

11241  
19

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

PREVALENCIA DE INTENTO Y/O CONDUCTA SUICIDA DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE UMQAIP E IMPRESION  
DIAGNOSTICA INICIAL Y FINAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY  
BERNARDINO ALVAREZ

ALUMNO

DR. ROSENDO SANDOVAL ANGON  
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO  
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

FECHAS DE ENTREGA DE TESIS  
FEB. 28 2001  
Unidad de Servicios Educativos  
del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino

  
DR. CARLOS CASTAÑEDA GONZALEZ.  
ASESOR TEORICO

  
DR. JORGE A. PEÑA ORTEGA  
ASESOR METODOLOGICO

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE "ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA"

PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL

289549



2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

11241

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

PREVALENCIA DE INTENTO Y/O CONDUCTA SUICIDA DE PACIENTES  
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE UMQAIP E IMPRESION  
DIAGNOSTICA INICIAL Y FINAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY  
BERNARDINO ALVAREZ

ALUMNO

DR. ROSENDO SANDOVAL ANGON  
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO  
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ



DR. CARLOS CASTAÑEDA GONZALEZ.  
ASESOR TEORICO



DR. JORGE A. PEÑA ORTEGA  
ASESOR METODOLOGICO

TESIS PARA OBTENER DIPLOMA DE "ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA"  
PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.



289549



2001

# ÍNDICE

ANTECEDENTES .....	1
MARCO TEORICO. ....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
JUSTIFICACION. ....	16
OBJETIVOS. ....	16
HIPOTESIS. ....	16
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	17
MATERIAL Y METODO. ....	17
PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION. ....	17
RESULTADOS. ....	19
DISCUSION Y COMENTARIOS. ....	22
CONCLUSION .....	23
ANEXOS (Gráficas). ....	24
BIBLIOGRAFIA. ....	31

## ANTECEDENTES

Una antigua cuestión abordada por los investigadores se refiere a la diferencia en la perspectiva del resultado entre las personas que se intentan suicidar y las que consuman el suicidio. En los años 30s, se prestó atención a la posibilidad de que el intento y el suicidio consumado representasen fenómenos diferentes, y siguiendo esta orientación, algunos psiquiatras llegaron a afirmar que no solo el intento de suicidio y el suicidio consumado eran procesos diferentes, sino que además se dan en poblaciones diferentes. (9,10).

El intento de suicidio es un evento médico agudo y de acuerdo con las estimaciones, el porcentaje de visitas a urgencias que supone un intento suicida varía del 0.3% al 1.0% de todos los pacientes que se ven. Entre estudios realizados se ha observado que los psiquiatras tienen las actitudes más empáticas de todos los médicos hacia el paciente que trata de suicidarse, esto en determinado momento suele ser importante, ya que el paciente desea a la vez morir y vivir, siendo esto una explicación del porque dos terceras partes de las personas que logran suicidarse comunican la idea a su medico antes del intento. (15).

El suicidio es un fenómeno multifactorial que se ha estudiado meticulosamente desde fines del siglo pasado, principalmente por los países llamados del tercer mundo. Para su estudio existen diversas corrientes teóricas de las que se podrían mencionar, las sociológicas, las psicodinámicas, las existencialistas y las psiquiátricas. (4).

Para el centro de estudios de suicidios de los Estados Unidos de Norteamérica el acto suicida es clasificado en tres instancias: el suicidio consumado, el intento suicida o suicidio frustrado y la idea suicida. Para los sociólogos uno de los más importantes generadores de suicidios es el estrés por la convivencia y competencia entre los miembros de una población. Etimológicamente, el suicidio implica un homicidio en el que el criminal y la víctimas son una misma persona. Según P. Schilder y W. Bromberg el suicidio es un mero síntoma y no una entidad clínica. ( 4,23).

En los años 60s, una revisión de once estudios de intento de suicidio indicó que, 1 a 2 % de las personas que intentan suicidarse llegan a suicidarse eventualmente. Estos estudios con períodos de seguimiento así como número de pacientes estudiados muy variables, reveló una incidencia notablemente baja de suicidios consumados ulteriormente. Por ello, parece razonable intentar poner en perspectiva la afinidad o la relativa ausencia de afinidad entre el intento de suicidio y el suicidio consumado. (10).

Es mayor de 10 a 20 veces el número de personas que intentan suicidarse que el de las personas que se suicida. El intento de suicidio es obviamente, más un síntoma de otros problemas que precursor o predictor de un eventual suicidio consumado. Por la misma razón, la histeria, la personalidad antisocial y las diversas parafilias son enfermedades que rara vez tiene el suicidio consumado como resultado. Así aunque el intento de suicidio es ciertamente, un fenómeno psiquiátrico importante, su importancia relativa al suicidio consumado es mucho menor de la supuesta. Así los sujetos con trastornos de la personalidad son más propensos a tener una historia de disfunciones sexuales, trastornos de uso de alcohol y de trastornos del uso de drogas así como de pensamientos o intentos suicidas (5,10,11,22).

Estudios realizados demuestran que un 75% de los sujetos que ulteriormente cometieron un suicidio, habían consultado a un médico en el curso del mes previo al suicidio. Cerca del 60% de los que cometen o intentan, contactan a su médico general dentro de un período de un mes antes del intento, cerca de la mitad de los que intentan y cometen suicidio son tratados por un trastorno mental en el año previo a su intento. (5,10,11,22).

A lo largo de la historia el suicidio siempre ha despertado diversas actitudes en la sociedad que van desde la condenación social y religiosa hasta la incomoda incertidumbre existencial. Aunque como acto sea rápido y violento, el suicidio representa la culminación fatídica de un problema complejo y cuyas determinantes aún en proceso de diferenciación ha sido abordada desde las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales, así la investigación ha partido del final, tratando de perfilar uno o varios cursos y orígenes de manera que se puedan intervenir anticipadamente. (9).

La conducta suicida se presenta con más frecuencia en casos de depresión y esquizofrenia. Esta condición es motivo de internamiento, ya que el peligro que se corre en un sitio sin vigilancia puede ser enorme. Dentro del hospital deberá vigilarse estrechamente al enfermo en una unidad de cuidados intensivos, y el médico deberá esforzarse por mantener una buena relación con el paciente (19).

Existe un consenso general en aceptar que el suicidio es un problema que va aumentando en forma gradual en todos los países y los trastornos afectivos representan un porcentaje alto entre los factores causales. Las formas bipolares dan una mayor proporción de suicidas que unipolares, y ambas una incidencia claramente más elevada que las depresiones neuróticas. Según las estadísticas alrededor de un 10 a 15 % de depresivos se suicidan en algún momento de la enfermedad (9,21).

El suicidio es una de las causas importantes de muerte en muchísimos países, el problema es gravísimo y debe ser analizado desde dos puntos fundamentales, lo que la comunidad puede hacer para ayudar a quienes van entrando en un callejón sin salida, y lo que los médicos deben saber para descubrir a tiempo los intentos suicidas de una personas.(4).

Ningún neurótico experimenta impulsos de suicidio que no sean impulsos homicidas orientados primero a otras personas y vueltas luego contra el Yo. el Yo no puede darse muerte sino cuando el retorno de la carga del objeto le hace posible tratarse a si mismo como a un objeto, cuando puede dirigir contra sí mismo la hostilidad que se tiene hacia el objeto, hostilidad que representa la reacción primitiva del Yo contra los objetos del mundo exterior. Las ideas del suicidio pueden surgir secundariamente a una idea delirante, pero su origen más frecuente es el deseo claro y terminante de morir. (6).

Analizando la morfología del suicidio se ve que los deprimidos usan métodos indoloros o rápidos, mientras que los esquizofrénicos pueden intentar el suicidio por sistemas brutales y a veces absurdos, tan dolorosos y lentos que sólo ellos son capaces de llevarlos a cabo. Solamente las muertes por suicidio en las depresiones endógenas son seis veces más numerosas que todas las demás juntas de etiología psiquiátrica. Se puede actuar autoagresivamente a través del suicidio, o por medio de conductas autodestructivas encubiertas como el alcoholismo, el tabaquismo, la bulimia, las situaciones peligrosas y que entrañan los tres, el abandono de medicamentos en enfermedades crónicas. Las crisis se contemplan como puentes decisivos y críticos donde el peligro y la oportunidad coexisten y en

donde los riesgos son altos. Los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos, el suicidio es un ejemplo del final peligroso. Lo más específico y concreto del plan suicida es el mayor riesgo, toma de medidas de precaución, elección del método mortal y posesión de medios para cumplir el plan. (4,6,20,21).

El suicidio ocupa el décimo lugar como causa de muerte en Estados Unidos de Norteamérica donde cada año se registran 24,000 suicidios, ello representa una tasa media anual de 12/100,000 habitantes y el número de intentos de suicidio se calcula multiplicando la media anual de suicidios por 10. En países como España e Italia tienen una tasa de suicidio inferior. La frecuencia de suicidios consumados es mayor en los hombres que en las mujeres, sin embargo el número de intentos de suicidio es el doble en las mujeres. (5,10,11,15,21).

El índice de suicidio como de intentos de suicidio es distintivo en varios países, por ejemplo, el índice anual para Alemania Occidental es del 36/100,000 habitantes y para Irlanda es de 3/100,000.(5,21).

Los métodos de suicidio empleados por los hombres son potencialmente más fatales que los empleados por la mujeres. Entre los hombres es más probable que se utilice el ahorcamiento, las armas de fuego, el salto al vacío desde grandes alturas o la muerte por inmersión. (5,10,11,15,21).

