

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INTENTO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL “HERMILIO VALDIZAN”

Augusto Mosquera del Águila¹

Se trata de un estudio prospectivo de los casos de intento de suicidio que fueron internados en el Hospital “Hermilio Valdizán”, durante febrero 2000 – enero 2001. El objetivo fue identificar las variables sociodemográficas, clínicas, familiares, así como identificar las principales motivaciones y los factores de riesgo asociadas al intento de suicidio.

Se hace un análisis de los resultados en función de cada una de las variables consideradas en el estudio: sexo, grupo étnico, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, modalidad de instrumento, intentos suicidas previos, constitución familiar, antecedentes de suicidio en la familia, abuso sexual, intención del acto suicida, motivo del acto suicida, y diagnóstico psiquiátrico.

Palabras claves: *Intento de Suicidio, Suicidio, Perfil Epidemiológico*

This is a prospective study of suicide attempts' cases. The patients were hospitalized at Hermilio Valdizán Hospital, between February 2000 and January 2001. The objective was to determine sociodemographic, clinical and family variables; principal motivations and risk factors associated to suicide attempt.

We do an analysis of results according to each variable: sex, age, marital status, occupation, level of instruction, kind of implement, previous suicide attempts, family constitution, previous suicide in family members, sexual abuse, intention of suicide act, motive of suicide act, and psychiatric diagnose.

Key words: *Suicide Attempt, Suicide, Epidemiological Profile.*

¹ Médico Psiquiatra, Departamento de Análisis y Modificación del comportamiento. Hospital Hermilio Valdizán

A pesar de la eficacia del acto médico que ha contribuido a la disminución de la mortalidad de muchas enfermedades, los daños intencionales, como los homicidios y los suicidios, se han incrementado hasta llegar a constituirse en una de las principales causas de muerte. Así, en diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un incremento paulatino y constante del fenómeno suicida, especialmente en adolescentes (OPS, 1998). Perú no es la excepción y, si bien sus tasas de suicidio e intentos de suicidio no son las más altas en la región panamericana y en el resto del mundo, el problema amerita ser considerado, precisamente por su nefasta naturaleza.

Entre los grandes enigmas de la vida humana se encuentra el suicidio. Nadie sabe realmente por qué una persona se quita la vida, cuando la orientación básica es hacia la preservación de la vida misma. El suicidio es una conducta humana compleja y la vía final común para muchos problemas del hombre. Este no es un acto realizado al azar o sin sentido, al contrario, este acto auto-destructivo para algunas personas puede ser una reacción a las pérdidas, la separación y el abandono; puede ser un acto impulsivo que se experimenta como venganza por el rechazo; puede simbolizar el deseo de reunirse con la persona amada que se fue y puede ser también una reacción al pensamiento desordenado de la psicosis, a un estado tóxico como los producidos por diversas drogas, o a las distorsiones cognoscitivas que ocurren en caso de enfermedad depresiva asociadas a la desesperanza y el desamparo. (Blumenthal, 1998; Beck, A, 1983).

Desde una perspectiva psicosocial, se ha observado que el incremento en las tasas de suicidio entre la población joven está acompañado por un aumento de otros problemas tales como el abuso de drogas y alcohol, desempleo, delincuencia, sentimientos de desesperanza y falta de pertenencia, devaluaciones de la autoestima, etc.,

que incluso pueden considerarse como indicadores del nivel de angustia y desesperación social. (González-Forteza & Jiménez, 1997; Diekstra, 1989).

El intento de suicidio es un problema que ha adquirido características epidémicas en los últimos 40 años planteando diversos problemas sanitarios serios. En primer lugar, por la gran demanda de atención en los servicios de salud, como en Inglaterra, donde la tentativa de suicidio, "envenenamiento deliberado" es la primera causa de admisión en los servicios de urgencia en los hospitales generales para las mujeres (Leyoux, & Leon, 1994). En segundo lugar, la posterior consumación del suicidio, cuya mortalidad oscila entre el 10-15% a los 10 años (Adams et al., 1980), siendo mayor en los dos años posteriores al intento. En tercer lugar, la probabilidad de repetir un nuevo intento suicida es alta, pudiendo llegar al 45-55% (Bille-Braham et al, 1997; Ojehegen, et al., 1991).

