

2077

RECIBO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA Y SALUD MENTAL

" VALORACION DEL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES INTER-
NADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO
ALVAREZ "

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
PRESENTA:

ELFY MIRIAM JUSTINIANO QUINTANILLA

MEXICO, D.F.

1984

FALLA DE ORIGEN



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES Y REVISION HISTORICA	4
CAPITULO II	
GENERALIDADES	
1. DEFINICIONES	9
2. CLASIFICACIONES	14
CAPITULO III	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. SUICIDIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS	23
2. PREDICCION DEL SUICIDIO	32
CAPITULO IV	
MATERIAL Y METODOS	
1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION	41
2. INSTRUMENTO DE MEDICION	44
CAPITULO V	
RESULTADOS	
METODO ESTADISTICO	47
TABLAS Y GRAFICAS	52

	PAG.
CAPITULO VI	7
RESUMEN Y CONCLUSIONES	61
DISCUSION	68
BIBLIOGRAFIA	70

I N T R O D U C C I O N

El riesgo y el intento suicidas, constituyen urgencias psiquiátricas que se presentan frecuentemente en la --- práctica clínica del médico general y del psiquiatra en particular. Los investigadores que han escrito acerca del suicidio, señalan reiteradamente, que juzgar sobre la tendencia - al suicidio representa, entre las tareas con las que debe enfrentarse el médico, uno de los cometidos más difíciles y -- que más sentido de responsabilidad exigen. Estas dificulta--des y responsabilidad han sufrido en la actualidad un incre--mento a causa del desarrollo en los últimos años de la psi--cofarmacoterapia, y como consecuencia de la posibilidad de - tratar a los pacientes psiquiátricos en forma ambulatoria.

Por lo expuesto anteriormente, resulta de vital importancia, llegar a una apreciación objetiva del riesgo sui--cida, para decidir entre dos alternativas que se le plantean al psiquiatra: la hospitalización o el tratamiento ambulato--rio de los pacientes.

Las tasas de suicidio van en aumento en casi todos los países. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, cada día, aproximadamente, mil personas, mueren por suicidio en todo el mundo, causa que figura de modo general entre las diez más frecuentes de fallecimiento. A ello debe agregarse las tentativas de suicidio, difíciles de captar por los métodos estadísticos. La proporción entre suicidios y -- tentativas de suicidio es estimada por diversos expertos como de 1:3 a 1:10.

Varios estudios retrospectivos de personas que cometieron suicidios en la población general, demuestran am--- pliamente la presencia de factores sociales por una parte y de enfermedad psiquiátrica por otra. Así un estudio realizado por Robins (1), examinando una serie de 134 suicidios, - dterminó que el 95% de los suicidas estaban mentalmente per--- turbados cuando cometieron el acto autodestructivo.

Villanueva (2), en México, presentó en 1979 un estudio efectuado en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, durante un período de 8 años (1968-1975). Identificó 18 casos de suicidio con un promedio de dos a tres casos por año. En este estudio el suicidio ocupó el cuarto lugar entre las causas de fallecimiento durante el período de ocho años.

Por los antecedentes previamente señalados, se con

cluye que el riesgo suicida tiene importancia significativa en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

El presente estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico - "Fray Bernardino Alvarez", tomando como material a pacientes hospitalizados en el Tercer Piso.

La utilidad del presente estudio , se basa en la detección - objetiva del riesgo suicida en este grupo de pacientes. Identificando por otra parte, las diferencias significativas entre subgrupos distribuidos de acuerdo a edad, sexo y diagnóstico psiquiátrico; y como consecuencia, tomar medidas preventivas adicionales en los grupos que sean identificados con mayor riesgo suicida.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES Y REVISION HISTORICA

El suicidio es una forma de conducta probablemente tan vieja como el hombre mismo, el tema ha sido mencionado en la Literatura desde la Biblia, la Leyenda Antigua y la Poesía Epica.

Desde el punto de vista histórico, el suicidio ha sido considerado en todas las culturas y las actitudes hacia él han variado desde la condenación y el rechazo social, hasta la comprensión y aceptación humanas.

En el Siglo XVIII, el abate Desfontaines definió al suicidio como "muerte de sí mismo", ateniéndose a la etimología.

En 1847, Esquirol (3) dentro de las doctrinas psi

quiátricas clásicas propone que: "El hombre sólo atenta contra su vida dentro de un delirio, todos los suicidas están - alienados". En relación con lo anterior; Deshaes (3), en el mismo año comenta lo siguiente: "La afirmación de Esquirol - es muy categórica pero puede ser retomada y repetida". A partir de entonces los psiquiatras franceses han seguido este - camino, posición que más tarde fué ratificada por muchos psi- quiatras alemanes.

La primera contribución importante al estudio del problema del suicidio fué realizada a finales del pasado siglo, por el sociólogo francés Emile Durkheim (4). Desde su - punto de vista, el suicidio es algo mucho más social que psi- cológico. Analiza en sus estudios, la imposibilidad de hacer una clasificación según los tipos de suicidio para llegar a - establecer sus motivos, planteando más bien la situación in- versa, es decir, cuáles son las causas que lo condicionan. - De esta manera introduce la dimensión de los factores socia- les, argumentando que las influencias de la sociedad son --- principalmente responsables de los actos suicidas.

Las diversas teorías psicodinámicas dan aportacio- nes sobre las diferentes motivaciones psicológicas determi- nantes de las conductas autodestructivas. La primera de e--- llas fué postulada por Freud (5), cuando se refiere a la me- lancolía. En su trabajo de 1917, "Duelo y Melancolía", afir-

ma que el odio hacia el Yo que se observaba en la depresión procedía de una cólera hacia un objeto amado, cólera que la persona dirigía hacia ella misma. Esta teoría habla en parte de un acto de homicidio. Hacia 1920, Freud desarrolló sus ideas sobre el "eros y thanatos"; pues suponía que desde el comienzo de la vida existían en el hombre dos marcadas tendencias de signo contrapuesto: el instinto de vida y el instinto de muerte. El instinto de muerte podía ser tanto activo como pasivo, perteneciendo el suicidio al primero de ellos.

Por otra parte Delmas (3), hacia 1932, expuso sus teorías proponiendo que todos los suicidios eran patológicos, ligados a trastornos constitucionales orgánicos. Esta doctrina asume tres puntos básicos: 1) Todo suicidio consiste en -desequilibrios emocionales. 2) El suicidio es un síntoma y -no una enfermedad; síntoma ligado a las constituciones psicopáticas. 3) El suicidio está ligado a la "ansiedad orgánica", considerando este trastorno del humor como de origen biológico.

Stengel (3), en 1952, considera en la psicodinamia del suicidio, que las fuerzas que mueven al individuo hacia la autodestrucción, tienen mucho que ver con los impulsos agresivos. Y así como el suicidio consumado sería una autoagresión, el intento suicida nos hablaría en muchas ocasiones

de una acción agresiva contra los otros.

Para otros investigadores como Pöldinger (6), el desarrollo suicida es debido a tres factores fundamentales: psicopatológico, psicológico y social; llegando a estas conclusiones a través de sus estudios retrospectivos y estadísticos.

En la actualidad la noción de suicidio se orienta hacia una doble consideración: por una parte, al estudio de la situación-suicida y la conducta-suicida, y por otra parte al estudio multifactorial y multimotivacional de los posibles determinantes suicidales. De esta manera se considera al fenómeno bajo dos vertientes: individual y social; y dentro de esta última los factores culturales, ocupacionales, étnicos, económicos, etc.

En cuanto a la historia de la prevención del suicidio se distinguen tres etapas: La primera llega hasta el año 1956 y corresponde al período de la fundación de los principales organismos que empezaron a preocuparse activamente por este problema. La segunda establece ya una ordenada-sistematización tendente al estudio e investigación de las enfermedades depresivas, puesto que más de la mitad de los intentos de suicidio proceden de este campo. En esta etapa merecen destacarse los nombres de Ringel, Kielholz y Hole entre otros. En Estados Unidos nace hacia 1958, el primer Cen-

tro para la Prevención del Suicidio. La tercera etapa surge a partir de 1960 y coincide con el progreso de centros asistenciales y organizaciones dedicadas al tratamiento de esta problemática que desafortunadamente ha ido en incremento en todo el mundo.

CAPITULO II

GENERALIDADES

1. DEFINICIONES

La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: "sui", de sí mismo, y "caedere", matar. Es decir, significa etimológicamente, matarse a sí mismo. - Atentar contra la propia vida. En el Diccionario Ideológico de la Lengua Española (7) de Casares encontramos en el significado de "suicidio" lo siguiente: "acción y efecto de suicidarse", y de "suicida": "dícese del acto o de la conducta -- que daña o destruye al propio agente". Aquí ya hay mayor amplitud en el vocablo, ya que no se trata solo de quitarse -- violentamente la vida, sino de dañarse corporalmente. Esto -- tiene gran importancia al considerar las automutilaciones no como actos de verdadero suicidio, sino como actos de autoa-- agresión muy cercanos al terreno de lo suicidal. Si bien son

conductas que no buscan la muerte con evidencia, a menudo manipulan con ella.

Las expresiones "suicidio" e "intento de suicidio", son las más utilizadas en el campo de la psiquiatría y de la Medicina General. Se refieren al deseo de buscar la muerte, que en el rpimer caso se consigue y en el segundo no. Sinem-bargo en la realidad, es a veces muy difícil delimitar las - verdaderas intenciones de la persona que presenta estas con- ductas. Así, hay intentos de suicidio en los que la muerte - no se ha consumado por una verdadera casualidad, mientras -- que en otros intentos la muerte es como un espejismo, como - algo que no se buscaba propositivamente.

Encontramos muchas definiciones sobre el concepto- de suicidio. Prácticamente cada autor que aborda el tema tiene la suya. Todo lo que antecede es claro exponente de la dificultad que hay para sistematizar una definición.

- Durkheim (4), lo define de la siguiente manera: -- "Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado - por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado". Para el citado investigador la tentativa sería, ese mismo acto, pero interrumpido antes de que sobrevenga la muerte.

Durkheim distingue tres tipos de suicidio: el egoísta, el altruista y el anómico. El egoísta está producido por un debilitamiento en la relación entre el individuo y la sociedad. Hay un trastorno de la integración en la colectividad social, tendiendo el yo individual a sobrepasar al yo colectivo. Este tipo de suicidio depende, en cierto modo de los nexos de integración conseguidos por esa sociedad en concreto. Así, el citado autor afirma que entre los católicos y judíos hay pocos suicidios, ya que en ambos casos hay una fuerte integración que impide el que se presenten esas conductas .

Dentro de este primer grupo, la familia desempeña un papel de gran importancia, así en la medida en que exista una buena integración familiar; habría una fuerte cohesión que disipe esas posibles fisuras por donde penetre con fuerza la idea suicida.

