

25  
24.

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

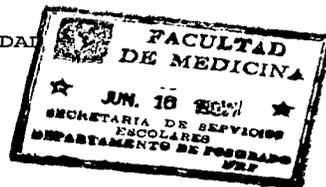
TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE

PSIQUIATRIA GENERAL

"RELACION ENTRE VIOLENCIA E IMPULSIVIDAD  
EN PACIENTES CON INTENTO SUICIDA"

Alumno:

DR. PEÑALOZA GARCIA LUIS IGNACIO



TUTORES:

DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

ASESOR TEORICO

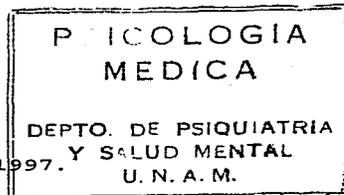
DR. RAFAEL SALIN PASCUAL

ASESOR METODOLOGICO

INSTITUCIONES PARTICIPANTES:

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
DIVISION DE INVESTIGACION CLINICA  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

Cd. UNIVERSITARIA, ENERO DE 1997.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Alfonso Diaz*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**INDICE**

INTRODUCCION . . . . . 1

DEFINICION . . . . . 2

CLASIFICACION . . . . . 3

HISTORIA . . . . . 4

SUICIDIO CONSUMADO . . . . . 10

    FACTORES DE RIESGO . . . . . 10

        PREVALENCIA; EDAD Y SEXO: . . . . . 10

            Factores sociales: . . . . . 12

                Factores *psiquiátricos* . . . . . 13

                    Trastornos afectivos . . . . . 13

                    Esquizofrenia . . . . . 14

                    Trastornos de personalidad . . . . . 14

                    Curso y tiempo de los trastornos . . . . . 15

                    Estresores y Diagnósticos: . . . . . 15

                    Conducta suicida previa . . . . . 15

                    Trastornos somáticos . . . . . 15

                        Factores biológicos . . . . . 16

                        Factores genéticos . . . . . 18

    INTENTO SUICIDA . . . . . 19

        Factores de riesgo . . . . . 19

        prevalencia . . . . . 20

        factores de riesgo . . . . . 20

            Conducta suicida previa . . . . . 20

            Factores de riesgo ambientales y estresores de la vida . . . . . 20

    VIOLENCIA . . . . . 22

        Concepto . . . . . 23

        FACTORES DE RIESGO . . . . . 23

            FACTORES DE SOCIALES . . . . . 24

            FACTORES PSIQUIATRICOS: . . . . . 25

            CONDICIONES MEDICAS GENERALES: . . . . . 26

            FACTORES BIOLOGICOS . . . . . 27

    TRANSTORNOS EN EL CONTROL DE LOS IMPULSOS . . . . . 30

        CONCEPTO: . . . . . 30

JUSTIFICACIONES . . . . . 32

HIPOTESIS . . . . . 33

OBJETIVOS . . . . . 34

MATERIAL Y METODOS . . . . . 35

    Análisis estadístico . . . . . 37

RESULTADOS . . . . . 38

DISCUSION . . . . .	41
CONCLUSIONES . . . . .	43
APENDICE A . . . . .	44
APENDICE B . . . . .	45
APENDICE C . . . . .	48
APENDICE D . . . . .	49
BIBLIOGRAFIA . . . . .	50

## INTRODUCCION

El suicidio rebasa las fronteras del tiempo, pues aparece en prácticamente todas las civilizaciones y épocas históricas, aunque genere, con frecuencia, sentimientos de rechazo y crítica. Algunas religiones lo prohíben en forma explícita, y su ejecución trae consigo, en varios países, acciones legales importantes; y aunque tradicionalmente se le ha considerado como una expresión de conflictos mentales subyacentes y de larga duración, como la depresión, muchas veces el suicidio no está relacionado con patologías mentales declaradas, y su latencia en estos casos, es más bien lenta (9).

Según Arango, Mann y cols (3) el suicidio ha sido considerado en forma tradicional como resultado de la desesperanza extrema e infelicidad, pero existen evidencias crecientes que indican que bien podría ser el resultado de múltiples factores que afectan a la persona que es biológicamente susceptible o que tiene riesgo para el suicidio; estos autores han explicado el suicidio como el resultado de diversos estresores internos y externos que se sobreponen con diferente importancia para cada uno. Tal modelo podría incluir componentes como la historia familiar, biológica, trastornos psiquiátricos, rasgos de personalidad y eventos psicosociales de la vida. El desencadenante para el suicidio podría ser también la pérdida del cónyuge, de un trabajo y/o estar al borde de un escándalo público (3, 5, 39, 54).

### DEFINICION

*Etimología:* La palabra suicidio es un vocablo compuesto procedente del latín, de las voces "sui" que significa "así mismo" y el verbo "cadere": "matar", por lo que se traduce como la muerte de sí mismo; el ultimarse deliberadamente (18).

Las doctrinas jurídica y sociológica, han seguido esa definición literal, proveniente de su composición etimológica: Así Emilio Durkheim lo define como "Toda muerte que resulta mediata o inmediata de un acto, positivo o negativo, o ejecutado por la propia víctima". Señala el sociólogo que el suicidio "es sin duda el acto desesperado de un hombre que ya no quiere vivir". El penalista mexicano Francisco Lope de Vega, escribe que "el suicidio es el acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida" (18).

Edwin Shnedeiman, por su parte, ha definido al suicidio como "el acto consciente de auto-aniquilación, mejor conocido como, un malestar multidimensional en un individuo con múltiples carencias que define un aspecto o problema para el cual este acto es percibido como la mejor solución (34).

**CLASIFICACION:**

Se han realizado múltiples esfuerzos por clasificar la conducta suicida, sus resultados empero han sido poco alentadores, pues se han obtenido clasificaciones que no son suficientemente comprendidas o que son segmentarias.

El comité de Phoenix (que estuvo formado por un equipo del Centro para los Estudios de la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental) (59) acordó que las conductas suicidas podían ser clasificadas en tres amplias categorías:

1) Suicidio consumado (SC): Que incluye todas las muertes que resultaran del cese autoinfringido, intencional como resultado de un acto que amenazó la vida (59).

2) Intento suicida (IS): Incluye cualquier acto que amenazó potencialmente la vida, pero que no resultó en la muerte, desafortunadamente esta categoría tiende a no ser específica debido a que podría incluir gestos suicidas (Intentos histriónicos y/o ambivalentes). El término IS es, así mismo, impreciso debido a que es imposible determinar el grado de intento o letalidad y/o circunstancias que lo atenuaron sobre las bases de un acto no completado (59).

Otras dos dimensiones fueron adicionadas para refinar estas categorías:

a) Certeza: Se refiere a la seguridad clínica expresada en porcentajes para determinar si un acto es o no suicida. Aunque éste proporciona impresiones clínicas subjetivas no puede ser usado oficialmente (59).

b) Letalidad: Es expresado en términos de calidad de mortífero con relación al acto suicida o el acto contemplado de acuerdo a los estándares médicos. Aunque un individuo no haya apreciado o no esté consciente de los riesgos de un acto -de lo mortífero de sus consecuencias- (59).

## HISTORIA

El suicidio ha estado presente en todas las civilizaciones: desde los pueblos más antiguos, de manera que, la primera nota suicida documentada se encuentra en un antiguo papiro (26). En cada pueblo, sin embargo, ha variado la forma de considerarlo en cada uno de éstos, dependiendo tanto de la ley como de las costumbres o tradiciones que ahí imperaban (59). Existen alrededor de 5 reportes en la biblia -solamente uno es mencionado en el Nuevo Testamento- y ha existido una considerable especulación acerca de la escases de reportes de suicidios en la biblia. Es probable que tales hechos hayan sido mencionados solamente cuando eran considerados importantes o que algunos suicidios hayan sido considerados como accidentes, quizás como muertes naturales; la poca frecuencia del suicidio entre los israelíes del período del Viejo Testamento ha sido atribuida principalmente al énfasis sobre la vida y a una actitud positiva hacia el mundo; el pensamiento bíblico es que el mundo fué creado por un dios omnipotente y que por tal motivo el mundo era bueno (59). De ese modo, los antiguos hebreos recuerdan suicidios en la biblia, todos ellos relacionados con actos de guerra, por citar un ejemplo, Saúl, Rey de Israel, guerrero sagaz, triunfador de muchas batallas ve declinar su estrella después de muchos años de reinado, después de la batalla de Gilboa, donde es vencido por los filisteos, pide a su escudero que lo mate, pues teme caer prisionero y ser escarnecido. El escudero teme; no se atreve tal vez por el infinito respeto que le inspira el rey y ante su negativa, Saúl tomó entonces su propia espada y se echó sobre ella. En el nuevo testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote. Los chinos, los hindúes, todos los pueblos orientales, Grecia y Roma contemplaron el suicidio como un acontecer natural; una situación ordinaria, que incluso sucedía frecuentemente (18). Pero quizá sean las culturas griegas y romanas las que nos proporcionan los ejemplos de suicidios famosos: En Grecia,