A nivel mundial, cada día se suicidan alrededor de 1000 personas y en los EEUU cerca de 75, es decir 01 cada 20 minutos y más de 25,000 por año (Roy, 1997). En el Perú, la tasa estimada es de 2 por 100 mil habitantes (INEI). Conocer la magnitud de éste fenómeno en su justa magnitud es un reto. Por un lado se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar o enmascarar el suceso. De otro lado, los datos epidemiológicos frecuentemente derivan de encuestas retrospectivas que consisten en preguntar a los sujetos si ellos han cometido un intento suicida. A fin de precisar la frecuencia de los intentos de suicidio, ciertos trabajos recientes han estudiado el fenómeno por medio de cuestionarios anónimos. De esos estudios se desprende que la tasa anual de intentos de suicidio en Europa es de 162/100,000 en hombres y de 265/100,000 en

mujeres, es decir una cifra anual de cerca de 1,5 millones de casos por año (Diekstra, 1989). Estas tasas varían de manera significativa según los países. Hay que remarcar que en los países en vías de desarrollo, la ausencia de estadísticas confiables parece ser un problema, estimándose una relación de 18 intentos de suicidio frente a uno logrado, siendo más afectados los jóvenes y predominantemente de sexo femenino (Moscicki, 1997).

Diversas tesis y estudios de investigación realizados en diferentes hospitales nacionales sobre el tema indican que las tasas de los intentos de suicidio se han incrementado significativamente. Hay consenso sobre las características de las personas que intentan suicidarse: gente joven de sexo femenino, presencia de conflictos sentimentales o de pareja y el uso de métodos químicos tóxicos. Así mismo se consideran factores de riesgo importantes los trastornos psiquiátricos como la depresión, la esquizofrenia, el consumo de SPA, y los trastornos de personalidad (Vásquez, 1997; Alegre, 1999; Kruger, 1998; Anticonna, 1999).

La OMS viene enfatizando la importancia de realizar la mayor cantidad de estudios posibles sobre este tema en nuestros países, empleando mejores métodos de recolección de datos para la identificación de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo, afinando la precisión de características sociodemográficas y evaluando las causas y motivos del fenómeno suicida. En base a ello, el estudio tiene como importancia la determinación del perfil del suicida potencial, basado en la determinación de los factores de riesgo asociados lo que constituye un aspecto fundamental en la prevención así como la elaboración de programas preventivos eficaces que disminuyan el impacto de la problemática suicida en nuestro país.

MATERIAL Y METODOS

Muestra

La muestra del presente estudio lo conforman 67 pacientes, de ambos sexos, internados por intento de suicidio en el Hospital "Hermilio Valdizán" durante el periodo Febrero 2000 a Enero 2001.

Variables de estudio

- **Sexo:** Masculino, Femenino
- **Edad:** según unidad de análisis.
- **Estado Civil:** Soltero, casado, conviviente, separado o viudo
- **Ocupación:** empleado, estudiante, desocupado, independiente, su casa
- **Nivel de Instrucción:** sin instrucción, primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, superior completa o incompleta.
- **Modalidad de instrumento:** Insecticidas, fármacos, Arma blanca, otras modalidades.
- **Intentos suicidas previos:** presencia (uno, dos o más intentos) o ausencia de intento previo.
- **Constitución familiar:** padres separados, casados o convivientes
- **Antecedentes de suicidio en la familia:** presencia o ausencia.
- **Abuso Sexual:** presencia o ausencia
- **Intención del acto suicida:** para morir, llamar la atención, impulso o para dormir.