En segundo lugar, Durkheim describe el "suicidio altruista". En él sucede que la organización social reduce la libertad personal, de tal modo que el sujeto se quita la vida pretendiendo de esta manera aliviar de su carga a la sociedad. En este segundo caso son los imperativos y las normas sociales los que exigen este sacrificio; es como una especie de deber, para que quede salvado el honor personal y de la estirpe. La palabra altruismo expresa muy concretamente

te el carácter opuesto a egoísmo. Es, en definitiva, un sentimiento de conducta que nos mueve a realizar el bien de los otros, aún a costa del propio. Dentro de este tipo general -- distingue a su vez otras formas: el suicidio "altruista obligatorio", en el cual las normas legales, éticas o religiosas obligan a tomar esta conducta; el suicidio "altruista facultativo", en el que estas normas estas normas no obligan, pero sí aconsejan o recomiendan; y por último, el suicidio -- "altruista agudo", que surge, como su nombre indica, de manera brusca, súbita, cuando se dan una serie de circunstancias en un sujeto que vive inmerso en una sociedad con menos integración que en los dos casos anteriores.

El tercer tipo de Durkheim es el "suicidio anómico--co". Denominando como "anomia" a todo aquello que significa un quebrantamiento de las leyes que impone la sociedad. En sentido literal significa faltar a la ley. En consecuencia, es suicidio anómico aquel que sucede como consecuencia de una ruptura de las normas impuestas por el grupo social.

A modo de resumen, citamos la definición de Rojas (3), intentando concretar más el concepto de suicidio: "Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte" ("suicidio consumado") o a una situación de gravedad mortal ("suicidio frustrado") bien de forma activa o pasiva. Es

tas conductas hay que diferenciarlas, en lo posible, de aquellas que no buscan la muerte ni de forma inmediata, ni mediata, sino que manipulan con la idea de la muerte propia, buscando a su través otros fines bien distintos (estimación, - consideración, reafirmación, fines catárticos, etc.). A este apartado pertenecen algunos intentos de suicidio".

En esta definición quedan, pues, delimitadas de entrada tres formas suicidas básicas diferentes:

1. Suicidio consumado.
2. Suicidio frustrado.
3. Intento de suicidio.

2. CLASIFICACIONES

Abordar y delimitar una clasificación de las conductas suicidas, presenta las mismas dificultades que surgen cuando se trata sobre el concepto. Aquí también se encuentran diferentes opiniones y enfoques de acuerdo al criterio de cada investigador. Analizaremos la clasificación de Rojas (3), que toma en cuenta varios puntos de vista, es decir; de acuerdo a su etiología, forma, técnica empleada, resultados, curso, número de personas que realizan el acto, estado de conciencia y actitud del sujeto.

2.1. SEGUN LA ETIOLOGIA

Distinguimos, dentro de este grupo, los siguientes tipos:

2.1.1. S u i c i d i o p s i c ó t i c o: Es aquel que sucede en el curso de una psicosis. Con gran diferencia es el más frecuente, sobre todo las que comprenden el grupo de las psicosis endógenas y, dentro de éstas, las enfermedades depresivas. Para muchos autores, los suicidios provienen en un 80% de estas últimas.

El suicidio en la esquizofrenia, sigue en frecuencia al depresivo. Dentro de las formas clínicas se atribuye-

el mayor porcentaje a las de tipo paranoide. Para muchos autores el suicidio del esquizofrénico se debe casi siempre a los contenidos alucinatorios o delirantes característicos de su enfermedad.

2.1.2. **S u i c i d i o n e u r ó t i c o s**: A este grupo pertenecen la mayoría de los intentos de suicidio y de los chantajes suicidas. Tienen una patoplastia muy rica y espectacular, aunque con escasa intencionalidad suicida. Tiene especial interés en estos enfermos el binomio angustia-ansiedad, en el momento del paso al acto. En estos casos la conducta suicida no está necesariamente encaminada hacia la muerte, sino que el sujeto se vale de ella para conseguir unos propósitos determinados. La muerte sirve aquí para sacar partido de una situación conflictiva insostenible.

2.1.3. **S u i c i d i o p s i c o d i s p l á s i c o**: Corresponde al que sucede en el marco de las personalidades psicópatas. En general el psicópata tiene una marcada disposición a la impulsividad y agresividad, incrementadas por su dificultad para adaptarse al mundo social, originando un rechazo en la relación con los demás. La mala manipulación de su agresividad, puede sufrir un cambio de dirección e introjectarse, causándose un daño a sí mismo.

2.1.4. **S u i c i d i o f i l o s ó f i c o**: El sujeto no padece aparentemente ninguna enfermedad psíquica grave. Se -

trata más bien de una personalidad extraña o extravagante, - que por un proceso reflexivo de introversión y de análisis - existencial, "descubre" la falta de sentido de su existencia o de la existencia humana en general.

2.2 SEGUN LA FORMA:

2.2.1. S u i c i d i o i m p u l s i v o : Es aquel que se lleva a cabo súbitamente, sin que existan previamente avisos del deseo de morir por parte del sujeto. Puede ocurrir par- ticularmente en ciertos cuadros esquizofrénicos. En los distímicos se presenta como un fenómeno de compulsión que lleva a realizar la conducta autodestructiva en forma rápida y vio- lenta.

2.2.2. S u i c i d i o o b s e s i v o : En estos casos la idea suicida se impone en la mente del sujeto con tal fuerza que no puede rechazarla. Con relación a este fenómeno se pre- sentan transiciones graduales que van desde la idea dominante de suicidio primero; la idea fija o parásita después y , por último; la idea obsesiva de suicidio.

2.2.3. S u i c i d i o r e f l e x i v o : Se encuentra en una definición opuesta al impulsivo. La idea de matarse pasa por la mente del enfermo en forma lenta. En estos casos el - acto suicida es preparado con detenimiento. Es característico de la depresión.

2.2.4. **S u i c i d i o h i s t r i ó n i c o**: Es aquel que se produce o se lleva a cabo con ciertas características teatrales; el presunto suicida hace una verdadera representación en donde lo que pretende es llamar la atención, conseguir la consideración de los demás, etc. Este tipo de conducta se -- presenta por lo general entre los pacientes histéricos y en los adolescentes.

2.3. SEGUN LA TECNICA:

2.3.1. **S u i c i d i o s d e t é c n i c a s u a v e**: Son más propios del sexo femenino, se utilizan medios como la ingestión de fármacos, venenos, sedantes, asfixia por gas.

2.3.2. **S u i c i d i o b r u t a l**: Aquellos en los que -- se utilizan métodos violentos y efectivos como con armas de fuego, ahorcamiento, arma blanca, precipitación desde alturas. Este tipo es más utilizado por los hombres que por las mujeres.

2.3.3. **S u i c i d i o s i n s ó l i t o s**: Son generalmente casos muy raros, aislados, como su nombre expresa se sa-- len de las técnicas habituales. Por ejemplo aquellos que se suicidan quemándose con gasolina. Se presenta en algunos ca-- sós de pacientes esquizofrénicos.

2.3.4. S u i c i d i o s e n m a s c a r a d o s : Son aquellos en los cuales la técnica en sí misma puede hacernos pensar en la posibilidad de un accidente y no de un suicidio auténtico. Es el caso por ejemplo, de los denominados "autocidios".

2.4. SEGUN LOS RESULTADOS:

2.4.1. S u i c i d i o c o n s u m a d o : Es el suicidio por antonomasia, aquel que termina con la vida, materializando el propósito de morir. Puede darse el caso de que se llegue a esta situación sin una verdadera voluntad de morir, pero el desconocimiento de la técnica, la precipitación del momento del acto y sus circunstancias periféricas pueden hacer que los medios utilizados se extremen.

2.4.2. S u i c i d i o f r u s t r a d o : Es aquel acto autodestructivo que lleva claros propósitos suicidas, pero que por determinadas circunstancias no llega a consumarse. El error de técnica o la imprevista intervención de otras personas evitan el desenlace mortal; en este caso hay un evidente deseo de morir.

2.4.3 I n t e n t o d e s u i c i d i o : Dentro de éste se distinguen a su vez dos grupos: intentos suicidas propiamente dichos y gestos suicidas. Los del primer tipo corres--

ponden a aquellas personas cuya determinación autodestructiva no está clara, asomando otros contenidos intencionales, con el consiguiente posible peligro de muerte. En el segundo grupo están aquellos suicidios aparentes, que consisten en expresiones y actitudes suicidas no encaminadas a la consecución de la muerte, sino a una explotación consciente del entorno para sacar un provecho personal.

2.4.4. **E q u i v a l e n t e s u i c i d a :** En este grupo se consideran las automutilaciones, el fingimiento de enfermedades graves, la tendencia a ser intervenido quirúrgicamente en repetidas ocasiones, los accidentes laborales muy frecuentes, etc.

2.5. SEGUN EL CURSO EVOLUTIVO:

2.5.1. **S u i c i d i o ú n i c o :** Generalmente es el resultado de una técnica brutal que acaba con la vida en forma violenta. Se distingue del intento de suicidio único, que a veces tiene un sentido catártico, liberador. Una vez llevado a cabo, el sujeto cambia en forma positiva el rumbo de su vida y no repite nunca más el acto autodestructivo.

2.5.2. **I n t e n t o d e s u i c i d i o r e i n c i d e n t e :** Es aquel que se repite en varias oportunidades. Los motivos de las personas que presentan esta conducta son muy distintos. Un gran porcentaje de ellas tienen depresio--

nes endógenas, en cuyas fases de reagudización se presentan fuertes impulsos autolesivos. También muestran una marcada tendencia a la repetición en los cuadros histéricos y en las neurosis de carácter.

2.6. SEGUN EL NUMERO DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL ACTO:

2.6.1. S u i c i d i o i n d i v i d u a l : Es, con mucho el más frecuente. El enfermo toma la decisión por sí mismo, - previamente medita el acto, buscando las condiciones más óptimas para quitarse la vida.

2.6.2. S u i c i d i o d o b l e : Es infrecuente y suele llevar implicada una psicodinamia muy compleja, o en otros - casos corresponde a un cuadro delirante autorreferente sistematizado que afecta a dos personas emocionalmente implicadas

2.6.3. S u i c i d i o c o l e c t i v o : En este caso la participación es de más de dos personas. No supone siempre - la acetación de todas ellas de la intención de morir. Puede suceder tras la toma de conciencia de su situación real como insostenible, la cual consigue el enfermo hacerla extensiva a los demás miembros de su familia por ejemplo.

2.7. SEGUN LA PSICOPATOLOGIA DE LA CONCIENCIA:

2.7.1. S u i c i d i o c o n s c i e n t e : Es aquel ---

que se realiza sin la participación de ningún trastorno del estado de conciencia. Determinar esto puede ser difícil, sobre todo porque el paciente no acepta recordar los pormenores del acto, siendo su relato difuso, y poco concreto. Cuando el estado de conciencia es lúcido se trata por lo general de un suicidio filosófico, o pertenece a las personalidades psicopáticas o a desarrollos neuróticos.

