

11241



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

20  
25

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
ISSSTE

INCIDENCIA DE PACIENTES CON INTENTO SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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



ISSSTE

PSICOLOGIA MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA Y SERVICIO HOSPITAL U.N.A.M.

MEXICO, D. F.

1991

V. b. *[Signature]*

*[Signature]*



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.

## CONTENIDO

	<u>Página</u>
INTRODUCCION .....	1
EPIDEMIOLOGIA .....	3
ETIOLOGIA .....	7
CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA .....	11
MATERIAL Y METODO .....	12
RESULTADOS .....	14
DISCUSION .....	25
CONCLUSIONES .....	27
BIBLIOGRAFIA .....	28
ANEXO .....	30

## INTRODUCCION

El intento suicida es definido por Power (1) como el deseo actual de morir.

Davis (2) define un intento suicida como un acto no fa--tal en el cual un individuo deliberadamente se causa daño o -ingiere una sustancia en exceso.

Balon (3) define al suicidio como un acto letal único, o más ampliamente como un patrón de comportamiento, tal como --abuso de drogas, que da como resultado la muerte.

Thomas (3) define al suicidio, como un acto de matarse a uno mismo intencionalmente y esto ha sido un fenómeno de inquietud a través de la historia de la raza humana.

Calderón (4) define al suicidio como un acto deliberado de autoagresión con la intención de que cause la muerte.

Farberow y Shneidman (5) mencionan que la sociedad humana, desde hace muchos milenios, ha tomado diversas posiciones en relación al tema del suicidio, especialmente en lo que se refiere a la responsabilidad de la sociedad hacia el comportamiento suicida. Hoy, en todo el mundo, las actitudes hacia el suicidio van desde la condenación completa hasta la ceptación e incorporación a las costumbres de la vida comunal, pasando por grados más o menos acentuados de desaprobación. De la misma manera que existen diferencias entre las sociedades, las hay en las actitudes hacia el suicidio dentro de una misma sociedad, de una época a otra.

La historia de las actitudes hacia el suicidio es muy interésante y proporciona al sociólogo, al antropólogo y al profesional en salud mental, antecedentes muy útiles para poder visualizar el fenómeno del suicidio hoy en día.

Sin embargo, a pesar de la variedad, no hay duda de que la actitud predominante de la sociedad divilizada hacia el --suicidio es, hoy en día, de condenación.

El suicidio es una muestra de desprecio por la humanidad. Es descortés.

Este acto, el más individualista de todos, perturba profundamente a la sociedad. Al ver a un hombre que aparentemente desprecia las cosas que los otros aprecian, la sociedad se ve obligada a dudar de todo lo que ha pensado que es deseable. El suicida tira por la borda todo lo bueno que tiene su vida. La sociedad se siente turbada, y la reacción natural es condenar el suicidio. Así, refuerza de nuevo sus propios valores.

Como decía Menninger: "A la persona normal, el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderse concebir. Diríase que casi hay un tabú que impide discutir este tema en serio. Nunca se ha emprendido una extensa campaña en contra del suicidio, como se hacen en contra de otras causas de muerte, quizá más difíciles de prevenir. No hay un interés público organizado en él... Sin embargo, en muchos casos podría haber sido evitado por alguno de nosotros".

Por lo tanto, el suicidio es uno de los fenómenos sociales que ha creado mayor interés entre los profesionales de la salud, no sólo por su alta incidencia a nivel mundial, sino por la pérdida innecesaria y prematura de muchas vidas, -- que dejan huella en los supervivientes alterando la salud mental de la comunidad. El intento suicida tiene importancia -- por su relación de evento antecedente que se encuentra presente en la mayoría de los suicidios consumados, y porque ayuda a entender el proceso que lleva a los sujetos tanto al intento de suicidio como al suicidio consumado. Además, proporciona un aporte fundamental en la conducta auto-destructiva en la que podrían identificarse factores precipitantes que desencadenan en un acto suicida consumado (6).