Las mujeres con mayor frecuencia apelan a las sobredosis de drogas ( a menudo litio, antidepresivos o benzodiazepinas combinadas con alcohol), ingieren sustancias venenosas o seccionan o perforan los vasos sanguíneos de las muñecas. (5,10,11,15,21).

El intento y la consumación suicidas, coinciden en ser, genialmente, la resultante de una condición patológica previa. Recientemente el campo de la investigación ha comenzado a converger con correspondencias entre aportaciones biológicas y conceptos psicopatológicos básicos, como la agresión, la violencia, la impulsividad y los estados de ánimo. Los factores de riesgo para comportamiento suicida en pacientes con trastornos de la personalidad borderline incluyen mayor edad, intentos suicidas previos, personalidad antisocial, acciones impulsivas y humores depresivos pero no trastorno afectivo comórbido, alcoholismo o trastornos por uso de drogas. (9,18).

A finales del siglo XIX Durkheim puso de relieve por primera vez la influencia del contexto social y cultural, clasificando al suicidio en egoísta, suicidio anónimo y suicidio altruista (4,9).

De acuerdo con el psicoanálisis la base teórica del suicidio radica en el impulso agresivo, destructivo o instinto de muerte, que al buscar constantemente su descarga o reposo puede encontrar su expresión en el suicidio. A partir de esta premisa freudiana, se extienden concepciones psicoanalíticas de otros autores describiéndose tres componentes de la hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de que lo maten a uno y el deseo de morir. (9,11).

A pesar de las propuestas anteriores el estudio sistemático del suicidio y del intento suicida se remonta apenas a la segunda mitad del presente siglo, con la identificación de factores de riesgo específicos, como determinados trastornos psiquiátricos, y más recientemente varias anomalías neurobioquímicas. Los estudios longitudinales de pacientes suicidas han revelado pronunciados cambios en los niveles sanguíneos de serotonina, mientras que los niveles sanguíneos de serotonina en sujetos sanos permanecen estables. Se considera que el incremento después de un intento suicida como correlato psicobiológico del incremento de la función del neurotransmisor. (9,13).

El médico desempeña un papel fundamental en la identificación y el tratamiento del paciente suicida. Con frecuencia estos pacientes refieren síntomas somáticos asociados con depresión, estos hallazgos sugieren firmemente que el médico centra con la oportunidad de anticipar la posibilidad de un suicidio y derivar al paciente a un profesional de la salud mental, a fin de que se lleve a cabo un diagnóstico y un tratamiento psiquiátricos. (9,10,15,22).

Se puede encontrar ideación suicida en cualquier entidad psiquiátrica, sin embargo existe documentación que siempre existe algún componente depresivo. (3,10).

La actitud y los valores morales del médico que evalúa a un paciente con tendencia suicida pueden influir sobre la posibilidad futura de un intento suicida. Se ha observado que el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos o suicidas aumentan cuanto mayor es el grado de negatividad de la reacción del entrevistador. Este fenómeno indica claramente que durante la evaluación de un paciente potencialmente suicida, el médico debe evitar

reacción con juicios o críticas morales. Esto no siempre es fácil dado que es frecuente reaccionar en forma negativa ante la idea de que alguien se quite la vida. (5,10,15).

El entrevistador debe tener presente que el estado del suicida a menudo es transitorio y generalmente es el resultado de un proceso patológico que responde a causas biológicas y psicológicas. Si es posible prevenir el suicidio, la enfermedad subyacente podrá ser tratada y de este modo evitar una conducta suicida ulterior. El objetivo más inmediato del psiquiatra cuando se considera la cuestión del suicidio consiste en obtener la mayor cantidad posible de información que le permite reconocer su riesgo en pacientes individuales. (5,10).

## MARCO TEORICO.

### Factores sociales.

Durkheim ha descrito tres tipos de suicidio vinculados con las relaciones sociales del paciente.

- 1.- Los suicidios anónimos son más frecuentes y tiene lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante como el matrimonio, romance o amistad íntima.
- 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 de la persona o bien de aliviar a alguien de la responsabilidad de hacerse cargo de su persona.
- 3.- Los suicidios egoístas son aquellos en los cuales el paciente siente que nunca ha estado verdaderamente integrado a la sociedad y en consecuencia piensa que no pertenece a ella. (4,5).

El síndrome suicida puede aparecer básicamente en tres formas:

- 1.- El paciente manifiesta pensamientos suicidas sin ninguna iniciativa encaminada al acto.
- 2.- Paciente que ha efectuado una tentativa suicida de forma finalista o indirecta, es decir, su conducta es una expresión aparatosa de queja o de llamada de atención más que realmente autolítica. Es la forma más frecuente y aunque existe una tendencia a tomarse estos casos de forma

reacción con juicios o críticas morales. Esto no siempre es fácil dado que es frecuente reaccionar en forma negativa ante la idea de que alguien se quite la vida. (5,10,15).

El entrevistador debe tener presente que el estado del suicida a menudo es transitorio y generalmente es el resultado de un proceso patológico que responde a causas biológicas y psicológicas. Si es posible prevenir el suicidio, la enfermedad subyacente podrá ser tratada y de este modo evitar una conducta suicida ulterior. El objetivo más inmediato del psiquiatra cuando se considera la cuestión del suicidio consiste en obtener la mayor cantidad posible de información que le permite reconocer su riesgo en pacientes individuales. (5,10).

## MARCO TEORICO.

### Factores sociales.

Durkheim ha descrito tres tipos de suicidio vinculados con las relaciones sociales del paciente.

- 1.- Los suicidios anónimos son más frecuentes y tiene lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante como el matrimonio, romance o amistad íntima.
- 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 de la persona o bien de aliviar a alguien de la responsabilidad de hacerse cargo de su persona.
- 3.- Los suicidios egoístas son aquellos en los cuales el paciente siente que nunca ha estado verdaderamente integrado a la sociedad y en consecuencia piensa que no pertenece a ella. (4,5).

El síndrome suicida puede aparecer básicamente en tres formas:

- 1.- El paciente manifiesta pensamientos suicidas sin ninguna iniciativa encaminada al acto.
- 2.- Paciente que ha efectuado una tentativa suicida de forma finalista o indirecta, es decir, su conducta es una expresión aparatosa de queja o de llamada de atención más que realmente autolítica. Es la forma más frecuente y aunque existe una tendencia a tomarse estos casos de forma

ligera, lo cierto es que estos tipos de pacientes tienden a repetir tentativas y a veces consiguen por error el suicidio. (8,10,21).

3.-Paciente que ha cometido un intento de suicidio con intenciones serias de consumir su muerte, pero que ha sido sorprendido o que han fallado accidentalmente sus métodos. (21).

La conducta suicida puede surgir en cualquier categoría diagnóstica, desde los trastornos de personalidad hasta psicosis, pasando por los trastornos orgánicos cerebrales y, por lo tanto es muy conveniente en toda exploración psicopatológica, pero especialmente en casos de urgencia psiquiátrica el interrogatorio acerca de pensamientos o intenciones suicidas. Una vez que se ha producido la conducta suicida, deben valorarse su gravedad y la posibilidad de repetición. Si bien no hay índices predictivos seguros, si hay algunos criterios indicativos de ambos, como, potencial letal del intento por ejemplo métodos como la venoclisis, ahorcamiento o disparo, y son menos graves que la ingesta de aspirinas. El estatus de soltero, abuso e intentos suicidas previos ocurren frecuentemente, así como el suicidio de parientes de primer grado. La razón más frecuente de intento suicida es conflicto con la pareja, el trastorno de personalidad *bordeline* y psicosis afectiva, desempleado, dos o más intentos previos, método violento o intento letal potencial pueden probar ser predictores de suicidio. (8,10,11,12,15,21).

Posibilidad de rescate o de ayuda, por ejemplo, el que ingiere tabletas y comunica posteriormente su intento (21). Historia familiar o personal de conducta suicida, en estos casos se aumenta considerablemente el riesgo, así como en aniversarios de suicidios consumados.

Trastornos psiquiátricos, si el paciente está psicótico, por ejemplo, delirante o alucinado o intoxicado por alcohol o drogas, el riesgo es mayor. Muchos de los pacientes que efectúan intentos de suicidio padecen algún tipo de trastorno mental, así por ejemplo 15 % de depresivos mueren por suicidio. Otros factores generales como la edad, estado civil y sexo (varones más intentos graves y mujeres más tentativas), trastornos físicos graves, desempleo, soledad, aniversarios y cambios importantes en la vida del individuo, por ejemplo un despido o relevo que ocasionan sentimientos de fracaso, aumentan el riesgo. Las tasas de incidencia más elevadas para intentos suicidas así como las de suicidio se encuentran en personas divorciadas. Las sobredosis de fármacos y el ahorcamiento son los métodos más frecuentemente utilizados, respectivamente para intentar o cometer suicidio. Las personas o familiares de pacientes que presentan intento suicida previo, más tarde evidencian más síntomas psiquiátricos, más

tensión en la relación, paciente-pariente y más dificultades en la atención para el paciente, que los pacientes que no han atentado contra su vida. (2,5,8,10,15,21,25).

#### Factores biológicos.

Dos variables biológicas han sido asociadas con un aumento de suicidio. Se observa que los pacientes deprimidos con niveles reducidos de ácido 5 hidroxindolacético ( producto final de la degradación de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo corren un mayor riesgo de suicidio .El 5HIAA con valores bajos representa menor riesgo suicida en los pacientes hospitalizados psiquiátricos con trastorno del humor. Estos hallazgos llevan apoyo adicional a la hipótesis de la serotonina del riesgo suicida. (5,13,15).

