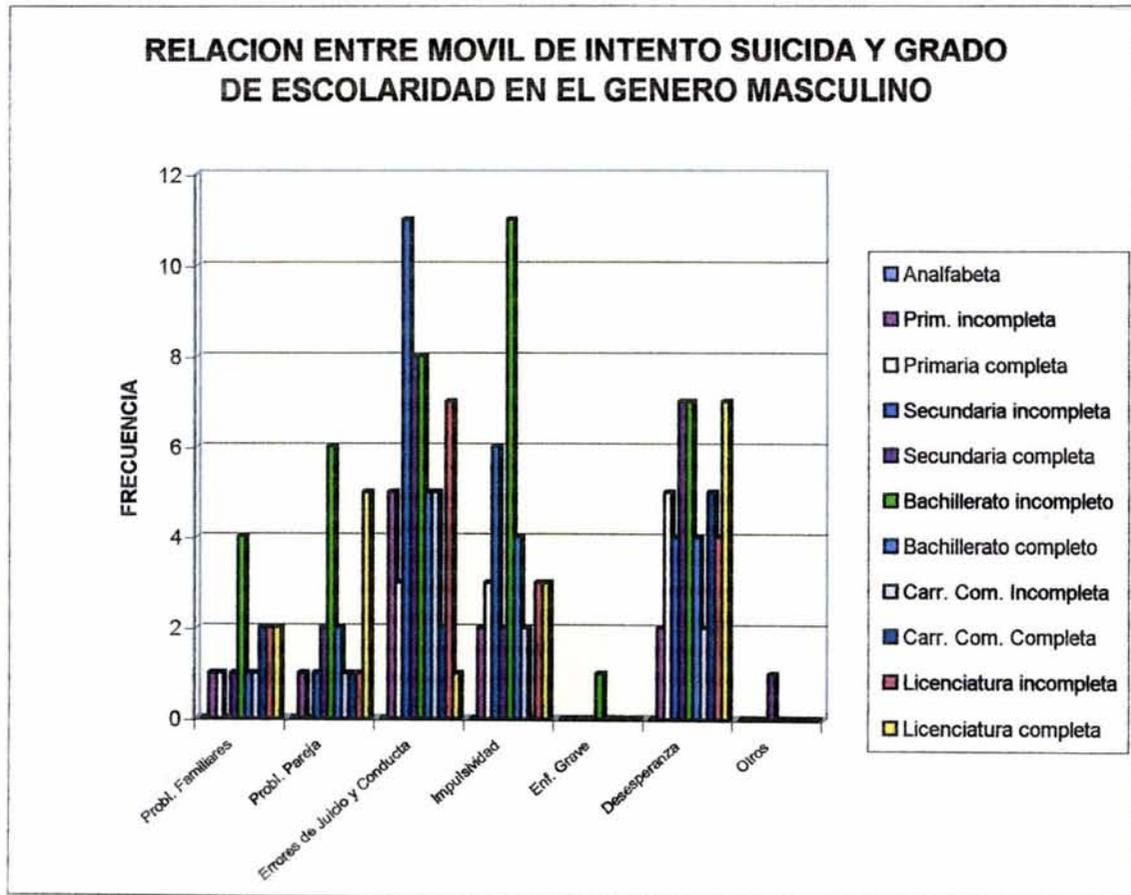
Cuando el móvil fue la desesperanza, se encontró el mayor número de casos entre quienes cursaron la secundaria completa, el bachillerato incompleto y la licenciatura completa o post. grado, con un 14.9 %, cada uno de ellos, seguido de quienes cursaron la primaria

completa y carrera técnica o comercial completa, con un 10.6 %, en tercer lugar quienes cursaron secundaria incompleta y bachillerato completo, con un 8.5 %.

Cuando el móvil fue inespecificado, se reportó un solo caso el cual se registro con escolaridad de secundaria completa.

Cuando el móvil fue la desesperanza, se encontró un 50 % de casos para el sexo masculino y femenino, en el primer grupo se encontró que el 100 % era casado y en el segundo 100 % eran solteros.

Cuadro No. 17



B) *FEMENINO.*

Cuando el móvil fue tener problemas familiares, se encontró el mayor número de casos entre quienes cursaban la secundaria incompleta y la licenciatura completa, con un 15.8 %, seguido de quienes cursaban el bachillerato incompleto y carrera técnica o comercial completa, con un 13.1 %, cada uno, y en tercer lugar quienes cursaban primaria completa, secundaria completa y bachillerato completo, con un 7.9 % cada uno.

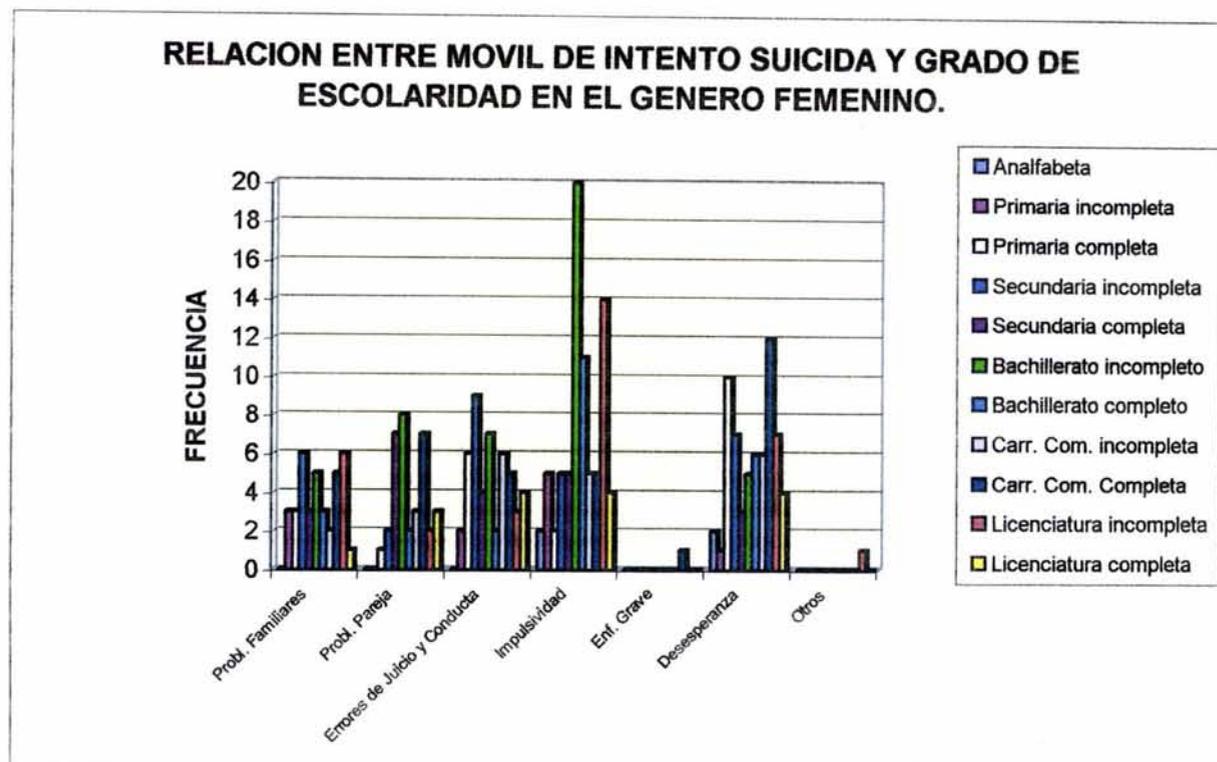
Cuando el móvil fue tener problemas con la pareja, se encontró que la mayoría curso con bachillerato incompleto, 22.8 %, seguido de quienes cursaban secundaria completa y carrera técnica completa, con un 20 % y en tercer lugar quienes cursaron con carrera técnica o comercial incompleta y licenciatura completa, con un 8.6 %, cada uno.

Cuando el móvil fue tener errores de juicio y de conducta, se encontró a la mayoría con escolaridad de secundaria incompleta, 18.7 %, seguido por quienes tenían bachillerato incompleto, con un 14.6 % y en tercer lugar quienes tenían carrera técnica o comercial incompleta, con un 12.5 % cada uno.

Cuando el móvil fue la impulsividad, se encontró que la mayoría curso con bachillerato incompleto, con un 25.6 %, seguido por quienes tenían licenciatura incompleta, con un 17.9 %, y en tercer lugar bachillerato completo, con un 14.1 %.

El único caso reportado cuando el móvil fue tener una enfermedad grave o incurable se encontró que presento escolaridad de carrera técnica o comercial completa.

Cuando el móvil fue inespecífico se reportó un solo caso el cual presento escolaridad de licenciatura incompleta.



9.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.

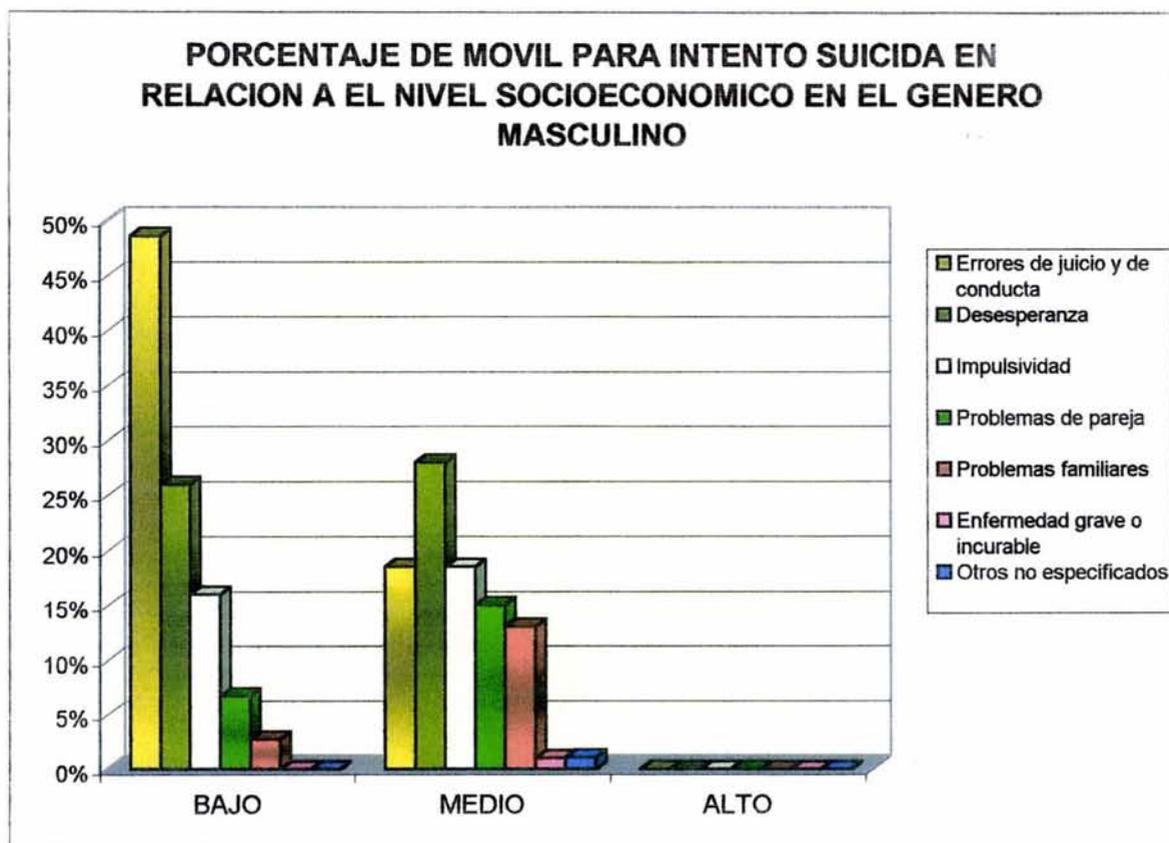
A) *MASCULINO* :