2.7.2. Suicidio con embotamiento de conciencia: No suele ser muy frecuente. Puede ocurrir en el transcurso de una enfermedad orgánica cerebral que se mezcla con otros síntomas de naturaleza psíquica. Así la borrachera patológica puede seguir esta dinámica. Los tres grados del trastorno: obnubilación, somnolencia y sopor traducen la gradación de la profundidad del oscurecimiento de la conciencia, con un enlentecimiento de todas las funciones psíquicas.

2.7.3. Suicidio en estado crepuscular: Posiblemente es la forma más frecuente, tanto si se trata de una alteración orgánica como psicógena. Suele ser el resultado de un acto impulsivo, comparado con la dromomanía, piromanía y tendencias a agredir o autolesionarse. Se presenta de forma "automática", sin previo aviso. Por ejemplo se puede dar el caso de alguien que en este estado se arroja desde una ventana. No es raro encontrar en los intentos suicidas de este tipo, evidentes focos bitemporales en el EEG.

2.8. SEGUN LA ACTITUD DEL SUJETO ANTE SU VIDA:

2.8.1. **S u i c i d i o a c t i v o** : Es aquel en el cual el sujeto tiene un comportamiento de actuación práctica y concreta encaminado a su autodestrucción. Puede ser de naturaleza - psicótica o psicorreactiva.

2.8.2. **S u i c i d i o p a s i v o** : En él no hay una dirección taxativa de buscar la muerte, pero, por el contrario, la persona permanece indiferente e inmóvil ante las amenazas y - riesgos de muerte. Sin oposición, son sujetos que se van abandonado. El desinterés por vivir, las conductas de riesgo, el alcoholismo y toxicomanías y el autocidio dan muestras de ello.

C A P I T U L O I I I

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A

1. SUICIDIO EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

La mayor parte de los estudios al respecto, resaltan el hecho de que los individuos que cometen suicidios tuvieron en su pasado un trastorno psiquiátrico preexistente. Es más difícil encontrar estudios que reporten en números o proporciones los suicidios en pacientes psiquiátricos internos o externos.

Stengel y Cook (8), reportaron que las tasas de suicidio entre la población residente de los hospitales mentales en Inglaterra y Gales ha permanecido cerca de 50 por 100.000 por año, durante el período de 1920 a 1947; esta cifra tiene un valor de 3 a 5 veces más que la tasa de suicidio para la población general de los citados países.

En otro estudio, James y Levin (9), verificaron los registros de suicidio en Australia Oeste, confrontando con los registros de admisión del hospital psiquiátrico. Identificaron un total de 75 pacientes que habían cometido suicidio después de su egreso hospitalario. Ellos estimaron que la incidencia anual en sus pacientes era 5.3 veces más que la cifra esperada para la población la población general. Esta cifra varía de acuerdo al sexo; siendo en los hombres de 4.4 veces más, mientras que en las mujeres es de 8.9 veces más que la cifra esperada.

Pokorny (10), en los Estados Unidos de Norteamérica reportó una tasa de 250 por 100.000 , por año, para pacientes psiquiátricos internados, y para internos y expacientes-juntos, una tasa de 132 por 100.000 y por año.

Por otra parte, Temoche y colaboradores, efectuaron un estudio para estimar las tasas de mortalidad por suicidio entre las personas con antecedentes de hospitalización psiquiátrica actual o pasada, comparando con otro grupo de personas sin esta historia. Encontraron que , entre los pacientes actualmente hospitalizados en instituciones mentales, las tasas de suicidio eran de 1.6 a 2.4 más altas que entre las personas del segundo grupo. Los mismos investigadores de terminaron tasas de suicidio entre pacientes psiquiátricos que son de 10 a 18 veces más altas que entre la población general.

Pokorny (8), efectuó un estudio de 117 casos de -- suicidio cometidos por pacientes y expacientes de un hospi-- tal psiquiátrico para veteranos. Encontró una tasa de 165 - por 100.000 y por año para todas las categorías diagnósticas juntas. Esta cifra es fuertemente más alta que la tasa de la población general en los Estados Unidos de 10 por 100.000; y también es más elevada que la tasa calculada para los vetera-- nos de Texas que es de 22.7 por 100.000.

En 1979, Villanueva (2), presenta un estudio reali-- zado en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" - de la ciudad de México . Identificó 18 casos de suicidio en-- pacientes internados durante un período de 8 años (1968 ---- 1975). El promedio de suicidios fué de 2 a 3 por año. Con--- cluyé que el suicidio ocupó el cuarto lugar entre el total - de causas de fallecimiento en la mencionada unidad psiquiá-- trica. Por otra parte el 50 % de los suicidios ocurrió en -- los primeros cinco días de hospitalización.

Varios estudios realizados con personas de la po-- blación general que cometen suicidios, demuestran la presen-- cia de factores de enfermedad psiquiátrica por un lado y fac-- tores sociales por otro.

Robins y colaboradores (1), estudiaron una serie - consecutiva de 134 suicidas en St. Louis, en Estados Unidos,

hicieron entrevistas a sus familiares y otras personas que habían tenido contacto con el sujeto antes del suicidio. Como resultado encontraron que el 95% de ellos habían estado enfermos mentalmente cuando cometieron el suicidio. Concluyeron también que 60 de ellos (45%), sufrían trastorno afectivo y 31 (23%) de alcoholismo. La prevalencia de un trastorno físico notable fué de 51%.

Dopart y Ripley (12), estudiando 114 casos de suicidio en el área de Seattle, encontraron resultados parecidos. Barraclough y colaboradores (13), reportaron que 64 % de los suicidas padecían de un trastorno afectivo a tiempo de cometer el suicidio.

En cuanto a la incidencia del suicidio de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico; Farberow (14), reportó que los pacientes psiquiátricos que se suicidaron tenían significativamente más diagnósticos de esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva que un grupo control de pacientes psiquiátricos no suicidas.

Roy (15), encontró en un estudio controlado efectuado en 90 pacientes psiquiátricos suicidas que el 33.3 % de ellos sufrían de esquizofrenia crónica. El 65% de ellos estaban deprimidos en el momento del suicidio y el 44.4 % tenían diagnóstico primario de trastorno depresivo. El 8.8 % -

de ellos tenían dependencia de alcohol. Se encontraron porcentajes similares para los pacientes con abuso de drogas.

En otros estudios, Guze y Robins (16), reportan que el 15% de pacientes con trastorno afectivo primario fallecen por suicidio. Por otra parte Juel-Nielson (15), en una revisión que hicieron de varios estudios de países escandinavos, estimaron que uno de cada diez suicidios es cometido por personas que padecen de depresión; y que por otra parte, una de cada siete de las que sufren de depresión terminan con su vida.

Temoche y colaboradores (11), obtuvieron también tasas de suicidio diferenciales de acuerdo a categorías diagnósticas amplias, basadas en pacientes que en el pasado habían egresado de instituciones mentales de Massachusetts, durante el período comprendido entre 1949 a 1951. Las cifras son las siguientes para cada grupo de diagnóstico:

Alcoholismo	125/100.000
Síndromes orgánicos	114/100.000
Esquizofrenia	121/100.000
Depresión	361/100.000
Psiconeurosis	184/100.000
Otras psicosis	145/100.000
Total pacientes	153/100.000
Población general	10/100.000

Pokorny (8), realizó otro estudio en un servicio de psiquiatría dependiente de un hospital general de la Administración de Veteranos de Estados Unidos, en el período comprendido de 1949 a 1963, encontrando un total de 117 casos de suicidio. De ellos 4 ocurrieron durante la hospitalización y los restantes después de ella. Obtuvo las siguientes tasas tomando en cuenta grupos de diagnóstico:

Depresivos	566/100.000/año
Esquizofrénicos	167/100.000/año
Neuróticos	119/100.000/año
Trastorno de personalidad	130/100.000/año
Alcoholismo	133/100.000/año
Orgánicos	78/100.000/año
TOTAL	165/100.000/año

En el estudio ya citado anteriormente, efectuado por Villanueva (2); entre los 18 pacientes suicidas internados en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", el 44.3% tenían diagnóstico de Esquizofrenia de diferentes tipos; el 27% con psicosis tóxica, el 16.6% con epilepsia, el 5% con depresión y el 5.5% con psicosis maniaco-depresiva en fase maníaca.

En conclusión, todos los estudios anteriormente citados, coinciden en sus resultados, destacando la alta inci-

dencia de suicidios entre los deprimidos, los esquizofrénicos y entre pacientes con alcoholismo y abuso de drogas.

Por último, mencionaremos algunos estudios realizados, con objeto de determinar los factores sociales relacionados con el suicidio en pacientes psiquiátricos. Estos factores, en general no difieren de los encontrados como significativos en la conducta suicida de la población general.

Así, se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos suicidas son por lo común: viudos o solteros (17,18), desempleados (19), y aquellos que viven solos (13).

Por otra parte, Dopart (20), encontró que 44 de un total de 88 suicidas (50%), provenían de hogares desorganizados y que el 22.6 % de los 88 suicidas tuvieron pérdidas parentales por muerte antes de los 18 años de edad. Con respecto a esto último, Ettlínger (21), demostró que la pérdida parental por separación antes de los 16 años daba como resultado en forma significativa, una mayor incidencia de suicidio consumado entre los parasuicidas. Zilboorg, (22) también postula que la muerte de uno de los padres en la infancia predispone a un suicidio posteriormente.

Roy (15), investigó en Canadá, a 90 pacientes suicidas, todos ellos con excepción de dos estaban en contacto --

psiquiátrico. Se tomaron en cuenta variables psiquiátricas y sociales. Estas últimas incluyeron: edad, estado civil, lugar de nacimiento, clase social, religión, pérdida parental por muerte, separación de los padres de por lo menos un año antes de los 17 años, si el paciente tenía o no hijos, educación médica, trastorno físico, si vivía solo o estaba desempleado en el momento del suicidio. Los resultados que obtuvo en forma resumida son los siguientes: 53 de los pacientes eran hombres y 37 mujeres. Los suicidas hombres eran significativamente más jóvenes que las mujeres. La edad media para el sexo masculino fué de 29.5 ± 9.4 años y para el femenino de 38.4 ± 12.7 . No encontró diferencias significativas en los grupos en cuanto a lugar de nacimiento, clase social, religión o trastorno físico. En cuanto a estado civil, el 84.5% de los suicidas eran solteros, mientras que vivían solos el 55.5%. Tomando en cuenta su situación laboral, el 66% estaban desempleados a tiempo del suicidio.

Copas (23), estudió un total de 39 suicidios en un hospital psiquiátrico, concluyendo que esta conducta es más frecuente en los hombres que en las mujeres. En cuanto a la edad, la incidencia para los hombres es más alta entre los 60 a 69 años, mientras que para las mujeres es entre los 40 a 49 años.

Villanueva (2), refiere una frecuencia más eleva--

da de suicidio en el sexo masculino (83.3%) entre pacientes-
psiquiátricos hospitalizados. Por otra parte más del 50% de-
ellos no rebasó la tercera década de la vida. Mientras que -
el 88.8% eran solteros.