La presencia de niveles urinarios elevados de 17-hidroxicorticoesteroides también se ha asociado con un aumento de riesgo (5).

#### Factores psicológicos.

Algunas personas con rasgos psicológicos particulares tienen más probabilidades de manifestar tendencias suicidas. 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, y actuar en consecuencia antes de entrar en otras consideraciones. La impulsividad también ha sido relacionada con niveles reducidos de 5-hidroxiindolacético en el LCR. Las calificaciones de depresión, ansiedad, impulsividad, disociación y síntomas traumáticos son más elevados en mujeres que no habían experimentado dolor mientras se lastimaban a si mismas de acuerdo con el número de intentos suicidas. (5,9,14,15,21).

Las personas que dependen de otras para mantener su autoestima, que requieren una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención, han sido designadas como insatisfechodependientes. Este conjunto de rasgos de la personalidad combinado con depresión o con alcoholismo ha sido asociado con un aumento de riesgo al suicidio (5,21). Así como los trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad son factores de riesgo de la conducta suicida cuando ellos concurren con un trastorno primario del humor (14).

## Historia familiar.

Estudios realizados muestran que la susceptibilidad para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, está determinada por lo menos en parte genéticamente. Los pacientes con historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad bipolar tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida que los pacientes sin dicha historia. (4,5,8,10,12,21,25).

## Factores de riesgo.

Trastornos psiquiátricos. La mayoría de los suicidios (70-90%) son cometidos por personas que padecen un trastorno psiquiátrico mayor. Más del 90% de los intentos de suicidio también son llevados a cabo por sujetos que padecen este tipo de trastornos (3,5,10,11,15,21).

La esquizofrenia si bien es menos común que la depresión o el alcoholismo, también se asocia con mayor riesgo de suicidio, sobre todo cuando se acompaña de delirios o alucinaciones de comando. Así pues, la esquizofrenia, que ha tenido la reputación de una estrecha vinculación con el suicidio, se da sólo en 5% de los suicidios consumados, y la histeria en menos del 1%. En general cerca del 15% de los suicidios consumados entran en la categoría de los trastornos psiquiátricos no diagnosticados o no especificados. Si bien no es un diagnóstico prominente en la muestra general de quienes intentan suicidarse, en un estudio el 2% de tales pacientes eran esquizofrénicos y la tasa general de esquizofrenia dentro de la población general, según se calcula, es de aproximadamente de 1%. Se ha sugerido que el 10% muere por suicidio y el 20% lo intenta. (5,7,10,11,15).

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. (3,10,14,16,21).

La persona con depresión leve sufre sentimientos de mala autoimagen, insuficiencia y tristeza. La persona suele estar preocupada por tener alguna enfermedad médica grave y por ideas de muerte, estas ideas son frecuentemente repetitivas y difíciles de evitar durante un periodo de tiempo significativo. Para la persona deprimida la vida se convierte en una existencia dolorosa, sin promesas de expectativas de alivio y a la luz de esta descripción se puede comprender mejor el sentido del suicidio. (5,8,10,11,15).

La tendencia a los autoreproches es frecuente en estos pacientes. La agresividad hacia si mismos provoca en el enfermo penosos sentimientos de culpabilidad y desesperanza que pueden llevarle al suicidio. Los estudios psicoanalíticos de Freud y Abraham sugieren una introyección de los impulsos agresivos que previamente se han externalizado. En una línea similar, Kendell (1973), ha sustentado que el síndrome depresivo es originado por la inhibición de las respuestas agresivas a la frustración, de tal manera, que según este autor, la incidencia de depresiones aumenta en situaciones en que se incrementa la agresión sin posibilidades de manifestarla y disminuye cuando se permite su expresión o el nivel de frustración es bajo. Lo cierto, es que, de forma directa a través del suicidio o por medio de conductas autoagresivas encubiertas se puede actuar autoagresivamente. (4,5,10,11,21).

La complicación más importante de la depresión es el suicidio. Al evaluar al paciente deprimido, el suicidio tiene que ser parte de la investigación. Como grupo los pacientes deprimidos planean cuidadosamente sus intentos de suicidio y continúan deseando su muerte cuando se salvan. Tales personas a menudo demuestran su intento dejando notas suicidas y tomando grandes riesgos que ponen poca esperanza o posibilidad de rescate. Así se puede decir que un tercio de los pacientes con depresión mayor y trastornos de personalidad *borderline* tienen planes reales para suicidarse y dos tercios con personalidad *borderline* han tenido uno o más intentos suicidas. (5,8,15,26).

El alcoholismo también se asocia con un riesgo aumentado del comportamiento suicida. Un 25% de las personas que cometen suicidio se asocian con un diagnóstico primario de alcoholismo. Los intentos suicidas pueden ser una manifestación de comportamiento autodestructivo que tipifica a un subgrupo de alcohólicos con dificultades deteriorantes. (5,8,11,15,17,21,24).

El alcoholismo y la fase depresiva del trastorno afectivo son las dos enfermedades psiquiátricas predominantemente asociadas al suicidio consumado en cerca del 70 % de los suicidios estudiados. Sin embargo, en el suicidio del alcohólico, el acto suicida suele seguir próximamente a un último incidente de una cadena de relaciones violadas y reestablecidas. (10,11,15,17,24).

El alcoholismo frecuentemente se acompaña de trastorno depresivo y de este modo se siente doblemente afligidos y suelen echar la culpa a la familia, al jefe, a los amigos, a la sociedad que les acusa. Los años de alcoholismo intensifican la inutilidad de este razonamiento, la cronicidad del alcoholismo contrasta con la naturaleza abrumadoramente episódica del trastorno afectivo en el alcoholismo, la incredulidad de recuperarse alguna vez tiene cierta base, y puede uno imaginar la sensación resultante de desamparo que puede mover al suicidio. (10,21).

Los síndromes depresivos posdesintoxicación etílica pueden constituir el agente catalizador de una recaída, así como de conductas impulsivas o suicidas. El paciente intoxicado puede tener sentimientos suicidas. Las personas propensas al suicidio son más susceptibles de cometerlo cuando sus inhibiciones están disminuidas por el alcohol. El suicidio es muy común entre los alcohólicos. Una cuarta parte de todos los suicidios ocurren cuando la persona está bebiendo, el alcohólico que también está rumiando sobre el suicidio probablemente tenga un riesgo muy alto, y el psiquiatra deberá evaluar esto antes de darlo de alta. (10,11,15,21,24).

Los alcohólicos tienen una tasa de suicidio 50 veces mayor que la general y algunos calculan que el 25% de todos los suicidios que tienen éxito están asociados con el alcohol. (15,26).

### **Intento suicida previo.**

Un 25% de los suicidios consumados son llevados a cabo por personas que han cometido un intento de suicidio previo. Los pacientes que han hecho intentos previos de suicidio, especialmente los intentos serios tienen un mayor riesgo de intentar suicidarse nuevamente. Una posible excepción a esta regla general es el paciente manipulador que hace pequeños intentos reiterados para lograr alguna ventaja secundaria clara. (2,4,6,7,9,19,21,22,23).

### **Estudio clínico.**

Las siguientes condiciones clínicas se asocian con mayor riesgo de suicidio: Dolor constante, cirugía reciente, enfermedad terminal, tumor de la cabeza del páncreas y deformación (especialmente facial).(5,15,21).

## Factores demográficos.

En general el riesgo de suicidio aumenta con la edad, sin embargo entre las mujeres el índice de suicidios alcanza un valor máximo a los 50 años de edad y permanece en dicho nivel durante el resto de la vida, entre los hombres el índice de suicidio alcanza un nivel máximo a los 75 años de edad. Las personas mayores de 65 años de edad representan un 25 % de todos los suicidas (5).

## Sexo

Las mujeres intentan suicidarse con frecuencia tres a diez veces mayor que los hombres, los hombres consuman el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres. Y las personas de mayor edad, sobre todo los hombres son estadísticamente más susceptibles a realizar un suicidio que los pacientes más jóvenes. (1,2,3,4,6,7,8,9).

## Estado marital.

Las personas solteras, divorciadas o viudas, corren un mayor riesgo de suicidio que las personas casadas. (2,3,4,6,7,9,19).

## Trastornos de la personalidad.

Los pacientes con trastorno de la personalidad hacen intentos suicidas con sobredosis de sedantes, asimismo intentos menos serios que los pacientes con otros diagnósticos de fondo. Aproximadamente la mitad de los que intentan el suicidio reportan intentos múltiples y los métodos predominantes de intentos son sobredosis. Las características de la personalidad que demuestran una desviación más notable en la prueba de MMPI son la dependencia, la hostilidad y la no convencionalidad. (2,7,9,27).

## Ocupación.

Los sujetos sin empleo corren más riesgo de suicidio que los sujetos que poseen un trabajo. Entre los sujetos que trabajan el mayor riesgo de suicidio se ha registrado entre los odontólogos, médicos, farmacéuticos, abogados, músicos, oficiales de policía y trabajadores no especializados. (4,19).

## Raza.

Históricamente los blancos han demostrado un mayor índice de suicidio que los negros, sin embargo, recientemente, se ha registrado un aumento del índice de suicidio entre los sujetos de raza negra, especialmente los negros adolescentes. El índice de suicidio registrado actualmente entre los adolescentes negros es el mayor registrado entre los adolescentes blancos. (5).

## Factores agudos.

El riesgo de suicidio aumenta entre las personas que recientemente han atravesado una de las experiencias mencionadas a continuación:

Disolución de una relación amorosa u otra pérdida significativa.