## EPIDEMIOLOGIA

Terroba (7) señala que el suicidio es uno de los fenómenos psicosociales que en las últimas décadas ha generado bastante interés en los profesionales de la salud pública. De acuerdo a los reportes de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que cada día se cometen por lo menos 1000 suicidios, siendo así como en países desarrollados de Europa y América, el suicidio está considerado entre una de las cuatro causas principales de defunción. De manera que los índices de mortalidad por suicidios reportados entre 1968 y 1970 en países europeos oscilan, entre 1.8 por 100,000 habitantes en Irlanda, hasta un 24.5 por 100,000 habitantes en Checoslovaquia. Asimismo determina que el índice de suicidios en jóvenes y adolescentes de entre los 15 y los 24 años alcanzan cifras importantes en Hungría reportándose 28.9 suicidios por 100,000 habitantes, siguiéndole Finlandia con 22.1 suicidios por 100,000 habitantes.

Hendin (8) señala que en Estados Unidos en el periodo comprendido de 1955 a 1980 las muertes en jóvenes de 15 a 25 años, se elevaron, por suicidio encontrando que en las mujeres se presentó de un 2 a 4.3 por 100,000 habitantes y en hombres de 6.3 a 20.2 por 100,000 habitantes.

Simonds (9) señala que la incidencia de suicidios en la población de adolescentes y de adultos jóvenes entre las edades de 15 a 24 años, se incrementó a 13.1 por 100,000 habitantes en el año de 1986.

Rund (10), Atala (11) y Kolb (12) señalan que entre los adolescentes de los Estados Unidos el suicidio constituye la segunda causa más común de muerte.

Fawcett (13) señala que el suicidio se encuentra en el décimo lugar entre las principales causas de muerte entre los adultos de los Estados Unidos.

Saltijeral (14) señala que en México, a través de estu--

dios epidemiológicos, se conoce el problema del suicidio en décadas anteriores. En 1960 se publicaron datos que reportan un índice de 3.5 casos de suicidio al año: 1.8 consumados y 1.7 frustrados. En la década de 1954 a 1963 la tasa fue de 1.5 suicidios; 1.6 consumados y 0.9 frustrados.

En la década de 1971 a 1980 se observa que las tasas de suicidio y para-suicidio sin grandes fluctuaciones. Las cifras indican la presencia de actos autodestructivos en 1.9 -- por 100,000 habitantes en 1971, en 1972 baja a 1.6, en 1980 la incidencia fue de 1.5 por 100,000 habitantes.

A continuación se enlista la tasa de tendencia suicida-- en la República Mexicana en la década de 1971 a 1980.

Año	Población general	No. de casos	Coef. x 100,000 hab.
1971	52 884 102	983	1.9
1972	54 660 757	895	1.6
1973	56 481 146	933	1.7
1974	58 320 334	994	1.7
1985	60 153 386	992	1.6
1976	61 978 683	999	1.6
1977	63 812 849	1044	1.6
1978	65 658 312	1070	1.6
1979	67 517 498	1087	1.6
1980	69 392 835	1073	1.5

El promedio de actos autodestructivos que incluyen al -- suicidio consumado y frustrado es de 2 casos por 100,000 habitantes en la República Mexicana, de los cuales 1.5 de cada -- 100,000 habitantes lo consuma y sólo 0.1 lo intenta; es decir que de cada millón de habitantes 15 se suicidan y uno sólo lo intenta.

En cuanto a la tendencia suicida con el sexo, resaltan -- los índices bajos de intentos de suicidio en los hombres, en las mujeres se presentan las cifras más elevadas. En rela-- ción al suicidio consumado las mujeres presentan las cifras --

más bajas y los hombres tienen las cifras más elevadas.

La distribución por edad de las personas que llevan conductas suicidas muestra cifras sobresalientes tanto de intentos como de suicidio consumado en el grupo de adolescentes de 15 a 24 años y en los inicios de la edad adulta 25 a 34 años.