2. PREDICCIÓN DEL SUICIDIO

En general, se reconoce que las personas que van a suicidarse, no revelan sus verdaderas intenciones antes de hacerlo cuando se utilizan preguntas directas. Este hecho ha conducido a la investigación y búsqueda de métodos de evaluación indirectos que ayuden a la predicción del suicidio de modo más específico, y de esta manera tomar las medidas preventivas necesarias en cada caso.

Según Murphy (24), la predicción del suicidio presenta dos grandes problemas: Uno de ellos es la dificultad en establecer una predicción precisa o exacta. Así si se llega a predecir un futuro suicidio con cierta certeza; el investigador se verá obligado a realizar todos los esfuerzos con objeto de evitar un final trágico, y el éxito de su objetivo negará los resultados de la predicción.

El segundo problema en la predicción del suicidio, es de mayor magnitud e importancia, y es de tipo estadístico. Al respecto Rosen (25), llama la atención acerca de algunas limitaciones en la predicción del suicidio, dado que se tra-

ta de un evento infrecuente. El postula que el suicidio tiene una frecuencia muy baja (1 a 2 / 10000 / año en los Estados Unidos); por lo tanto cualquier prueba psicológica de gran seguridad, identificará sin embargo, un gran número de falsos positivos invariablemente. Rosen propone seleccionar grupos de alto riesgo para solucionar en parte esta dificultad.

Son muchos los investigadores que han sumado sus esfuerzos con objeto de identificar los factores predictivos de suicidio. Entre ellos se han identificado determinados síntomas psicopatológicos, características psicodinámicas y determinantes sociológicos que se presentan de un modo acumulativo en los pacientes suicidas y que surgen, sobre todo formando determinadas combinaciones.

Inicialmente se ha intentado utilizar algunos tests psicológicos para averiguar la magnitud del riesgo de suicidio, sobre todo en base a pruebas proyectivas. Tuckman y Youngman (26), atribuyen cierto valor predictivo a los tests de Rorschach, TAT y Szondi, pero tanto la realización como la valoración de dichas pruebas exigen demasiado tiempo y experiencia y, por tanto, es difícil que sean utilizables de un modo amplio, por ejemplo, en la práctica médica general.

En un intento de sistematizar estos signos predic-

tivos de suicidio, Ringel (27) en 1953, estableció el llamado por él "síndrome presuicida" formulado bajo tres aspectos

1. Angostamiento y reducción del ámbito de la vida psíquica, aislamiento y estancamiento de las energías psíquicas.

2. Inhibición de la agresividad: las agresiones que no se pueden descargar contra los demás, se vuelven contra uno mismo.

3. Deseos de muerte y fantasías de autodestrucción.

Es bien reconocido por los investigadores acerca del suicidio, el hecho de que la depresión es uno de los factores predisponentes más importantes. En este sentido Beck, Ward, Mendelson y Erbaugh (28), publicaron en 1961, un cuestionario para medir la profundidad de la depresión, el mismo contiene 21 items, de los cuales algunos de ellos sirven para valorar la posibilidad de un suicidio entre los pacientes deprimidos.

Posteriormente Cohen (29) en 1966, desarrolla un instrumento clínico en base a variables demográficas y estadística su validez en el pronóstico de un futuro suicidio.

Para ello utilizó 22 factores incluidos en el "Golden Gate--Clinic Instrument", en base a información proporcionada por los mismos pacientes, sus familiares, amigos, expedientes y registros. Después de un estudio de seguimiento de 5 a 8 años, identificó que de los 22 factores, sólo 14 eran válidos como predictivos de suicidio, entre ellos:

Sexo	Hombres
Raza	Caucásica
Edad	Avanzada
Estado civil	Separados, divorciados y viudos
Lugar de residencia	El área de transición - que rodea al centro de las ciudades
Métodos de intentos de suicidio previos	Ingestión oral de subs- tancias tóxicas, arma - de fuego o lanzamiento- desde alturas
Estado de conciencia	Obnubilación, incoheren- cia e inconsciencia
Hospitalización psi- quiátrica previa	Aumenta con la frecuen- cia de internamientos
Intentos previos de sui- cidio	Mayor posibilidad de su- icidio
Salud física pobre	Enfermedades crónicas

Alcoholismo	Crónico
Abuso de drogas	Crónico
Delincuencia	Sobretudo en los jóvenes
Pérdida reciente	De un familiar significativo en los últimos 6 meses.

En 1967, Kielholz (6), estableció un esquema destinado a la valoración de la suicidalidad, que reproducimos en la siguiente lista:

I. Indicaciones de posibilidad de suicidio:

1. Suicidios en la familia o en el ambiente social próximo (efecto sugestivo).
2. Tentativas anteriores de suicidio, amenazas de suicidio directas o indirectas.
3. Manifestación de ideas concretas acerca del modo de realización y de actos preparatorios de un suicidio, o también "tranquilidad siniestra".
4. Sueños de autoaniquilación, de precipitación desde alturas o de catástrofe.

II. Circunstancias patológicas:

1. Comienzo o final de fases depresivas, estados mixtos.
2. Actitud angustiada-agitada, represiones de intensas cargas emocionales y agresivas.

3. Epocas biológicas críticas (pubertad, gravidez, puerperio, climaterio).
4. Insomnio persistente.
5. Enfermedades incurables o delirio de enfermedad.
6. Alcoholismo y toxicomanía.

III. Circunstancias del medio ambiente:

1. Ruptura de los vínculos familiares durante la infancia (broken home).
2. Pérdida o carencia primaria de contactos interhumanos (desengaño amoroso, aislamiento, rechazo).
3. Pérdida de empleo, ausencia de misiones que cumplir, preocupaciones financieras.
4. Ausencia de vinculación religiosa.

Tuckman y Youngman (26) han identificado 6 factores demográficos en los suicidas: edad de 45 años o más, sexo masculino, raza blanca, estado civil: separado, viudo o divorciado, soledad, desempleo y jubilación. Por otra parte tomaron en cuenta 4 factores personales históricos: salud física pobre, condición mental anormal, cuidado médico en los últimos seis meses e intentos o amenazas de suicidio previos. Todos ellos muestran estrecha asociación con el suicidio. Los mencionados autores sugieren que una persona que tenga estas 10 características podría tener unos cientos de veces-

más riesgo suicida que la población en general.

En 1969, Pöldinger (6) propone una lista de grupos de individuos especialmente amenazados por el suicidio:

1. Grupos de edad:

Pubertad

Juventud

Climaterio

Edad avanzada

2. Determinados grupos patológicos:

Depresiones

Toxicofilias

Alcoholismo

Desarrollos psíquicos anormales y neuróticos

Personalidades psicopáticas

Psicosis

3. Determinadas circunstancias vitales:

Aislamiento, desarraigo

Prisión

Estancia en hospital

Ingreso en asilo

Pérdidas materiales.

Otra revisión acerca de este tópico fué publicada en 1972, por Brown y Sheran (30). Ellos sintetizan informa--

ción acerca de signos predictivos basados en los siguientes aspectos: atributos personales, comportamiento y circunstancias ambientales. Concluyen que no es posible predecir el -- suicidio basándose en síntomas aislados, pruebas psicológicas, tests especiales, juicios clínicos o escalas especiales. Proponen poner mayor énfasis en el estudio de subgrupos y tener en cuenta la duración de la validez de los indicadores -- de riesgo.

Años más tarde, hacia 1974, el mismo Beck (31), utilizó la escala de "intento suicida", que consiste en una serie de preguntas con puntaje asignado, que refieren por un lado las circunstancias que rodean a la persona durante el acto suicida, y por otro, contiene el reporte del mismo paciente con respecto a su estado mental en el momento del mismo. -- La escala fué posteriormente modificada, por reducciones y cambios en los items correspondientes al reporte del propio paciente, añadiendo 2 items relacionados al riesgo médico de la conducta autodestructiva. Resultó la escala I S (Intent - Score). Pierce (31), en 1981 aplicó esta última a 500 casos de intento de suicidio con objeto de predecir futuros suicidios consumados, encontrando como resultado del estudio, que la escala tendió a ser más alta entre los pacientes que se suicidaron posteriormente, hecho que confirma la validez predictiva de la escala I S .

Borg y Stahl (32), realizaron un estudio prospectivo de suicidas y controles entre un grupo de 2184 pacientes psiquiátricos. Durante el período de observación, se suicidaron 34 pacientes. Llegaron a la conclusión de que existen -- signos evidentes de predicción del suicidio en estos pacientes, siendo los siguientes: depresión, abuso de drogas y alcohol, neurosis, intentos de suicidio previos, viudos y solteros.

Para concluir tomamos el comentario que hace Murphy (33), con respecto a la validez de los diferentes métodos que se conocen para predecir el suicidio. El citado investigador postula que el riesgo suicida no es constante en una misma persona en particular. El mismo aumenta, disminuye o desaparece y también puede surgir abruptamente. Al igual que otros sugiere tener muy en cuenta la duración de la validez de una escala predictiva de riesgo suicida en cada persona en particular.

C A P I T U L O I V

M A T E R I A L Y M E T O D O S

1. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

El presente estudio se realizó en el tercer piso - (Sección hombres y mujeres) del Hospital Psiquiátrico "Fray-Bernardino Alvarez" de la ciudad de México, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Se aplicó la escala de suicidalidad de Walter Pölinger (6), a todos los pacientes que ingresaron a la mencionada unidad, durante el período comprendido entre el 10 de mayo de 1984 al 31 de agosto del mismo año. El estudio se realizó con objeto de determinar el riesgo suicida en cada uno de ellos.

Se estudiaron en total 167 pacientes (n=167), de los cuales 90 eran hombres y 77 mujeres. Con una edad promedio de 31.55 ± 11.1 para los hombres, y de 32.42 ± 12.4 para las mujeres.

La escala fué aplicada por dos médicos residentes de la especialización en Psiquiatría de tercer año, previamente entrenados en el manejo de la misma.

El estudio se efectuó tomando como fuente de información dos recursos: el expediente clínico y dos entrevistas con cada uno de los sujetos en estudio, durante los primeros siete días de internamiento.

En el estudio se hizo una valoración del riesgo suicida mediante la escala de Pöldinger, con objeto de determinar cuantitativamente el riesgo suicida de cada uno de los sujetos; y establecer diferencias significativas en cuanto a grupos de edad, sexo y diagnóstico psiquiátrico. Los pacientes fueron distribuidos de acuerdo a las siguientes variables:

1. Edad en años

- 20

20 - 29

30 - 39

40 - 49

50 - 59

60 - 69

70 y +

2. Sexo

Masculino

Femenino

3. Diagnóstico psiquiátrico tomando en cuenta la clasificación del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" Third Edition (DSM-III) (34). Los diferentes diagnósticos fueron agrupados en las siguientes categorías:

Trastorno afectivo

Esquizofrenia

Alcoholismo

Abuso de drogas

Neurosis

Trastorno de personalidad

Síndrome cerebral orgánico

Otros

4. Riesgo suicida:

Bajo

Mediano

Elevado.