- *Motivo del acto suicida:* factor precipitante: discusión pareja, ruptura/separación con la pareja; discusión con los padres, enfermedad, frustración a la vida u otros motivos.
- *Diagnóstico psiquiátrico:* Depresión, psicosis, consumo de sustancias psicoactivas (SPA), Trastornos de la personalidad.

Técnica y Método de Trabajo

Se entrevistaron a los pacientes hospitalizados por intento de suicidio. Antes de iniciar la entrevista, a cada participante se le informó sobre el estudio, luego se pidió su consentimiento para la aplicación de la encuesta. Se aplicó la ficha adhoc que fue validada por investigadores profesionales nacionales que han publicado estudios sobre este tema.

Criterios de inclusión: Pacientes que ingresaron a las salas de hospitalización, del Hospital "Hermilio Valdizán", con diagnóstico médico psiquiátrico de intento de suicidio. Aceptación voluntaria del paciente para ingresar al estudio

Criterios de exclusión: Que el paciente no acepte voluntariamente ingresar al estudio. Dificultades en la comunicación con el investigador (lesiones cerebrales posteriores al acto suicida o pacientes portadores de síndrome orgánico cerebral (S.O.C).

Procesamiento y Análisis de Datos

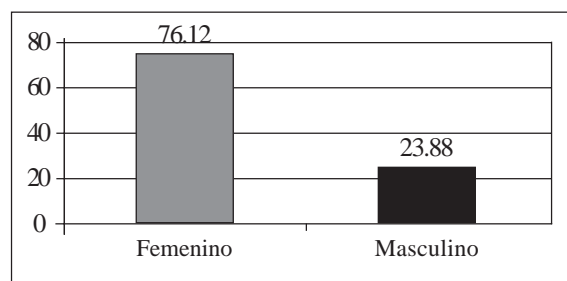
Los datos obtenidos mediante la ficha de evaluación de la encuesta fueron introducidas en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2000. Se aplicó estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias y porcentajes.

Se presentan los resultados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables.

RESULTADOS

Luego de Aplicar la ficha utilizada para la recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Sexo: de los 67 casos estudiados, el 76.12% correspondieron al sexo femenino y el 23.88% al sexo masculino, siendo la relación mujer/hombre de 3.1 a 1 (ver grafica N° 1).



Grafica N° 1. Distribución de Casos de Intento de Suicidio Según Sexo

Edad: El grupo etáreo más afectado fue la gente joven, entre los 14 y 25 años correspondiendo el 58.21% de la muestra. En segundo lugar fue el grupo entre los 26 y 30 años con el 23.88%; en ambos grupos etáreos las mujeres fueron las más afectadas (Ver cuadro N° 1).

Ocupación: La mayoría de los casos (47.76%) eran desocupados con predominio del sexo femenino. Luego, el grupo de estudiantes y empleados cada uno con el 16.42%, en ambos casos fueron las mujeres más afectadas.

Nivel de Instrucción: La mayoría de los casos tenía educación superior incompleta correspondiendo al 37.31%; el segundo grupo más afectado fue el que tenía secundaria incompleta con el 28.36%; se registró un 20.90% con secundaria completa, un 10.45% con estudios superiores completos mientras que tan solo un 2.99% tenía primaria incompleta.

Cuadro N° 1. Distribución Según Edad

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
14 – 20 años	17	25.37	1	1.49	18	26.87
21 - 25 años	16	23.88	5	7.46	21	31.34
26 - 30 años	11	16.42	5	7.46	16	23.88
31 - 35 años	3	4.48	0	0	3	4.48
36 – 40 años	2	2.99	2	2.99	4	5.97
41 - 50 años	1	1.49	2	2.99	3	4.48
50 - 57 años	1	1.49	1	1.49	2	2.99
TOTAL	51	76.12	16	23.88	67	100.0