Temístocles, Demóstenes, Isócrates, Zenón el estoico, Carneades, Empedócles y la poetisa Safo; en la Roma republicana de los primeros tiempos fué raro el suicidio, pero las cosas cambiaron hacia los últimos años de la República y durante el imperio, citando los casos de Catón, Casio, Marco Antonio, Nerón, Séneca y Dioclesiano; el caso específico de Marco Antonio, general brillante y triunviro del imperio romano, hacia el año 31 a. c. en un enfrentamiento a mar abierto entre sus escuadras y las de Octavio y Lépido sufrió una grave derrota después de que Cleopatra le abandonó haciendo retirar sus barcos, que enfilaron rumbo a Egipto en el momento culminante de la victoria, provocando la caída de Marco Antonio quien se suicidó para evitar la afrenta de ser conducido prisionero a Roma o condenado a muerte por Octavio; por su parte, Cleopatra al enterarse de que éste pretendía pasearla por las calles de Roma, ante la muchedumbre que antes la vió desfilar triunfadora, cobijada por el César, siguió el ejemplo de Marco Antonio y se dió muerte, haciéndose picar por un áspid. Séneca, a quien Agripina le confió la educación de su hijo Nerón, en el año 49, tuvo una relación estrecha con los gobernantes de Roma, pues Nerón, al llegar al trono le hizo su ministro, pero el primero, fastidiado de intrigas, venganzas y complots, se retiró al campo, en donde se dedicó al estudio y a escribir las obras que le dieron honor en la filosofía y en la literatura en general; a pesar de lo cual, Nerón le creyó cómplice de la intriga urdida por Pisón para matarle y lo sentencia a muerte, sin embargo, Séneca, abrumado y ya hastiado de verse envuelto en escándalos e ingratitudes, se abrió las venas de los brazos, siguiéndole su esposa Pompea Paulina; como no moría, Séneca se abrió también las venas de las piernas y se tomó un veneno y para apurar su muerte se metió a un baño de vapor y se colocó junto a la estufa, en donde murió asfixiado; Paulina fué salvada por los soldados del emperador (Ensayo Tabasco). Hubo un descenso de suicidios durante la edad Media pero las tendencias suicidas brotan de nuevo en el Renacimiento (18). La literatura influye en la ola de suicidios que mucho tuvo que ver la obra de Goethe: Werther (18).

El doctor Vallejo-Nágera en su obra *Locos Egregios*, menciona la forma en que los desequilibrios psíquicos que sufrió Vincent Van Gogh, lo llevaron hasta causarse la muerte: "El 27 de julio de 1980 Vincent sale de la posada tras el almuerzo. Por las calles desiertas se cruza con un campesino que le oye decir 'es imposible, es imposible'. En el patio vacío de una granja se dispara un tiro al corazón, que es desviado por la costilla, se aloja en el tórax (...) Debió deambular varias horas herido, pues no regresa a la posada hasta el anochecer. Los Ravoux (posaderos de Arléx) le ven llegar líbido, sujetándose el costado, y que sin responder a sus preguntas sube a su habitación, le sigue Ravoux, a quien Vincent, encogido en la cama le muestra silenciosamente un horificio sangrante en el pecho (...) Se avisa al médico del pueblo y a Gachet. No pueden hacer nada. Le recomiendan reposo: Vincent, al parecer sin grandes dolores, permanece sentado en la cama, fumando. Así recibe a su hermano al día siguiente: 'No sufras, lo hice por que era lo mejor para todos' le dice, y al policía que acude a investigar 'es asunto mío'. Muere a los 37 años, en el amanecer del día 29... y de toda una era de la pintura" (18).

Hitler y Eva Braun, son ejemplo también de pactos suicidas, Vallejo-Nágera recrea esos momentos: "El 30 de abril de 1945. Hitler envenena a Wolf, su perro favorito. Entra con Eva Braun en la habitación donde ha decidido morir. Por encima de todo desea evitar caer en las manos de los rusos y sufrir un final degradante como el de Mussolini, que le obsesiona. No deben encontrar ni las cenizas. El veneno que la S. S. le preparó no le da seguridad absoluta. Sus manos de parkinsoniano tiemblan demasiado para usar él mismo la pistola, que está sobre la mesa, junto a un jarrón de rosas y las cápsulas de ácido prúsico. Ingiera éstas a las tres y media. El veneno hace su efecto, derriba la mesa por las contorsiones, que Eva corta disparándole un tiro en la sien. Ella ingiere también el veneno. El disparo alerta también a los ayudantes, que entran a recoger los cuerpos. Nadie se había ocupado de preparar un lugar adecuado para la pira

funeraria, que se improvisa en el suelo. Pero la porosidad de éste absorbe gran parte de la gasolina. La combustión es incompleta, y mientras caen granadas rusas en derredor, un puñado de hombres desolados ocultan apresuradamente los chamuscados restos malolientes bajo unos escombros. Allí los descubrirían los rusos, que, hecha la identificación por la dentadura, obtienen de la autopsia como único dato de relativo interés la póstuma humillación de confirmar la malformación congénita de su virilidad (la autopsia realizada por los rusos en mayo del 45 demostró que tenía una malformación congénita con ausencia total de testículo izquierdo)" (18).

Stefan Sweig. Escritor austriaco con gran reputación mundial por su fecundidad y destreza, nació en Viena en 1831; suicidóse juntamente con su esposa, en Petrópolis (Brasil) en 1942, dejando escrita una postrera obra titulada "Mi autobiografía" en que expone los móviles que le impulsaron a quitarse la vida (18).

En 1970, el mundo entero se estremeció con el suicidio de Yukio Mishima, por las circunstancias en que lo ejecutó: el 25 de noviembre el famoso escritor japonés ayudado por 4 jóvenes adoctrinados y fieles seguidores de sus ideas, secuestró al General en jefe de las fuerzas armadas de autodefensa japonesa en el propio despacho del militar y ante él realizaron "Seppuku", o sea la autoeliminación que en occidente llamamos Hara kiri, rodeado de un ritual trágico y solemne a la vez (18).

En la historia de México se pueden citar los siguientes ejemplos: En el código *Dresdensis* se habla de la más extraña deidad en el cementerio Maya, y probablemente la única en las religiones del mundo, con referencia a la diosa Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada por una figura femenina colgada del cuello y se dice que su oficio era el de ayudar a los suicidas a entrar al paraíso (26); a manera de ejemplo cítense también las dos referencias que siguen: el tercer emperador mexicana, *Chimalpococa*, se ahorcó dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tecpanecas; y, el cadete del Colegio

Militar que se tiró al vacío envuelto en su bandera para no entregarla al enemigo (29). Jesús García Corona, fué un humilde ferrocarrilero, es hoy conocido como el héroe de Nacozari por que al incendiarse un vagón cargado de dinamita en la estación del ferrocarril en el pueblo de Nacozari, sacó ese vagón del pueblo y lo llevó hasta una distancia en donde al explotar no causara perjuicios, ofrendando su vida para salvar la de los lugareños (18). El escritor y político Jaime Torres Bodet, víctima de larga y penosa enfermedad, puso fin a sus sufrimientos, disparándose; lo mismo hizo el político Juan Sabines (18).

En relación con el trato que se le ha venido dando a los suicidas, también éste ha sufrido cambios notables a través de la historia: entre los hebreos se incurría a la infamia y la sepultura sólo podía efectuarse de noche y sin pompa; también en Grecia hubo restricciones funerarias e infamia, así en Atenas era cortada la mano derecha del suicida y se enterraba a parte del cuerpo; en Tebas el cadáver era quemado; en Mileto se arrastraba al cadáver por las calles de la ciudad (18).

En Roma hubo indiferencia de hecho respecto al suicidio, sin embargo, el Digesto, contenía el siguiente principio: "quien sin motivo se causa violencia, debe ser castigado, pues si no se perdonó a sí mismo, mucho menos perdonará a otros". En el derecho canónico se privaba de sepultura al suicida. Mario Jiménez Huerta cita a Radruch-Gwinner para quienes la palabra suicidio recuerda que primitivamente fué un homicidio o sea, un crimen y menciona algunas de las penas existentes en la antigüedad: quemar el cadáver del suicida, instalar una horca sobre su sepultura, clavarlo en una estaca, ponerle una piedra sobre el rostro, sepultura nocturna o infamante (como era el entierro del asno); el suicida no podía ser sacado por la puerta de la casa en que había fallecido, sino que su cuerpo había que tirarlo por la ventana y llevado por el verdugo al pudridero, en la carreta de los animales sacrificados; en todas las legislaciones era general la confiscación de los bienes del suicida (18). Los mismos Radruch-Gwinner mencionan que Goethe en su obra Poesía y Verdad,

analiza las causas que llevan al suicidio a la juventud de su época: El dolor del mundo y el tedio de la vida, son los efectos de la falta de acción y la desalentadora perspectiva de tener que sufrir una vida sin vuelo y prosaica (18). También Francisco Lope de Vega refiere, que en el Código de Manú, imponía como forzoso el suicidio de aquella mujer de casta muy elevada que tenía relaciones eróticas con hombre de casta muy inferior (18).

El suicidio, como fenómeno, ha estado presente durante la toda la historia del hombre, no obstante, durante el curso de los últimos años, su incidencia ha ido creciendo en forma progresiva y por demás preocupante; a pesar de que ha sido objeto de estudio desde antaño, aún quedan muchas interrogantes.

## SUICIDIO CONSUMADO

### FACTORES DE RIESGO

#### PREVALENCIA, EDAD Y SEXO:

La conducta suicida representa un problema de salud pública internacional, cuya magnitud difiere en cada país, se estima que entre el 0.4 y el 0.9 de todas las muertes son debidas a suicidio (38). En todos los países del Oeste, las tasas de suicidio se encuentran entre los lugares 5 y 10 de entre las principales causas de muerte (38); según los cálculos de la OMS, alrededor de 1,000 personas se suicidan diariamente en todo el mundo, lo cual indica que aproximadamente cada minuto y medio alguien se suicida, por lo que esta causa de muerte ocupa el primer lugar en las estadísticas de mortalidad internacional (31, 32).

De los países europeos que reportó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, mediante las Estadísticas de Salud Mundial, el rango de suicidios va, desde sus registros más bajos, en Malta de 6 mujeres por millón, a los más elevados, de 581 por millón de hombres en Hungría. Para todos los países en conjunto se registraron en dicho período, alrededor de 120,000 suicidios consumados (21).