2. INSTRUMENTO DE MEDICION

DESCRIPCION Y MANEJO DE LA ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE POL--- DINGER (TABLA I).-

El citado autor toma en consideración 35 rasgos psicopatológicos, psicodinámicos y sociológicos comprobables de un modo acumulativo en los sujetos suicidas. Es la escala se toma en cuenta especialmente la correlación entre los diversos rasgos. Los números que corresponden a los distintos rasgos - están ordenados horizontalmente en la línea superior de la tabla. El número situado en la intersección entre línea y coluna constituye una medida de la frecuencia de la aparición simultánea de ambos rasgos en pacientes suicidales. Los números situados en la intersección de una línea y una columna significan lo siguiente:

0 = correlación nula , o escasa

1 = correlación patente

2 = correlación muy elevada

Estas cifras expresivas de la correlación entre los

diversos rasgos permiten utilizar dicha tabla como "lista de riesgo para la valoración de la suicidalidad".

Al utilizar la tabla, sólo es preciso marcar los - - rasgos que corresponden al sujeto en cuestión por medio de paréntesis (), el número correspondiente al rasgo. Los mismos números situados en la línea horizontal superior, se marcarán de igual forma. A continuación se señalan también los números situados en la intersección de las líneas y las columnas respectivas. Por último se sumarán los números relativos a correlaciones correspondientes a cada línea y se anotará la suma a la derecha, al final de la línea. Como operación final se sumarán los números así hallados y dicha suma constituye entonces una medida del riesgo suicida existente.

Los resultados obtenidos en números absolutos se interpretan de la siguiente manera:

Resultado superior a 100 puntos, significa un riesgo muy elevado de suicidio.

Los valores entre 50 y 100, corresponden a un riesgo más reducido, pero patente.

Con valores de menos de 50 puntos ha de considerarse como escaso el riesgo de suicidio.

TABLA I.-

NOMBRE EDAD SEXO	DIAG. PSICUIATRICO FECHA DE INGRESO																																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			
1 Hombre						0	0	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	0	0
2 Mujer						0	0	0	0	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	0	0
3 Mujeres de 45 años						0	0	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
4 Men de 45 años						0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0
5 Soltero										1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	0	0
6 Casado										1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0
7 Viudo										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	0
8 Divorciado, separado										1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
9 Ausencia de religión										2	2	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Dificultades familiares										2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
11 Prob. sexuales, congén., sexuales										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
12 Dificultades profesionales										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
13 Dificultades financieras										2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	0	0	0	0	
14 Enf. o delirio de enf., dolores orgánicos										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	2	1	1	0	2	1	1	2	2	0	1	1	1		
15 Crisis biológicas (pubertad, climaterio, premenopausa)										2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1		
16 Solicitud, amargura										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
17 Desahucio/ prisión										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1
18 Tentativas anteriores de suicidio										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
19 Amonestaciones de suicidio/ideas suicidas										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
20 Fantasías y sueños en torno a la muerte										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
21 Suicidios en el fam. ambiente inmediato										0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
22 Ansiedad										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23 Inhibición de agresiones										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24 Insania rebelde										1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
25 Abuso alcohólico										2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 Abuso de medicamentos										2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27 Depresión determ. por circunst. ambientales (psicógena)										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
28 Depresión no determ. por circunst. ambientales (endógena)										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29 Personalidad psicopática										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30 Desarrollo anómalo neurótico										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31 Alcohólico crónico										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32 Toxicomanía										1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33 Esquizofrenia										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34 Enfermedad cerebral orgánica										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35 Oligofrenia										1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
W.Feldinger	RIESGO SUICIDA																																					
	0- ninguna correlación + correlación escasa 1- correlación patente 2- correlación elevada.																																					
	TOTAL																																					

CAPITULO V

RESULTADOS

METODO ESTADISTICO

Se procedió a realizar una estadística con el fin de tabular, graficar, analizar e interpretar los datos obtenidos en la presente investigación. Los términos y fórmulas utilizados fueron los siguientes:

PROMEDIO. (35)

Es la cifra que se obtiene al dividir la suma total de los valores de las observaciones entre el número de las observaciones. En el presente estudio se obtuvieron promedios de las variables: edad y riesgo suicida.

DESVIACION ESTANDAR.

La desviación de un valor con respecto a su promedio es la diferencia entre el valor y el promedio. Se proce-

dió a determinar las desviaciones estándar de las dos variables citadas anteriormente con respecto a sus valores promedio.

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS.

Tabla construída sobre la base de datos individuales (edad, sexo, diagnóstico psiquiátrico y riesgo suicida), con objeto de mostrar las veces con que se presentan individuos con características definidas.

PRUEBA Z.

Prueba paramétrica que se utiliza para comparar -- dos grupos grandes (> 30), independientes, con una distribución muestral de acuerdo a la curva normal. En el presente estudio se utilizó la prueba Z con objeto de determinar diferencias significativas entre el riesgo suicida para hombres y para mujeres con un alfa = .05

ANALISIS DE VARIANZA (36).

Prueba estadística que se utiliza para comparar -- tres, cuatro, cinco o más muestras o grupos; y establecer acerca de si existe una diferencia significativa entre las medias muestrales que se comparan. Se aplicó el análisis de varianza para establecer diferencias significativas del riesgo

suicida entre grupos de edad y entre grupos de diagnóstico -
psiquiátrico con un nivel de confianza de .05

TABLAS:

TABLA II.-

NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS DE ACUERDO A RIESGO SUICIDA POR DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO Y SEXO

DIAGNOSTICO	RIESGO SUICIDA									
	BAJO			MEDIANO			ELEVADO			TOTAL
	H ⁺	M ⁺	T ⁺	H	M	T	H	M	T	
Trastorno afectivo	3	6	9	1	4	5	0	2	2	16
Esquizofrenia	28	18	46	3	0	3	3	0	3	52
Alcoholismo	10	3	13	5	0	5	0	0	0	18
Abuso de drogas	16	6	22	4	1	5	0	0	0	27
Neurosis	1	5	6	0	0	0	0	0	0	6
Trastorno personalidad	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2
Síndrome cerebral orgánico	14	26	40	1	0	1	0	0	0	41
Otros	2	3	5	0	0	0	0	0	0	5
TOTAL	74	67	141	14	7	21	3	2	5	167

+ H=hombres

M=mujeres

T=total

TABLA III.-

NUMERO DE PACIENTES CLASIFICADOS DE ACUERDO A RIESGO SUICIDA POR EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	R I E S G O S U I C I D A									
	BAJO			MEDIANO			ELEVADO			TOTAL
	H ⁺	M ⁺	T ⁺	H	M	T	H	M	T	
- 20	6	9	15	0	0	0	0	0	0	15
20 - 29	35	24	59	7	3	10	0	0	0	69
30 - 39	22	20	42	5	3	8	2	0	2	52
40 - 49	4	9	13	2	1	3	1	0	1	17
50 - 59	3	3	6	0	0	0	0	2	2	8
60 - 69	2	3	5	0	0	0	0	0	0	5
70 y más	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	73	68	141	14	7	21	3	2	5	167

+ H = hombres

M = mujeres

T = total

TABLA IV.

PROMEDIO Y DESVIACION ESTANDAR DEL RIESGO SUICIDA DE ACUERDO A SEXO

HOMBRES	$\bar{X} = 32.21$ S = 27.6
MUJERES	$\bar{X} = 27.04$ S = 24.8

TABLA V.

PROMEDIO Y DESVIACION ESTANDAR DEL RIESGO SUICIDA POR GRUPOS DE EDAD EN AÑOS

- 20 .	$\bar{X} = 19.67$ S = 11.3
20 - 29	$\bar{X} = 27.22$ S = 20.07
30 - 39	$\bar{X} = 32.31$ S = 27
40 - 49	$\bar{X} = 35.88$ S = 33
50 - 59	$\bar{X} = 38.8$ S = 44.5
60 - 69	$\bar{X} = 13.6$ S = 4.1
70 y más	1 sólo caso con valor de 5

TABLA VI.

PROMEDIO Y DESVIACION ESTANDAR DEL RIESGO SUICIDA POR GRUPOS
DE DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Trastorno afectivo	$\bar{X} = 48.31$ S = 41.9
Alcoholismo	$\bar{X} = 37.82$ S = 25.76
Abuso de drogas	$\bar{X} = 33.86$ S = 19.41
Neurosis	$\bar{X} = 31.67$ S = 13.09
Esquizofrenia	$\bar{X} = 27.21$ S = 27.47
Síndrome cerebral orgánico	$\bar{X} = 17.54$ S = 12.84