A continuación se enlista la distribución porcentual de suicidios consumados e intentos de suicidio según grupos de edad en la República Mexicana en la década de 1971 a 1980.

Edad	Casos	%	Consumados %	Intentos de suicidio %
Hasta de 14 años	284	2.8	2.2	0.6
15-24 años	3287	32.6	18.1	4.5
25-34 años	2376	23.6	21.0	2.6
35-49 años	1768	17.5	16.3	1.2
50 ó más años	1624	16.1	15.6	0.6
Se ignora	731	7.3	6.8	0.5
Total	10070	100.0	90.0	10.0

En cuanto al estado civil las estadísticas indican que las personas solteras recurren a las conductas autodestructivas con mayor frecuencia.

A continuación se enlista la distribución porcentual de suicidios consumados e intentos de suicidio según estado civil en la República Mexicana en la década de 1971 a 1980.

Estado civil	Suicidios consumados		Intentos de suicidio	
	Casos	%	Casos	%
Solteros	3803	41.9	480	48.4
Casados	3709	40.9	428	43.1
Viudos	319	3.6	13	1.3
Divorciados	110	1.2	3	0.3
Unión libre	716	7.9	47	4.7



En cuanto al mes de ocurrencia de suicidios consumados e intentos de suicidio durante los años de 1971 a 1975 en la República Mexicana se encontró:

Mes	Casos	%	Consumados	Intentos de suicidio
Enero	401	8.4	7.4	1.0
Febrero	374	7.8	6.6	1.2
Marzo	408	8.5	7.6	0.9
Abril	433	9.0	8.0	1.0
Mayo	427	8.9	7.5	1.4
Junio	394	8.2	7.0	1.2
Julio	449	9.4	8.2	1.2
Agosto	387	8.1	7.1	1.0
Septiembre	419	8.7	7.6	1.1
Octubre	389	8.1	7.2	0.9
Noviembre	364	7.6	6.7	0.9
Diciembre	352	7.3	6.1	1.2
Total	4797	100	87.0	13.0

En cuanto al día en que ocurre el suicidio, Farberow (5) menciona que no hay ninguna variación significativa por lo -- que respecta al día en que se cometen o intentan suicidios. - en contraste Maldonado (15) señala que el suicidio ocurre con mayor frecuencia el día Lunes.

## ETIOLOGIA

Heman (6) señala que el estudio de los factores asociados para entender el suicidio son múltiples y las explicaciones giran en torno a variables demográficas, psicosociales y factores de riesgo propios del acto suicida como lo son los intentos de suicidio.

Weissman (16) menciona que ha encontrado que los intentos suicidas se presentan aproximadamente 70 veces más que los suicidios consumados, este factor es primordial para determinar el riesgo suicida, ya que el riesgo va en aumento en la medida que la persona ha intentado un suicidio, la probabilidad de consumir un suicidio es mayor en la población que ya ha tenido algún intento previo que en la que nunca lo ha intentado.

Fawcet (13) señala que el estudio del suicidio gira en torno a variables sociales, biológicas, psicológicas, historia familiar y factores de riesgo.

A. Factores sociales. Durkheim ha descrito 3 tipos de suicidio vinculados con las relaciones sociales del paciente:

1. Los suicidios anónimos son los más frecuentes y tienen lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante.

2. Los suicidios altruistas son menos comunes y se cometen en beneficio de otras personas. El paciente puede concebir el suicidio como una forma de redimir el honor familiar o personal.

3. Los suicidios egofstas son aquellos en los cuales el paciente siente que nunca ha estado integrado en la sociedad y en consecuencia piensa que no pertenece a ella.

B. Factores biológicos. Se observó que los pacientes deprimidos con niveles reducidos de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo corren un mayor riesgo de suicidio.

dio. La presencia de niveles urinarios elevados de 17-hidrocorticoesteroides también ha sido asociada con un aumento de este riesgo.