Modificación de una condición clínica .

Iniciación o interrupción de una medicación psicotrópica.

Intoxicación con alcohol o drogas.

Un mayor grado de desesperanza.

Comunicación del intento de suicidio de otras personas.

Mejoría repentina de un estado anímico deprimido.

El suicidio entre personas que se encuentran "bien".

En todos los estudios de sujetos suicidas se ha reportado que en un pequeño porcentaje de sujetos no puede diagnosticarse trastorno alguno. Así seguramente no vale el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica no diagnosticada, ya que no se encontraba ningún trastorno psiquiátrico, ni una enfermedad terminal como un aparente motivo que lo llevara al suicidio. La respuesta puede ser posiblemente que el acto suicida fue el único acto manifiesto y registrado interpretable como acto depresivo, psicótico, inducido por las drogas o psiquiátricamente anormal. Un acto así no basta sin embargo para justificar un diagnóstico en estos casos. Dado su carácter enigmático suelen ser descritos como sucesos raros en los estudios de los suicidios consecutivos. El suicidio de las personas que se encuentran "bien", resulta efectivamente mistificador pero no puede aventurarse a decir que estos individuos aparentemente "bien" que se suicidan padecían de una enfermedad psiquiátrica de uno u otro tipo que, simplemente, no se manifestó de forma típica. (2,4,6,7).

## Triángulo de Schneirderman.

Schneiderman ha descrito un contexto compuesto por tres factores predisponentes y un factor desencadenante del acto.

El factor desencadenante del comportamiento suicida es la idea de que el dolor asociado con la situación actual puede ser anulado quitándose la vida.

Los tres factores predisponentes son los siguientes:

- 1.- Odio contra si mismo por culpa o debido a una disminución importante de la autoestima.
- 2.- Un estado de extrema agitación en el cual el sujeto se encuentra tenso y no piensa claramente.
- 3.- Limitación de las posibilidades intelectuales o visión, "en tunel" que determinan que el sujeto no pueda pensar más allá de la situación inmediata. (4).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Obviamente, no existe un predictor patognomónico que el suicidio sea consumado. Existen, sin embargo diversos predictores correlacionados con el suicidio y que son útiles para predecirlo: La edad, el sexo, la raza, el diagnóstico psiquiátrico, en ciertas combinaciones son probablemente predictores más precisos del suicidio y, por la misma razón en otras combinaciones predicen con precisión un bajo riesgo de suicidio. Entre otros se encuentran la comunicación de la intención, intentos previos, antecedentes personales o familiares. Varios estudios han indicado cierta superposición entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Esta superposición tienen lugar en dos direcciones, es decir en ciertos porcentajes de intentos se consume el suicidio y, en un porcentaje algo superior de suicidios van precedidos de intentos. (2,3,4,6,7,9,19).

A nivel intrahospitalario, existe poca literatura que refiera la prevalencia de los intentos, siendo importante conocer dicho comportamiento en los principales servicios que brinda hospitalización.

¿Cual es la prevalencia estadística de los intentos suicida en pacientes valorados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.?

## JUSTIFICACION.

Se ha encontrado una elevación de la frecuencia de conductas suicidas en la población general. Asimismo se ha documentado que la conducta suicida es más frecuente en la población psiquiátrica, teniendo un alto índice en ciertas entidades médico-psiquiátricas. Por lo que se considera importante determinar el diagnóstico inicial que se realiza en un servicio de atención médica, así como, el seguimiento que se le dá a un paciente para establecer un diagnóstico final, ya que esto ayudará a ofrecer al paciente un mejor manejo integral, conocer la población de alto riesgo, así como el origen real del intento suicida, y con esto incidir en la disminución de nuevos intentos.

## OBJETIVOS.

Determinar la prevalencia de intentos suicidas en la población hospitalizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez durante el año de 1994.  
Conocer la comorbilidad médica y psiquiátrica en los pacientes con Intento suicida.

## HIPOTESIS.

En la consulta del servicio de Unidad Médico Quirurgica de Atención Intensiva en Psiquiatria (UMQAIP) se encontrará una frecuencia alta de paciente con intento suicida .

## JUSTIFICACION.

Se ha encontrado una elevación de la frecuencia de conductas suicidas en la población general. Asimismo se ha documentado que la conducta suicida es más frecuente en la población psiquiátrica, teniendo un alto índice en ciertas entidades médico-psiquiátricas. Por lo que se considera importante determinar el diagnóstico inicial que se realiza en un servicio de atención médica, así como, el seguimiento que se le dá a un paciente para establecer un diagnóstico final, ya que esto ayudará a ofrecer al paciente un mejor manejo integral, conocer la población de alto riesgo, así como el origen real del intento suicida, y con esto incidir en la disminución de nuevos intentos.

## OBJETIVOS.

Determinar la prevalencia de intentos suicidas en la población hospitalizada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez durante el año de 1994.  
Conocer la comorbilidad médica y psiquiátrica en los pacientes con Intento suicida.

## HIPOTESIS.

En la consulta del servicio de Unidad Médico Quirurgica de Atención Intensiva en Psiquiatria (UMQAIP) se encontrará una frecuencia alta de paciente con intento suicida .

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en el cual el universo de trabajo fue todo paciente con intento suicida que fue valorado en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, el cual presentó o se diagnosticó intento suicida en el periodo comprendido del primero de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1994.

## MATERIAL Y METODO.

El universo de trabajo fueron de todos los pacientes que se valoraron en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y que presentaron o se les diagnosticó intento suicida, ya sea que se tratase desde un acto meramente manipulatorio hasta un intento suicida fallido, no importando la comorbilidad del paciente, asimismo se hace mención del total de hospitalizaciones del servicio de UMQAIP, se incluyó a toda persona que su edad fue mayor de 18 años en adelante, no importando sexo, ocupación, estado civil.

Para la recolección o localización de expedientes se consultó en el registro de hospitalizaciones diarias de todo el año del servicio de UMQAIP, del mencionado hospital, rastreándose posteriormente el expediente clínico de cada paciente con el objeto de localizar tanto el diagnóstico inicial como el diagnóstico final.

## PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se realizó el registro mediante "paloteo" y tarjetas simples en los cuales se mencionan los datos necesarios, incluyendo diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, así como, ocupación, sexo, estado civil, edad, escolaridad y método utilizado en el intento suicida.

Los datos se obtuvieron de los expedientes, conforme a las variables descritas, vaciándose los datos en hoja de captura para posterior análisis.

Variable dependiente.

1.- Expresión o intento suicida.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en el cual el universo de trabajo fue todo paciente con intento suicida que fue valorado en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, el cual presentó o se diagnosticó intento suicida en el periodo comprendido del primero de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1994.

## MATERIAL Y METODO.

El universo de trabajo fueron de todos los pacientes que se valoraron en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y que presentaron o se les diagnosticó intento suicida, ya sea que se tratase desde un acto meramente manipulatorio hasta un intento suicida fallido, no importando la comorbilidad del paciente, asimismo se hace mención del total de hospitalizaciones del servicio de UMQAIP, se incluyó a toda persona que su edad fue mayor de 18 años en adelante, no importando sexo, ocupación, estado civil.

Para la recolección o localización de expedientes se consultó en el registro de hospitalizaciones diarias de todo el año del servicio de UMQAIP, del mencionado hospital, rastreándose posteriormente el expediente clínico de cada paciente con el objeto de localizar tanto el diagnóstico inicial como el diagnóstico final.

## PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se realizó el registro mediante "paloteo" y tarjetas simples en los cuales se mencionan los datos necesarios, incluyendo diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, así como, ocupación, sexo, estado civil, edad, escolaridad y método utilizado en el intento suicida.

Los datos se obtuvieron de los expedientes, conforme a las variables descritas, vaciándose los datos en hoja de captura para posterior análisis.

Variable dependiente.

1.- Expresión o intento suicida.

## DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, en el cual el universo de trabajo fue todo paciente con intento suicida que fue valorado en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, el cual presentó o se diagnosticó intento suicida en el periodo comprendido del primero de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1994.

## MATERIAL Y METODO.

El universo de trabajo fueron de todos los pacientes que se valoraron en el servicio de UMQAIP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y que presentaron o se les diagnosticó intento suicida, ya sea que se tratase desde un acto meramente manipulatorio hasta un intento suicida fallido, no importando la comorbilidad del paciente, asimismo se hace mención del total de hospitalizaciones del servicio de UMQAIP, se incluyó a toda persona que su edad fue mayor de 18 años en adelante, no importando sexo, ocupación, estado civil.

Para la recolección o localización de expedientes se consultó en el registro de hospitalizaciones diarias de todo el año del servicio de UMQAIP, del mencionado hospital, rastreándose posteriormente el expediente clínico de cada paciente con el objeto de localizar tanto el diagnóstico inicial como el diagnóstico final.

## PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE LA INFORMACION.

Se realizó el registro mediante "paloteo" y tarjetas simples en los cuales se mencionan los datos necesarios, incluyendo diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, así como, ocupación, sexo, estado civil, edad, escolaridad y método utilizado en el intento suicida.

Los datos se obtuvieron de los expedientes, conforme a las variables descritas, vaciándose los datos en hoja de captura para posterior análisis.

Variable dependiente.

1.- Expresión o intento suicida.

Variables independientes:

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo
- 3.- Estado civil
- 4.- Ocupación.
- 5.- Días de estancia intrahospitalaria.
- 6.- Diagnóstico de ingreso.
- 7.- Diagnóstico de egreso

Procedimiento para captar y analizar estadísticamente la información.