Los países del sureste de Europa tienen las tasas más bajas de suicidio, seguidas por los países del noroeste (el Reino Unido y Noruega) con tasas algo más elevadas; los países Nórdicos forman un grupo con tasas elevadas, y un cuarto grupo de países, también con tasas relativamente elevadas se localiza en Europa central comenzando con Bélgica y Francia en el oeste y vía Suiza, Austria y Hungría, al oeste con Rusia (21).

México, por su parte, se ubica dentro de las naciones con las tasas más bajas (21), aunque Borges y cols (14) menciona en su estudio que comprendió un intervalo de tiempo de 20 años (de 1970 a 1991) que se registraron, en 1970, 554 defunciones

por suicidio, en ambos sexos, cifra que ascendió en 1991 a 2,120 lo que representa un incremento de 282%, y durante el mismo período, la tasa de suicidios en ambos sexos pasó de 1,13 por cien mil habitantes a 2,55 en 1991, indicando un aumento de 125%.

En los Estados Unidos, han sido reportados alrededor de 30,000 intentos suicidas por año (35, 40), dándose aproximadamente 75 suicidios por día, uno cada 20 minutos (38), de ese modo, es en los países desarrollados donde se están registrando los índices más altos de suicidio, de manera que actualmente ocupa el octavo lugar como causa de muerte en los Estados Unidos (25, 35).

Las tasas de suicidio nacionales varían desde 10 por 100,000 (Irlanda o Egipto) hasta a 35 por 100,000 (Hungría, Japón, Dinamarca, Suiza y Austria tienen las tasas más elevadas) (38). Las variaciones entre los países reflejan factores culturales y sociales así como las diferencias en los métodos usados para reportar el suicidio (38). En general, las tasas de suicidio son más bajas en los países católicos menos prósperos; en tanto que es más elevada en los países del Este de Europa (38).

Las tasas suicidas se incrementan con la edad; la tendencia a suicidarse es más importante entre los jóvenes (de los 15 a los 30 años), y disminuye ligeramente a medida que aumenta la edad; después de los 14 años, la tasa se incrementa extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49 años, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años y volver a descender, también ligeramente después de los 60 años (14).

Los hombres de todas las edades consuman el suicidio con más frecuencia que las mujeres, aunque estas últimas lo intentan con mayor frecuencia; la predominancia de suicidio entre los hombres podría deberse, al menos en parte, al papel del alcoholismo, para el que los hombres tienen un riesgo más elevado (3); por su parte, la proporción hombre-mujer vá desde 2 a 1 hasta 7 a 1 (9, 14, 38); aunque en México, Borges reportó que de 3 hombres que

se suicidan hay 1 mujer que lo hace (14). También los hombres usan los métodos más violentos, como el ahorcamiento, disparos, y saltar al vacío; las mujeres usan con mayor frecuencia sobredosis o ahogamiento. Los porcentajes de suicidio son más elevados en áreas urbanas que en rurales (14). Aunque García y Tapia, en un estudio realizado en el Estado de Tabasco encontraron un porcentaje de muertes mayor en el área rural que en la urbana (26). Los grupos étnicos y minoritarios tienden a ser más cohesivos y tienen tasas menores de suicidio. (38).

En los Estados Unidos, los blancos se suicidan casi 3 veces más frecuentemente que los negros (38, 47). La primavera y el principio del verano son las estaciones con mayor incidencia de suicidio (38).

El suicidio es más común entre los solteros, separados, divorciados o viudos; la pérdida de una esposa incrementa el riesgo durante los 4 años siguientes a la muerte de ésta (14, 38).

#### *Factores sociales:*

Emilio Durkheim fué el primero en examinar cómo el contexto cultural y social influencia el riesgo de suicidio. El encontró que las tasas de suicidio en países Europeos difieren en relación a diversos factores demográficos y sociales, y concluyó que "la tasa de suicidio varía inversamente con la integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo" (38).

Durkheim analizó las cifras del suicidio europeo, principalmente las de la segunda mitad del siglo XIX. El suicidio era más frecuente en las urbes que en las áreas rurales; la incidencia del suicidio era mayor sobre los solteros y los divorciados que sobre los individuos casados; mayor el número de suicidios entre los individuos casados y sin hijos que entre los casados pero con ellos; más corriente

entre los hombres que entre las mujeres; más entre los ricos que entre los pobres, y entre los protestantes que entre los católicos (33).

Durkheim dividía los suicidios en cuatro categorías sociales (egoísta, altruista, fatalista y anómico) (38). El atribuía el incremento de los índices de suicidios en Europa al aumento del suicidio anómico y egoísta. Aquel incremento se producía como consecuencia de "un estado patológico que en este preciso momento acompaña al devenir de la civilización sin ser condición necesaria suya". Con el desarrollo industrial y científico, la familia, el Estado y la Iglesia habían dejado de ser las fuerzas de integración social que fueran otrora, y no se había encontrado nada que viniese a sustituirlas (33).

Las categorías sociales de Durkheim sirvieron para explicar las variaciones existentes en el índice de suicidios de un país para otro. Los países católicos tenían índices de suicidios reducidos, conforme a lo observado por Durkheim acerca de la influencia del catolicismo (33).

#### *Factores psiquiátricos:*

El suicidio es un evento poco común en la población general, en tanto que entre los pacientes psiquiátricos es muy frecuente (35), incrementándose el riesgo hasta 40 veces (38). Se reconoce que más del 90% de los sujetos suicidas presentan un trastorno psiquiátrico (10, 18, 21, 38, 47).

#### *Trastornos afectivos:*

Ha sido reportada una prevalencia relativamente elevada de trastornos afectivos en los pacientes suicidas, particularmente el trastorno bipolar y la depresión unipolar recurrente (19, 41), variando los índices desde el 7 hasta el 54% (15). Se estima que más del 50% de todos los pacientes que intentan suicidarse sufren depresión mayor, 25% de los pacientes con depresión mayor

tuvieron un intento suicida en su vida, y 15% de los pacientes con depresión mayor completan el suicidio (20, 40). De ese modo, los pacientes con trastornos afectivos tienen una probabilidad 32 veces mayor que la población general (47).

#### Esquizofrenia:

Es un factor de riesgo bastante significativo para el suicidio, pero parece ser más prominente en series de suicidio consumado que incluyen adultos jóvenes; esto es consistente con el ya conocido curso de este trastorno, que inicia en la adolescencia tardía (15), considerándose que el riesgo de suicidio en un sujeto esquizofrénico es 20 veces mayor que en la población general (47); dicha probabilidad se incrementa particularmente entre la 3a y 4a década de la vida (15).

#### Trastornos de personalidad:

La prevalencia de Trastornos del eje II va desde el 10 al 91% en series de reportes de suicidio consumados (15, 38, 39). En un estudio controlado, el trastorno de personalidad en general condujo a un riesgo incrementado de 2.9 veces para suicidio, y los trastornos del grupo B (límitrofe, narcisista y trastorno antisocial) tuvo un riesgo incrementado de 8.5 veces para el suicidio consumado (15).

#### Alcoholismo:

Diversos autores, concuerdan al encontrar al alcoholismo como segunda entidad diagnóstica en sus respectivas muestras de suicidas (37). También en este grupo son más característicos el sexo masculino, la presencia de intentos suicidas previos, el desempleo y la carencia de pareja; en el seguimiento de alcohólicos crónicos realizados por Kessel et al en dos áreas de Inglaterra, el 7 y 8% murieron por suicidio, correspondiendo a 75-85 veces lo esperado para la población general (37).

Mann y cols (41, 42), reportan que el suicidio parece ser una complicación de los trastornos psiquiátricos mayores tales como

depresión, esquizofrenia, alcoholismo y trastornos de personalidad; situando, en base a porcentajes como sigue, aproximadamente un 20% para el trastorno bipolar, 15% para el trastorno unipolar, 10 - 17% para alcoholismo y 5 - 10% para los trastornos de personalidad.

#### Curso y tiempo de los trastornos:

En general, las víctimas de suicidio habían estado enfermos por un período considerable de tiempo antes de consumir el suicidio (15).

#### Estresores y Diagnósticos:

Diversos estudios han mostrado que la pérdida interpersonal es mucho más probable que esté asociada con suicidio entre abusadores de sustancias comparado con suicidios asociados a otros tipos de trastornos. El desempleo es también un frecuente acompañante del suicidio entre abusadores de sustancias (15).

#### Conducta suicida previa:

Se ha pensado, que la historia de intentos previos sea un importante indicador de riesgo de consumación (10, 15, 21, 38), dado que, más de 40% de la gente que tiene un intento suicida cuenta con un antecedente de este tipo, y esto significa un incremento de 32% en el riesgo relativo asociado con cada intento previo (40).

#### Trastornos somáticos:

Se ha identificado la asociación entre suicidio y entidades somáticas, sobre todo enfermedades terminales, ya sea en combinación con trastornos psiquiátricos o incluso solos. Entre ellos se incluye el cáncer en sus diversos sitios, SIDA, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneoencefálico, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica y hepatopatía alcohólica (37).

### *Factores biológicos*

Dentro de los trastornos psiquiátricos más asociados al suicidio e intento suicida está la depresión y de hecho a partir de los hallazgos bioquímicos en deprimidos se inició la investigación sobre este mismo correlato en sujetos con intentos suicidas (2, 38). Las investigaciones sobre este tema sugieren que tanto en el sujeto deprimido, como en el que intenta suicidarse y en el sujeto agresivo-impulsivo existe una disfunción de los sistemas serotoninérgicos (2, 8, 38, 41); desde el punto de vista clínico, el individuo con conducta suicida resulta ser más impulsivo y tener mayor riesgo de ser violento que el no suicida, al parecer independientemente del diagnóstico psiquiátrico y el estado de ánimo, por lo que actualmente son foco de estudio las relaciones entre agresividad, violencia, impulsividad e intentos suicidas (27, 48).