C. Factores psicológicos. Algunas personas con rasgos psicológicos tienen más probabilidades de manifestar tendencias suicidas.

1. la impulsividad puede ser un factor clave en la conducta suicida. Una persona impulsiva puede sentir repentinamente que su sufrimiento puede ser terminado con el suicidio.

2. Dependencia. Las personas que dependen de otras para mantener su autoestima y que requieren una atención constante, siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención - son designadas como insatisfechas-dependientes. Estos rasgos de la personalidad combinados con depresión o con alcoholismo aumentan el riesgo de suicidio.

3. Expectativas irreales. Las personas que son excesivamente ambiciosas e irreales con respecto a sí mismas y a los otros con frecuencia sufren decepciones y si se deprimen aumenta el riesgo de suicidio.

D. Historia familiar. La susceptibilidad para el desarrollo de trastornos afectivos está determinada en parte, genéticamente. Los pacientes con una historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad bipolar corren un mayor riesgo de conducta suicida que los pacientes sin dicha historia.

#### Factores de riesgo

##### A. Factores de largo plazo.

1. Trastornos psiquiátricos. La mayoría de los suicidios (70-98%) son cometidos por personas que padecen un trastorno psiquiátrico mayor.

a) La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente asociado con el suicidio. Un 65% de las personas que cometen suicidio han sido diagnosticadas con alguna forma de depresión.

b) El alcoholismo también se asocia con un riesgo aumen-

tado de conducta suicida.

c) La esquizofrenia también se asocia con un mayor riesgo de suicidio, sobre todo cuando se acompaña de delirios o alucinaciones.

2. Estado clínico. Las siguientes condiciones clínicas se asocian con un mayor riesgo de suicidio:

- a) Dolor crónico y constante.
- b) Tumor de la cabeza del páncreas.

3. Intento de suicidio previo. Un 25 a 50% de los suicidios consumados son llevados a cabo por personas que han cometido un intento previo.

4. Factores demográficos.

a) Edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En las mujeres el índice de suicidios alcanza un valor máximo a los 50 años, en los hombres a los 75 años.

b) Sexo. Las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia 3 veces mayor que los hombres. Los hombres consuman el suicidio con una frecuencia 3 veces mayor que las mujeres.

c) Estado marital. Las personas solteras, divorciadas o viudas corren un mayor riesgo de suicidio.

d) Ocupación. Los sujetos sin empleo corren más riesgo de suicidio que los que poseen un empleo. Entre los sujetos que corren mayor riesgo se encuentran dentistas, médicos, abogados, músicos, y policías.

B. Factores agudos.

- 1. Disolución de una relación amorosa.
- 2. Intoxicación con alcohol o con drogas.
- 3. Comunicación del intento de suicidio a otras personas.

C. Triángulo letal de Schneiderman. Está compuesto por 3 factores predisponentes y un factor desencadenante del acto, éste puede ser la idea de que el dolor asociado con la situación actual puede ser anulado quitándose la vida. Los 3 factores predisponentes son los siguientes:

1. Odio contra sí mismo por culpa o pérdida de la autoestima.
2. Agitación extrema en el que el sujeto no piensa claramente.
3. Limitación de las posibilidades intelectuales.

### CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA

Balon (3) señala que la Clasificación Internacional de - las Enfermedades enlista al suicidio en su clasificación, pe ro el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-III R) no lo incluye.

Mann (17) señala que la conducta suicida puede ser subdi vidida en parasuicidio (o gesto suicida) y suicidio fallido- y da un perfil psicosocial de los pacientes.