FIG. 1

Riesgo suicida según sexo

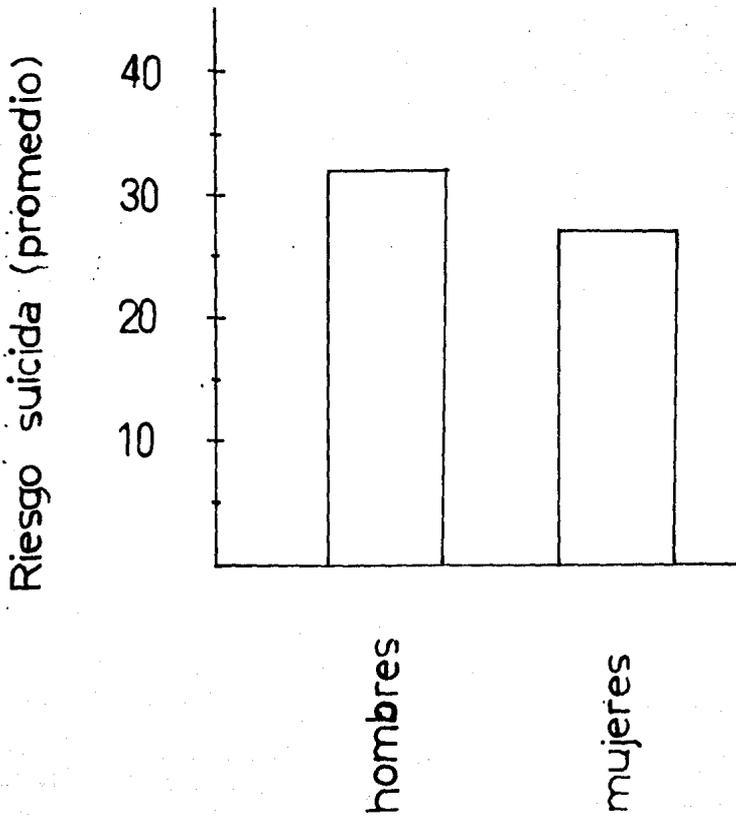


FIG. 2

Riesgo suicida según edad en ambos sexos

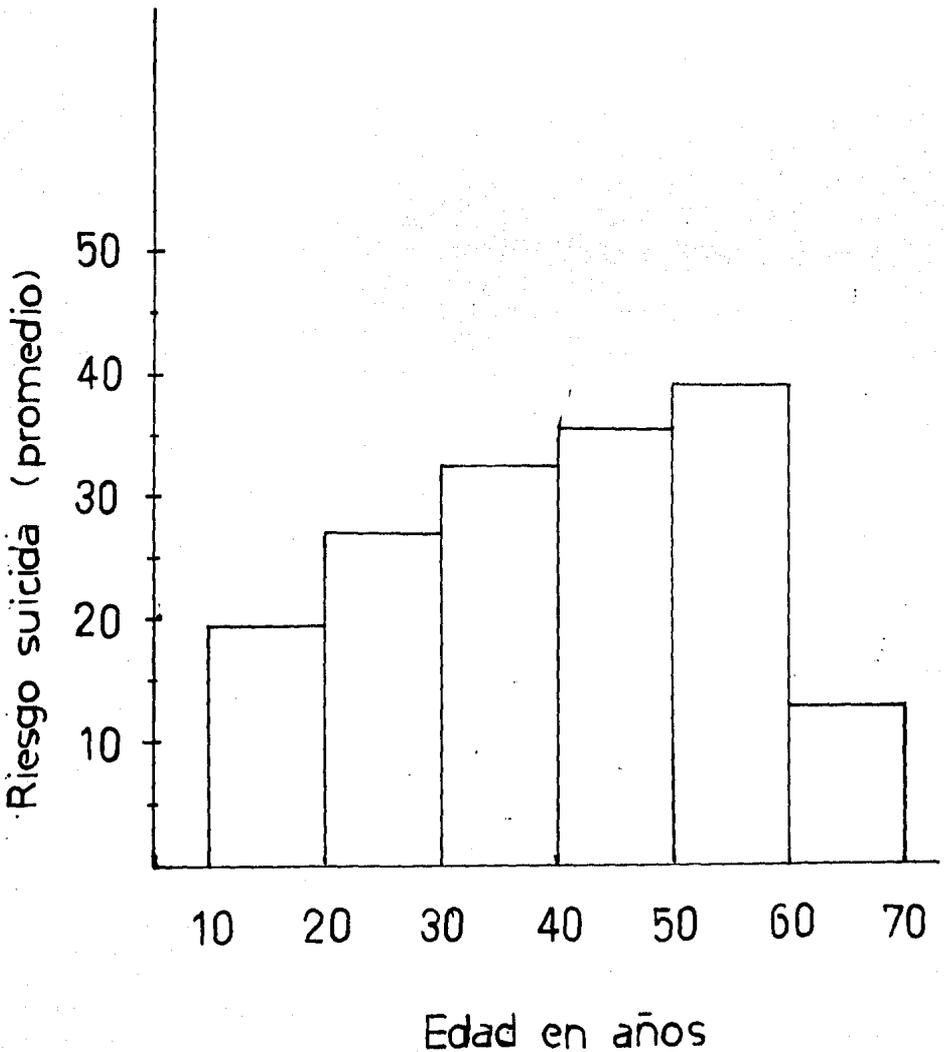


FIG. 3

Riesgo suicida según edad en hombres

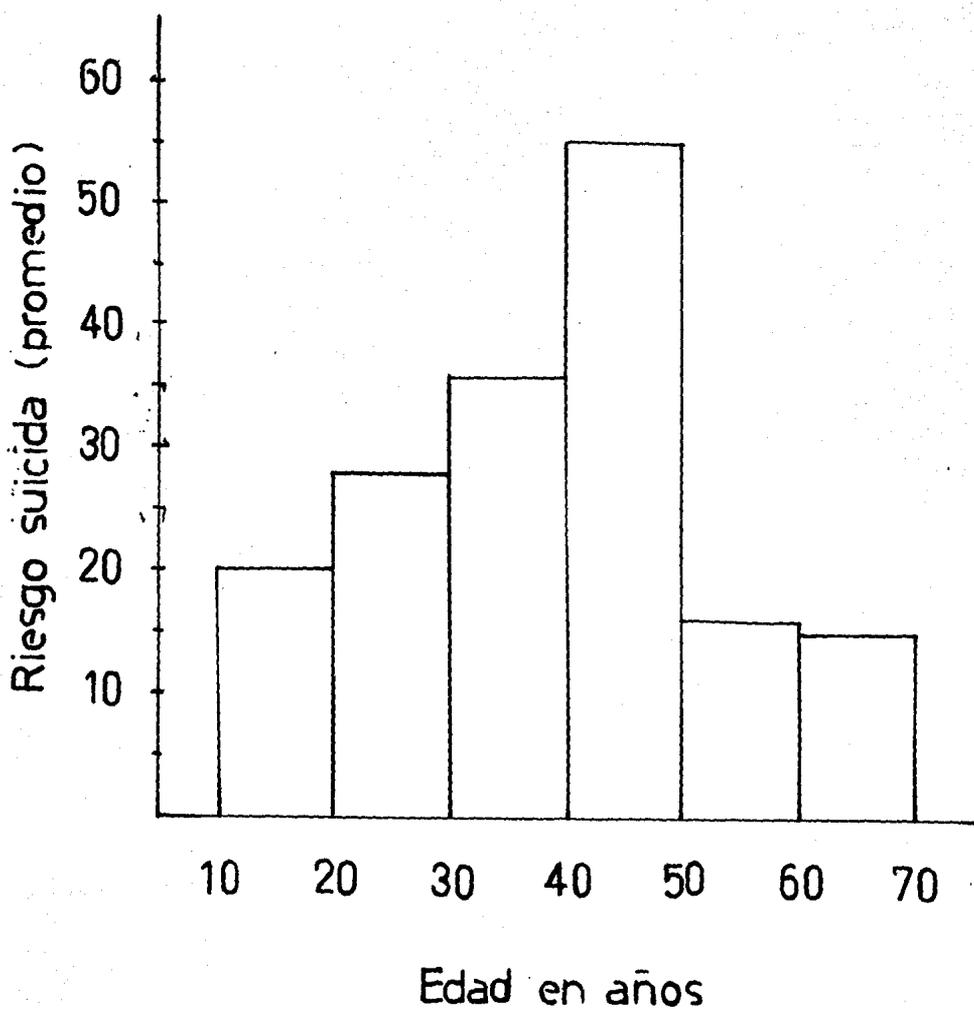


FIG. 4

Riesgo suicida según edad en mujeres

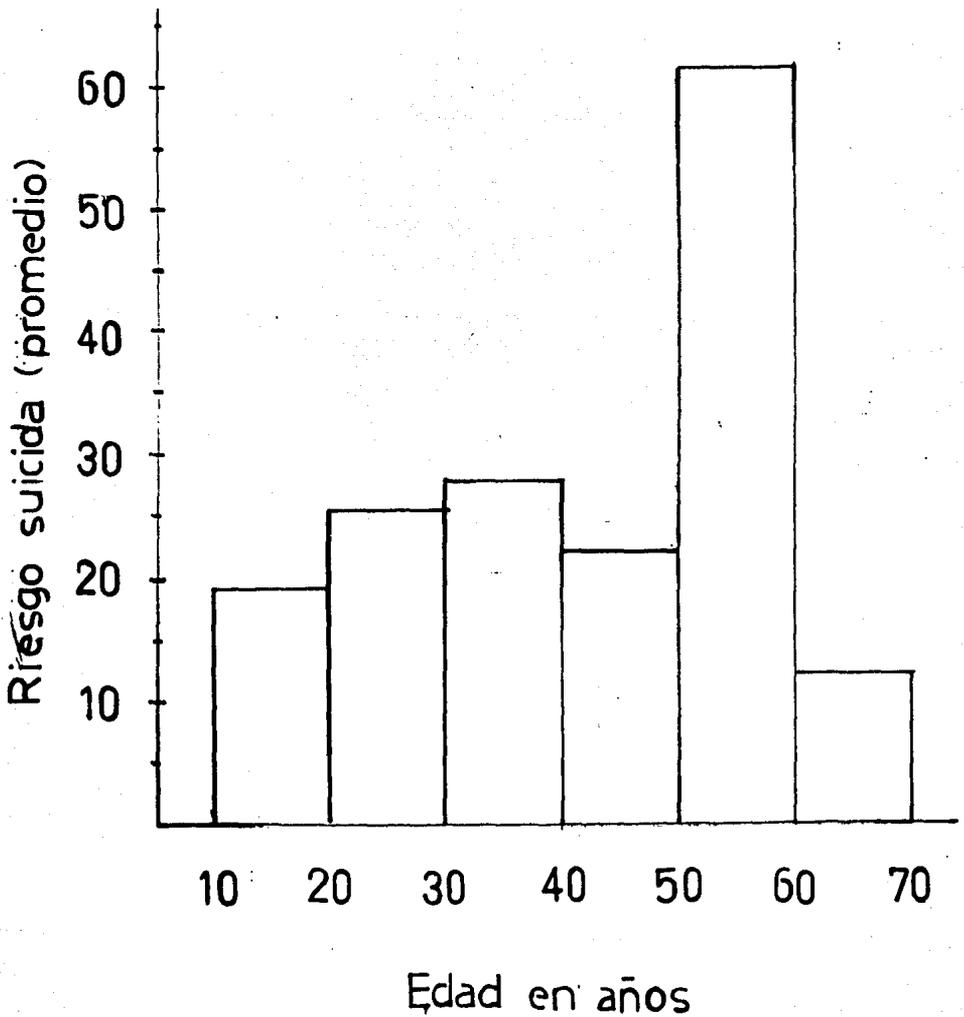


FIG. 5

Riesgo suicida según diagnóstico psiquiátrico en ambos sexos

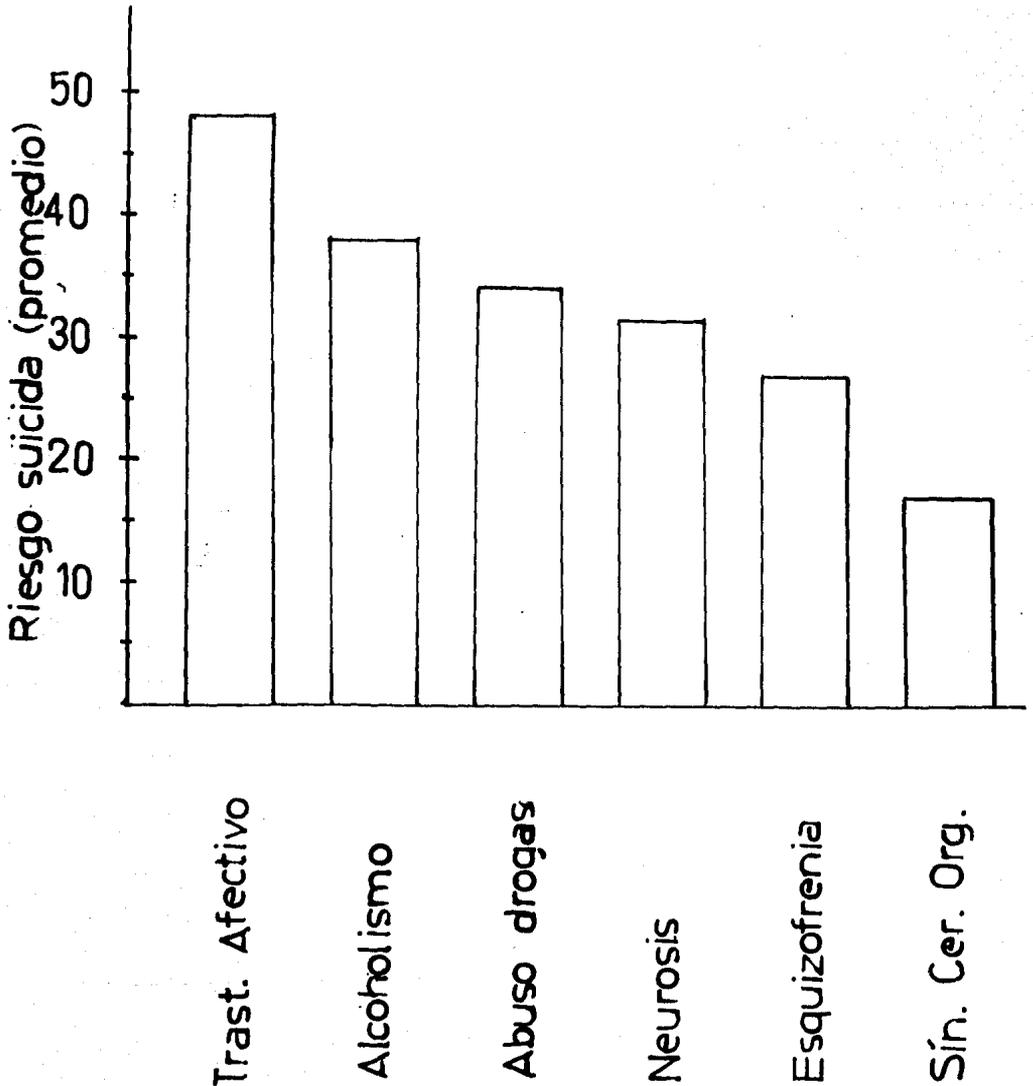


FIG. 6

Riesgo suicida según diagnóstico psiquiátrico en hombres

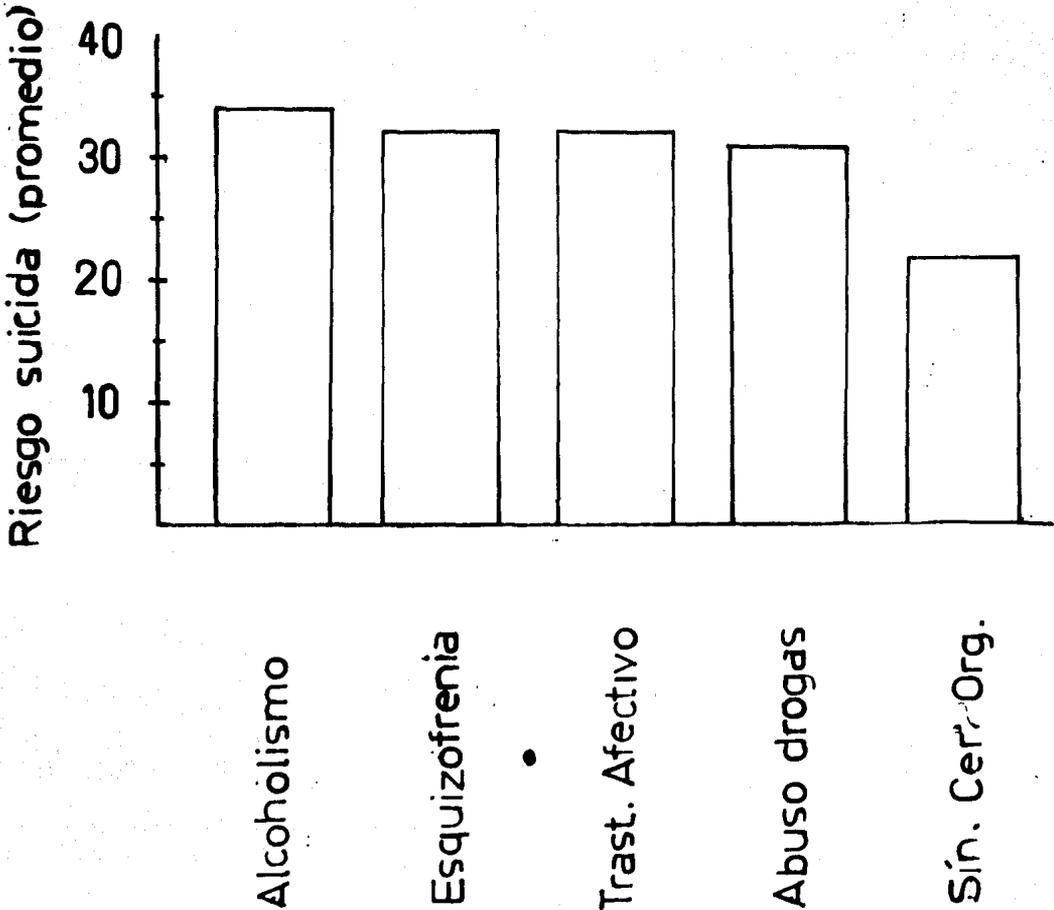
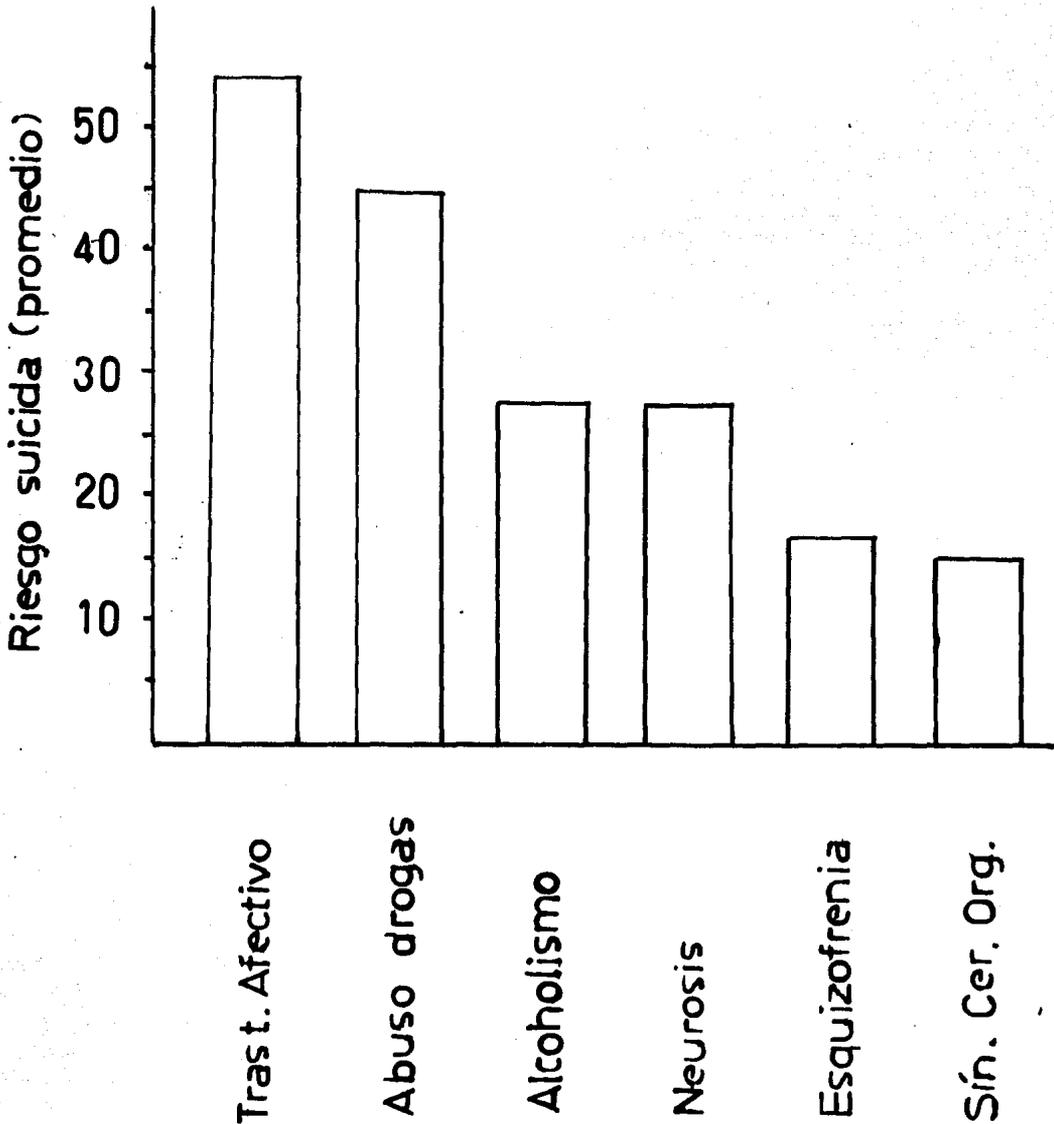


FIG. 7

Riesgo suicida según diagnóstico psiquiátrico en mujeres



CAPITULO VI

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó con objeto de valorar el riesgo suicida de un grupo de pacientes que ingresaron al hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la ciudad de México, dependiente de la Secretaría de Salud y Asistencia, durante el período comprendido entre el 10. de mayo de 1984 y el 31 de agosto del mismo año.

Se determinó el riesgo de suicidio en cada uno de los pacientes, durante su primera semana de estancia intrahospitalaria, utilizando la escala de Pöldinger.

Por otra parte, en la hipótesis de investigación se consideró que se encuentran diferencias significativas del riesgo suicida entre los pacientes distribuidos por grupos de acuerdo a sexo, edad y diagnóstico psiquiátrico.