El concepto de que el suicidio tiene una base bioquímica es relativamente nuevo, los primeros estudios de una posible interrelación entre los sistemas serotoninérgicos y el suicidio examinaron las concentraciones de monoaminas y sus metabolitos en los cerebros de las víctimas suicidas y sujetos controles (27, 41, 42, 54, 57). La aseveración más fuerte que implicó a la serotonina (5HT) en la conducta suicida fué proporcionada por los estudios de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo de pacientes deprimidos (7). En un grupo de pacientes deprimidos Asberg y cols (6) observaron una distribución bimodal del 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo; ellos encontraron una prevalencia significativamente mayor en los sujetos que intentaron suicidarse y que tuvieron niveles bajos de 5-HIAA en el líquido cefalorraquídeo; estudios subsecuentes han confirmado estas aseveraciones (17, 25, 27, 31, 34, 53, 54, 57).

Además, la impulsividad, ha sido sugerida como una característica de la conducta suicida y posiblemente

correlacionada con niveles bajos de 5-HIAA de líquido cefalorraquídeo que intentaron el suicidio, pero esta es una evidencia indirecta; esta hipótesis está basada parcialmente en el hallazgo de que bajas concentraciones de 5-HIAA de líquido cefalorraquídeo se han asociado con impulsividad, violencia externamente dirigida o agresión contra personas o propiedades; es notable, sin embargo, que las formas que médicamente más dañan de la conducta suicida y aquéllas que están más estrechamente relacionadas a la consumación del suicidio están caracterizadas por altos niveles de planeación y menor impulsividad (41). En suma, la función anormal de 5-HT en pacientes suicidas se ha fundamentado en estudios de: recaptura de serotonina plaquetaria, sitios transportadores de 5-HT y estudios neuroendocrinos. Diversas investigaciones indican que existen niveles significativamente más elevados de un subtipo de receptor de serotonina conocido como 5-HT<sub>2A</sub> en cerebros de víctimas suicidas postmortem (4). Estos estudios hicieron entrever, el uso posible del receptor serotoninérgico 5-HT<sub>2A</sub> como marcador biológico para la conducta suicida.

Diversos estudios han sugerido que la reducción en la concentración de colesterol y los niveles bajos de colesterol podrían estar asociados con suicidios consumados. Golier y cols (28) en una investigación realizada en 650 pacientes encontraron como hallazgo principal, que entre los pacientes estudiados los hombres con bajos niveles de colesterol (1<sup>a</sup> 25<sup>a</sup> percentila) era dos veces más probable que tuvieran un intento suicida médicamente más peligroso que los que no tuvieron el colesterol bajo; y que la asociación entre niveles bajos de colesterol y el intento suicida se limitó a sujetos que habían tenido intentos de letalidad potencialmente elevada y estuvo también vinculado con otras formas de agresión impulsiva en hombres. Se han hipotetizado mecanismos en los que la disminución en el colesterol sería el resultado de una transmisión serotoninérgica central disminuida (23).

### *Factores genéticos*

Los datos clínicos obtenidos a partir de 500 gemelos Amish iowa, y los estudios de adopción, sugieren la posibilidad que hubiesen factores genéticos en el suicidio; por ejemplo, en todos los estadios de un ciclo de vida de una historia familiar se ha observado que el suicidio está presente con una frecuencia significativamente mayor entre personas que intentan suicidarse que entre aquéllas que no lo hacen (38). También, en un seguimiento de 500 iowa se encontró que el riesgo de suicidio entre familiares de primer grado de pacientes psiquiátricos fué casi ocho veces mayor que el encontrado entre los padres de pacientes que no habían intentado suicidarse (38). No obstante, los estudios realizados sugieren que los factores genéticos en el suicidio están involucra primariamente en la transmisión de los transtornos psiquiátricos más comúnmente asociados al suicidio (38).

## INTENTO SUICIDA

### Factores de riesgo:

Muchos autores reconocen en el intento suicida al mejor indicador de riesgo de consumación. Desde las primeras series hasta más recientes, se ha detectado que el 30 y el 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos suicidas previos (15). Se estima incluso que los intentos suicidas, sin éxito, son de 5 a 50 veces más frecuentes que los suicidios consumados (15).

Aunque el riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% adicional de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes (40). Nordström y cols. en su estudio realizado en 346 pacientes (18) a quienes les hicieron un seguimiento de  $6 \pm 4$  años encontraron que el riesgo de suicidio a largo plazo en pacientes internados por trastornos afectivos e intento suicida fué del 15%, y que la mayoría de las muertes ocurrieron dentro del primer año después del intento suicida; la mortalidad por suicidio en el primer año fué del 12% con un riesgo de 8% para los hombres y del 15% para las mujeres.

La prevalencia a lo largo de la vida de intentos suicidas va, en adolescentes desde el 1.3% hasta el 3.8%. Entre las féminas las tasas varían desde 1.5% entre los 12 y los 14 años de edad hasta 10.1% en mujeres que se encuentran en la adolescencia tardía (18). Se observan dos tendencias predominantes en relación a la conducta suicida:

Primero: La prevalencia se incrementa con la edad, particularmente después de los 15 años.

Segundo: En adolescentes jóvenes, las tasas de intentos suicidas, en hombres y en mujeres, son equiparables, pero en la adolescencia media a tardía, las tasas de intentos, en

mujeres, son 2 a 3 veces mayores que en los hombres (15).

Se ha observado que el riesgo de suicidio es más elevado en el año siguiente al acto fallido, un 10% adicional de los sujetos que intentan suicidarse lo consuman en el curso de los 10 años siguientes (40); Nordström y cols, en su estudio realizado en 346 pacientes (44) a quienes les hicieron un seguimiento de 6 ± 4 años encontraron que el riesgo de suicidio a largo plazo en pacientes internados por trastornos afectivos e intento suicida fué del 15%, y que la mayoría de las muertes ocurrieron dentro del primer año después del intento suicida; la mortalidad por suicidio en el primer año fué del 12% con un riesgo de 8% para los hombres y del 15% para las mujeres.

Aunque otros factores de riesgo, tales como eventos estresantes en la vida, falta de cohesión familiar y un alto grado de rivalidades han sido asociados con conducta suicida, al parecer, los factores de riesgo de mayor peso con esta entidad clínica, son los psiquiátricos, de ese modo, los trastornos afectivos tanto en el pasado como en el presente son factores de riesgo importantes para el intento suicida, tanto en hombres como en mujeres (15).

#### Conducta suicida previa:

Como se ha mencionado previamente, entre el 30 y el 60% de las personas que consuman el suicidio tienen el antecedente de intentos previos (15).

#### Factores de riesgo ambientales y estresores de la vida:

La psicopatología de los padres ha sido implicada como un factor de riesgo para la ideación suicida (15).

En un esfuerzo por conjuntar los factores de riesgo antes mencionados, Plutchik (47) ha identificado cerca de 40 variables que considera como factores de riesgo para suicidio o intento suicida. Estas, se enlistan a continuación:

1	Esquizofrenia
2	Depresión
3	Otras enfermedades médicas
4	Trastornos de personalidad
5	Desesperanza
6	Síntomas psiquiátricos recientes
7	Historia de conducta violenta
8	Actitudes de aceptación hacia el suicidio
9	Impulsividad
10	Número de problemas familiares
11	Número de síntomas físicos
12	Historia de violencia familiar
13	Uso de la evitación como estilo de enfrentamiento
14	Uso de la búsqueda de ayuda como estilo de enfrentamiento
15	Persistentes sentimientos de angustia
16	Persistentes sentimientos de resentimiento
17	Rasgos de ansiedad
18	Mecanismos de defensa de regresión
19	Mecanismos de defensa de desplazamiento
20	Suspiciousidad
21	Rebeldía
22	Conducta Agresiva en la madre
23	Rechazo por uno de los padres
24	Sensación de aislamiento o soledad
25	Intentos suicidas en amigos o parientes cercaños
26	Deficiente manejo de impulsos sexuales
27	Un gran número de trastornos médicos y neurológicos en miembros de la familia
28	Pérdida temprana de la madre o el padre

29	Fácil acceso a armas
30	Tratamiento psiquiátrico previo
31	Abuso de alcohol
32	Abuso de drogas
33	Historia familiar de alcoholismo
34	Deterioro severo en la salud física
35	Pensamiento paranoide (ideas de referencia)
36	Estilo de vida homosexual
37	Historia de intentos suicidas previos
38	Pérdida reciente de un personaje con quien se tenía estrecha relación
39	Bajos niveles en líquido cefalorraquídeo de 5HTAA (baja ingestión dietética de triptofano)

No obstante, la evaluación del riesgo de suicidio es más complicada por la presencia de comorbilidad, incluyendo abuso de sustancias, entre pacientes con trastornos mentales mayores y por la creciente tasa de violencia; es así, como la predicción de violencia podría ser más efectiva que la predicción del suicidio (35).

La violencia acompaña a un amplio rango de conductas involucrando el ejercicio de una fuerza física o psicológica para dañar o abusar (13). La violencia, tal como la practica el hombre en las guerras, el asesinato, el homicidio, las agresiones físicas, la violación, la crueldad al mutilar a otros y así mismo, el suicidio, es una expresión de agresividad exclusiva de la especie humana (45).

Con todo, la agresión y la violencia no son un fenómeno uniforme; en efecto, pues parecen existir muchas formas de "agresión" y "violencia" que descansan sobre una continuidad

adaptativa-maladaptativa que están influenciadas por las experiencias vivenciales del individuo y por las perspectivas sociales sobre la legitimidad de una forma particular de violencia (13).

#### *Concepto:*

Violencia es la amenaza o uso de fuerza física contra uno mismo o contra un individuo o grupo que puede resultar o que resulta en lesiones o muerte; aunque, no toda la violencia lleva necesariamente a las lesiones físicas o a la muerte sino que también abarca otro tipo de daños integrales a la salud y al bienestar físico y emocional (52).