### CLASIFICACION DE LA CONDUCTA SUICIDA

<u>Parasuicida</u>	<u>Suicidio fallido</u>
Joven	Adulto
Femenino	Masculino
Conflicto interpersonal	Conflicto intrapersonal
Impulsividad	Planeado
Lo comunica a los demás	No lo comunica
Baja letalidad	Alta letalidad
Intensidad de baja a moderada	Intensidad de moderada a alta
Alta posibilidad de rescate	Baja posibilidad de rescate
Alta hostilidad	Baja hostilidad
Gran psicopatología de carácter	Menos psicopatología de carácter

La presente investigación tiene como objetivo determinar la incidencia de intento suicida, los trastornos psiquiátri--cos más frecuentes que determinan el intento suicida, las va-riables demográficas (sexo, edad, estado civil, y escolari--dad), las causas desencadenantes y el día y el mes en que se-cometió el intento suicida.

## MATERIAL Y METODO

Se seleccionaron a 55 pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional 20 de Noviembre, con diagnóstico de intento suicida.

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

Los criterios de inclusión fueron: todos aquellos pacientes que ingresaron por intento suicida, y que todos fueran -- derechohabientes del ISSSTE.

En todos los casos se registró: la edad, el sexo, el estado civil, la escolaridad, la fecha del intento y los diagnósticos psiquiátricos según la edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (18), -- así como las causas desencadenantes.

Los criterios de exclusión fueron: aquellos pacientes -- que no cooperaran en el estudio y aquellos pacientes que hubiesen ingerido en forma accidental medicamentos o solventes.

Los criterios de eliminación fueron: aquellos pacientes -- que ingresaron por intento suicida sin ser derechohabientes -- del ISSSTE, y pacientes con diagnósticos erróneos de intento -- suicida.

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

La escala de depresión de Zung ofrece 20 proposiciones, -- cada una de ellas seguida de cuatro posibles respuestas. En la columna de las contestaciones, el paciente marca con una -- cruz la proposición que le parece más conveniente.

Una vez completada la escala se utiliza una plantilla de plástico irtransparente que permite valorar de inmediato la -- prueba. En las casillas de la plantilla vienen impresas la -- cuantificación de las respuestas y una serie de asteriscos -- que identifican las proposiciones invertidas.

Al margen de la escala, se anotan los valores numéricos atribuidos a cada contestación, representando el total la puntuación bruta del paciente.

Esta puntuación total puede expresarse en porcentaje. -- Una puntuación total de 40 representa el umbral superior de la normalidad; de 41 a 47, puede hablarse de depresión moderada; de 48 a 55, se trata ya de una depresión severa.

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

1. Utiliza un número par de columnas a fin de evitar las contestaciones de la casilla central, mediante las cuales el enfermo intenta identificarse con el término medio.

2. Redacta las proposiciones seguidas de un asterisco en términos positivos, aun cuando se refieren a sentimientos negativos.

Esta táctica tiene por objeto evitar que el interesado se oculte tras una tendencia media (19).



## RESULTADOS

De un total de 55 pacientes, la edad media fue de 39 -- años (rango 14-64).

La tabla 1 indica la muestra de pacientes, siendo un total de 55, de éstos 41 fueron mujeres (74.55%) y 14 hombres-- (25.45%).

La tabla 2 indica las edades comprendidas para ambos sexos, notando un predominio de intento suicida en el grupo de 30-34 años (20%).

La tabla 3 indica las edades comprendidas para hombres,-- encontrando al grupo de 40-44 años con la mayor incidencia -- (28.57%).

La tabla 4 indica las edades comprendidas para mujeres,-- encontrando al grupo de 30-34 años con la mayor incidencia -- (21.95%).

La tabla 5 indica el estado civil para ambos sexos, notando un predominio de intento suicida en el grupo de casados -- (32.72%).

La tabla 6 indica el nivel de escolaridad para ambos sexos, encontrando mayor frecuencia de intento suicida en aquellos pacientes que hicieron la primaria completa (27.27%).

La tabla 7 indica el mes en el que se cometió el intento suicida, notando un predominio en Septiembre (27.27%).

La tabla 8 indica el día de la semana en que se cometió el intento suicida, notando un predominio en el día domingo-- (28.18%).