Escrutinio en relación a frecuencias, en hoja de vaciado de datos.

Descripción del análisis estadístico.

- 1.- Frecuencia de ingreso a la UMQAIP.
- 2.- Frecuencia de pacientes con expresión suicida en relación al total de pacientes ingresados al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.
- 3.- Frecuencia diagnóstico de ingreso y egreso.

## RESULTADOS.

Durante el año de 1994 ingresaron al Hospital 2745 pacientes, de los cuales 1572 fueron del sexo masculino (57.26 %), y 1173 del sexo femenino , representando un 42.73 %.

Durante el mismo año se ingresaron 789 pacientes al servicio de UMQAIP, siendo 487 pacientes del sexo masculino (61.72%) y 302 del sexo femenino (38.27%). ver figura 1.

De estos 789 pacientes, 96 de ellos presentaron intento suicida. ver figura 2.

Número de casos por trimestres. ver figura 3.

1o.	25 pacientes	26.4%
2o.	30 pacientes	31.25%
3o.	23 pacientes	23.95%
4o.	18 pacientes	18.75%

Número de casos de acuerdo al estado civil. ver figura 4.

Solteros	53 pacientes.	55.2 %
Casados	26 pacientes	27.8 %
Separados	7 pacientes	7.29 %
Divorciados	6 pacientes	6.25 %
Unión libre	3 pacientes	3.1 %
Viudos	1 paciente	1.05 %

Número de casos de acuerdo a la ocupación. ver figura 5.

Desempleados	42 pacientes	43.75 %
Empleados	25 pacientes	26.04 %
Artesanos, etc.	14 pacientes	14,58 %
Hogar	7 pacientes	7.29 %
Estudiantes	5 pacientes	5.20 %
Profesionistas	2 pacientes	2.08 %
Comerciantes	1 paciente	1.05 %

ESTA TESIS NO SE  
DE LA BIBLIOTECA

Número de casos de acuerdo a la edad. ver figura 6.

Menores de 20años	4 pacientes	4.16 %
20-29 años	40 pacientes	41.6 %
30-39 años	34 pacientes	35.4 %
40-49 años	16 pacientes	16.6 %
Mayores de 49años.	2 pacientes	2.08 %

Se siguió esta clasificación por conveniencia ya que fueron pocos los encuestados y para facilitar el análisis.

Número de casos de acuerdo al sexo. ver figura 7.

Masculinos	55 pacientes
Femenino	41 pacientes.

Relación de pacientes que tuvieron mismo diagnóstico al egresar que al ingresar.

78 pacientes 81.25%

Relación de pacientes que tuvieron diferente diagnóstico al egresar que al ingresar.

18 pacientes 19.74%

Diagnósticos más frecuentemente encontrados.

Trastorno mental y del comportamiento secundario a farmacodependencia múltiple.....	14 pacientes.....	14.5%
Esquizofrenia paranoide.....	13 pacientes.....	13.5%
Trastorno de personalidad borderline.....	10 pacientes.....	10.4%
Episodio depresivo grave.....	10 pacientes.....	10.4%
Crisis parciales de sintomatología compleja.....	10 pacientes.....	10.4%
Episodio depresivo grave psicótico.....	7 pacientes.....	7.2%
Trastorno depresivo recurrente.....	6 pacientes.....	6.2%
Trastorno mental y del comportamiento asociado a retraso mental leve.....	5 pacientes.....	5.2%

Depresión moderada.....	3 pacientes.....	3.1%
Trastorno esquizoafectivo.....	3 pacientes.....	3.1%
Trastorno mental y del comportamiento secundario a alcoholismo .....	3 pacientes.....	3.1%
Trastorno Organico de la personalidad.....	3 pacientes.....	3.1%
Trastorno histriónico.....	2 pacientes.....	2.0%
Esquizofrenia indiferenciada.....	2 pacientes.....	2.0%
Trastorno de la personalidad.....	1 paciente.....	1.0%
Trastorno de ideas delirantes.....	1 paciente.....	1.0%
Esquizofrenia hebefrénica.....	1 paciente.....	1.0%
Trastorno de ideas delirantes persistentes.....	1 paciente.....	1.0%
Trastorno afectivo orgánico.....	1 paciente.....	1.0%
Intoxicación alcohólica.....	1 paciente.....	1.0%
Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a intoxicación con organos fosforados.....	1 paciente.....	1.0%
Distimia.....	1 paciente.....	1.0%

Aunque algunos autores mencionan que el intento suicida se encuentra con mayor frecuencia dentro del primer y último trimestre del año, nosotros no encontramos una diferencia significativa.

En cuanto al estado civil, el grupo sobresaliente es el soltero el cual ocupa el 55.2% de nuestra muestra.

De acuerdo al aspecto laboral encontramos que la mayoría se encuentran desempleados durante la presencia de intento suicida representando en nuestra muestra un porcentaje del 43.75%.

La edad en la cual se presentó con mayor frecuencia un intento suicida se encontró entre los 20-29 años de edad, ocupando un 41.6% y un 35.4% entre los 30-39 años de edad coincidiendo en lo que en la literatura se menciona.

En cuanto al sexo no existe mayor discrepancia entre uno y otro.

En el 81.25 % existe una concordancia diagnóstica tanto inicial con la final y las personas que más presentaron intento suicida oscila entre la escolaridad de primaria y secundaria.

Los métodos más frecuentemente utilizados para el intento suicida son las heridas cortantes, benzodiazepinas, intoxicación con psicotrópicos y el ahorcamiento, en orden decreciente.

## DISCUSION Y COMENTARIOS.

Aunque la literatura revisada menciona que la época o estación del año influye de algún modo para la manifestación de la conducta suicida, en nuestro estudio no encontramos datos que refieran dicho comentario, pobablemente a que la mayoría de los pacientes seleccionados resultaron ser psicoticos y no con patologia depresivas.

La vida cotidiana impone mayores factores de riesgo para los casados ya que éstos tienen mas conflictos emocionales, familiares, sociales y económicos; sin embargo, nuestros resultados reportaron una menor prevalencia en los individuos casados.

Los datos que arrojo nuestro estudio con respecto a la ocupación reflejan la realidad, y son congruentes con el tipo de población que atendemos ya que pertenecen a población abierta ó de escasos recursos.

Los hallazgos de nuestro estudio reportaron una prevalencia altamente significativa , con edades de 20 a 29 años de edad, en segundo lugar de 30 a 39 años; al mismo tiempo no se encontró diferencia significativa en sexo; datos que manifiestan que la práctica profesional es importante ya que durante ella es verídico encontrar dicha frecuencia en los individuos que acuden a la atención del hospital.

Los métodos más frecuentemente utilizados para el intento suicida son las heridas cortantes, benzodiacepinas, intoxicación con psicotrópicos y el ahorcamiento, en orden decreciente.

## DISCUSION Y COMENTARIOS.

Aunque la literatura revisada menciona que la época o estación del año influye de algún modo para la manifestación de la conducta suicida, en nuestro estudio no encontramos datos que refieran dicho comentario, pobablemente a que la mayoría de los pacientes seleccionados resultaron ser psicoticos y no con patologia depresivas.

La vida cotidiana impone mayores factores de riesgo para los casados ya que éstos tienen mas conflictos emocionales, familiares, sociales y económicos; sin embargo, nuestros resultados reportaron una menor prevalencia en los individuos casados.

Los datos que arrojo nuestro estudio con respecto a la ocupación reflejan la realidad, y son congruentes con el tipo de población que atendemos ya que pertenecen a población abierta ó de escasos recursos.

Los hallazgos de nuestro estudio reportaron una prevalencia altamente significativa , con edades de 20 a 29 años de edad, en segundo lugar de 30 a 39 años; al mismo tiempo no se encontró diferencia significativa en sexo; datos que manifiestan que la práctica profesional es importante ya que durante ella es verídico encontrar dicha frecuencia en los individuos que acuden a la atención del hospital.

## CONCLUSION

Efectivamente, de acuerdo a la literatura los trastornos psiquiatricos representan un porcentaje alto entre las personas que intentan un suicidio.