Estado Civil: Predominaron los solteros en ambos sexos con un 74.63 % de los casos, luego los convivientes para los 2 sexos con un 16.42%;

los grupos minoritarios fueron los casados con 5.97 % y el grupo de los separados/viudos con el 2.99% (Ver cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Distribución Según Estado Civil

ESTADO CIVIL	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	38	56.72	12	17.91	50	74.63
Conviviente	9	13.43	2	2.99	11	16.42
Separado/Viudo	2	2.99	2	2.99	4	5.97
Casado	2	2.99	0	0	2	2.99
TOTAL	51	76.12	16	23.88	67	100.0

Modalidad de Instrumento: De todos los casos, el 62.69% utilizaron métodos químicos, correspondiendo a las mujeres el 53.73 %.

Dentro de los métodos químicos las sustancias más utilizadas fueron los ansiolíticos con 41.79 % y los insecticidas con 20.9 %.

En lo que se refiere a los métodos mecánicos predominó el corte de las muñecas con 23.88 %, siendo el grupo femenino ligeramente más afectado que los hombres. Sin embargo, hay que remarcar que éstos métodos mecánicos fueron los más frecuentes de todos los métodos usados por los hombres (Ver cuadro N° 3).

Cuadro N° 3. Distribución Según Modalidad de Instrumento

INSTRUMENTO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Benzodiazepinas	24	35.82	4	5.97	28	41.79
Arma Blanca	9	13.43	7	10.45	16	23.88
Insecticidas	12	17.91	2	2.99	14	20.9
Otros	6	8.96	3	4.48	9	13.43
TOTAL	51	76.12	16	23.88	67	100.0

Intentos suicidas previos: El 55.23 % de los casos había registrado algún intento suicida previo con predominio en las mujeres; de este grupo, el 26.87 % registro un intento previo; el

17.91 % dos intentos y el 10.45 % tres intentos. El 44.78% no había registrado ningún intento previo.
(Ver cuadro N° 4).

Cuadro N° 4. Distribución Según Intento Previo de Suicidio

INTENTO PREVIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
Ninguno	23	34.33	7	10.45	30	44.78
Uno	12	17.91	6	8.96	18	26.87
Dos	11	16.42	1	1.49	12	17.91
> Tres	5	7.46	2	2.99	7	10.45
TOTAL	51	76.12	16	23.88	67	100.0

Constitución familiar: la mayoría de los de los casos, el 68.66 %, provenían de hogares con padres separados, con predominio del sexo femenino (52.54 %). El 31.34 % vivía con sus padres, de ellos el 23.88 % eran de padres casados y el 7.46 % eran de padres convivientes.

Antecedentes de intento de suicidio o suicidio en la familia: El 79.10 % de los casos no registró antecedentes de familiares con intento o suicidio previo mientras que el 20.90 % registró algún familiar con dichos antecedentes.

Abuso sexual: La mayoría de los casos, el 76.12 % no registró ningún abuso sexual previo mientras que el 23.88 % manifestó algún tipo de abuso sexual.

Intención del acto suicida: El 67 % de los casos manifestó intención de morir en el momento

del acto suicida, esto en ambos sexos, siendo las mujeres más afectadas con el 47.76%. El 16.42 % lo hizo para llamar la atención; el 8.96 % declaró haberlo hecho obedeciendo a un impulso y un grupo menor, el 7.46% , quería solo dormir, esta intención solo se registró en el sexo femenino (Ver cuadro N° 5).