Cuando el nivel socioeconómico fue bajo, se encontró que éstos formaban el 16.8 % de la población en estudio; el principal móvil de intento suicida fue tener errores de juicio y de conducta , siendo 48.6 % del total de este grupo, seguido de la desesperanza en segundo lugar, con un 25.6 % de los casos, la impulsividad en tercer lugar con 16.2 % de los casos, el tener problemas de pareja en cuarto lugar, con 6.7 % de los casos, los problemas de tipo

familiar en quinto lugar con 2.7 % de los casos; no hubo casos reportados al tener una enfermedad grave o incurable o en otros no especificados.

Cuando el nivel socioeconómico fue medio, éste grupo formaba el 22.9 % del total ; el principal móvil de intento suicida fue la desesperanza, con un 27.7 %, seguido de la impulsividad en segundo lugar, con un 23.7 %, tener errores de juicio y conducta en tercer lugar, con un 18.5 %, en cuarto lugar tener problemas pareja, con un 14.8 %, en quinto lugar tener problemas familiares con un 12.9 %, en sexto lugar en tener una enfermedad grave o incurable y otros móviles no especificados, con 1 %.

Cuadro No. 19

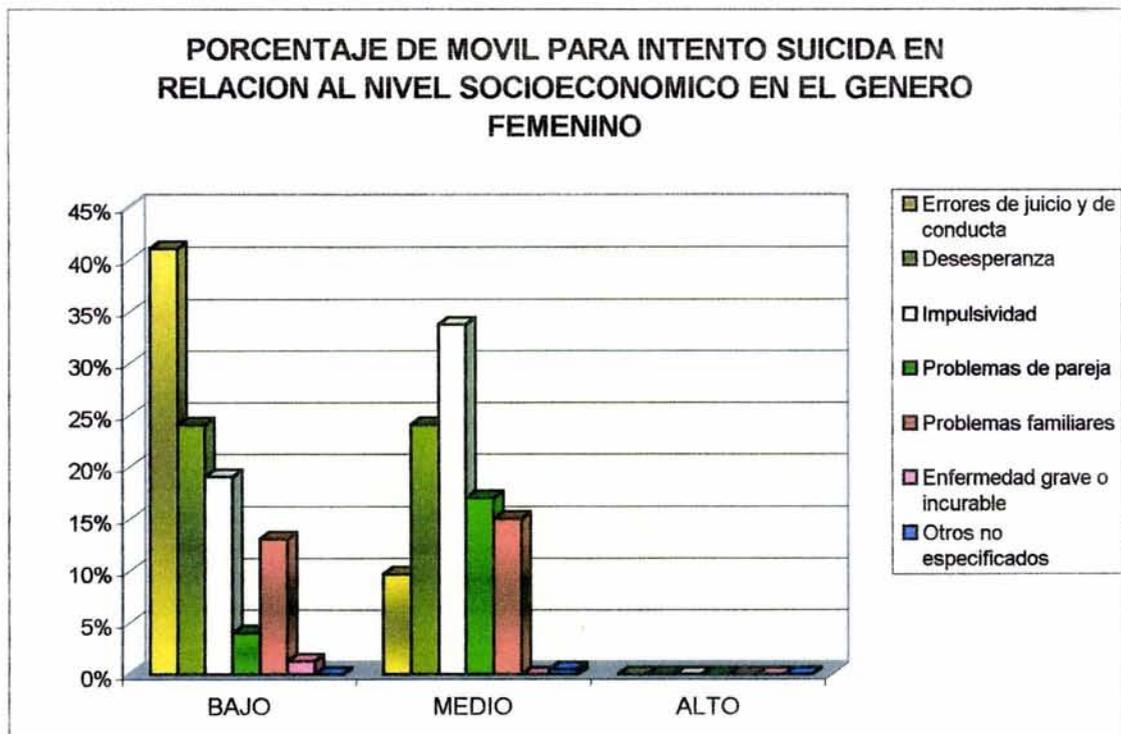


B) *FEMENINO.*

Cuando el nivel socioeconómico fue bajo, se encontró que formaba el 17.7 % del total. El principal móvil de intento suicida fue tener errores de juicio y de conducta, con un 40.5 %, seguido de la desesperanza, con un 24.3 %, en tercer lugar la impulsividad, con un 19.2 %, en cuarto lugar tener problemas de tipo familiar con un 12.8 %, en quinto lugar tener problemas de pareja, con un 3.8 %, en sexto lugar tener una enfermedad grave o incurable, con un 1.3 %. No se reportaron otros móviles no especificados.

Cuando el nivel socioeconómico fue medio, se encontró que formaba el 42.5 % del total; el principal móvil de intento suicida fue la impulsividad, con un 33.7 %, seguido de la desesperanza en segundo lugar, con un 23.5 %. el tener problemas de pareja en tercer lugar, con un 17.1 %, en cuarto lugar el tener problemas de tipo familiar con un 15.5 %, en quinto lugar tener errores de juicio y de conducta con un 9.6 %, en sexto lugar tener un móvil de intento suicida no especificado, con un 0.5 %. No se reporto ningún caso en el que el móvil fuera tener una enfermedad grave o incurable.

Cuadro No. 20



10.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y ESTADO CIVIL.

Cuando se realizó una relación entre método suicida, estado civil y sexo, se encontró que cuando el método utilizado era toma de medicamentos, predominaba el sexo femenino con un 66.1 %, siendo por estado civil el grupo mas destacado el de los solteros, con un 51.6 %.

Cuando el método suicida utilizado fue la toma de químicos, predominó el sexo femenino con un 55.5 %. La mayoría fueron solteros, con un 46.6 %.

Cuando el método suicida utilizado fue el ahorcamiento o la sofocación, el mayor número estuvo concentrado entre el sexo masculino, con un 54.2 %. La mayoría fueron solteros, con un 52.6 %.

Cuando se realizó intento suicida con arma blanca, predominó el sexo femenino, con un 56.2 %. Principalmente solteros, con un 61.7 %.

En la utilización de arma de fuego, se concentró el número entre el sexo masculino con un 100 % (se reporto un solo caso). Estado civil casado, 100 %.

Cuando el método utilizado fue arrojarse desde un lugar elevado, la mayoría perteneció al sexo masculino, con un 63.6 %. El 72.7 % del total fueron solteros.

Al arrojarse hacia un vehículo en movimiento, la mayoría fue del sexo femenino, con un 75 %. El 75 % fueron casados.

Para otros métodos de intento suicida no especificados, la mayoría perteneció al sexo masculino, con un 66.6 %. El 50 % de la población estaba casada.

11.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y ESCOLARIDAD.

A) *MASCULINO:*

Cuando el método utilizado fue la toma de medicamentos, el mayor número de casos estuvo entre quienes cursaban el bachillerato incompleto, con un 22.6 %, seguido de quienes cursaron la secundaria incompleta, , secundaria completa y licenciatura incompleta, con un 11.9 % y licenciatura completa o post. grado con un 10.7 %

Cuando el método de intento suicida fue la intoxicación por químicos, el mayor número de casos estuvo entre quienes cursaban la primaria incompleta y el bachillerato incompleto, con un 20 % cada uno, seguido de quienes tenían licenciatura incompleta, con un 15 % y en tercer lugar quienes cursaban secundaria completa, carrera técnica o comercial y licenciatura completa, con un 10 %