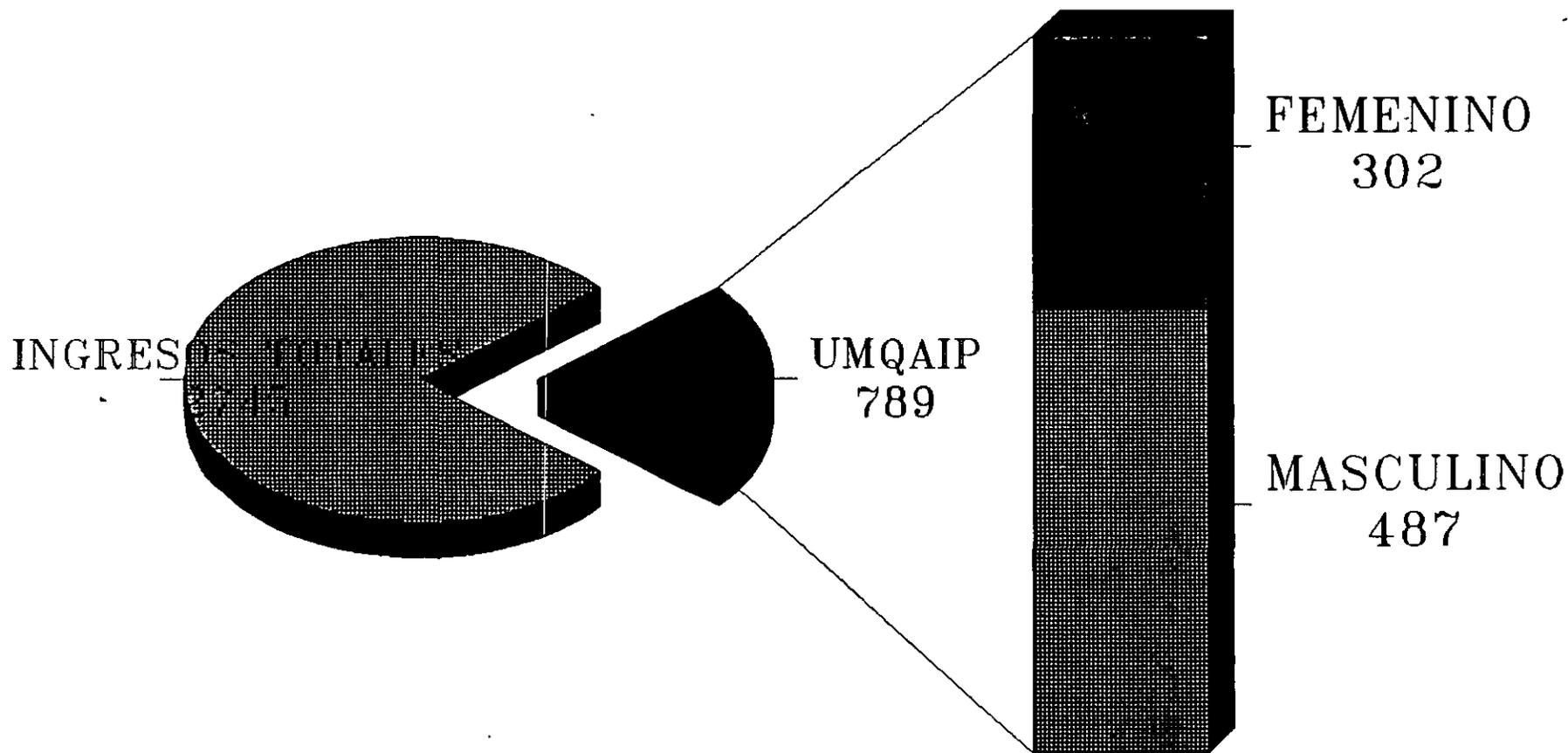
Tomando en cuenta que el intento suicida no es un diagnóstico, sino una expresión de un síntoma más de un trastorno subyacente, concluimos que un trastorno psicótico y las depresiones de todo tipo, así como el trastorno de personalidad borderline y epilepticos presentan un factor de riesgo predominante para elevar la frecuencia de los pacientes que intentan suicidarse.

Por lo mismo creemos aconsejable realizar este tipo de estudio en una forma más rutinaria y constante ya que nos proporcionan información oportuna y real para encausar las acciones preventivas y de vigilancia así como para buscar la intención de suicidio en pacientes de ingreso con padecimientos psicóticos.

Concluimos, que se debe buscar intencionadamente en todo paciente psicótico, ideaciones o intenciones suicidas.