Cuadro N° 5. Distribución Según Intención del Acto Suicida

INTENCION DEL ACTO SUICIDA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Para morir	32	47.76	13	19.4	45	67.16
Llamar la atención	10	14.93	1	1.49	11	16.42
Impulso	4	5.97	2	2.99	6	8.96
Para dormir	5	7.46	0	0	5	7.46
TOTAL	51	76.12	16	23.88	67	100.0

Motivo del acto suicida: El motivo más frecuente estuvo en relación al conflicto con la pareja correspondiendo al 46.27 %, siendo las mujeres el grupo más afectado. De este grupo, se registró un 23.88 % correspondiendo a discusión con la pareja, mientras que la ruptura o separación de ésta fue el 22.39 %. El segundo motivo importante fue los conflictos con

los padres representando el 20.90 %, igualmente más frecuente en las mujeres. Los problemas psicopatológicos (enfermedad) registraron un 19.40% sin notarse mayor diferencia entre ambos sexos. Problemas económicos, frustraciones registraron un 13.43%, sin diferencias significativas entre ambos sexos. (Ver cuadro N° 6).

Cuadro N° 6. Distribución Según Motivo del Acto Suicida

MOTIVO DEL ACTO SUICIDA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%
Discusión pareja	13	19.4	3	4.48	16	23.88
Ruptura/separ. pareja	14	20.9	1	1.49	15	22.39
Discusión con padres	12	17.91	2	2.99	14	20.9
Enfermedad	7	10.45	6	8.96	13	19.4
Frustración vida / otros	5	7.46	4	5.97	9	13.43
TOTAL	51	76.12	16	23.89	67	100.0

Diagnóstico Psiquiátrico: El diagnóstico más frecuente fue la depresión en sus distintas formas, registrándose un 56,95%, afectando más a las mujeres (48,61%) que a los hombres (8,34%). De este grupo, el Trastorno Depresivo Mayor fue el más frecuente con 26,39 %, luego se registró a la distimia con 15,28 % y el

trastorno de adaptación con 15,28%. El siguiente diagnóstico fue las psicosis esquizofrénica con 16,67%, éste diagnóstico fue el más frecuente entre los hombres; luego el consumo de sustancia psicoactivas con 13,89%, y finalmente los trastornos de personalidad 13,43 %, ambos más frecuente en las mujeres (Ver cuadro N° 7).

Tabla N° 7. Distribución Según Diagnóstico Psiquiátrico

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%
Trast. Depres. Mayor	17	23.61	2	2.78	19	26.39
PSICOSIS (Esquizofrenia)	7	9.72	5	6.94	12	16.67
Distimia	9	12.5	2	2.78	11	15.28
Trast. Adapt. Depres.	9	12.5	2	2.78	11	15.28
CONSUMO SPA/Alcohol	8	11.11	2	2.78	10	13.89
Trast. Personalidad	6	8.33	3	4.17	9	12.5
TOTAL	56	77.78	16	22.22	72	100.0

DISCUSION

Se procede a la discusión y comentario de cada variable.

Sexo: los resultados muestran una predominancia del sexo femenino, 76.12% de la población estudiada. La relación mujer/hombre es de 3.1 a 1. Estos resultados corroboran los hallazgos de otros estudios que muestran que las mujeres, intentan suicidarse tres a cuatro veces más que los hombres utilizando métodos potencialmente menos letales (Vásquez, 1997; Roy, 1997; Duran et al., 1999; Blumenthal, 1988; Vilchez, 2000; Anticon, 1999).

Edad: En nuestro estudio encontramos mayor prevalencia entre los 14 y 30 años, que corresponde al 82.09%, sobre todo en las muje-

res. Estos datos también son encontrados en otros estudios (Davidson & Choquet, 1982; Lejoyeux et al., 1994; Duran et al., 1999; Roy, 1997; Millet et al., 1994; Alegre, 1999; Batt et al., 1993; Vásquez, 1997; Anticon, 1999). Se conoce que las tasas de suicidio aumentan con la edad, pero se ha observado que el suicidio entre la población más joven, entre 15 y 30 años, se ha triplicado en los últimos 40 años, (Rey Gex & Narring, 1998; Carlson & Abbott, 1997).