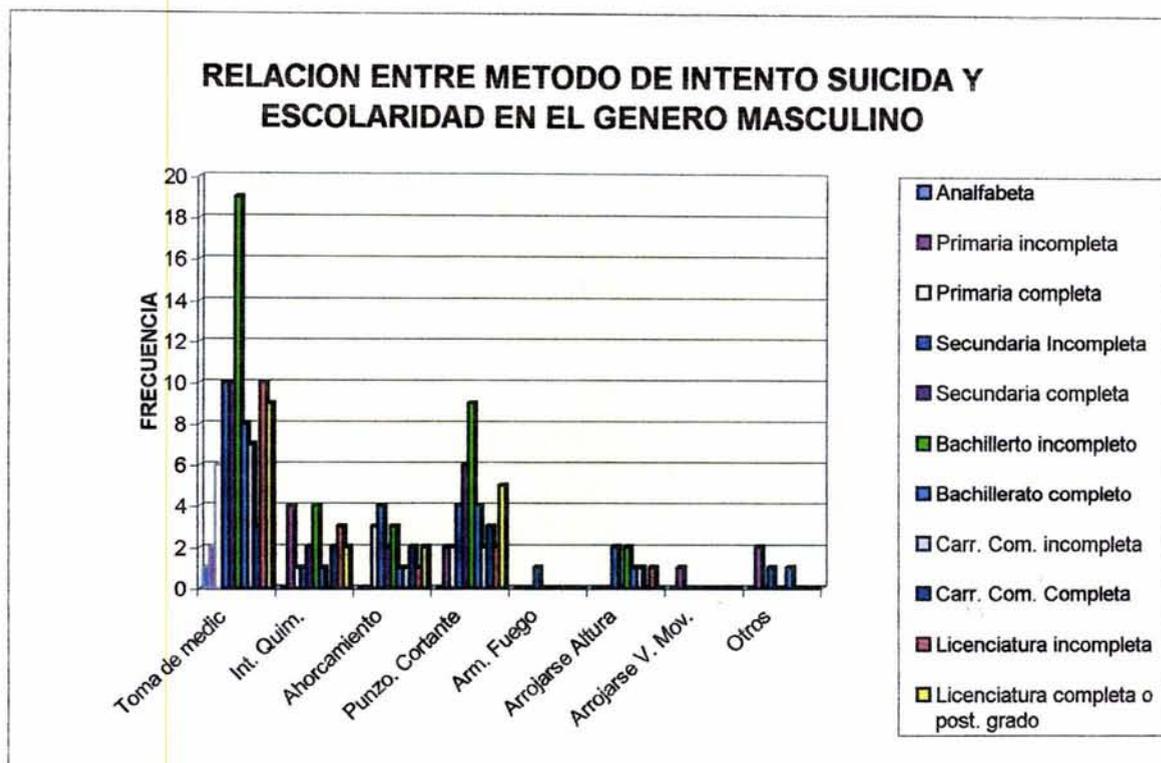
Cuando el método utilizado fue el ahorcamiento o la sofocación, el mayor número de casos estuvo entre quienes cursaron la secundaria incompleta, con un 21 % , seguido por quienes cursaban la primaria completa y el bachillerato incompleto, con un 15.8 %, cada uno, y en tercer lugar, quienes tenían carrera técnica o comercial completa y licenciatura completa, con un 10.5 %.

Cuando el método utilizado fue el uso de arma blanca, el mayor número de casos se encontró entre quienes cursaban bachillerato incompleto, con un 23.1 %, seguido de quienes tenían secundaria completa, con un 15.8 % y en tercer lugar licenciatura completa, con un 12.8 %.

Cuando el método utilizado fue el uso de arma de fuego, se reportó un solo caso en el cual había escolaridad de secundaria completa. 100%.

Cuando el método utilizado fue el arrojarse desde un lugar elevado, el mayor número de casos presentó escolaridad de secundaria incompleta y bachillerato incompleto, con un 28.5 % seguido de quienes cursaban bachillerato completo, carrera técnica o comercial incompleta y bachillerato incompleto, con un 14.2 % cada uno.

Cuadro No. 21



B) FEMENINO.

Cuando el método utilizado fue la toma de medicamentos, el mayor número de casos tuvo una escolaridad de bachillerato incompleto, con un 20.1 %, seguido de quienes tenían carrera técnica o comercial completa, con un 12.2 %, y en tercer lugar carrera técnica o comercial incompleta, con un 11.5 %

Cuando el método utilizado fue la intoxicación con químicos, entre quienes tenían una escolaridad de secundaria incompleta, carrera técnica o comercial completa y licenciatura

incompleta, se encontró un 16.6 %, cada uno, seguido por quienes cursaban el bachillerato incompleto, con un 12.5 % y en tercer lugar quienes tenían secundaria incompleta y completa así como la secundaria completa, con un 8.3 %.

Cuando el método utilizado fue el ahorcamiento o la sofocación, el mayor número de casos fue para quienes tenían carrera técnica o comercial completa, con un 25 %, seguida por quienes tenían bachillerato completo, con un 18.7 % y en tercer lugar quienes tenían primaria completa, bachillerato completo y carrera técnica o comercial incompleta, con un 12.5 %.

Cuando el método utilizado fue el uso de arma blanca, el mayor número de casos estuvo entre quienes tenían escolaridad de carrera técnica o comercial completa, con un 16 %, seguido por quienes tenían secundaria completa, bachillerato incompleto y licenciatura incompleta, con un 14 %, en tercer lugar quienes tenían bachillerato completo, con un 12. No se reportaron casos cuando el método fue la utilización de arma de fuego.

Cuando el método de intento suicida fue arrojar desde un lugar elevado, se encontraron casos entre quienes cursaban la primaria completa, secundaria incompleta, bachillerato incompleto y carrera técnica o comercial incompleta, con un 25 % en cada uno de ellos.

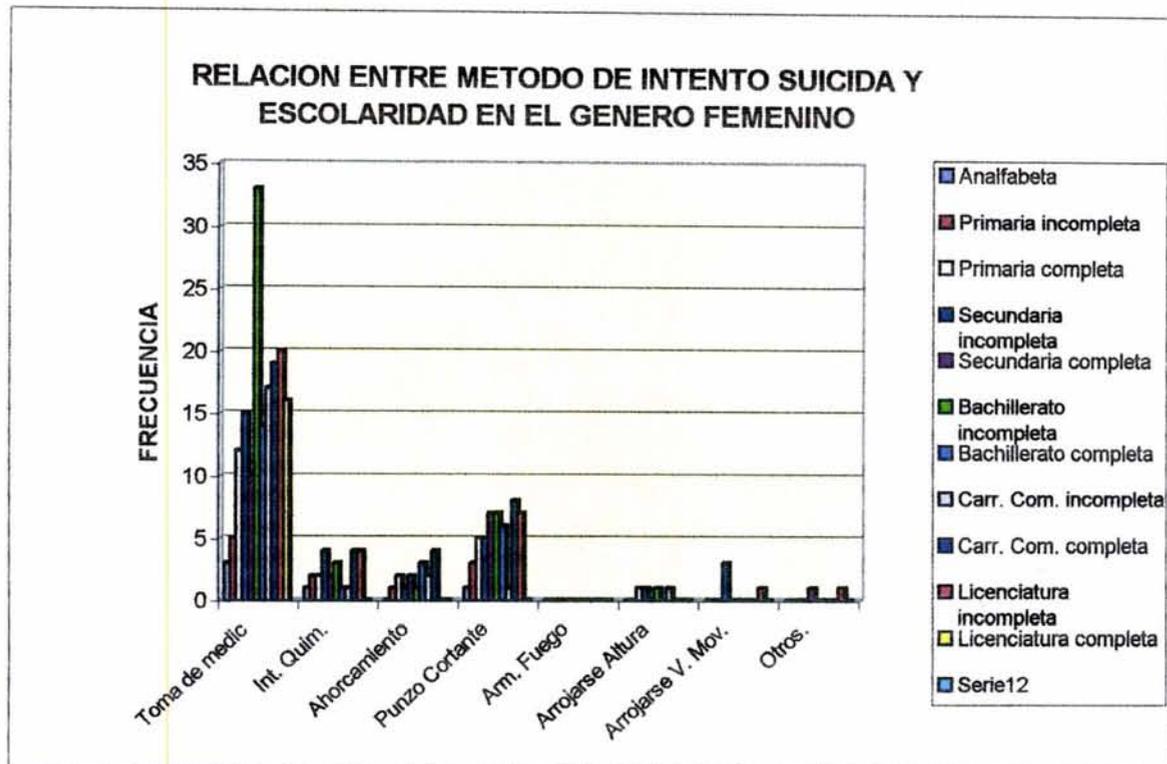
Cuando el método fue arrojar a un vehículo en movimiento, se encontró el mayor número de casos entre quienes cursaban la secundaria incompleta, con un 75 %, seguido de quienes tenían licenciatura incompleta, con un 25 %.

Cuando se trató de otros métodos no especificados, se encontró entre quienes cursaban secundaria incompleta y licenciatura incompleta, un 50 % de los casos, cada uno.

Cuando el método utilizado fue arrojar a un vehículo en movimiento, se reportó un solo caso el cual presentó escolaridad de primaria incompleta. 100 %

Cuando el método utilizado fueron otros no especificados, el mayor número de casos tuvo escolaridad de primaria incompleta, con un 50 %, seguido de quienes cursaron secundaria completa y secundaria incompleta, con un 25 % cada uno.

Cuadro. No. 22



12.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA, GENERO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO:

A) MASCULINO.

Cuando el nivel socioeconómico fue bajo, se encontró que el método de intento suicida principal fue la toma de medicamentos, con un 41.8 %, seguido de el uso de arma blanca en segundo lugar, con un 22.9 %, el ahorcamiento en tercer lugar, con un 13.5 %, en cuarto lugar la intoxicación por químicos con un 9.4 %, en quinto lugar arrojarse desde un lugar

elevado con un 6.8 %, en sexto lugar el uso de métodos suicidas no especificados con un 4 %, en séptimo lugar arrojarse a un vehículo en movimiento con un 1.3 %, no se reportó ningún caso donde el móvil de intento suicida fue el utilizar arma de fuego.

Cuando el nivel socioeconómico fue medio, se encontró que el método de intento suicida principal fue la toma de medicamentos, con un 52.5 %, seguido de el uso de arma blanca en segundo lugar, con un 21.8 %, la intoxicación con químicos en tercer lugar, con un 12.9 %, en cuarto lugar la sofocación o ahorcamiento con un 8.9 %, en quinto lugar arrojarse desde un lugar elevado con un 1.9 %, en sexto lugar utilizar un arma de fuego y los métodos suicidas no especificados con un 1 % cada uno. No se reportó ningún caso cuando el móvil de intento suicida fue arrojarse desde un lugar elevado.

B) FEMENINO.

Cuando el nivel socioeconómico fue bajo, se encontró que el principal móvil de intento suicida fue la intoxicación con medicamentos, con un 38.5 %, seguido del uso de arma blanca en segundo lugar, con un 34.6 %, el ahorcamiento en tercer lugar, con un 11.5 %, en cuarto lugar la intoxicación por químicos con un 9 %, en quinto lugar arrojarse desde un lugar elevado, con un 6.4 %, en sexto lugar arrojarse desde un lugar elevado, con un 3.8 %, en séptimo lugar arrojarse a un vehículo en movimiento con un 2.6 %. No se reporto ningún caso donde el método de intento suicida fue el uso de arma blanca o los métodos no especificados.

Cuando el nivel socioeconómico fue medio, se encontró que el principal móvil de intento suicida fue la intoxicación con medicamentos, con un 71.6 %, seguido del uso de arma blanca en segundo lugar, con un 12.3 % y la intoxicación con químicos en tercer lugar con un 9.6 %, en cuarto lugar el ahorcamiento o sofocación con un 3.7 %, en quinto lugar el arrojarse a un vehículo en movimiento y los métodos no especificados con un 1.1 %, cada uno. , en sexto lugar el arrojarse desde un lugar elevado con un 0.5 % No se reporto ningún caso donde el método fuera la utilización de arma de fuego.