Marzuk (43) usa el término de violencia para referirse a una constelación de conductas que van desde pensamientos de dañar a otros, actos verbales de amenazas, hasta conductas agresivas actuales, mostradas por una persona a otra con el afán de producir daño físico, psicológico o la muerte.

Hay que reconocer que la conducta agresiva en los vertebrados facilita la supervivencia de la especie cuando sirve para proteger ante un ataque y cuando apoya los impulsos instintivos de ingestión y procreación (45). Parte de la agresión en el hombre se ha visto reflejada en los comportamientos llamados violentos, en donde la agresión puede ser dirigida hacia sí mismo, como en el caso del suicidio, o al exterior, como es el caso del homicidio (15).

#### *FACTORES DE RIESGO*

##### *FACTORES DE SOCIALES*

Operacionalmente, la violencia es una entidad de la agresión pudiendo observarse en el punto final de la agresividad como un continuum. Este es un lenguaje que comunica un nivel particular de necesidades psicológicas y una conducta que es influida por dimensiones sociales particulares. Ante todo, la violencia es una conducta; y de

esta forma, todas las conductas humanas ocurren en un contexto social, estando determinadas en un contexto social por las conductas de los individuos y por el medio ambiente. Así mismo, el ambiente y la cultura juegan un papel significativo en la forma en que se manifiestan todas las conductas, incluyendo la conducta violenta (13).

El creciente nivel de violencia en la sociedad Americana ha demandado en esta última un interés político y en la salud pública cada vez mayor (13). En los Estados Unidos, en 1960 la tasa de crímenes violentos fué de 161 por 100,000 habitantes; en 1992, dicha tasa fué de 758 por 100,000 gentes, un incremento de 371%; siendo cerca de dos millones de crímenes violentos los cometidos en ese país durante 1994, dándose un crimen violento casi cada 22 segundos (13).

También en los Estados Unidos, el suicidio es responsable de por lo menos 30,000 muertes en ese país cada año; el homicidio, por su parte, es una causa más frecuente de muerte que la bronquiolititis, enfisema y el asma combinados; la agresión es la principal causa reportada de daño a las mujeres; y los reportes de abuso infantil exceden a 400,000 casos en 1981 (27).

En 1986, a nivel mundial, México ocupó el tercer lugar en defunciones por causas violentas (incluyendo homicidios, suicidios, lesiones y accidentes) con una tasa de 77 por 100,000 habitantes, solamente por debajo del Salvador y Colombia; el porcentaje de fallecimientos en los menores de 25 años por causas violentas es, en México de 36 %, siendo esta cifra elevada en relación con el total de defunciones por esas mismas causas pero en personas de todas las edades (33.3%) (52).

Ciertos grupos específicos de edad y raciales han venido siendo crecientemente vulnerables a la violencia, particularmente los relacionados al uso de armas de fuego. En la Unión Americana, las muertes relacionadas a armas de fuego en 1988 en adolescentes y adultos jóvenes excedieron el total de todas las causas naturales de muerte combinadas y contaron para 20% de todas las

muerdes en este grupo de edad. El número de arrestos por cometer crímenes violentos en jóvenes menores de los 18 años de edad se incrementaron desde cerca de 50,000 en 1970 hasta los 104,000 en 1992, un incremento del 91%. Incidentalmente este grupo de edad también ha triplicado sus tasas de suicidio en los últimos 30 años (13).

Los Afro Americanos son afectados por crímenes violentos en forma desproporcionada tanto como víctimas como perpetradores. En todos los grupos de edad, los hombres Afro Americanos tienen mayor probabilidad que un hombre o una mujer blancos de cualquier raza para ser víctimas de un crimen. Entre las edades de 14 y 17 años, la tasa de victimización para los hombres Afro Americanos es de 65.9 por 100,000 habitantes, mientras que la tasa para blancos es de aproximadamente 8.5 por 100,000. Los hombres jóvenes Afro Americanos tienen 11 veces más de probabilidad que sus contrapartes blancos para ser matados por arma de fuego (13).

Está ampliamente aceptado que las conductas violentas tienen múltiples determinantes. Las variables ambientales tales como nutrición inadecuada, rechazo de los padres y abuso sexual y físico han sido asociados con un pobre control de impulsos y una conducta violenta (30).

#### FACTORES PSIQUIATRICOS:

La violencia y la enfermedad mental han vinculados por cientos de años. Sócrates consideró que la tasa de enfermedades mentales en Atenas era muy baja debido a que existía poca violencia en la ciudad. Benjamin Franklin sostuvo durante la convención de Pennsylvania que "el número de personas perturbadas en el pensamiento y deprivadas de sus facultades racionales se han incrementado considerablemente en esta provincia. Algunas de ellas han sembrado un gran terror entre los vecinos, éstos están temerosos de la violencia que aquéllos han cometido" (43).

Swanson y cols en su estudio observaron que, al compararse con gente en quien no puede establecerse un diagnóstico de

enfermedad mental, la incidencia de violencia es aproximadamente 5 veces más frecuente entre gente con enfermedades mentales serias tales como esquizofrenia, depresión mayor y trastorno bipolar, y 12 a 16 veces mayor entre personas con trastornos por uso de alcohol o sustancias (43).

Plutchik (47) reporta también que existe una relación entre la violencia y la homosexualidad; dicho autor encontró que las mujeres homosexuales con mayor frecuencia estuvieron relacionadas a crímenes violentos (asaltos, homicidios) y tenían con mayor frecuencia pensamientos e intentos suicidas que otras mujeres.

En estudios que se han realizado en individuos alcohólicos, Brown (17) observó que los actos agresivos podrían estar asociados con supresiones repetidas de alcohol en lugar de que el alcohol tenga un papel central en dichos actos.

#### CONDICIONES MEDICAS GENERALES:

Varias condiciones médicas y neurológicas, trastornos en los sistemas de neurotransmisores y niveles elevados de hormonas sexuales han sido también implicados en la patogénesis de la conducta violenta (30). El sistema neuroendócrino juega un papel preponderante en la violencia y en la agresión, particularmente en relación con las hormonas sexuales. Las teorías acerca del papel de las hormonas sexuales, especialmente los andrógenos, en la agresión y en la violencia han sido generadas por la observación de la predominancia del género masculino en conductas como el suicidio y los crímenes violentos. La ocurrencia de violencia en mujeres con trastorno disfórico premenstrual es de interés en el contexto del debate de las hormonas (13).

Han sido demostradas alteraciones en el metabolismo de la glucosa (17); Linnoila (36) reporta que las personas con conductas impulsivo/violentas con frecuencia tienen hiperinsulinemia e hipocinsulinemia después de la Prueba de Tolerancia a la Glucosa; y que un período prolongado de hipoglucemia después de dicha prueba se correlaciona con

alteraciones conductuales como robos o crímenes. Ha sido sugerido un modelo de interrelaciones entre conductas agresivas, concentraciones bajas de 5 HTAA en LCR y alteraciones regionales en el consumo de glucosa siendo estas últimas más evidentes en tálamo, ganglios basales y amígdala.

Poco después de la introducción del electroencefalograma (EEG) en la práctica clínica, se informó que los registros anormales cerebrales se relacionaban con la conducta violenta, no obstante, por la insuficiente confiabilidad que aporta la valoración visual del EEG, las investigaciones comenzaron a utilizar parámetros neuropsicológicos o técnicas de imagen confirmando el vínculo de la conducta violenta con la disfunción cerebral; la localización de esta disfunción ha variado, aunque el hemisferio dominante ha sido uno de los más frecuentemente incriminados, describiéndose además una elevación del nivel de actividad en la banda delta (20).

#### FACTORES BIOLÓGICOS:

La investigación tendiente a la neurobiología de la violencia ha sido abastecida por la esperanza de encontrar un marcador (anatómico, bioquímico o genético) que pueda proporcionar una mejor comprensión no solamente de las causas intrínsecas de la violencia, sino también de tener un mejor abordaje para predecirla.

Las vías neuroanatómicas y neurobioquímicas de la violencia han sido gradualmente esclarecidas; los estudios en animales sugieren que la tendencia a la agresión es gobernada por centros excitatorios e inhibitorios que incluyen la corteza orbitofrontal, el área septal, hipocampo, amígdala, núcleos caudados, tálamo, hipotálamo, cerebro medio, puente y, el cerebelo. Así mismo, una serie de neurotransmisores excitatorios e inhibitorios tales como la dopamina, ácido gamma aminobutírico y norepinefrina, así como hormonas, particularmente hipotalámicas o gonadales son involucradas en la mediación de la agresión (43).

En los seres humanos, existen evidencias crecientes que implican al sistema límbico en la producción de la memoria, emociones y violencia. Este sistema, el cual incluye a la amígdala y al hipocampo, se piensa que proporciona conexiones neurales excitatorias e inhibitorias que juegan un papel importante en la modulación de el afecto y la emoción, incluyendo aquéllas asociadas con la violencia y la agresión (13, 22, 43). La estimulación en la amígdala se ha observado que produce ataques de ira en animales, en tanto que las lesiones en esa misma área producen docilidad; se ha realizado la amigdalectomía en seres humanos para tratar la violencia refractaria (13).

En seres humanos, evidencias de una interrelación significativa entre los índices de la función serotoninérgica central (5-HT) y conducta impulsivo agresiva se han ido acumulando en la última década (3, 13, 17, 19, 27, 36, 45). No obstante, se debe tener reserva al intentar inferir una regla general por cualquier neurotransmisor en cualquier conducta humana motivada (13). La disfunción de neurotransmisores también se ha postulado como causa de diversos transtornos psiquiátricos funcionales (13).

Coccaro y cols (19) reportaron que una estrecha relación entre una historia de conductas agresivo/impulsivas, intentos suicidas, abuso de alcohol y respuesta alterada de la prolactina a la fenfluramina.