La tabla 9 muestra la causa desencadenante del intento suicida, encontrando un predominio de los conflictos con la - pareja (45.45%).

La tabla 10 indica los diagnósticos psiquiátricos hallados en pacientes con intento suicida, notando un predominio -

de los trastornos afectivos (50.91%).

La tabla 11 indica el tipo de depresión más frecuentemente hallado, notando un predominio de la depresión moderada -- (60%).

TABLA 1. MUESTRA DE PACIENTES

	No.	%
HOMBRES	14	25,45
MUJERES	41	74,55
TOTAL	55	100,00

TABLA 2. EDADES COMPRENDIDAS

GRUPO	F	Fr	%
10-14	5	5	9,09
15-19	8	13	14,54
20-24	8	21	14,54
25-29	7	28	12,72
30-34	11	39	20,00
35-39	1	40	1,81
40-44	4	44	7,27
45-49	4	48	7,27
50-54	3	51	5,45
55-59	1	52	1,81
60-64	3	55	5,45

TABLA 3. EDADES COMPRENDIDAS EN HOMBRES

GRUPO	F	Fr	%
10-14	0	0	0,00
15-19	0	0	0,00
20-24	3	3	21,42
25-29	1	4	7,14
30-34	2	6	14,28
35-39	0	6	0,00
40-44	4	10	28,57
45-49	2	12	14,28
50-54	1	13	7,14
55-59	0	13	0,00
60-64	1	14	7,14

TABLA 4. EDADES COMPRENDIDAS EN MUJERES

GRUPO	F	Fr	%
10-14	5	5	12,19
15-19	8	13	19,51
20-24	5	18	12,19
25-29	6	24	14,63
30-34	9	33	21,95
35-39	1	34	2,43
40-44	0	34	0,00
45-49	2	36	4,87
50-54	2	38	4,87
55-59	1	39	2,43
60-64	2	41	4,87

TABLA 5. ESTADO CIVIL

	No.	%
SOLTERO	11	20,00
CASADO	18	32,72
UNION LIBRE	10	17,18
DIVORCIADO	7	12,72
SEPARADO	9	16,36

TABLA 6. ESCOLARIDAD

	No.	%
PRIMARIA INC.	12	21,81
PRIMARIA COM.	15	27,27
SECUNDARIA INC.	10	18,18
SECUNDARIA COM.	8	14,54
PREPARATORIA	6	10,91
PROFESIONAL	4	7,27

**TABLA 7. MES EN EL QUE SE COMETIO EL INTENTO SUICIDA**

	No.	%
MAYO	7	12,72
JUNIO	2	3,63
JULIO	14	15,45
AGOSTO	5	9,09
SEPTIEMBRE	15	27,27
OCTUBRE	6	10,91
NOVIEMBRE	6	10,91

**TABLA 8. DIA EN EL QUE SE COMETIO EL INTENTO SUICIDA**

	No.	%
DOMINGO	10	18,18
LUNES	8	14,54
MARTES	8	14,54
MIERCOLES	7	12,72
JUEVES	7	12,72
VIERNES	9	16,36
SABADO	6	10,91



TABLA 9. CAUSA DESENCADENANTE

	No.	%
CONFLICTO CON LA PAREJA	25	45,45
CONFLICTO FAMILIAR	12	21,81
PERDIDA DE UN SER QUERIDO	5	9,09
PROBLEMA ESCOLAR	7	12,71
PROBLEMA LABORAL	6	10,91

TABLA 10. DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO  
DSM-III-R

	No.	%
SINDROME ORG. CER.	8	14,54
Afectivo	2	3,63
Delirante	2	3,63
Alucinatorio	1	1,81
Mixto	2	3,63
Delirium	1	1,81
TRAST. ADAPTATIVO	19	34,54
Animo deprimido	13	23,63
Animo ansioso	6	10,91
TRAST. AFECTIVO	28	50,91
Distimia	20	36,37
Depresión mayor	8	14,55

TABLA 11. TIPO DE DEPRESION

	No.	%
Leve	14	25,45
Moderada	33	60,00
Severa	8	14,55

## DISCUSION

Este estudio presenta algunas semejanzas con otros hospitales generales a nivel mundial, así como algunas diferencias (8).