13.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA, MOVIL DE INTENTO SUICIDA Y DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Cuando el método de intento suicida fue la intoxicación por medicamentos, el principal móvil fue la impulsividad, con un 28.7 %, estando en su mayoría representado por el grupo diagnosticado con un trastorno de la personalidad, con un 51.4 % del total. El segundo móvil más importante dentro de este mismo método fue la desesperanza con un 27.8 % del total, estando ésta mayor representada dentro del grupo diagnosticado un trastorno depresivo, con un 79.4 % % El tercer móvil en importancia dentro de este método fue el tener errores de juicio y de conducta, con un 14.3 %, siendo en su mayoría representado por el grupo de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, con un 45.7 %

Cuando el método de intento suicida fue la intoxicación por químicos, el principal móvil fue la impulsividad, con un 20.4 % estando mayormente representado dentro del grupo diagnosticado con un trastorno de la personalidad, con un 66.6 %. El segundo móvil más importante fue tener problemas de pareja y la desesperanza, con 18.1 %, cada uno, siendo mayormente representado dentro del grupo diagnosticado con un trastorno depresivo, con un 36.6 % El tercer móvil en importancia, fue tener errores de juicio y de conducta, con un 15.5 %, estando mayormente representado por el grupo de esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoípico y trastornos de ideas delirantes, con un 68 %.

Cuando el método de intento suicida fue el ahorcamiento o sofocación, el principal móvil fue el tener errores de juicio y de conducta, con un 37.2 %, estando la mayoría dentro del grupo diagnosticado con esquizofrenia paranoide, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, con un 62.5 %. El segundo móvil en importancia fue la desesperanza, con un 25.5 % estando en su mayoría representado por el grupo de trastornos depresivos, con un 72.2 %actual. El tercer móvil en importancia estuvo dentro del grupo de los no

especificados, con un 20.9 %, su mayoría dentro del grupo diagnosticado con trastorno depresivo, con un 66.6 %.

Cuando el método de intento suicida fue lesión con arma blanca, el principal móvil de intento suicida fue la impulsividad, con un 34.6 %, estando mayormente representado dentro del grupo diagnosticado como trastornos de la personalidad, con un 44.4 %. El segundo móvil en importancia fue el tener errores de juicio y de conducta, con un 32.5 % estando éste mayormente representado por el grupo diagnosticado con esquizofrenia paranoide, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, con un 52 %. El tercer móvil en importancia fue el tener problemas de pareja, con un 12.8 % estando éste en su mayoría representado por el grupo diagnosticado con un trastorno de personalidad, con un 60 %.

Cuando el método de intento suicida fue lesión con arma de fuego, el único caso registrado tuvo como móvil el tener errores de juicio y de conducta, 100 %, estando dentro del grupo diagnosticado como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, 100 %.

Cuando el método de intento suicida fue el arrojarse desde un lugar elevado, el principal móvil fue el tener errores de juicio y de conducta, con un 54.5 %, siendo representado en su mayoría por el grupo diagnosticado con esquizofrenia paranoide, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, con un 50 %. El segundo móvil en importancia fue la impulsividad, con un 27.2 %, estando en su mayoría representado por el grupo diagnosticado con esquizofrenia paranoide, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, con un 66.6 %. El tercer móvil estuvo dentro del grupo problemas de pareja, con un 9 %. éste, mayormente representado por el grupo diagnosticado con trastornos depresivos con un 75 % y dentro del grupo con alguna enfermedad grave, con un 9 % representado por el trastorno depresivo en un 100 %.

Cuando el método de intento suicida fue arrojarse a un vehículo en movimiento, el principal móvil fue la desesperanza con un 60 %, estando éste mayormente representado

dentro del grupo diagnosticado con trastorno depresivo, con un 66.6 %. En igual número de importancia estuvo el tener errores de juicio y conducta, con un 20 %, éste representado en un 100 % (se reporto un solo caso) dentro del grupo diagnosticado como esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes; y la desesperanza, con un 20 %, representada en un 100 % dentro del grupo de trastornos mentales orgánicos. (se reportó un solo caso).

Cuando el método de intento suicida estuvo dentro del grupo de los no especificados, el principal móvil fue el tener errores de juicio y de conducta, con un 66.6 %, encontrándose en su mayoría representado por el grupo de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, con un 50 %. En el segundo lugar se encontró el tener problemas de tipo familiar con un 16.6 % del total, representado en un 100 % por el grupo de trastornos depresivos, y la desesperanza, con un 16.6 %, representado en un 100 % por el grupo diagnosticado con trastorno depresivo.

17.- DISCUSIONES

1.-- RELACION DE INTENTO SUICIDA CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

A) *EDAD.*

Al observar la distribución de intentos suicidas por grupo de edad, ésta coincide con los datos obtenidos por medio del INEGI durante los años 2000 y 2001, (17) (18), así como en otros estudios previos (20) donde la mayoría se concentra entre los individuos con menor edad – de 18 a los 37 años – agrupando el 72 % de toda la población estudiada. Esto también coincide con estudios internacionales donde señalan que la mayor frecuencia de intentos suicidas son en la población joven, a diferencia de los suicidios consumados, donde los grupos de edad de presentación tienden a ser de mayor edad (25). En los registros nacionales se muestra un incremento discreto entre los individuos mayores de 60 años, lo cual no se observa en este estudio.

B) *GENERO.*

Coincidiendo con la mayoría de la bibliografía nacional e internacional (20) (17) (18) respecto del intento suicida, la mayoría de éstos fue realizado por el sexo femenino, correspondiéndole dentro del estudio el 60.2 % del total de la población; por lo que podemos decir que la tendencia de los usuarios al Servicio de Urgencias del Fray Bernardino Álvarez es parecida en este aspecto a la encontrada en estadísticas y estudios realizados tanto en este país como en el extranjero.

C) *ESTADO CIVIL.*

Por estado civil, el presente estudio coincide con la literatura en ver como grupo mas afectado a quienes son solteros, seguido de los casados (4) (17) (18) , después los divorciados y separados y por último los viudos. Se puede pensar, que la sensación de soledad puede llevar a la población de solteros a presentar un intento suicida; sin embargo, encontramos que en los divorciados, separados y viudos, la frecuencia del intento suicida se registra con menor frecuencia en nuestra población de estudio, que en los casados, esto puede hacer pensar que estos últimos grupos no tienden a buscar ayuda o a utilizar métodos suicidas de mayor letalidad ya que en ellos hay una pérdida previa de por medio.

D) *ESCOLARIDAD.*

Un hallazgo importante dentro del estudio fue el de encontrar diferencias dentro del nivel de escolaridad en quienes realizaron intento suicida, en las estadísticas nacionales, (17) encontrando en éstas un mayor número de individuos entre quienes cursaban la secundaria y la primaria, en menor grado, así como de otros países donde la tendencia fue presentar baja escolaridad, como en el reporte publicado en Atlanta, Estados Unidos de América, en 1999 por el Departamento de Medicina Preventiva y Familiar y por el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Emory (19); en nuestra población al hacer una diferencia entre hombres y mujeres, se encontró que en los varones la tendencia fue a tener niveles de escolaridad mas bajos que en las mujeres, tendiendo éstas a tener estudios de bachillerato incompleto en adelante; hay que señalar que la tendencia en general fue la de tener un nivel de escolaridad incompleta, a excepción de la educación secundaria en ambos sexos, carrera técnica o comercial en las mujeres y la licenciatura en los varones; por lo que se debe de considerar que el hecho de contar con una escolaridad incompleta, pese a un mayor nivel académico, es un factor de riesgo para presentar un intento suicida entre los individuos que acuden a solicitar atención dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

E) NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Cuando se realizo una separación por nivel socioeconómico, móvil de intento suicida y sexo; llama la atención que tanto en hombres como en mujeres cuando pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, las características del móvil de intento suicida son muy similares, predominando en ambos el tener errores de juicio y de conducta – que puede estar asociado a la incapacidad de ser económicamente activos de forma regular al cursar con un padecimiento psiquiátrico que mantiene fuera de la realidad al individuo, o, por otro lado, las características socioculturales de su medio que hacen que su padecimiento evolucione de forma natural hasta presentar conductas erráticas graves como intentar quitarse la vida; se observa que cuando ambos sexos pertenecen a un nivel socioeconómico medio, los móviles para realizar un intento suicida tienden a ser diferentes para ambos grupos, ya que en los varones su principal móvil es la desesperanza, la impulsividad y tener errores de juicio y de conducta; pudiendo esto relacionarse con una red de apoyo insuficiente (32) para sostener a un sujeto que cursa con un nivel de estado de ánimo bajo y que presenta conductas erráticas; en las mujeres se encuentran como móvil principal la impulsividad, siendo numéricamente mas del doble a lo encontrado en los varones, seguido de la desesperanza y el tener problemas de pareja, siendo éste último móvil numéricamente menos importante en los varones de nivel socioeconómico medio y bajo así como para las mujeres de nivel socioeconómico bajo, por lo que puede tomarse en cuenta como un factor importante predisponerte para las mujeres de nivel socioeconómico medio dentro de la población psiquiátrica aquí estudiada.

F) OCUPACIÓN.

Por ocupación, al igual que en estudios previos, uno realizado durante 1999 en Estados Unidos de América, donde se busco el perfil de quienes tendían a la conducta suicida (4) y en las estadísticas nacionales del 2000 y 2001(17) (18) se observo que la mayoría de los que presentaban intento suicida fueron desempleados; es interesante observar que el segundo grupo mas importante fue el de quienes se dedicaban al hogar y el tercero el de

quienes estudiaban, siendo el segundo grupo de un número un poco mayor al doble que el tercero, por lo que habría que considerar a estos como grupos susceptibles en cuanto a tendencias de intento suicida.

2.- FRECUENCIA DE INTENTO SUICIDA EN RELACION AL AÑO.