Plutchik (47) identificó factores de riesgo para conductas violentas, a saber:

No	*	Factores de riesgo para conductas violentas:
1	*	Esquizofrenia
2	*	Abuso de alcohol
3	*	Abuso de drogas
4		Transtorno de personalidad limítrofe
5		Transtorno de personalidad antisocial

6		Disturbios escolares tempranos
7	*	Violencia en la familia de origen
8		Dificultades previas con la ley
9		Pobre control de impulsos
10		Fuertes impulsos sexuales
11		Conducta suicida previa
12		Muchos signos neurológicos blandos
13		Medio ambiente poco afortunado
14		Conductas sádicas hacia animales o gente
15	*	Historia de hospitalización psiquiátrica previa
16		Discontrol episódico
17		Elevado número de problemas en la vida
18	*	Pérdida de madre a edad temprana
19	*	Pérdida de padre a edad temprana
20	*	Problemas médicos y neurológicos en la familia inmediata
21		Fácil acceso a armas
22		Historia de problemas personales
23	*	Homosexualidad
24		Elevados niveles de testosterona
25		Arrestos y condenas previas por crímenes violentos
26	*	Anormalidades neurológicas
27	*	Ambiente familiar apartado
28	*	Impulsividad
29		Inestabilidad
30	*	Susplicacia
31	*	Rebeldía
32		Resentimiento
33	*	Mecanismos de defensa primitivos
34		Estrés reciente

35	*	Bajos niveles en LCR de Acido 5 Hidroxindolacético
36		Conflictos sociales por recursos

En relación a los transtornos en el control de los impulsos, según la Asociación Psiquiátrica Americana, en estos, existe una incapacidad para resistir los impulsos, deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona o para los demás; experimentando el individuo una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y después al cometerlo (46).

CONCEPTO:

Las definiciones generales de impulsividad se refieren únicamente a "una inclinación súbita a actuar" o bien, a una "fuerza súbita inmediatamente aplicada". Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psiquiátricos entre los que se incluyen el abuso y dependencia de sustancias, los transtornos en la alimentación, la conducta suicida y la criminalidad (46).

Algunos investigadores, tales como Shafii (55) y Plutchik (47, 48, 49, 50) tienen reportes sobre las determinaciones del riesgo de suicidio y sus correlaciones, tales como la disminución del humor, ansiedad, angustia e impulsividad; del mismo modo, la elevada correlación entre la conducta violenta y la conducta suicida ha sido ya documentada epidemiológica, clínica y psicométricamente (3, 17, 24, 27, 40, 50) y apoyan la teoría que tanto la agresión auto como la heterodirigida podrían tener causas subyacentes comunes (27). Por su parte, Apter y cols (2) reportaron correlaciones significativas entre humor, ansiedad, angustia, impulsividad riesgo de violencia y riesgo de suicidio y formularon hipótesis en relación a que estas dimensiones psicopatológicas estuvieran relacionadas a una función serotoninérgica anormal.

Se ha observado que la gente que se describe a sí misma como

violenta en una escala de autorreporte, ha visto violencia en su familia de origen, tienen una historia social sociopática, antecedentes de disturbios escolares a temprana edad, signos de pobre control de impulsos, acciones tendientes al suicidio, muchos signos y síntomas neurológicos blandos y son proclives a practicar numerosos actos sádicos (43). También se ha encontrado en prisioneros que han tenido el antecedente de hospitalización por un problema psiquiátrico registros de violencia mayores que los prisioneros sin dicha historia (43).

De ese modo, el suicidio y el homicidio, como fenómenos multifactoriales, no deben ser descritos sólo en términos epidemiológicos, sino además explicados en términos de proceso, en cuyo caso debe considerarse que las conductas altamente violentas van más allá de los factores medio-ambientales o de características organizmicas. No debe suponerse que los factores individuales y situacionales concomitantes al acto tengan necesariamente un significado causal; si acaso lo tienen, entonces éste sería indirecto, ya que estaría mediado por factores internos o de tipo cognoscitivo, dado que por medio de dichos mecanismos, la gente percibe, interpreta y actúa ante su medio ambiente. Estos procesos, presentan cargas motivacionales que al interactuar con factores clínicos como la depresión y la ansiedad, así como con factores sociales, dan como resultado un comportamiento violento. Los mecanismos cognoscitivos, por su característica de internos, de hecho no son totalmente inobservables, si consideramos que pueden ser analizados y escudriñados por la misma persona (32).

Por tal motivo, las personas con enfermedad mental es una de las poblaciones que requieren mayor atención a este respecto.

*JUSTIFICACIONES*

En nuestro país, la conducta suicida sólo se ha abordado desde el aspecto epidemiológico y social, menormente el clínico. Sin duda, se hace necesaria la investigación a este respecto y sobre todo en los pacientes psiquiátricos por su mayor riesgo. La caracterización clínica de la población suicida en México resulta de utilidad por que permitiría establecer similitudes y diferencias con las de otros países que por otro lado conducirían a plantear explicaciones sobre la baja tasa registrada en este país.

*HIPOTESIS*

Dentro de los pacientes hospitalizados por intento suicida en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", son más impulsivos los que emplean los métodos más violentos.

*OBJETIVOS*

1.- Describir las características clínico demográficas de una muestra de pacientes psiquiátricos hospitalizados por Intento Suicida en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

2.- Determinar la relación entre Impulsividad y la violencia del método empleado en el Intento Suicida.

3.- Determinar la relación entre impulsividad y violencia con la severidad del Intento Suicida.

4.- Comparar la magnitud entre ambas relaciones.

## MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo se estudió, durante un período de 8 meses, a pacientes que ingresaron por Intento Suicida, a la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP) del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

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

Fueron excluidos los pacientes que no aceptaron participar, aquéllos cuyas condiciones no permitían una adecuada cooperación para la aplicación de los instrumentos y también quienes eran analfabetas.

A los sujetos en estudio les fueron aplicados en el curso de los cinco primeros días de su ingreso al servicio de UMQAIP los siguientes instrumentos:

-Una cédula donde se incluyen los datos generales en los que se contempló: nombre, sexo, edad, estado civil (con o sin pareja actual), escolaridad, ocupación (se incluyeron, entre otros, a estudiantes y a amas de casa), número de intentos previos y método empleado.

Fueron divididos los individuos en dos grupos, de acuerdo a la violencia del método empleado, el cual se determinó con los

misimos criterios usados por Asberg, Traskman y cols (8, 57), a saber:

Intento Suicida no violento: sobredosis de fármacos, heridas superficiales en las muñecas.

Intento Suicida violento: Heridas profundas, ahorcamiento, inmersión, envenenamiento con gases, precipitación de alturas.

Para evaluar la severidad de la intención psicológica del paciente se aplicó la Escala de Intentos Suicidas (EIS) de Beck y cols (11, 12) que toma en cuenta los aspectos más relevantes del paciente suicida antes, durante y después del intento. Esta escala ha sido ya utilizada en población mexicana Heman (31). La EIS está integrada por 15 reactivos dispuestos en dos grandes grupos; el primer grupo (reactivos 1 a 8) abarca las circunstancias objetivas bajo las cuales se realizó el intento suicida e incluye la información sobre los preparativos, ejecución, lugar de realización y otros indicios que hubiera dado el paciente y que podrían facilitar la intervención. El segundo grupo (reactivos 9 a 15) refleja la concepción que tenía el suicida acerca de la letalidad del método utilizado, el grado de premeditación, el propósito que el sujeto alegó para llevar a cabo el acto suicida y sus expectativas sobre la posibilidad de intervención. Todos los reactivos se califican basandose en una escala de severidad, cuantificandose del cero al dos, variando el total de la calificación del 0 al 30.

Para la confiabilidad del estudio, el 20% de las entrevistas para la aplicación de esta escala fueron calificadas por 2 psiquiatras experimentados con el fin de evaluar la confiabilidad interevaluador.

Se utilizó además la Escala de Impulsividad (EI), que fué desarrollada por Plutchik y Van Praag (50) y que ha sido ya también utilizada en población mexicana (46). Esta escala consiste en 15 reactivos contestados en una escala de frecuencia

de tres puntos. Estos reactivos preguntan al paciente sobre su tendencia a involucrarse en conductas impulsivas, todas las cuales reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a "nunca", "algunas veces", "frecuentemente" y "muy frecuentemente", a excepción de los reactivos 4, 6, 11 y 15 que se califican en forma inversa.

Fué también utilizada la Escala de Sentimientos y Actos Violentos; la finalidad de su uso fué determinar el riesgo de violencia. Ha sido empleada en población norteamericana (2). Previo a su aplicación se realizó validación por consenso de expertos. Esta escala consta de 12 reactivos, contestados en una escala de frecuencia de 0 a 3 puntos. Los reactivos se refieren a actos de violencia en contra de otros, de la facilidad al acceso, manejo y uso de armas, arrestos y falta de temperamento.

#### *Análisis estadístico*

La relación entre el método empleado en el Intento Suicida y la Severidad del mismo, el riesgo de violencia y la impulsividad se realizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson; la confiabilidad interevaluador, en las calificaciones de la Escala de Intento Suicida, se realizó también mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

La comparación de las variables clínico demográficas entre los grupos violento y no violento, se realizó mediante pruebas "t" y  $\chi^2$ , según fuera apropiado.

## RESULTADOS

Durante el período de enero a agosto de 1996, se estudió a un total de 136 pacientes hospitalizados en el servicio de UMQAIP del HPFBA. Todos los pacientes eran mayores de 18 años, sabían leer y escribir y aceptaron, previa información y consentimiento por escrito, participar en el protocolo. Fueron excluidos un total de 24 pacientes, 14 de los cuales se negaron a participar, 2 fueron analfabetas, 2 no quisieron continuar contestando los cuestionarios y 6 fueron pacientes que reingresaron al HPFBA por un nuevo intento suicida.