Al relacionar la tendencia suicida con el sexo, resaltan las cifras elevadas en las mujeres (74.55%) contra un (25.45%) en hombres, esto muestra una proporción de 3 a 1 a favor de la mujer, lo cual es acorde con otros informes (5,13,14).

En la distribución por edades para ambos sexos se encontró una diferencia, mostrando que el grupo de 30-34 años presentó la más alta incidencia de intento suicida, en comparación con otros informes que mencionan que el grupo con mayor incidencia se encuentra entre los 15-24 años (7,14,20).

Al analizar el intento suicida por separado, se encontró una incidencia mayor en el grupo de hombres de 40-44 años, lo cual es acorde con otros informes (5,14,20).

Por lo que respecta a las mujeres la incidencia mayor se encontró en el grupo de 30-34 años, lo cual es acorde con -- otros informes (5,21).

En lo que respecta al estado civil, se encontró semejanza con un reporte (5) en donde el grupo de casados fue el que intentó el suicidio más frecuentemente, pero también se halló una diferencia con otros informes, los cuales reportan que -- los solteros son los que cometen la mayor incidencia de intento suicida (7,14).

En cuanto a la escolaridad se encontró una diferencia, - este estudio mostró que los pacientes que concluyeron la primaria fueron los que tuvieron mayor tendencia suicida, en comparación con otro informe el cual reporta mayor tendencia suicida en pacientes con secundaria completa (7).

En cuanto al mes en el que se cometió el intento suicida, se encontró que los meses más cálidos Septiembre y Julio fue-

ron los meses más propicios para el intento, lo cual es acorde con otros informes (5,15).

En lo que respecta al día en que se cometió el intento-- se encontró una diferencia, el estudio señala que el día domingo es más propicio para cometer el intento, en comparación con otro informe el cual señala al lunes como el día más propicio (15).

En cuanto a la causa desencadenante del intento se encontró semejanza con un reporte (20) en donde los conflictos de pareja fueron los más frecuentes, pero también se halló una diferencia con otros reportes en donde señalan a los problemas familiares los que ocasionan la tendencia suicida (5,14).

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico se encontró que -- los trastornos afectivos son los que originan la mayor incidencia de intento suicida, lo cual es acorde con otros informes (7,12,13).

Por lo que respecta al tipo de depresión más frecuentemente hallado se encontró a la depresión moderada como la causante del mayor índice de intento suicida, lo cual es acorde con otros nformes (7,13).

**CONCLUSIONES**

1. La frecuencia de intentos suicidas fue de tres mujeres por cada hombre.
2. La frecuencia de intentos suicidas para ambos sexos, desciende conforme avanza la edad.
3. Más de la mitad de los casos no rebasó la tercera década de la vida.
4. Las personas casadas fueron las que presentaron mayor incidencia de intento suicida.
5. La mitad de los casos apenas contaba con la educación primaria.
6. El mes de septiembre fue el más elegido para cometer el intento suicida.
7. El día más propicio para cometer el intento suicida fue el domingo.
8. La principal causa que motivó el intento suicida fueron -- los conflictos de pareja.
9. La mitad de los casos presentaban trastornos afectivos -- cuando cometieron el intento suicida.