Al hacer una separación por años, se encontró un mayor número de intentos suicidas en el 2001, en comparación con el 2000 ; esto pareció interesante dentro del estudio dado que en los datos estadísticos correspondientes al INEGI respecto a estos años, se muestra una disminución de estas cifras durante el 2001 frente al 2000; esto se puede asociar al problema de subregistro que se ha encontrado respecto a los datos de conducta suicida en el país que incluso ya se han señalado en publicaciones previas. (33)

3.- FRECUENCIA DE INTENTO SUICIDA EN RELACION A MES Y ESTACION DEL AÑO.

Respecto a la estación del año, se observó un incremento en la frecuencia en el número de intentos suicidas dentro de la población estudiada, en verano y en invierno cubriendo un 53.6 % del número total de casos.

Los meses en donde se encontró un mayor número de intentos suicidas fue en junio, julio y agosto –correspondientes al verano-, el mes de septiembre – correspondiente a el inicio del otoño- y a diciembre y enero,- principio y mediados de invierno-. Cabe comentar que de todos éstos, el mes con mayor número de intentos suicidas, fue el de septiembre.

El estudio coincide con otros estudios realizados previamente de tipo retrospectivo (8), en Italia (3) (45), Finlandia (31) (47), Australia, (13), todos ellos reportan un pico estacional en cuanto a intentos suicidas de predominio durante el verano.

Los estudios obtenidos y realizados dentro de población psiquiátrica (36) (12), también apoyan ésta información; siendo en menor medida los que coinciden con un incremento durante el otoño; Cagliari, Italia, por ejemplo, reportando una variación incrementada hasta del 25 % en los meses de primavera y verano frente a los de otoño (3), en Australia, con un incremento durante la primavera y el verano, de intentos suicidas en el sexo masculino tras una revisión de 6 años durante la década de los noventas (13) y dentro del Departamento de Psiquiatría de Lund, con un pico estacional en cuanto a intentos suicidas en alcohólicos durante el segundo cuarto del año (12), e invierno en Italia (3), Finlandia (26),y dentro de Estadísticas Nacionales del INEGI del 2000 y 2001 (17) (18).

Esto nos puede hacer pensar que pueden existir factores en común entre otros países y el nuestro, por lo menos dentro de la población que cubrió nuestro estudio, que pueden alterar la evolución de los pacientes psiquiátricos en el transcurso del año.

4.- RELACION ENTRE DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO Y ESTACION DEL AÑO.

Al realizar una separación por mes respecto al número de intentos suicidas y diagnóstico psiquiátrico, se observó que en los trastornos depresivos hubo un incremento durante los meses de junio (verano), septiembre (otoño) y enero (invierno); sólo estos dos últimos coinciden con el registro en estudios previos donde se observa un incremento o agudización de los cuadros depresivos durante esta época del año (50).

En los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, se observa un pico respecto al número de intentos suicidas durante febrero (invierno), agosto (verano) y septiembre (otoño), aunque se observa una regularidad en su aparición en cuanto a los meses de octubre, noviembre y diciembre al compararlo con el resto del año, por lo que impresiona que su tendencia es a presentarse durante finales de el tercer cuarto

del año y durante el último cuarto del año, pudiéndose relacionar con factores adaptativos de tipo sociológico (27).

En cuanto a los trastornos de personalidad, hay un incremento en el número de intentos suicidas, en quienes tienen este diagnóstico, durante el mes de noviembre (otoño), diciembre (invierno) y julio (verano); al considerar dentro de este estudio y de la literatura previa la alta asociación entre los trastornos de personalidad y desesperanza con el intento suicida (49) (28), se puede relacionar temporalmente su incremento durante la segunda mitad del año (42) y con la tendencia a un mayor número de actos impulsivos durante el verano (3), (45), (47) pensando que pueden influir situaciones climáticas como el aumento en la temperatura ambiental, o el periodo vacacional el cual puede alterar la rutina de los pacientes.

El intento suicida en la esquizofrenia, trastorno esquizotípico u trastorno de ideas delirantes, presenta un pico en mayo (primavera), julio (verano) y enero (invierno) apoyando estos dos últimos datos estudios previos dentro de población psiquiátrica en la cual la agudización de estos padecimientos se incrementan en verano e invierno (50), aunado a los factores sociológicos como causantes de las recaídas durante la primavera, como el tener que socializar con los familiares durante las fiestas de fin de año, o la falta de cuidadores por el periodo vacacional (27), impresionando por su valor numérico, ser un factor de mucha importancia en los individuos con este grupo de diagnósticos.

En los trastornos psiquiátricos de origen orgánico, se observa un incremento en el número de intentos suicidas durante junio y julio (verano) así como en diciembre (invierno), coincidiendo con otros psiquiátricos que presentan una aparente tendencia a la agudización durante el verano y el invierno (50).

En la epilepsia asociada a intentos suicidas, se ve un incremento durante el mes de septiembre (otoño) y en el mes de marzo (primavera), encontrando en éste último, la misma tendencia que en otros padecimientos a presentar una probable agudización en primavera

por factores sociológicos (27) que pueden ser muy parecidos a los asociados en la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes.

En el retraso mental asociado a intentos suicidas, se ve en general un incremento durante los meses de marzo (primavera) y agosto (verano). En los dos se presentan cambios climáticos considerables. En ambos periodos de tiempo, coincide un periodo vacacional, en donde la rutina y los cuidadores pueden presentar alguna irregularidad en su constancia respecto al paciente.

En los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, se encuentra un pico en cuanto a número de intentos suicidas durante el mes de julio (verano), sin impresionar una variación importante en su número durante el resto del año, pudiendo explicar esta conducta por la tendencia a actos impulsivos durante el verano (45), (47), (31); aunque se apoya poco a los estudios en donde se ha señalado un incremento entre el intento suicida y el diagnóstico de alcoholismo durante el segundo cuarto del año (12). Llama la atención que en contraste con otros estudios, en éste se registraron pocos casos de pacientes con algún problema asociado al consumo de sustancias de abuso asociados a algún intento suicida, esto tal vez pudiera explicarse por el hecho de que al tratarse de una población usuaria de un hospital psiquiátrico sin servicio de desintoxicación para drogas o clínica de farmacodependencia, los casos lleguen primero al servicio de urgencias de un Hospital General o a un Centro Toxicológico

En todos estos padecimientos habrá que pensar en la posibilidad de un periodo de tiempo previo en el cual pudo haberse desarrollado una recaída clínica que predispusiera al intento suicidas, esto explicaría por qué, aunque los problemas sociológicos que afectan a muchos pacientes psiquiátricos durante el invierno, se manifiestan hasta la primavera.

5.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA Y ESTACION DEL AÑO.

En general, no se encontró una variación importante respecto al método suicida utilizado en el transcurso del año, siendo el principal la toma de medicamentos, seguido de la utilización de arma blanca y la intoxicación por químicos; sin embargo, se encontraron algunas variables durante la primavera como el incremento en el número de intentos de suicidio por el método de sofocación o ahorcamiento, también se observó un aumento en el número de individuos que utilizaron como método de intento suicida el uso de arma blanca, esto último ocurrió cuando el móvil de intento suicida fue el tener errores de juicio y de conducta, pudiendo hacer una relación con la agudización de cuadros psicóticos durante la primavera en trastornos afectivos depresivos (36) o episodios de manía (50), aunque también se observó un fenómeno parecido durante el otoño.

Otra variación fue la del incremento en las cifras de quienes intentaron suicidarse arrojándose desde un lugar elevado, durante el verano y el invierno, asociándolo a los estudios donde se encuentran conductas impulsivas o intentos suicidas de alta letalidad en esta época del año como el registrado por el Instituto Italiano de Análisis Estadístico de 1984 hasta 1995, encontrando esta tendencia en ambos sexos, aunque más marcada en el sexo masculino (45), en Finlandia, donde fue importante el incremento de estas conductas durante el verano (47) y en la provincia de Oulu, también en Finlandia, donde se observó el mismo fenómeno durante el invierno (31); también en invierno se observó que fue la estación del año con mayor número de intentos suicidas con toma de medicamentos.

6.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA Y ESTACION DEL AÑO.

Se encontró a la mayoría de los intentos suicidas agrupado en la estación de verano, donde el móvil de intento suicida más importante para éste fue la desesperanza, seguido de la impulsividad.

En invierno el móvil de intento suicida mas común fue la impulsividad, seguido de la desesperanza.

En otoño, tercero en número de intentos suicidas, el móvil más importante fue la impulsividad, seguido de la desesperanza.

En primavera, el móvil de intento suicida mas importante fue el tener errores de juicio y de conducta, seguido de la desesperanza.

Se puede pensar que puede haber una agudización de los padecimientos psiquiátricos en donde predominan las conductas disruptivas al presentar un juicio disminuido o fuera de la realidad como en varios trastornos afectivos de tipo depresivo (29),o episodios de manía (50), no pudiendo descartar las causas biológicas, como la asociación de la serotonina con la impulsividad (50), el papel regulatorio de la melatonina sobre la secreción de serotonina y a la vez, la dependencia a la aparición de esta sustancia respecto a la cantidad de luz a la que se es expuesto el individuo durante el día (35) y a la vez, el papel regulatorio que tiene la melatonina sobre el sistema gabaérgico y glutamaérgico en el Sistema Nervioso Central (11), o los factores sociológicos que pueden influir en esta época del año para que aparezcan recaídas en los pacientes, poniendo como ejemplo en estos últimos a los mayores conflictos interpersonales, incremento en el consumo de alcohol y alteraciones en el hábito del sueño (27).

7.- RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA Y GRUPO DE EDAD.

El principal método en todos los grupos fue el intoxicación por medicamentos, menos cuando se trato de problemas o discusiones familiares dentro del grupo de edad de 48 a 57 años, donde el método utilizado fue el uso de arma blanca, siendo el único caso reportado para ese grupo y en el grupo de mas de 78 años, en donde el único caso reportado utilizo el método de sofocación o ahorcamiento, cuando el móvil de intento suicida fue el tener

errores de juicio y de conducta, en el grupo de edad entre 48 a 57 años donde el método más utilizado fue uso de arma de fuego y en el grupo entre 58 a 67 años donde el método más empleado fue la intoxicación por químicos; otra observación al respecto fue que la ventaja en número del método suicida con toma de medicamentos disminuía conforme se incrementaba la edad observando, en general, que en nuestra población la presencia de intentos suicidas con métodos de mayor letalidad, se da en grupos de edad mayores, tendencia previamente observada en otros estudios donde se tuvo como objetivo encontrar características clínicas que pudieran identificar tempranamente a pacientes con depresión e intento suicida en personas entre los 61 y 93 años de edad (2).