Se incluyó a un total de 112 pacientes. De éstos, el 56.25% fueron mujeres (n=63) y el 43.75% fueron hombres (n=49), ( $\chi^2 = 9.9$ , gl = 1, p = 0.002).

En relación a la edad: El rango fué de 18.77; con una media para toda la muestra de 30.8 (DE = 10.5); la media para todas las mujeres fué de 32.8, (DE = 11.1), en tanto que para los hombres dicha media fué de 28.6, (DE = 9.3). En relación a la edad por grupos: para el violento, la media fué de 30.5, (DE = 10.7); para el grupo no violento la media fué de 31.2 (DE = 10.5), (T = -0.26, gl = 110, p = 0.79).

Con respecto al estado civil, también se tomó en cuenta si tenían o no pareja en ese momento. 40.1% (n=45) tenía pareja y el 59.8% (n=67) no la tenía.

En la ocupación, el 76% (n=85) sí la tenía y el 24% (n=27) no tenía empleo ni manifestaba ocupación alguna.

En cuanto a escolaridad veáse la siguiente tabla:

ESCOLARIDAD	%	N=
Alfabeta	0.8	1
Primaria	30.3	34
Secundaria	25.8	29
Preparatoria y/o carrera técnica	32.1	36
Licenciatura	10.7	12

El 56.25% de la totalidad de los pacientes tenía historia de intentos previos (n=63). El grupo violento tuvo una media de 2.0, (DE = 1.3); por su parte, el grupo no violento, obtuvo una media de 2.1, (DE = 1.3), (T = 0.29, gl = 110, p = 0.7).

Para la confiabilidad interevaluador se examinaron 27 de los 112 pacientes, obteniéndose: r de Pearson = 0.89, p = 0.000001.

La severidad del Intento Suicida (determinada mediante la EIS) por grupos: en el grupo violento, la media fué de 13.1, (DE = 5.6); en tanto que en el grupo no violento, la media fué de 14.4, (DE = 6.2), (T = -1.08, gl = 110, p = 0.2).

En el riesgo de violencia, el grupo violento obtuvo una media de 7.3 (DE 4.4); y el grupo no violento, se registró una media de 7.3, (DE = 4.4), (T = 0.009, gl = 110, p = 0.9).

En la determinación de la impulsividad; el grupo violento obtuvo una media de 20.3 (DE = 5.96); en el grupo no violento se registró una media de 20.8 (DE = 6.4), (T = -0.39, con gl = 110, p = 0.6). En relación al método utilizado durante el Intento Suicida, motivo del ingreso, se sugiere veáse la siguiente tabla:

Método	%	n=	♀	♂
Cortar venas o cuello	33.03	37	22	15
Sobredosis de fármacos	38.39	43	3.0	13
Ahorcamiento	8.92	10	3	7
Arrojarse de altura	3.57	4	2	2
Arrojarse a vehículo de motor	0.89	1	1	0
Arrojarse al metro	6.25	7	1	6
Ingestión de venenos	8.03	9	3	6
Asfixia	0.89	1	1	0

En lo referente al mes del año en que los pacientes intentaron suicidarse, véase el siguiente cuadro:

Mes	%	n=
Enero	8.03	7
Febrero	6.25	7
Marzo	8.92	10
Abril	16.07	18
Mayo	16.96	19
Junio	11.96	19
Julio	18.75	21
Agosto	13.39	15

*DISCUSION*

Los resultados de las características demográficas, edad y sexo fueron similares a las registradas en otros estudios; refiriendose específicamente a la edad, en el presente trabajo se encontró una media para toda la muestra de 30.8, para los hombres de 28.6 y para las mujeres de 32.8; dichas cifras difieren muy poco con lo registrado por Borges y cols (14), quienes encontraron que eran los jóvenes de entre 15 y 30 años los que tendieron a suicidarse con mayor frecuencia. En relación al sexo, de los 112 pacientes estudiados, el 56.25% (n=63) fueron mujeres y el 43.75% (n=49) fueron hombres, lo que coincide con lo reportado por la literatura (15).

La escolaridad, en nuestros resultados tampoco difirieron con lo reportado por la literatura (32).

En la ocupación, de nuestra población, el 76% (n=85) afirmaba sí tenerla y el 24% (n=27) no tenía ninguna ocupación, estos datos no concuerdan con lo reportado habitualmente (15), en que se manifiesta que el desempleo se acompaña con frecuencia del suicidio; dicha diferencia bien pudiera ser explicada en términos de que, la mayor parte de los pacientes eran poseedores de un subempleo y carecían de servicios de salud; además, fueron incluidos como con ocupación los pacientes que se encontraban cursando algún grado de estudios y las amas de casa.

Lo reportado en el presente trabajo, en cuanto a estado civil y a intentos suicidas previos, coincide con lo ya registrado en la literatura (14, 15, 38, 40).

Los resultados obtenidos en la impulsividad, el riesgo de violencia y en la severidad del intento suicida, en ambos grupos (violento y no violento) no arrojaron una cifra estadísticamente significativa. A pesar de que las determinaciones de violencia e impulsividad en los grupos violentos del presente trabajo no difirieron de las reportadas por otros autores (2, 50).

Se esperaba, que el grupo impulsivo, tuviera cifras mayores

tanto en el riesgo de violencia como en la severidad del intento suicida. Esto, cuestiona la utilidad de la formulación propuesta por Asberg y Traskman (8, 57) de agrupar a los pacientes como violentos o no violentos en función de el método empleado durante una sola acción, el acto suicida, pues éste depende, de entre otros muchos factores, de la disponibilidad del método al que la persona tenga acceso.

Refiriéndose aún al acto suicida aislado, y aunque diversos autores han confirmado biológicamente, en pacientes con dicho antecedente, bajas concentraciones de 5-HIAA en LCR (3, 13, 17, 19, 27, 36, 45), clínicamente nosotros sí encontramos, fundamento para relacionar la violencia y la impulsividad en un intento suicida, pero no podemos discernir cuál de las dos tiene mayor importancia en la severidad del propio acto.

Por último, los meses en que se obtuvo la mayor frecuencia de intentos suicidas, comprendieron, julio, abril y mayo, similar a lo registrado en la literatura internacional (38).

*CONCLUSIONES*

Los resultados son de considerable valor dado que la población mexicana ha sido poco estudiada en función de el intento suicida y menos todavía en las variables investigadas.

Será conveniente en investigaciones futuras:

a): Caracterizar la ocupación de los pacientes de manera más rigurosa.

b): Consideramos que será de mayor valor indagar en tales pacientes toda su historia biográfica en búsqueda de actos impulsivos y/o violentos, y realizar determinaciones de dichas variables en diferentes momentos; esto ayudaría a reducir el sesgo que pudiera estar provocando el "efecto catártico" del comportamiento violento reportado por Heman (31).

APENDICE A  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CUESTIONARIO DE CONDUCTA SUICIDA

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL ACTUAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS

¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

No. Intento	Método	Atención	Edad	Ocupación	Edo. Civil

**APENDICE B**  
**ESCALA DE SUICIDIO**

**AARON T. BECK**

**CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO.**

Por favor evalúe la situación del paciente y califique, encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

- 1.- Aislamiento.
  0. Alguien estaba presente cuando intentó suicidarse.
  1. Alguien estaba cerca o en el contacto (vgr por teléfono).
  2. Nadie estaba cerca o en contacto.
- 2.- Tiempo.
  0. Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto.
    1. Programado de manera que la intervención no era probable
    2. Programado de manera que la intervención era altamente improbable.
- 3.- Tomó alguna precaución para que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento.
  0. No se tomó ninguna.
  1. Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención.
  2. Precaución activa (vgr puerta cerrada con llave).
- 4.- Actuar para obtener ayuda durante/después del intento.
  0. Notificó a un ayudante potencial sobre el intento.
  1. Contactó pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
  2. No contactó o notificó a un ayudante potencial.
- 5.- Actos finales en la anticipación de muerte.

(     ) Ninguna.

  1. El paciente pensó cómo hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte.
  2. Hizo planes definitivos (vgr cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro).
- 6.- Grado de planeación del intento suicida.
  0. ninguna planeación.
  1. Mínimo o moderada preparación.

- 2. Preparación extensiva.
- 7.- Notas sobre el suicidio.
  - 0. Ausencia de nota.
    - 1. Escribió una nota pero la rompió y pensó en hacer la nota.
    - 2. Presencia de la nota.
- 8.- Comunicación abierta sobre el intento antes del acto.
  - 0. ninguna.
    - 1. Comunicación equívoca.
    - 2. Comunicación no equívoca (clara, definitiva).
- 9.- Propósito del intento.
  - 0. Principalmente cambiar o manipular el ambiente.
    - 1. Componentes de "0" "2".
    - 2. Principalmente para remover el self del medio ambiente.

#### AUTOREPORTE

- 10.- Expectativas con relación a la fatalidad del acto.
  - 0. El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó a cerca de éso.
    - 1. El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
    - 2. El paciente pensó que la muerte era probable y certera.
- 11.- Métodos de mortalidad (Letalidad).
  - 0. El paciente hizo menos de lo que consideró si sería necesario o no (vgr tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir).
    - 1. El paciente no estaba seguro o pensó que lo hizo (vgr la dosis que tomó) podía ser mortal.
    - 2. Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (vgr tomó suficiente cantidad a dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la

vida.

12.- Seriedad del intento.

0. El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
1. El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
2. El paciente consideró que el acto fué un intento serio para dar fin a su vida.

13.- Ambivalencia hacia el vivir.

0. El paciente no quería morir.
1. El paciente no le importó si moría o vivía.
2. El paciente deseaba morir.

14.- Concepción de reversibilidad.

0. El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
1. El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica.
2. El paciente estaba seguro de que moriría aunque recibiera atención médica.

15.- Grado de premeditación.

0. Ninguno-impulsivo.
1. Suicidio contemplado por 3 horas o menos, antes del intento.
2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento.