Estado civil: En nuestro estudio los solteros fueron los más afectados con el 74.63 % de casos para ambos sexos, hallazgo constante en la literatura del intento de suicidio (Vásquez, 1997; Campbell et al., 1999; Durand et al., 1999; Alegre, 1999; Tejedor et al., 1999; Rey Gex & Narring, 1998, Vásquez, 2000). Hay que remarcar que la predominancia de la gente joven de

nuestro estudio puede resultar un sesgo en cuanto a la mayor prevalencia de los solteros. El grupo menos afectado fueron los casados con tan solo el 2.99 %, éste resultado corrobora los hallazgos de otros autores en el sentido que el matrimonio parece tener un efecto protector y sobre todo la presencia de hijos que aumenta esta protección (Abbar et al., 1993).

Modalidad de instrumento: De todos los casos estudiados, el 62.69% utilizaron métodos químicos, correspondiendo a las mujeres el 53.73%. Las sustancias más utilizadas fueron los ansiolíticos con 41.79% y los insecticidas con 20.9%. Estos resultados corroboran los hallazgos de otros autores que mencionan que las mujeres hacen el intento de suicidio cuatro veces más que los hombres, y para ello utilizan medios menos fatales como ingesta de medicamentos, tóxicos y cortes en las muñecas (Davidson & Choquet, 1982; Lejoyeux et al., 1994; Duran et al, 1999; Alegre, 1999; 1993; Vásquez, 1997; Anticon, 1999; Ramos, 1974, Campbell et al., 1999). En numerosos estudios se señala a las Benzodiazepinas como la más frecuentemente utilizada en los intentos de suicidio (Vásquez, 1997; Schmitz, 1992; Brent, 1988). Esto puede explicarse por la fácil accesibilidad a estos fármacos vía la venta libre en las farmacias.

En lo que se refiere a los métodos mecánicos predominó el corte de las muñecas con 23.88%, siendo el grupo femenino ligeramente más afectado que los hombres. Sin embargo, hay que remarcar que éstos métodos mecánicos fueron los más frecuentes de todos los métodos usados por los hombres. Estos resultados corroboran los encontrados por otros autores donde más del 50% de los varones suicidas recurren al empleo de métodos violentos como armas de fuego, arma blanca, salto al vacío, ahorcamiento (Blumenthal, 1988; Roy, 1997; Alegre, 1999; Otarola, 1999).

Ocupación: En nuestro estudio la mayoría de los casos eran desocupados y predominantemente de sexo femenino, atribuible a la muestra mayormente femenina. Nuestro resultado de 47.76% de desocupados coincide con los de otros autores que muestran una relación de intento de suicidio con el desempleo, constituyéndose este grupo social en uno de alto riesgo de suicidio (Duran et al, 1999; Roy, 1997, Vásquez, 1997; Vilchez, 2000). El siguiente grupo afectado estuvo conformado por los estudiantes y los empleados, cada uno con el 16.42%, luego los trabajadores independientes con el 13.43%. Estos resultados van en el sentido de que tener un trabajo se considera, en general, un factor protector contra el suicidio (Roy, 1997; Carlson & Abbott, 1997). Así, durante las recesiones y épocas de alto desempleo aumenta la tasa de suicidio (Campbell et al., 1999; Roy, 1997, González-Fortez & Jiménez, 1997; Diekstra, 1989).

Grado de instrucción: En nuestra muestra se encontró que el 68.21% de casos terminó la secundaria, habiéndola completado el 20.90%, mientras que el 37.31% cursaba educación superior y un 10.45% la había terminado. Estos hallazgos han sido descritos en otros estudios (Durán et al, 1999; Vásquez, 1997).

Intentos suicidas previos: En nuestra muestra el 55.23% de los pacientes hospitalizados había registrado algún intento suicida previo con predominio en las mujeres. De este grupo el 26.87% registro un intento previo, el 17.91% dos intentos y el 10.45% tres intentos. Estos hallazgos han sido reportados por otros autores, encontrándose que las pacientes contaban con por lo menos un intento de suicidio anterior, remarcando que un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador de riesgo de suicidio (Lejoyeux et al., 1994; Adams et al., 1980; Duran et al, 1999; Roy, 1997, Vásquez, 1997; Campbell et al., 1999).