8.-RELACION ENTRE METODO DE INTENTO SUICIDA, GENERO ESCOLARIDAD.

En cuanto a la relación entre sexo, método de intento suicida y escolaridad, se encontró una mayor tendencia a la utilización de métodos de mayor letalidad cuando el grado de escolaridad era menor, siendo esto más marcado entre el sexo masculino que en el femenino, encontrando en éste incluso niveles de escolaridad altos cuando el método de intento suicida fue el ahorcamiento o la sofocación.

Se encontró que predominaron en el sexo femenino el método suicida consistente en la intoxicación con medicamentos, intoxicación por químicos, lesión con arma blanca y arrojar a un vehículo en movimiento, siendo en todos ellos mayor el número de mujeres que de hombres por estado civil, a excepción de los separados o divorciados cuando el método de intento suicida fue la intoxicación por químicos y lesión con arma blanca.

Cuando el método suicida utilizado fue el ahorcamiento o sofocación, el uso de arma de fuego, arrojar desde un lugar elevado y en otros métodos suicidas no especificados, predominó en la suma total el sexo masculino, hay que comentar que el único caso reportado dentro del estudio de lesión por arma de fuego fue realizado por un hombre casado; estos resultados coinciden con los datos donde se reporta que en el sexo masculino

hay una mayor tendencia a utilizar métodos suicidas de mayor riesgo, en cuanto a la gravedad de las lesiones y menor posibilidad de rescate (20).

Los resultados del estudio coinciden también con las cifras reportadas por el INEGI en el 2000 y 2001 (17) (18) en cuanto a la mayor tendencia en las mujeres a utilizar la intoxicación con medicamentos como método de intento suicida, y en los varones la realización de sofocamiento o estrangulación y otros métodos no especificados; ahí se muestra un mayor número de hombres que se realizaron lesiones con arma blanca, mientras que en el presente estudio, sólo se observó esta tendencia en algunos grupos. .

9.- RELACION ENTRE METODO INTENTO SUICIDA, GENERO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Al hacer una diferenciación entre método de intento suicida, sexo y nivel socioeconómico, se encontró que entre hombres y mujeres había una tendencia numérica similar respecto a los métodos utilizados para el intento suicida, encontrando como dato más significativo, la notoria tendencia dentro de las mujeres de nivel socioeconómico medio a la toma de medicamentos con fines suicidas, considerándolo a éste como de baja letalidad.

Hay que señalar que predominó en general el sexo femenino, concentrando el mayor número cuando el móvil de intento suicida fue la impulsividad; el número de diferencia fue mayor cuando el móvil de intento suicida fue el de las discusiones familiares que en los problemas de pareja, respecto al grupo de los hombres, esto puede coincidir con que en nuestra población de estudio, dedicarse al hogar es un factor de riesgo, concluyendo que las amas de casa, dentro de un ambiente familiar disfuncional, son individuos de alto riesgo para un intento suicida.

El número fue igual para ambos sexos cuando el móvil fue tener una enfermedad grave o incurable y cuando se desconoció el móvil del intento suicida.

Sólo predominó en el grupo de los hombres cuando el móvil fue tener errores de juicio y de conducta

Dentro de los métodos suicidas utilizados, igual que en estudios previos (20) predomina la toma de medicamentos, seguido de las lesiones con arma blanca, considerando a ambos de baja letalidad y con altas posibilidades de rescate; difiere en cuanto a las estadísticas del INEGI del 2000 y 2001 (17) (18), en cuanto que en éstas últimas es más común la sofocación a la intoxicación con químicos, así también se encuentra que arrojarse desde un lugar elevado es más común en este estudio que utilizar un arma de fuego, inverso a lo encontrado en las estadísticas nacionales (17) (18), ambos son parecidos en la proporción de sujetos que se arrojan a vehículos en movimiento y en otros métodos no especificados.

10.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA Y GRUPO DE EDAD.

La tendencia general fue de que la mayoría estuviera agrupada entre los rangos de edad de 18 a 27 años y de 28 a 37 años, el grupo con mayor número de intentos suicidas dentro de estos rangos de edad, fue el que contenía como móvil la impulsividad; una diferencia fue cuando se trató del grupo de desesperanza, donde se observó una elevación importante en el rango de 38 a 47 años de edad. Por lo que la impulsividad debe de ser tomada como un factor de riesgo dentro de la población más joven, y los datos depresivos – que llevan a la desesperanza – dentro de la población adulta y mayor.

Otra tendencia encontrada, en cuanto a la edad, fue el encontrar pocos casos reportados después de los 57 años de edad, siendo menos evidente cuando el móvil fueron los errores de juicio y de conducta y la desesperanza, encontrando en el primero una elevación del número de casos entre los 58 y 67 años de edad y en el segundo de los 58 a los 67 años y de

los 68 a los 77 años, en éste con mayor número que en el grupo de menor edad. Esto, puede asociarse a una menor tendencia en la gente mayor para la búsqueda de atención, en cuanto a trastornos depresivos. En cuanto a la gente mayor con errores de juicio y de conducta, se puede suponer, que al disminuir su fuerza física, es menos probable que lleguen a causarse o daño físico, o tal vez, también se encuentre menos interés para su atención por parte de sus familiares.

El único caso por arriba de los 78 años de edad, correspondió al móvil de problemas familiares, teniendo como método de intento suicida el ahorcamiento o sofocación. Coincidiendo

El único caso reportado en el que se utilizó un arma de fuego como método de intento suicida, correspondió al móvil por errores de juicio y de conducta en el rango de edad entre 28 a 37 años.

11.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA, GRUPO DE EDAD Y OCUPACIÓN.

Se encontró que cuando el móvil de intento suicida fue el tener discusiones o problemas familiares, predominó como ocupación, dedicarse al hogar, seguido de ser desempleado y estudiante, agrupándose principalmente entre los 18 a 27 años y de los 28 a los 37 años de edad; cuando el móvil de intento suicida fue el tener problemas de pareja, predominó el dedicarse al hogar, seguido de ser desempleado y después ser profesionista u oficinista, por edad, se agrupo principalmente entre los 18 a 27 años de edad, posteriormente entre los 38 a 47 años; cuando el móvil de intento suicida fue el tener errores de juicio y de conducta, predominó el ser desempleado, seguido de quienes se dedicaban al hogar y posteriormente el grupo de obreros y artesanos, la mayoría estuvo entre los 18 y 27 años de edad; cuando el móvil de intento suicida fue la impulsividad, predominaron principalmente quienes estaban desempleados, seguido de los estudiantes y quienes se dedicaban al hogar, la mayoría encontrándose entre los 18 y 27 años de edad.

Cuando el móvil fue el tener una enfermedad grave o incurable, siendo dos casos nada mas, uno se encontró dentro del grupo de obreros y artesanos, entre los 18 y 27 años de edad, otro se encontró dentro del grupo de los comerciantes, entre los 48 ay 57 años de edad.

Cuando el móvil de intento suicida fue la desesperanza, se encontró que el grupo con mayor número de casos fue el de quienes se dedicaban al hogar, seguido de los desempleados y quienes eran oficinistas, estando principalmente entre los 28 y 37 años y entre los 38 a 47 años de edad. Por último, cuando el móvil de intento suicida fueron otros no especificados, siendo solo dos casos, uno se dedicaba al hogar, encontrándose entre los 28 a los 37 años de edad, el otro era estudiante y se encontró entre los 18 a 27 años de edad.

En general, se observa respecto a la literatura (27) una relación importante entre el ser desempleado y tener conductas suicidas, en este caso, de tipo impulsivo; otro dato fue la asociación entre dedicarse al hogar y presentar como móvil de intento suicida las discusiones con la familia o la pareja, encontrando un perfil parecido a los encontrados previamente en otros estudios en cuanto a observar a las presiones del hogar como un condicionante para presentar intento suicida (19).

Se puede relacionar el hecho de tener como el móvil de intento suicida tener errores de juicio y de conducta y ser desempleado, por la probable presencia de un cuadro psiquiátrico activo que no permite dejar trabajar al individuo.

12.- RELACION ENTRE INTENTO SUICIDA, MOVIL Y ESCOLARIDAD.

En cuanto a las diferencias entre escolaridad y móvil de intento suicida, no se encontraron variaciones importantes, señalando como datos más sobresalientes, el hecho de que en ambos sexos cuando el móvil de intento suicida fue tener errores de juicio y de conducta la escolaridad tendió a ser mas baja que en los otros grupos, relacionando esto con la

posibilidad de una menor capacidad mental que pueden presentar los sujetos cuando su juicio está disminuido o fuera de la realidad, y el mayor grado de escolaridad que presentaron las mujeres cuando el móvil fue la desesperanza.

13.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA Y ESTADO CIVIL.

Se encontró un mayor número de solteras que de solteros cuando el móvil de intento suicida fueron las discusiones familiares, la impulsividad, la desesperanza y otros no especificados, coincidiendo con el perfil descrito en otros estudios (49) (4); donde se encontró que existía mayor número de solteros que de solteras fue cuando el móvil fueron los problemas o discusiones de pareja y los errores de juicio y de conducta, pareciendo que altera mas la variación en el número de intentos suicidas, la recaída en los varones en padecimientos psiquiátricos donde el juicio puede estar fuera de la realidad.

Existió igual número de solteros por sexo cuando el móvil fue tener una enfermedad grave o incurable, asociando esto a la posibilidad de tener así menos posibilidades de redes de apoyo (4).

Las casadas predominaron frente a los casados cuando el móvil de intento suicida fueron las discusiones familiares, los problemas de pareja, los errores de juicio y de conducta, la impulsividad y la desesperanza, sólo siendo mayor en los casados cuando el móvil se desconoció.

Llama la atención, que en las mujeres casadas haya una mayor tendencia al intento suicida al tener problemas de pareja que en las solteras, y una mayor tendencia a los intentos suicidas en los hombres al discutir con la pareja cuando están solteros.

En las viudas predominó el intento suicida cuando el móvil fue la desesperanza, en primer lugar y posteriormente los errores de juicio y de conducta, apoyando la posibilidad de falta de redes de apoyo (4) (2).

En los viudos, existió un caso por el móvil de discusiones familiares, sin otros casos para las viudas.