FIGURA 1  
ESTUDIO DE INTENTO SUICIDA  
SEGUN INGRESOS AL SERVICIO DE UMQAIP Y SEXO

---

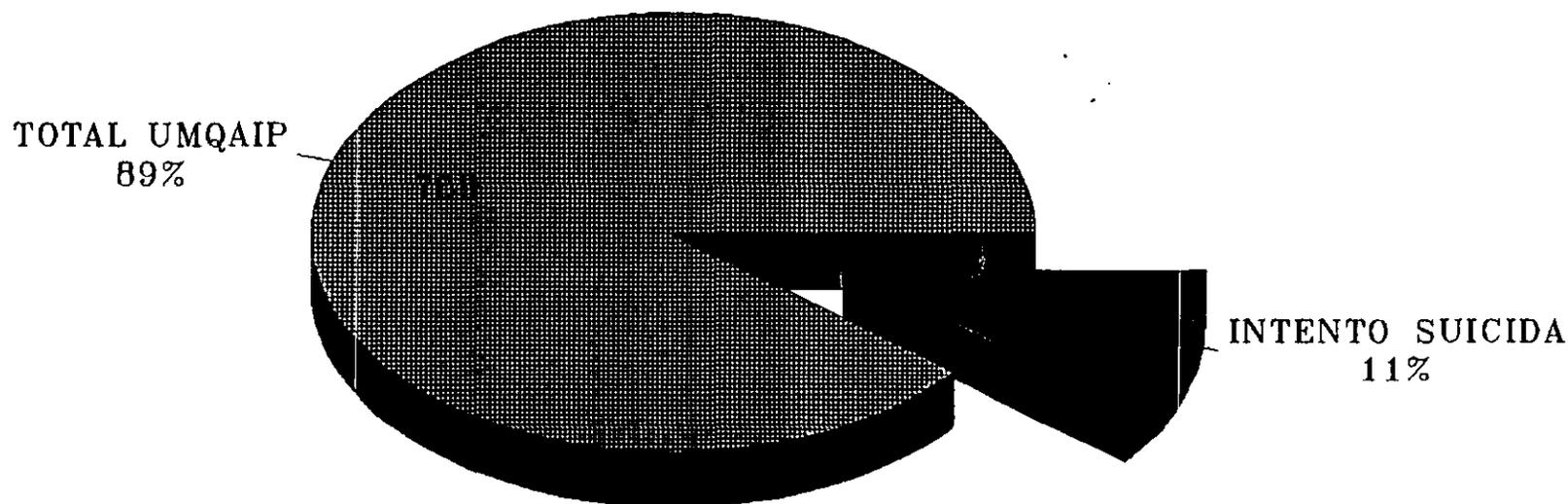


ESTUDIO EN 96 PACIENTES, 1994

FIGURA 2

ESTUDIO DE INTENTO SUICIDA  
SEGUN LA RELACION CON EL TOTAL DE LOS INGRESOS

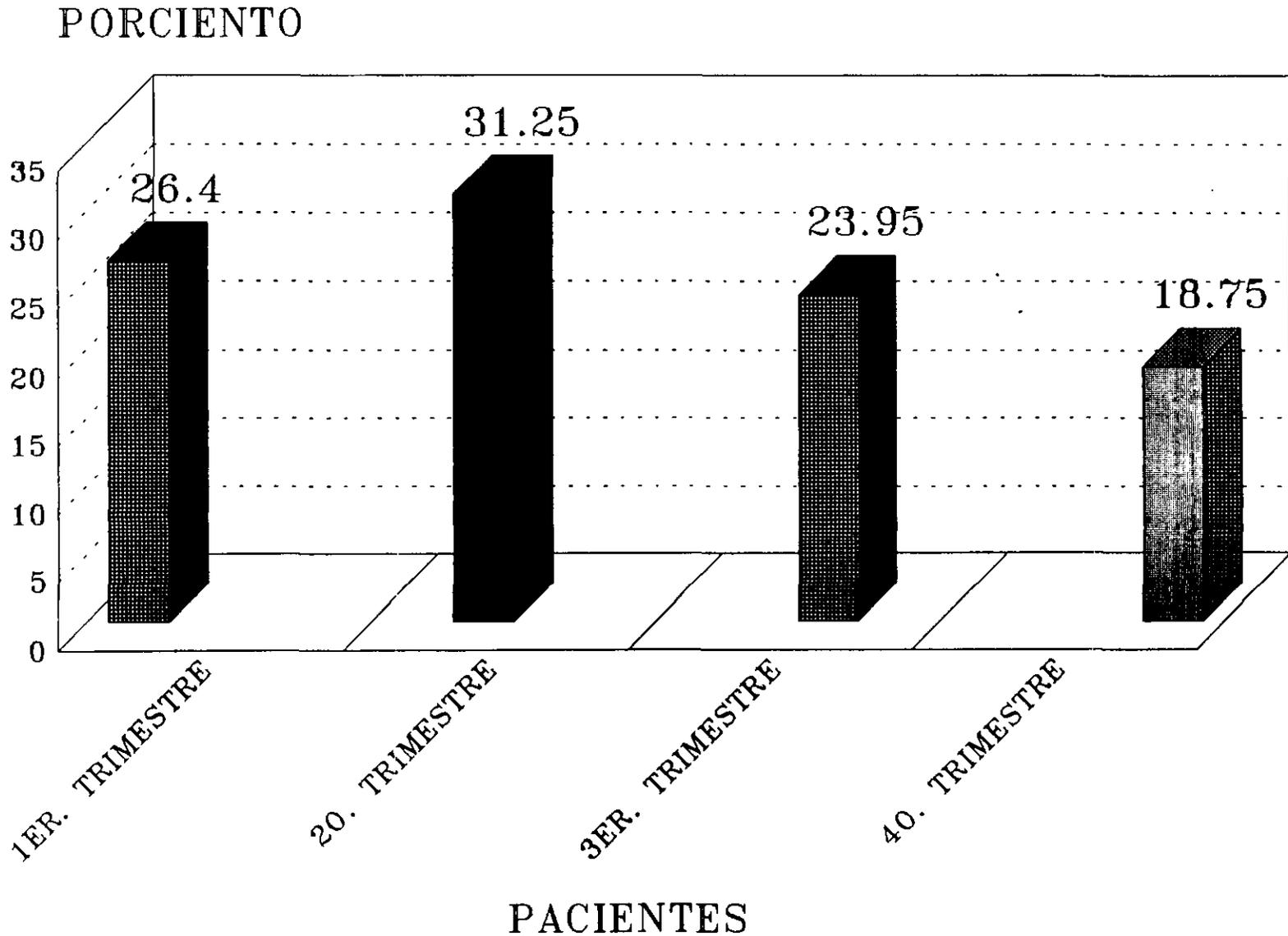
---



ESTUDIO EN 96 PACIENTES, 1994

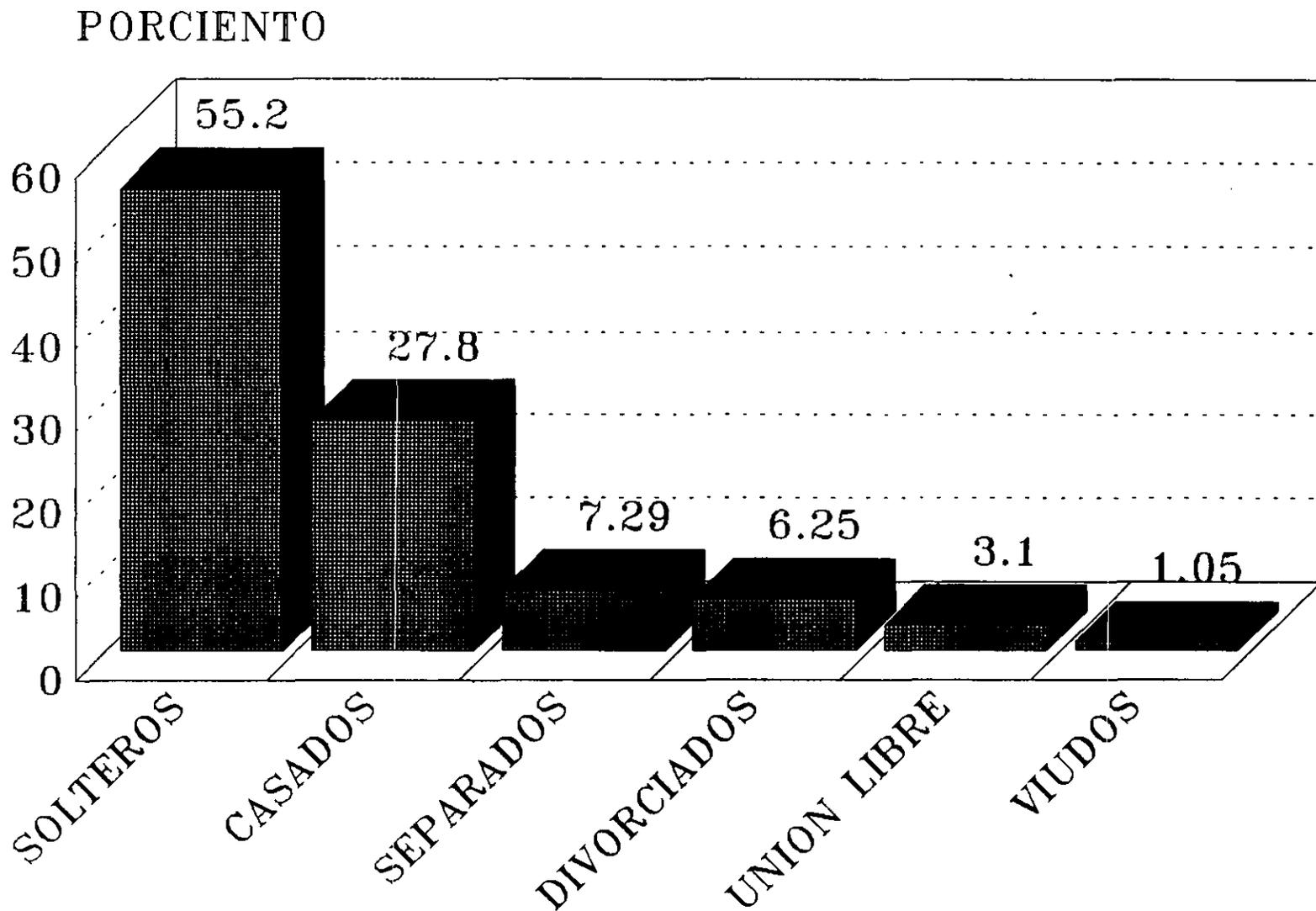
FIGURA 3

NUMERO DE CASOS POR TRIMESTRE (INTENTO SUICIDAS)