**APENDICE C**  
**ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Por favor, lea cada pregunta e indique qué tan frecuentemente usted actúa o se siente de esta forma, colocando una "X" en el espacio apropiado.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	MUY FRECUENTE MENTE
1.-¿Le resulta difícil esperar en una fila?				
2.-¿Hace cosas sin pensarlas?				
3.-¿Gasta dinero impulsivamente?				
4.-¿Usted planea con anticipación?				
5.-¿Pierde fácilmente los estribos?				
6.-¿Le resulta fácil concentrarse?				
7.-¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?				
8.-¿Dice lo primero que le viene a la mente?				
9.-¿Usted come aunque no tenga hambre?				
10.-¿Es usted impulsivo?				
11.-¿Termina las cosas que empieza?				
12.-¿Le resulta difícil controlar sus emociones?				
13.-¿Se distrae con facilidad?				
14.-¿Encuentra difícil permanecer quieto mientras está sentado?				
15.-¿Es usted precavido?				

**APENDICE D**  
**ESCALA DE SENTIMIENTOS Y ACTOS VIOLENTOS.**

INSTRUCCIONES:				
Por favor lea cada aseveración e indique con qué frecuencia hace o siente cada una de los hechos descritos mediante una "X" en el espacio apropiado.				
	NUNCA	AVECES	A MENUDO	MUY FRECUENTEMENTE
1 ¿Há notado que se enoja muy fácilmente?				
2 ¿Con qué frecuencia se siente usted muy enojado con la gente?				
3 ¿Há observado que se enoje sin ninguna causa?				
4 ¿Cuando se enoje consigue armas?				
5 ¿Há causado lesiones durante alguna pelea (vgr golpes, sangrados o huesos rotos)?				
6 ¿Alguna vez há golpeado o atacado a alguien que no sea miembro de su familia?				
7 ¿En alguna ocasión há golpeado o atacado a algún miembro de su familia?				
8 ¿Há usado armas para tratar de perjudicar a alguno?				
9 ¿Tiene facilidad para conseguir armas?				
	NUNCA	AVECES	DOS VECES	MÁS DE DOS VECES
10 ¿Con qué frecuencia há sido usted arrestado por algún crimen no violento tal como hurtar en tiendas o falsificaciones?				
11 ¿Há sido arrestado por algún crimen violento tal como robo a mano armada o asalto?				
12 ¿Há tenido armas en su casa que usted sepa cómo usar?				

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Allebeck P, Allgulander C; Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse; Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 565-570.
- 2.- Apter Alan, y cols; Correlates of Risk of Suicide in Violent and Nonviolent Psychiatric Patients; Am J Psychiatry July 1991; 148:883-887.
- 3.- Apter Alan, Van Praag H; Interrelationships Among Anxiety, Aggression, Impulsivity, and Mood: A serotonergically Linked Cluster?; Psychiatry Reserach, 32:191-199.
- 4.- Arango V & cols; Autoradiographic Demonstration of Increased Serotonin 5-HT<sub>1</sub> and  $\beta$ -Adrenergic Receptor Binding Sites in the Brain of Suicide Victims; Arch Gen Psychiatry 1990; 47; 1038-1047.
- 5.- Arango Victoria, Mann John; Relevance of serotoninergetic postmortem studies to suicidal behavior; International Review of Psichiatty (1992), 4, 131-140.
- 6.- Asberg M; Traskman; 5-HIAA in the Cerebrospinal Fluid; Arch Gen Psychiatry 1976; 33; 1193-1197.
- 7.- Asberg M, Thoren P, Traskman L "Setonin depression" -A biochemical subgroup within the affective disorders? Science 1976; 191:478-480.
- 8.- Asberg M, Schalling D, Traskman-Bendz L, Wagner A. Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. ÇEN Meltzer HY, ed Psychopharmacolgy: The third generation of preogress. New York, NY: Raven Press, 1987:655-658.
- 9.- Bakalar J. & cols; Care and Manegement of the suicidal

person; The New Harvard Guide to Psychiatry, Edit by Nicholini A, 1988, 743-747.

10.- Barraclough B, Bunch J Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide. Br J Psychiatry 1974;125:355-373.

11.- Beck, A. T., M. Kovacs, and Weisman; Hopelessness and suicidal behavior, J. A. M. A., 1975; 234: 1146-49.

12.- Beck A; Schuyler D. Development of suicidal intent scales. In a Beck et al ed; The Prediction of Suicide; Charles Press, 1974.

13.- Blue Howard C., Griffith Ezra; Sociocultural and Therapeutic perspectives on violence. The Psychiatric Clinics of North America; Vol 18, Number 3, September 1995, pp 571-585.

14.- Borges G, Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991; Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994, p 15-21.

15.- Brent David A; Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress. Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 25, Supplement, 1995, pp 52-64.

16.- Brittlebank AD & cols; Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: a prospective follow-up study; Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 280-283.

17.- Brown G., Linnoila M; CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity, and violence; J Clin Psychiatry 1990; 51:[4 suppl]: 31-43.

18.- Cano de Ocampo Gpe; Ensayo sobre el suicidio en Tabasco, Investigación de naturaleza criminológica. Universidad Autónoma

de Tabasco, 1992, pp 13-56.

19.- Coccaro Emil; Impulsive Aggression in Personality Disorder Correlates With Tritiated Paroxetine Binding in the Platelet; Arch Gen Psychiatry, 1996; 53:531-536.

20.- Convit A, Czobor P; Lateralized abnormality in the EEG of persistently violent psychiatric inpatients. Biol Psychiatry, 30, 1991 (363-370).

21.- Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1993;371:9-20.

22.- Dunner, David L; Currente Psychiatric Therapy; Saunders Co; 1993; pp 994-998.

23.- Engelberg H; Low serum cholesterol and suicide. Lancet 1992; 339: 1168.

24.- Feinstein R, Plutchik R; Violence and Suicide Assessment in the Psychiatric Emergency Room. Comprehensive Psychiatry, Vol 31, No 4 (July/August) 1990: pp 337-343.

25.- Ghanshyam N Pandey; Platelet Serotonin-2A Receptors: A Potential Biological Marker for Suicidal Behavior; Am J Psychiatry 1995; 152:6: 850-855.

26.- García R; Epidemiología del suicidio en el Estado de Tabasco en el periodo 1979-1988; Salud Mental V. 13, No. 4, diciembre de 1990.

27.- Golden Robert & cols; Serotonin, Suicide, and Aggression: Clinical Studies; J Clin Psychiatry 1991; 52 [12, suppl]: 61-69).

- 38.- Kaplan Harold, Roy Alec; Suicide; Comprehensive Textbook of Psychiatry/V; Vol 2, Fifth Edition, 1994; 1414-1426.
- 39.- Klerman Gerald; Clinical Epidemiology of Suicide; J Clin Psychiatry 48:12, Suppl. 33-38, 1987.
- 40.- Malone Kevin M; Clinical Assessment Versus Methods in the Assessment of Suicidal Behavior; Am J Psychiatry 1995; 152: 1601-1607.
- 41.- Mann J, Arango V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. J Clin Psychopharmacol 1992;12:2S-7S.
- 42.- Mann J & cols; Neurochemical Studies of Violent and Nonviolent Suicide; Psychopharmacology Bulletin, Vol. 25, N 3, 1989, 407-413.
- 43.- Marzuk Peter; Violence, Crime, and Mental Illness; Arch Gen Psychiatry. Vol 53, Jun 1996; 481-486.
- 44.- Nordström, Asberg; Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders; Acta Psychiatr Scand 1995; 92: 345-350.
- 45.- Noyes, Kolb; Psiquiatría Clínica Moderna; La Prensa Médica Mexicana; 6° Edición; 1992; pp 143-148.
- 46.- Páez F, Jiménez A, López A; Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. Salud Mental V. 19, Suplemento octubre dd 1996, pp 10-12.
- 47.- Plutchik R; Outward and Inward Directed Aggressiveness: The Interaction Between Violence and Suicidality. Pharmacopsychiat. 28 (1995) (Supplement) 47-57.

48.- Plutchik R, Van Praag H, Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. Acta Psychiatr 1993;87:1-5.

49.- Plutchik R, Van Praag H; Correlates of Suicide and Violence Risk 1: The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry, Vol 30, No 4 (July/August), 1989: pp 292-302.

50.- Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry 1989;13:S23-S34.

51.- Price Lawrence & cols; Clinical Data on the Role of Serotonin in the Mechanism(s) of Action of Antidepressant Drugs; J Clin Psychiatry 1990; 51[4, suppl]: 44-50.

52.- Ramos Lira, Saltijeral Ma. Teresa, Caballero Miguel Angel; Impacto de la violencia en la salud mental: Estado Actual y perspectivas; Salud Mental. Vol 19; Suppl, Abril 1996. pp 19-31.

53.- Ray W. Fuller; Role of Serotonin in Therapy of Depression and Related Disorders; J Clin Psychiatry 1991; 52[5, suppl] 52-57.

54.- Roy A. Linnoila M; Suicidal behavior, impulsiviness and serotonin; Acta Psychiatr Scand 1988: 78: 529-235.

55.- Shafii M & cols; Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents; Am J Psychiatr 1985; 142: 1061.1064.

56.- Stanley Michael; Stanley Barbara; Postmortem Evidence for Serotonin's Role in Suicide; J Clin Psychiatry 1990; 51:[4, Suppl]: 22-28).

57.- Traskman L. Asberg M Bertilsson L, Sjöstrand L.

Monoamine metabolites in CFS and suicidal behavior Arch Gen Psychiatry 1981;38:631-636.

58.- Weishaar Marjorie, Aaron Beck; Hopelessness and suicide; International Review of Psychiatry (1992), 4, 177-184.

59.- Wekstein Louis; Hand Book of Suicidology principles, problems and practice, 1992.