En el mencionado período de tiempo (4 meses),-- ingresaron un total de 167 pacientes (n = 167), de los cua-

les 90 eran hombres y 77 mujeres. Con una edad promedio de 31.55 \pm 11.1 para el sexo masculino, y de 32.42 \pm 12.4 para el sexo femenino.

De los 167 pacientes estudiados en total, 141 (84.43%) tenían riesgo suicida bajo, 21 (12.57%) riesgo mediano y 5 (2.99%) riesgo elevado. (Ver Tablas II y III).

Por otra parte se observó que el promedio de los valores de riesgo suicida para los hombres fué de 32.21 \pm 27.6, mientras que en las mujeres fué de 27.04 \pm 24.8 (Tabla IV, Figura 1).

Estos datos dan un riesgo más elevado en el sexo masculino. Sin embargo, con objeto de establecer diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, se determinó mediante la prueba Z, y con alfa = 0.05, que no hay diferencia significativa entre el riesgo suicida en los hombres comparados con las mujeres, dado que:

$$Z < \text{valor crítico}$$

$$1.27 < 1.96$$

Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación en cuanto a la variable sexo se refiere.

Considerando ambos sexos distribuidos de acuerdo a grupos de edad (Tabla V, Figura 2), el promedio más elevado de riesgo suicida se encontró en la sexta década de la vida ($\bar{X} = 38.8$), siguiendo en orden decreciente la quinta década ($\bar{X} = 35.88$), la cuarta ($\bar{X} = 32.31$), la tercera década ($\bar{X} = 27.22$) y finalmente la séptima década de la vida con un promedio de ($\bar{X} = 13.6$).