Dentro del estudio se encontró que en el grupo de los hombres casados, existió un número mayor de intento suicida cuando el móvil fue la desesperanza frente a la impulsividad, pensando que se ha asociado en los varones la sensación de responsabilidad hacia la familia como un factor que los limita para cometer un intento suicida de forma irreflexiva (32).

Las separadas predominaron cuando el móvil del intento suicida fueron las discusiones familiares, los problemas de pareja y la impulsividad, pensando en que son quienes quedan a cargo de la familia y continúan relaciones con la pareja anterior o con una nueva pareja, siendo en igual número que los separados o divorciados cuando el móvil fueron los errores de juicio y de conducta, y fue mayor en este último grupo cuando el móvil fue la desesperanza, coincidiendo con datos previos (49) (4).

14.- RELACION ENTRE MOVIL DE INTENTO SUICIDA Y DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO.

Al hacer la división de intento suicida en relación al diagnóstico psiquiátrico, la mayoría correspondió al de trastorno de inestabilidad emocional, cubriendo por sí solo el 25.5 % del total; esto puede estar asociado, al importante número de casos donde el móvil de intento suicida fue principalmente la impulsividad.

Al agrupar a los trastornos de tipo depresivo, (episodio depresivo leve, moderado y grave; el trastorno depresivo recurrente con episodio leve, moderado o grave y la distimia) estos cubrieron el 36.5 % del total lo cual se puede asociar al número significativo de individuos en donde la desesperanza fue el móvil más importante para realizar un intento suicida. Estos resultados apoyan estudios previos donde la asociación de trastornos de personalidad de tipo límite, la desesperanza y la impulsividad incrementan de forma importante el riesgo

para cometer intentos suicidas (20) (33) (49) incluyendo un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante 1995, en donde los niveles altos de impulsividad llevó a cuadros depresivos, trastornos de personalidad y esquizofrenia a intentos suicidas irreflexivos. (29), al igual que en otros estudios en población psiquiátrica fuera del país(20) pues hay que señalar que al sumar las frecuencias de los diagnósticos de esquizofrenia, trastornos psicóticos agudos transitorios y cuadros esquizoafectivos, se sumo un 13.9 % del total, de éstos, la mayoría estuvo representado por quienes cursaban con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide con 10.7 % del total en el estudio.

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, en donde se incluyen los trastornos de ansiedad y los trastornos de tipo adaptativo, cubrieron el 5.2 % del total, no encontrando este grupo como representativo del estudio a diferencia de resultados previos (20).

Al agrupar a los padecimientos relacionados con el uso y abuso de sustancias psicotropas, se encontró que éstas fueron el 4.6 % del total. El diagnóstico de epilepsia en sí, fue el 1.1 % del total.

Se encontró que dentro de los trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad predominó como móvil la impulsividad para todos los métodos de intento suicida a excepción de cuando se utilizo el arma de fuego donde el móvil fue tener errores de juicio y de conducta y cuando el método fue arrojar a un vehículo en movimiento donde el móvil fue tener problemas de tipo familiar, los métodos de intento suicida se concentraron en aquellos considerados de baja letalidad como toma de medicamentos y uso de arma blanca, así como de mediana letalidad, como la intoxicación por químicos, quedando éste en tercer lugar; coincidiendo con lo esperado en la literatura (20).

Cuando se trato de trastornos depresivos, el principal móvil de intento suicida fue la desesperanza al utilizar cualquier método suicida a excepción de cuando se trato de arrojar desde un lugar elevado donde se observó como móviles el tener problemas de pareja, errores de juicio y de conducta y cursar con una enfermedad grave o incurable;

aunque la tendencia numérica en este grupo fue mayor hacia los métodos suicidas de baja letalidad (toma de medicamentos y uso de arma blanca) el número de casos en donde se utilizaron métodos suicidas de mayor letalidad (intoxicación por químicos, arrojarse desde un lugar elevado, arrojarse a un vehículo en movimiento, ahorcamiento o sofocación) fue mayor que en otros grupos como el de trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad o adaptación, trastornos de origen orgánico y trastornos asociados al uso o abuso de múltiples sustancias, y fue superado en número únicamente por los trastornos psicóticos agudos y crónicos cuando el método de intento suicida fue arrojarse desde un lugar elevado coincidiendo con la literatura que apoya que cuando el intento suicida es llevado a cabo por un individuo con diagnóstico de depresión o psicosis el método de intento suicida será de alta letalidad. (20).

Al observar los móviles para realizar un intento suicida, la impulsividad queda en primer lugar, seguido de la desesperanza y en tercer lugar los errores de juicio y de conducta; los problemas o discusiones familiares, así como los problemas con la pareja, tienen entre sí cifras similares y al ser sumadas agrupan al 24.8 % del total de los móviles suicidas; esta distribución difiere de las estadísticas nacionales por parte del INEGI (17) (16) siendo probable esta variación dado que éstos se realizan en población abierta, frente al actual estudio, donde evidentemente se espera que los individuos cursen con algún padecimiento psiquiátrico; respecto a los errores de juicio y de conducta, a éstos se les encontró una relación numérica frente a la proporción de diagnósticos psiquiátricos donde se espera que haya un juicio insuficiente o fuera de la realidad.

Considerando por nuestra parte que al haber encontrado resultados con tendencias significativas, sería importante tomar en cuenta el manejo de dicha información sobre todo por la naturaleza de la Institución del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, ya que a ella llegan un número importante de pacientes psiquiátricos no solo del Distrito Federal, si no de otros Estados del país por lo que consideramos que los datos obtenidos a

través de su población nos pueden dar una buena idea de las tendencias epidemiológicas del intento suicida en México, esperando a este tipo de estudio darle seguimiento a lo largo del tiempo.

Lo que sigue es diseñar estrategias de prevención e intervención a partir de las características sociodemográficas, así como la creación de programas educativos y de salud accesibles a la población, tomando en cuenta la heterogeneidad de sus necesidades y procurando la mayor cobertura para los sujetos más susceptibles.

18.- CONCLUSIONES.

Dentro de los resultados obtenidos de forma retrospectiva dentro de la población psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el año 2000 y 2001 se encuentra una variación estacional, observando un incremento durante los meses correspondientes al verano (junio, julio y agosto), el mes de septiembre (otoño) y diciembre (invierno), siendo la estación con mayor número de intentos suicidas el verano, seguido del invierno, encontrando mas esta tendencia cuando se trataba de trastornos depresivos, de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos psiquiátricos de origen orgánico; los trastornos psicóticos agudos y crónicos, la epilepsia y el retraso mental se encontraron con una mayor asociación con el intento suicida durante la primavera; durante todo el año predominó como móvil de intento suicida la impulsividad, seguida de la desesperanza, así como el utilizar métodos para el intento suicida de baja letalidad: Toma de medicamentos y utilización de arma blanca. Se encontró que el tener errores de juicio y conducta fue el tercer móvil en importancia, predominando durante el primer cuarto del año y durante esta época del año también se incrementaron los métodos suicidas de mayor letalidad. No se obtuvo una relación temporal significativa que incrementara el intento suicida en los trastornos asociados al consumo de múltiples sustancias.

Los trastornos depresivos fueron el principal diagnóstico psiquiátrico asociado a el intento suicida, seguido de los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos agudos y crónicos. Coincidiendo con lo esperado en la literatura, se encontró una mayor tendencia entre los grupos de edad más jóvenes, de predominio en el sexo femenino, solteros, de baja letalidad y donde predomina principalmente como móvil la impulsividad, y encontrando que a mayor edad y mas bajo grado de escolaridad los intentos suicidas son de mayor letalidad y mas asociados a la desesperanza. El ser desempleado, dedicarse al hogar o tener una escolaridad incompleta se encontró como un factor predisponente para realizar un intento suicida observando una tendencia en el sexo femenino a tener un nivel de escolaridad mayor que en el sexo masculino, y los errores de juicio y conducta se encontraron mas comúnmente como móvil de intento suicida entre los desempleados, entre

quienes tenían un grado de escolaridad mas bajo y entre quienes pertenecían al nivel socioeconómico bajo, aunque fue mas común pertenecer al nivel socioeconómico medio dentro del estudio.

Por los datos aquí encontrados, habrá que pensar en dar una mayor cobertura de prevención y educación respecto al riesgo de presentar un intento suicida durante el verano y el invierno en sujetos que por sus características: Ser jóvenes, solteros, hombres desempleados o mujeres dedicadas al hogar, con escolaridad incompleta, de nivel socioeconómico medio o bajo, o ser mayores de edad con poca red de apoyo; que por algún motivo son pacientes de tipo psiquiátrico y por lo tanto pueden ser mas susceptibles a presentar datos de impulsividad o desesperanza durante esta época del año. Para los trastornos psiquiátricos de tipo psicótico agudos o crónicos, la epilepsia y el retraso mental, habrá que vigilar durante la primavera el riesgo de realizar un intento suicida.

Se puede encontrar a los factores sociológicos como causantes de recaída en los padecimientos psiquiátricos que los pueden llevar a un intento suicida, observando que en la población aquí estudiada puede ser necesario hacer mas estudios respecto a los factores biológicos, específicamente en la Ciudad de México o en una área geográfica con similares características.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.) AGREN H: Symptom patterns in unipolar and bipolar depression correlating with homoamine metabolites in the cerebrospinal fluid: suicide. *Psychiatry Res*; 3:225-236. 1980.
- 2.) ALEXOPOULUS, GEORGE S. MD; BRUCE, MARTHA L., PH. D; HULL, JAMES PH. D. ET. AL : Clinical Determinants of Suicidal Ideation and Behavior in Geriatric Depression. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 56 (11):1048-1053. 1999.
- 3.) ALTAMURA, C.; VAN GASTEL, A.; PIOLI, R.; ET. AL: Seasonal and Circadian Rhythms in suicide in Cagliari, Italy. *Journal of affective disorder*; vol. 53 (1): 77-85. 1999.
- 4.) APPLEBY, LOUIS; COOPOS, JAYNE; AMOS TIM; ET. AL: Psychological Autopsy Study of Suicides by People under 35. *Br J Psychiatry*. Vol. 175 (8): 168-174. 1999.
- 5.) ASBERG M. THORAN P. TRASKMAN, C; ET AL: Serotonin depression: a biochemical subgroup within affective disorders. *Science*. 191: 478-480. 1976.
- 6.) BANKI CM: Factors influencing monoamine metabolites and tryptophan in patients with alcohol dependence. *J Neural Transm*. 50: 89-101. 1981.
- 7.) BANKI CM.; ARAT M.; PAPP Z.; ET AL : The effect of dexamethasone on cerebrospinal fluid metabolites in psychiatric patients. *Pharmacopsychiatry*. 16: 77-81. 1983.
- 8.) BARRACLOUGH B.; HUGHES J: *Suicide: Clinical and Epidemiological Studies*. Ed. Croom Helm. New York. EUA. 1987.
- 9.) BARRETTINI WH.; NURNBERGER JI. JR.; NARROW W.; ET AL: Cerebrospinal fluid studies of bipolar patients with and without a history of suicide attempts. *Ann NY acad sci*.; 487: 351-355. 1986.
- 10.) BEERSMA D,G,M: Seasonal Variation in Suicides: Hidden not Vanished. *Br J Psychiatry*. 178 (4): 380. 2001.