## BIBLIOGRAFIA

1. Power K, Cooke D.: Life stress, medical lethality and suicidal intent. Br J Psychiatry 1985; 147: 655-659.
2. Davis, A.: Short-term course of depression following attempted suicide: a preliminary report. Acta Psychiatry Scand-1990; 81: 345-351.
3. Balon, R.: Suicide: Can we predict it? Comprehensive Psychiatry 1987; 28: 236-241.
4. Calderón, J.: Suicidio en niños. Rev Mex Ped 1988; 51-56.
5. Farberow N, Shneidman E.: ¡Necesito ayuda! Ed. Pren Med - Mex 1969; p-3-4.
6. Heman, A.: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. Sal Publ de Méx 1984; 26: 39-49.
7. Terroba G.: El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. Sal Publ de Méx 1986; 28: 48-55.
8. Hendin, H.: Suicide: A review of new directions in research. Hosp Comm Psychiatry 1986; 37: 148-154.
9. Simonds J.: Young suicide attempters compared with a control group: psychological, affective, and attitudinal variables. Suic Life Threat Behav 1991; 21: 134-151.
10. Rund D, Hutzler J.: Psiquiatría en casos de urgencia. Ed. Limusa 1988. p. 77.
11. Atala K, Baxter R.: Suicidal adolescents. Postgrad Med -- 1989; 86: 225-230.
12. Kolb, L.: Psiquiatría clínica moderna. Ed. Pren Med. Mex 1985; p. 148.
13. Fawcett J.: El paciente suicida. En psiquiatría, diagnóstico y tratamiento de Flaherty J. Ed. Panamericana 1988; - p. 69-71.
14. Saltijeral M, Terroba G.: Epidemiología del suicidio y -- del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. - Sal Publ de Méx 1987; 29: 345-360.
15. Maldonado G, Kraus J.: Variation in suicide occurrence by- time of day, day of the week month, and lunar phase. Suic

- Life threat Behav 1991; 21: 174-187.
16. Weissman, M.: The epidemiology of suicide attempts 1960-1961. Arch Gen Psychiatry 1974; 30: 737-746.
  17. Mann, J.: Psychobiologic predictors of suicide. J Clin - Psychiatry 1987; 48: 39-43.
  18. Spitzer, R.: Manual Diagnóstico y Estadístico de los -- Trastornos Mentales DSM-III-R. Ed. Masson 1988.
  19. Zung, W.: The measurement of depression 1965. En Sherwin D.: Cafalgia de origen psicógeno. Trib Med de Méx 1982; 2: 13-17.
  20. Corlay, I.: Intentos de suicidio en el Hospital de Espe-- cialidades Centro Médico la Raza. Análisis de los casos - atendidos de 1986 a 1988. Rev Med IMSS 1990; 28: 269-273.
  21. Bergman B, Brismar B.: Suicide attempts by battered wives. Acta Psychiatry Scand 1991; 83: 380-384.



### PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG

Nombre completo:

Edad:           Sexo:

Fecha:

Nunca o muy rara- mente	Algu- nas - veces	Con -- basta <u>n</u> te fre- cuen- cia	Siempre o la ma- yor par- te del- tiempo
----------------------------------	-------------------------	---	--

1. Me siento abatido, estoy triste lo veo todo negro.
2. Por la mañana, me encuentro en mejor forma + .
3. Tengo crisis de llanto o me dan ganas de llorar.
4. Tengo trastornos del sueño durante la noche.
5. Como tanto como antes + .
6. Me gusta mirar, hablar o estar con hombres atractivos +.
7. He notado que estoy perdiendo peso.
8. Tengo problemas de estreñimiento.
9. Mi corazón late más de - prisa que de costumbre.
10. Me siento fatigado sin - motivo.
11. Mis ideas son tan claras como antes +.
12. Me resulta fácil hacer - las cosas a las que estoy acostumbrado +.

### PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG

Nombre completo:

Edad:            Sexo:

Fecha:

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

13. Estoy agitado y no puedo quedarme quieto.
14. Soy optimista con respecto al futuro + .
15. Estoy más irritable que de costumbre.
16. Encuentro que es fácil - tomar decisiones + .
17. Pienso que soy útil y -- que los demás me necesitan + .
18. Mi vida está bien colmada + .
19. Pienso que los demás se-  
quedarían muy a gusto si  
yo muriera.
20. Sigo disfrutando con las  
cosas como antes + .