Por otra parte, en el sexo masculino (Figura 3) el riesgo de suicidio es más elevado en la quinta década de la vida ($\bar{X} = 55$), disminuye en la cuarta década ($\bar{X} = 35.7$), y continúa descendiendo en la tercera ($\bar{X} = 28.19$) y segunda ($\bar{X} = 20.16$). En el estudio se observó también que el riesgo suicida descendió a partir de la sexta década ($\bar{X}=16$), y séptima finalmente ($\bar{X} = 15.1$).

En el grupo de las mujeres (Figura 4), el riesgo fué más elevado en la sexta década de la vida ($\bar{X} = 61$), siguiendo en orden decreciente: la cuarta década ($\bar{X} = 28.08$), la tercera ($\bar{X} = 25.70$), la quinta con ($\bar{X} = 22.5$), la segunda ($\bar{X} = 19.3$) y finalmente la séptima década ($\bar{X} = 12.66$).

Con objeto de establecer diferencias significativas del riesgo suicida entre los diferentes grupos de edad, se aplicó el análisis estadístico de varianza siendo:

F la razón obtenida = 4.67

F la razón de tabla = 2.37

Para rechazar la hipótesis nula al nivel de confianza de 0.05 con 4/156 grados de libertad, la razón calculada F debe ser al menos de 2.37. Debido a que obtuvimos una razón F de 4.67, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación. Específicamente concluimos que el riesgo suicida varía significativamente entre los diferentes grupos de edad.

Se estudió también el riesgo suicida de acuerdo a grupos de diagnóstico psiquiátrico en ambos sexos (Tabla VI, Figura 5); encontrándose el promedio más alto en los trastornos afectivos ($\bar{X} = 48.31$), y en orden decreciente: alcoholismo ($\bar{X} = 37.82$), abuso de drogas ($\bar{X} = 33.86$), neurosis ($\bar{X} = 31.67$), esquizofrenia ($\bar{X} = 27.21$) y síndrome cerebral orgánico ($\bar{X} = 17.54$). Por otra parte se eliminaron del estudio los pacientes de las categorías diagnósticas correspondientes a trastornos de personalidad y otros, por el escaso número de observaciones dentro de estos grupos.

De igual manera, se aplicó la prueba de análisis de varianza con objeto de establecer diferencias significativas del riesgo suicida entre los grupos de diagnóstico --

psiquiátrico. Como resultado de la prueba se obtuvieron los siguientes datos:

Razón F = 4.74

Razón F de la tabla = 2.37

Para rechazar la hipótesis nula con un nivel de confianza de 0.05 y 4/147 grados de libertad, la razón calculada F debe ser al menos de 2.37. Como la razón calculada F es de 4.74, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. Específicamente se concluye que el riesgo de -- suicidio varía significativamente entre los grupos de diagnóstico psiquiátrico.

Tomando en cuenta las diferencias del riesgo suicida de acuerdo a diagnóstico psiquiátrico y por sexo, estos fueron los resultados encontrados en el estudio:

En el sexo masculino (Figura 6), el riesgo más elevado correspondió al grupo de pacientes con diagnóstico de alcoholismo con valor promedio de ($\bar{X} = 34.06$), siguiendo casi con los mismos valores: esquizofrenia ($\bar{X} = 32.52$) y trastornos afectivos ($\bar{X} = 32.5$), posteriormente abuso de drogas ($\bar{X} = 31.55$) y finalmente Síndrome cerebral orgánico ($\bar{X} = 21.93$).

En el sexo femenino (Figura 7), se encontraron resultados diferentes, correspondiendo el promedio de riesgo suicida más elevado al grupo con diagnóstico de trastorno afectivo ($\bar{X} = 54.75$), siguiendo en orden decreciente: abuso de drogas ($\bar{X} = 45.28$), alcoholismo ($\bar{X} = 28.66$), neurosis ($\bar{X} = 28.4$) y -- por último esquizofrenia ($\bar{X} = 17,16$) y síndrome cerebral orgánico ($\bar{X} = 15$).

Con los resultados estadísticos obtenidos en el presente estudio , llegamos a las siguientes conclusiones:

1. Se estudiaron en total 167 pacientes psiquiátricos hospitalizados, de los cuales 141 (84.43%) presentaron -- riesgo suicida bajo, 21 (12.57%) riesgo mediano y 5 (2.99%) -- riesgo elevado.
2. No se encontró diferencias significativas del -- riesgo suicida entre el sexo masculino y femenino.
3. El riesgo de suicidio más elevado correspondió a la sexta década de la vida, tomando en cuenta ambos sexos. El sexo masculino presentó el riesgo de suicidio más elevado en la quinta década, mientras que en las mujeres correspondió a la sexta década.

4. La magnitud del riesgo de suicidio en los pacientes de ambos sexos fué decreciendo de acuerdo a los siguientes grupos de edad: sexta década, quinta, cuarta, tercera y séptima décadas.

5. En el sexo masculino el riesgo de suicidio más elevado se encontró en el grupo de alcoholismo, mientras que en el femenino correspondió a trastornos afectivos.

6. La magnitud del riesgo de suicidio de los pacientes de ambos sexos fué decreciendo de acuerdo a los siguientes grupos de diagnóstico psiquiátrico: trastornos afectivos, alcoholismo, abuso de drogas, neurosis, esquizofrenia y síndrome cerebral orgánico.

DISCUSION

Resulta un tanto difícil para el psiquiatra hacer una valoración precisa del riesgo suicida, tomando como base datos aislados como son la historia clínica, el examen mental o un interrogatorio directo del paciente.

Por lo tanto, es muy válido y útil disponer de un instrumento que nos permita una valoración más precisa que incluya todos los aspectos psicológicos, psicopatológicos, biológicos, biográficos y sociales que tienen participación de un modo multifactorial, como factores precipitantes y desencadenantes de todo acto de suicidio.

En el presente estudio se realizó valoración del riesgo suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados, puesto que por los antecedentes bibliográficos ya analizados anteriormente, es bien conocido el hecho de que ellos pertenecen al grupo más vulnerable a presentar conductas autodestructivas.

Por otra parte, con objeto de detectar los sub-

grupos con mayor tendencia al suicidio, se establecieron diferencias significativas en cuanto a las variables sexo, edad y diagnóstico psiquiátrico.

La importancia del presente estudio radica en la posibilidad de tomar medidas preventivas adicionales en los grupos que fueron identificados con mayor riesgo suicida; y de esta manera, disminuir la mortalidad por suicidio en los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

B I B L I O G R A F I A

1. ROBINS E, MURPHY G, WILKINSON RH: Some clinical observations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health, 49:888-889, 1959.
2. VILLANUEVA MA: Suicidio en pacientes internados en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Tesis. México, --- 1979.
3. ROJAS E: Estudios sobre el suicidio. Salvat Editores S.A.,- 1978.
4. DURKHEIM E: El suicidio. Dirección General de Publicaciones UNAM. México, 1974.
5. FREUD S: Obras completas. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1967.

6. POLDINGER W: La tendencia al suicidio. Editorial Javier -- Morata. Madrid, 1969.
7. CASARES J: Diccionario ideológico de la lengua española. - Editorial Gustavo Gili, Barcelona, 1954.
8. POKORNY A: Suicidé rates in various psychiatric disorders, J Ner Ment Dis, 139:499-505,1964.
9. JAMES I, LEVIN S: Suicide following dischrage from psy--- chiatric hospital. Arch Gen Psychiatry, 10:43-46, 1964.
10. POKORNY A: Characteristics of forty-four patients who subsequently committed suicide. Arch Gen Psychiatry, 2:314-- 326, 1960.
11. TEMOCHE A, PUCH T, MACKMAHON B: Suicidé rates among current and former mental institution patients. J Nerv Ment Dis, - 138:124-130, 1964.
12. DOPART T, RIPLEY H: A study of suicide in the Seattle area. Compr Psychiatry. 1:349-359, 1960.
13. BARRACLOUGH B, BUNCH J, NELSON B, et al: A Hundred cases - of suicide. Br J Psychiatry, 25:355-373, 1974.

14. FARBEROW N, SHNEIDMAN A, NEURINGER C: Case history and --- hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric -- hospital patients, J Nerv Ment Dis, 142: 32 - 44, 1966.
15. ROY A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. - Arch Gen Psychiatry, 39: 1089-1095, 1982.
16. GUZE S, ROBINS E: Suicide and primary affective disorders. Br J Psychiatry, 117:437-483, 1970.
17. FLOOD R, SEAGER C: A retrospective examination of psychiatric case records of patients who subsequently committed - suicide. Br J Psychiatry, 114: 739-747, 1968.
18. MYERS D, NEAL C: Suicide in psychiatric patients. Br J Psychiatry, 133: 38-44, 1978.
19. ROBINS A, BROOKE E, FREEMAN-BROWNE D: Some aspects of suicide in psychiatric patients in Southend. Br J Psychiatry, - 114: 739-747, 1968.
20. DORPAT T, JACKSON J, RIPLEY H: Broken homes and attempted - and completed suicide. Arch Gen Psychiatry, 12:23-29,1965.

21. ETTLINGER R: Suicides in a group of patients who had --- previously attempted suicide. Acta Psychiatr Scand, 40:--- 363-370, 1964.
22. ZILBOORG G, ADAMS K: Suicide amongst primitive and civilized races. Am J Psychiatry, 92: 1346-1369, 1936.
23. COPAS J, ASHLEY R: Suicide in psychiatric in-patients. Brit J Psychiatry, 141: 503-511, 1982.
24. MURPHY G: Clinical identification of suicidal risk. Arch - Gen Psychiatry, 27 : 356-359, 1972.
25. ROSEN A: Detection of suicidal patients: An example of some limitations in the prediction of infrequent events. J Consult Clin Psychol, 18: 397-403, 1954.
26. TUCKMAN J, YOUNGMAN W: A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. J Clin Psychology, 24: 17-19, 1968.
27. POLDINGER W: Compendio de Psicofarmacologia. Ediciones Roche. Basilea, 1975.

28. BECK AW, WARD C, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4: 53-63, 1961.
29. COHEN E, MOTTO J, SEIDEN R: An instrument for evaluating - suicide potential. Am J Psychiatry, 122: 886-887, 1966.
30. POKORNY A. Prediction of suicide in psychiatric patients. Arch Gen Psychiatry, 40:249-257, 1983.
31. PIERCE D: The predictive validation of a suicide intent - scale. Brit J Psychiatry, 139:391-396, 1981.
32. BORG S, STAHL M: Prediction of suicide: Acta Psychiat Scand, 65: 221-232, 1982.
33. MURPHY G: On suicide prediction and prevention. Arch Gen-- Psychiatry, 40: 343-344, 1983.
34. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.(Third Edition). Washington, 1980.
35. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO: Curso de estadística aplicada para estudiantes de la especializacion en -- Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. - México, 1983.

36. LEVIN J: Fundamentos de Estadística en la Investigación--
Social. Editorial Harla. México, 1979.