- 11.) BENÍTEZ KING, G: Melatonina: del conocimiento básico a la aplicación clínica en psiquiatría. *Salud Mental*. No. Esp. 22 : 57-61. 1999.
- 12.) BRADVIK L.; BERGLUND M.: Seasonal Distribution of Suicide in Alcoholism. *Acta Psychiatr Scand*. Vol. 206 (4): 299-302. 2002.
- 13.) CANTOR C H, HICKEY P A, DE LEO, D: Seasonal Variation in Suicide in a Predominantly Caucasian Tropical/Subtropical Region of Australia. *Psychopathology*. 33:303 -306. 2000.
- 14.) COOPER, J; TAKAHASHI, R; WIG, N; *Décima revision de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*. Ed. Meditor. 10ª. Edición. Madrid, España. 1992.
- 15.) DIESKTRA, R.; GARNEESKI, M: On the nature magnitude and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide life-treat Behav*. 25 (1) 36-57. 1995.
- 16.) EAGLES J, MD: Seasonal Affective Disorders. *Br J Psychiatry*. Vol. 82: 174-176. , 2003.
- 17.) Estadísticas de intento de suicidio y suicidios. Cuaderno no. 7. Ed. 2001. Temporalidad 2000. ISBN 970-13-3741-7. Desglose Geográfico Estatal. Formato impreso. México.
- 18.) Estadísticas de intento de suicidio y suicidios. Cuaderno no. 8. Ed. 2002. Temporalidad 2001. ISBN 970-13-4100-7. Desglose Geográfico Estatal. Formato impreso. México.
- 19.) FRANK ERIKA MD. M.P.H., DINGLE ARDEN D. MD: Self Reports Depresión and Suicide Attempts Among U.S. Woman Psysicians. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 156 (12): 1887-1894. 1999.
- 20.) GHOSH T. B. M.D., BRUCE S VICTOR M.D. Suicidio. En: Hales R, Yudofsky S, Talbot J. (eds.). *DSM IV Tratado de psiquiatría..* Masson. 3a. ed. Barcelona. 2000.
- 21.) GOLIER J.; MARZUC K. P. LEON A.; ET AL : Low serum cholesterol and attempted suicide. *Am J Psychiatry*. 152: 419-423. 1995.
- 22.) GÓMEZ-CONCHA CUAUHTEMOC, SOSHANA BERENSON, MARÍA HELENA MEDINA-MORA, MARTÍN DEL CAMPO ALONSO: *Seasonal*

Variations in Mood and Other Biological Parameters in Open Population (N=1482) in México City (Latitude 19 24 North; 99 09 West). IV Latin American Symposium on Chronobiology. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco. No. 101., Tlalpan, México. D.F. 143700.

- 23.) GONZALEZ-FORTEZA, CATALINA; GARCIA, GUADALUPE; MEDINA-MORA, MA. ELENA; Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*. 21 (3): 1-9. 6. 1998.
- 24.) GOODWIN FK: Suicide aggression and depression: a theoretical framework for future research. *Ann NY acad sci*. 487: 351-355.; 1986.
- 25.) GREEN ALAN I., MONEY JOHN J., POSENER JOEL A.: Trastornos del estado de ánimo: aspectos bioquímicos. En: Kaplan, H., Sadock, B. (eds.) *Tratado de psiquiatría*. Editorial Intermédica. 6ª. Edición. Buenos Aires, Argentina. Pags. 1017-1029. 1997.
- 26.) HAKKO. H; RANASEN, P. Seasonal variation in suicide occurrence in Finland. *Acta Psiquiatr Escand*. 35: 92-97. 1998.
- 27.) HAWTON K, VAN H K: *The international handbook of suicide and attempt suicide*. Ed. Wiley. 1a. edición. England. 2000.
- 28.) HERNÁNDEZ, S.R.; FERNÁNDEZ, C.C; BAPTISTA, L.P.; *Metodología de la investigación*. Ed. Mc. Graw-Hill. 2ª. Edición. México. 1991.
- 29.) JIMÉNEZ G A, SENTÍES C H, ORTEGA S H. Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida: *Salud Mental*. 20 (1): 36-41. 1997.
- 30.) JIMENEZ TAPIA, ALBERTO; GONZALEZ-FORTEZA, CATALINA. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*. 26 (6): 35-46. 2003.
- 31.) KOSKINEN, O.; PUKKILA, K.; HAKKO, H.: Is occupation relevant in suicide. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 70. (2): 197-203. 2002.

- 32.) MALONE, KEVIN. M. MD; OQUENDO, MARIA A. MD; HAAS, GRETCHEN L. PH. D.: Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *Am. J. Psychiatry*. Vol. 157 (7): 1084-1088. 2000.
- 33.) MONDRAGON, LILIANA; BORGES, GUILHERME; GUTIERREZ, REYNA. La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 24 (6); 12. 2001.
- 34.) MONDRAGON, LILIANA; SALTIJERAL, MA. TERESA; BIMBELA, ALFREDO; La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*. 21 (5): 20-27. 10. 1998.
- 35.) MONNET, F.P. Melatonin Modulates (3-H) Serotonin Release in Rat Hippocampus: Effects. Of Circadian Rhythm. *Journal of Neuroendocrinology*. 14. (3): 194-199. 2002.
- 36.) MORKEN, G.; LILLENG, S.; LINAKER, O., M.: Seasonal Variation in Suicides and in Admission to Hospital for Mania and Depression. *Journal of Affective Disorders*. 19 (1-3): 39-45. 2002.
- 37.) NINAN PT. VAN KAMMEN DP.; SCHEININ M.; ET AL.: CSF 5-hydroxyindolacetic acid levels in suicidal schizophrenic patients. *Am J Psychiatry*. 141: 566-569. 1984.
- 38.) NINAN ROY A P., MAZONSON ET AL: CSF monoamine metabolites in chronic schizophrenic patients who attempt suicide. *Psychol med*. 15: 335-340. 1985.
- 39.) OREN D, A. M.D. WISNER C., L. M.D. SPINE M., M.D: An open trial of morning light therapy for treatment of depression. *Am J Psychiatry*. Vol. 159 (4): 666-669. 2002.
- 40.) PANDEY G. N. PH.D., DWIVEDI Y., PH. D., RIZAVI, H. S. M. S. ET. AL: Higher Expresión of Serotonin 5HT2 A Receptors in the Postmortem Brains of Teenage Suicide Victims. *Am. J. Psychiatry*. 159 (3): 419-428. 2002.
- 41.) PADNEY G, PADNEY S, DAVIVODI Y.; ET AL: Platelet serotonin -2 receptor binding sites in depression and suicide. *Biol Psychiatry*. 28: 215-222. 1990.

- 42.) PADNEY GN, PADNEY SC, JANICAK PG, ET AL: Platelet serotonin receptors: a potential biological marker for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 152: 850-855. 1995.
- 43.) PARKER G F, MACHIN D: Seasonality of Suicide in Singapore: Data from the Ecuador. *Psychological Medicine*. 31 (3): 549-553. 2001.
- 44.) POSTERNAK M. A: Lack of Association Between Seasonality and Psychopathology in Psychiatric Outpatients. *Psychiatry Research*. 12. (3): 187-194. 2002.
- 45.) PRETI A.; MIOTTO P: Influence of Method on Seasonal Distribution of Attempted suicides in Italy. *Neuropsychobiology*. 41 (2): 62-72. 2000.
- 46.) PRETI A.; MIOTTO P: Seasonality in Suicides: The Influence of Suicide Method, Gender, and Age on Suicide Distribution in Italy. *Psychiatry Research*. 16. (81): 219-231. 1998.
- 47.) RASANEN P, HAKKO H.; JOKELAINEN J: Seasonal Variation in Specific Methods of Suicide: A National Register Study of 20 234 Finnish People. *Journal of Affective Disorders*. 71 (1-3): 51-59. 2002.
- 48.) ROSENTHAL, NE; SACK, D.A; GILLIN, J.C.; ET AL. Seasonal affective disorder : A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*. 41, 72-80.
- 49.) SOLOFF PAUL. H. PH. D, LYNCH KEVIN G. PH. D, KELLY THOMAS M. PH. D; ET. AL: Characteristics of Suicide Attempts of Patients With Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study. *Am. J. Psychiatry*. 157 (4): 601-608. 2000.
- 50.) TAYLOR M., A: *The fundamentals of clinical neuropsychiatry*. Oxford University Press. 175-49. 1998.
- 51.) TERAO T, SOEDA S, YOSHIMURA R: Effect of Latitude on Suicide Rates in Japan. *Lancet*. 360. (7): 1892. 2002.
- 52.) TRASKMAN L.; ASBERG M.; BERTILSON L.; ET A.: Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. *Arc. Gen. Psychiatry*. 38: 631-636. 1981.

- 53.) VAN H. C., A.J , BEERSMA D G. M: Seasonal Changes in 24 h. Patterns of Suicide Rates: A Study on Train Suicides in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*. 66. (2-3): 215-223. 2001.
- 54.) WEHR T A. M. D, DUNCAN X. C. JPD: A Circadian Signal of Clinic of Season in Patients With Seasonal Affective Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 58. (12): 1108-1114. 2001.
- 55.) YIP P S, CHAO A. CH: Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. *Br J Psychiatry*. 177 (10): 366-369. 2000.
- 56.) YIP P. S.F, YAM C. H.K, CHAU. P.H: A Re-visit on Seasonal Variations in Suicides in the Hong Kong Special Administrative Region (HKSAR). *Acta Psiquiatr Scand*. 103: 315-316. 2001.