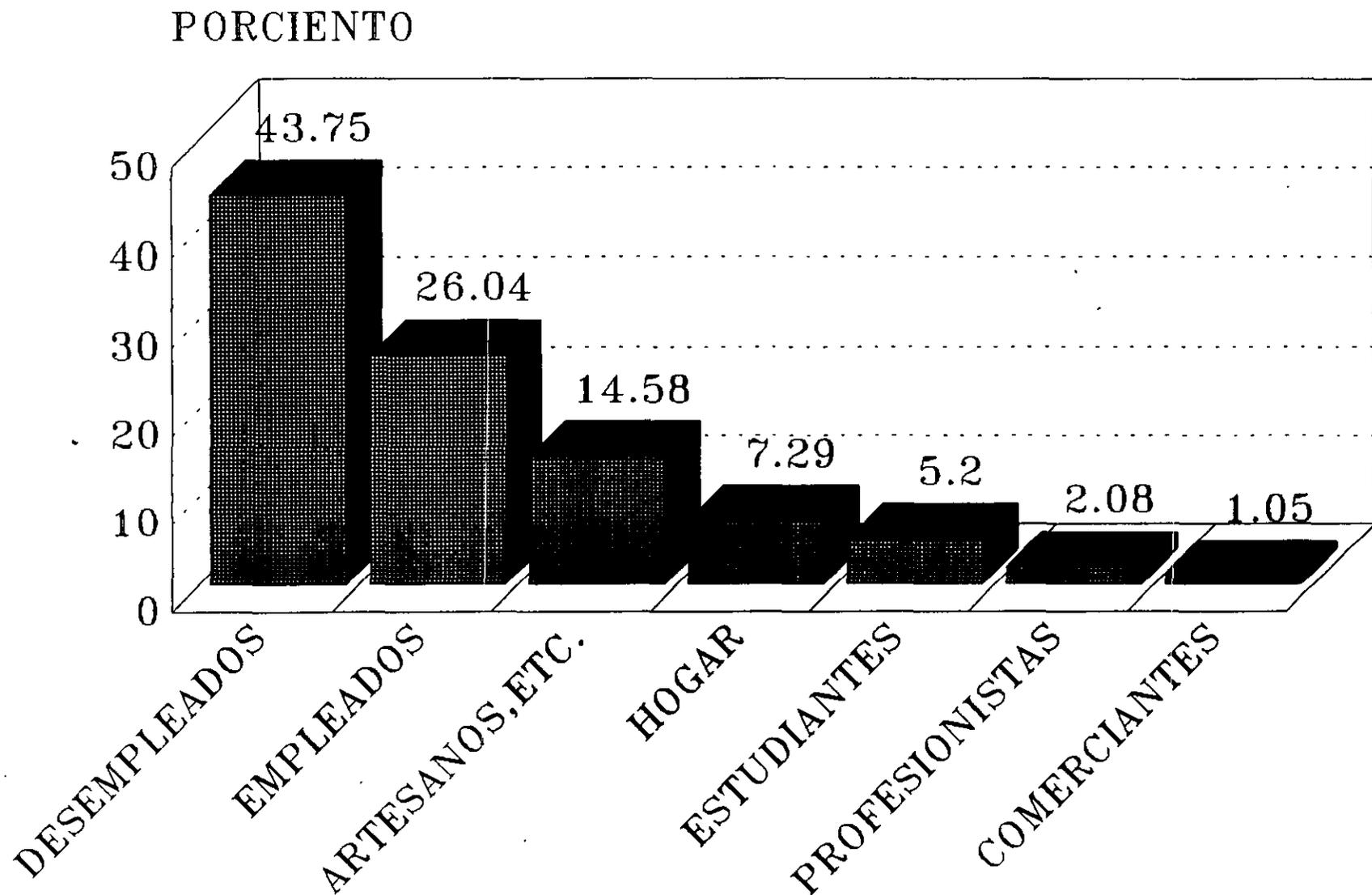
# FIGURA 4

## NUMERO DE CASOS DE ACUERDO A ESTADO CIVIL



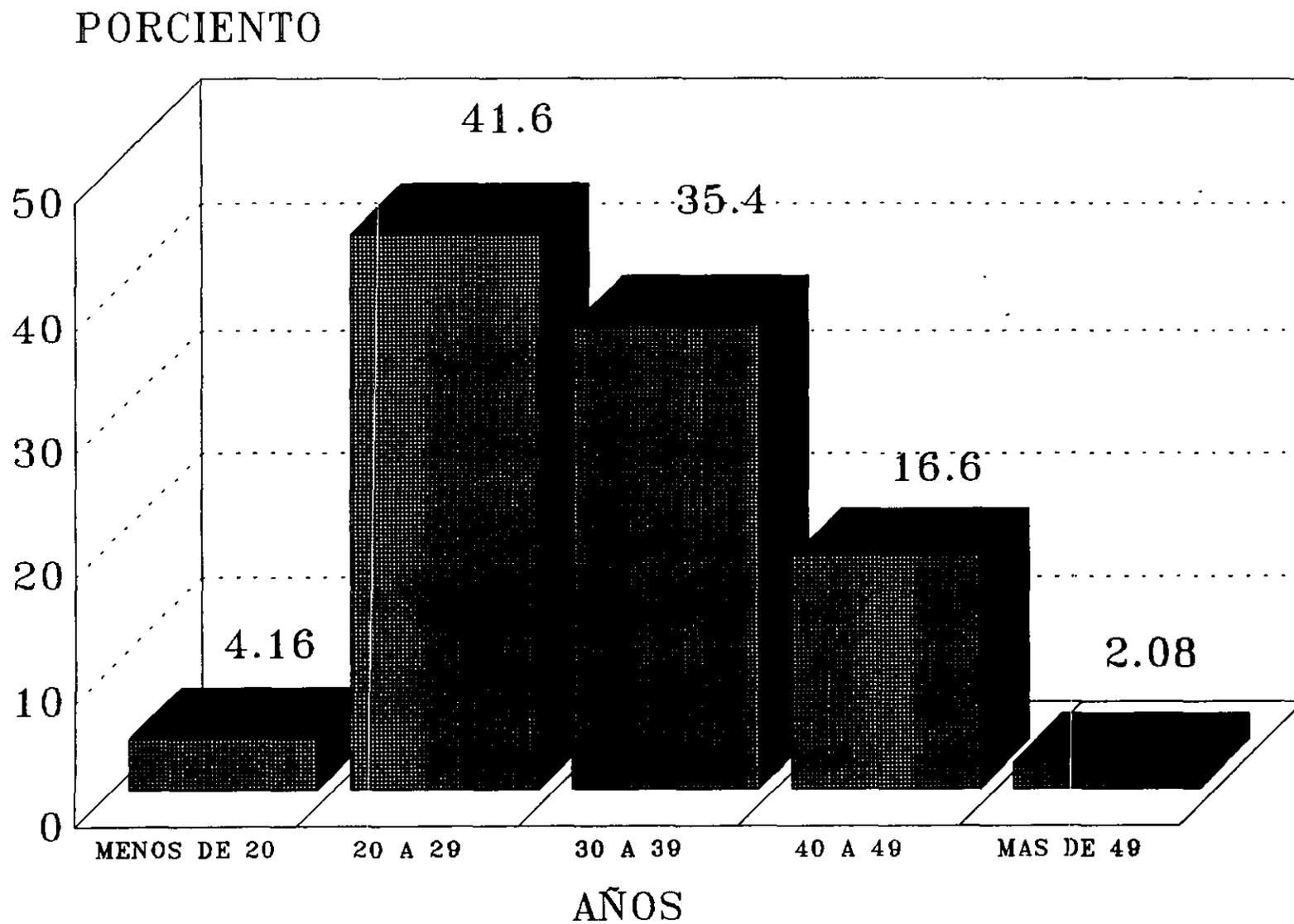
# FIGURA 5

## NUMERO DE CASOS DE ACUERDO A OCUPACION



# FIGURA 6

## NUMERO DE CASOS DE ACUERDO A EDAD



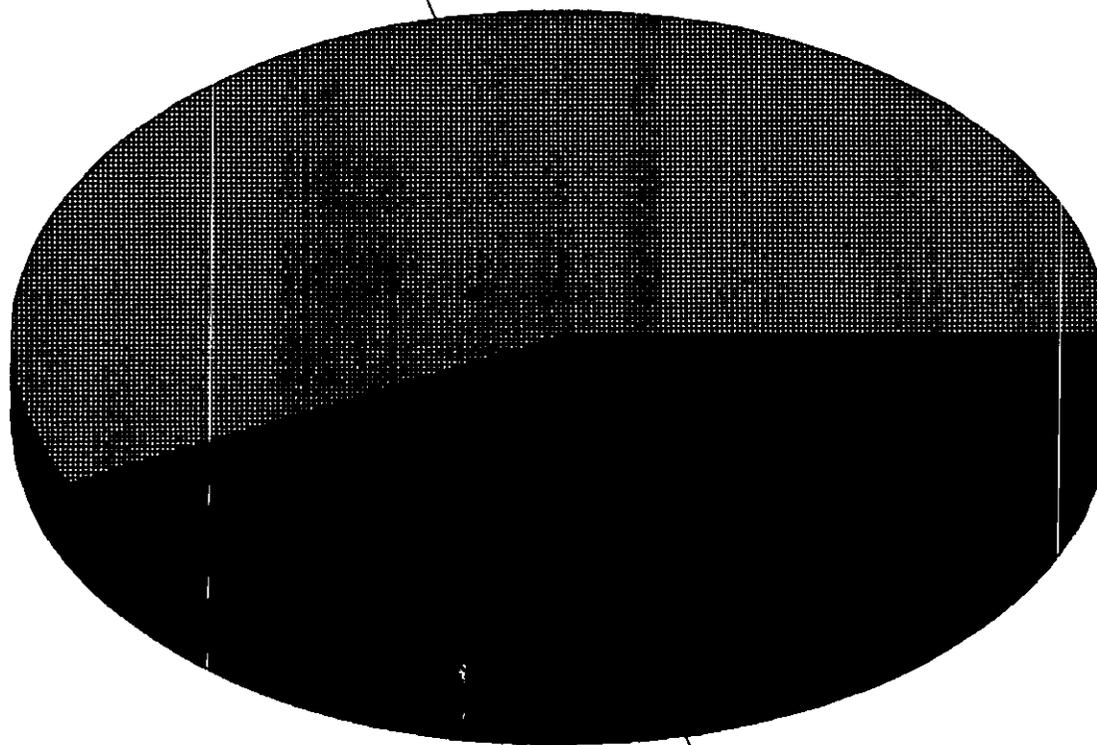
# FIGURA 7

## NUMERO DE CASOS DE ACUERDO AL SEXO

---

MASCULINOS

55



FEMENINOS

41

## BIBLIOGRAFIA.

1. Asnis-GM, Firedman-TA, Sanderson-WC, Faplan-ML. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, Y; Description and prevalence. American Journal Psychiatry Vol 150, 1 - (108-112) 1993.
2. Cohen-S, Lavallo J, Rich CL, Bromet E, Rates and correlates of suicide attempts in firsts admission psychotic patients. Acta Psychiatry-Scand. 90, 3 (163-171). 1994.
3. Cox BJ, Diefeld DM, Swinson RP. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorders and social phobia. American Journal Psychiatry 151, 6 Supp (882-887). 1994.
4. Farberow NL. Scheidman ES. Necesito ayuda. Estudio sobre el suicidio y su prevención. Edit. La Prensa Médica Mexicana.
5. Flaherty. JA Psiquiatría Diagnóstico y Tratamiento. Cap. el paciente suicida. Edit. Panamericana (69-77).
6. Freud S. Obras completas. Tomo II Cap. XCIII Duelo y Melancolia. 4a. Edit. Biblioteca Nueva Editorial.
7. Garnica Portillo Rodrigo. Esquizofrenia. Clínica Médica Psicofarma 1994.
8. Gayral L. Barcia D. Semiología clínica psiquiátrica. Cap. Alteraciones de los instintos. Edit. Libro del año (77-97) - España 1991.
9. Jiménez GA. Suicidio e intento suicida, aspectos epidemiológicos. Psiquis. Vol. 4, Núm. 5, 1995 Sep - Oct. pgs. 85-88

10. Kaplan H. Tratado de psiquiatría. Cap. 38 Urgencias psiquiátricas. Suicidio EliRobins. Edit. Salvat editores 5a. de. (1306-1308).
11. Kolb. L.C. Psiquiatría Clínica Moderna. Psicopatología. Edit. La Prensa Médica Mexicana 1989.(131-178).
12. Nordentoft M. Rubin P. Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and four year follow up study of 100 patients. Acta Psychiatry Scand. Vol. 88, 4 (278-85). 1993.
13. Rao ML, Braunigan P. Pharmacopsychiatry Vol. 27, 5 (202-206) 1994.
14. Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior. American Journal Psychiatry. Vol. 150, 6 (928-934). 1993.
15. Rund DA, Jeffery C. Hutzler. Psiquiatría en caso de urgencia Cap. 5 Suicidio. Edit. imusa oriega. (77-94)
16. Russ-MJ, Searin-EN, Clarkin JF. Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. American Journal Psychiatry Vol. 150, 12 (1869-1987). 1993.
17. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ. DSM-III personality disorders in the community. American Journal Psychiatry Vol. 151, 7 (1055- 1062). 1994.
18. Solof PH. et al. Kelly T. Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorders. American Journal Psychiatry Vol. 151, 9 (1316-1323). 1994.

19. Uriarte. V. Neuropsicofarmacología. Cap. 14 Urgencias en Psiquiatría. 1988 ( 123-125).
20. Vallejo N. JA Introducción a la psiquiatría. Edit. Científico Med.
21. Vallejo R.J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Cap. 14 Urgencias psiquiátricas. Edit. Salvat. 3a. de. 1992.
22. Van Castaren V.Van Der Veken. Suicide and attempt suicide reported by general practitioners in Belgium. Acta Psychiatry Scand. Vol. 87, 6 (451-455). 1993.
23. Villanueva M. M.A. Suicidio en pacientes internados en el Hosp. Psiq. Fray Bernardino Alvarez. Trabajo de revisión. 1979 Méx. DF.
24. Windle M. Characteristics of alcoholics who attempted suicide: Co-occurring disorders and personality differences with a sample of male Vietnam era veterans. J.Stud-Alcohol Vol. 55, 571-577.
25. Zweig RA Hinrichsen GA. Factors associated with suicide attempts by depressed older adults A prospective study. American Journal Psychiatry Vol. 150, 1 ( 1687-1692). 1993.
26. Ziscok S. Goff A. Sledge P. Reported suicidal behavior and current suicidal ideation in a psychiatric outpatients clinic. Ann Clinic Psychiatry. Vol. 6, 21 (27-31).