Constitución familiar: En este estudio se registró que la mayoría de sujetos (68.66%) provenían de hogares de padres separados. Estos resultados han sido reportados por otros autores (Vásquez, 1997). Se reconoce un incremento en el riesgo de intento de suicidio en los hijos de adolescentes de padres separados en 3,4 veces superior al de los hijos de padres casados y con relación estable (Roy, 1997; Davidson & Philippe, 1986). De otro lado, la pérdida parental (muerte o separación permanente) a temprana edad, es considerado un factor de riesgo importante para las conductas suicidas (Vásquez, 2000).

Antecedentes de intento de suicidio o suicidio en la familia: En nuestro estudio sólo el 20.90 % de los pacientes tenían algún familiar con dichos antecedentes; esto puede deberse a que en nuestro país hay mucho recelo a dar datos de esta naturaleza y probablemente algunos pacientes no tengan acceso a esta información en sus familias. Estudios nacionales encontraron 11.3% de antecedentes (Duran et al., 1999). Algunos estudios estiman antecedentes familiares de suicidio del 5 al 33% en los sujetos con intento de suicidio (Blumenthal, 1988; Chastang et al., 1998; Carlson & Abbott, 1997).

Abuso sexual: Tan sólo un 23.88 % de los pacientes presentó historia de algún abuso sexual previo, la mayoría de los cuales fue hecha por un familiar. En un estudio sobre el fenómeno suicida, Vásquez encuentra una mayor incidencia de alguna forma de violencia sexual en las mujeres durante la infancia o la adolescencia, y más de la mitad de las afectadas señaló a una figura de su entorno familiar como el agresor (Vásquez, 2000).

Intención del acto suicida: Se encontró que más del 67% de pacientes declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, siendo las mujeres más afectadas. El

16.42% lo hizo para llamar la atención; el 8.96% declaró haberlo hecho obedeciendo a un impulso, sobre todo los jóvenes. Ciertos autores mencionan que en general los intentos de suicidio de los adolescentes son impulsivos, señalan que 55% de adolescentes afirmaron no haber premeditado su gesto suicida, 88% no habían prevenido a nadie y 76% no habían efectuado ningún preparativo (Roy, 1997; Davidson y Choquet, 1982).

Motivo del acto suicida: En el presente estudio, el 46,27% de pacientes, predominantemente de sexo femenino, tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltrato físico o psicológico y a las separaciones de la pareja. El segundo motivo importante fue los conflictos con los padres registrándose un 20.90% ,igualmente más frecuente en las mujeres. Estos hallazgos corroboran los encontrados por otros autores (Vásquez, 1997; Alegre, 1999; Abbar et al., 1993; Vilchez, 2000, Kruger, 1998; Anticon, 1999). Los Trastornos psicopatológicos que justificaron un intento suicida registraron un 19.40 %, siendo la esquizofrenia el trastorno más frecuentemente asociado, hecho que se corroborará con otros estudios (Lejeyoux et al, 1994; Roy, 1997; Vásquez, 1997).

Diagnóstico psiquiátrico: En nuestra estudio el diagnóstico más frecuente fue la depresión en sus distintas formas, registrándose un total de 56,95%, afectando más a las mujeres. De este grupo, la depresión mayor fue la más frecuente con 26,39%, luego sigue la distimia con 15,28% y el trastorno de adaptación (reacción depresiva) con 15,28%. Estos hallazgos han sido reportados por otros autores, donde la depresión se considera el trastorno más comúnmente asociado con suicidio, con cifras que van del 35% al 80% (Moscicki, 1997; Durand et al., 1999; Blumenthal, 1988; Vásquez, 1997; Campbell et al 1997; Rihmer et al., 1994; Kruger,

1998). La desesperanza o la expectativa negativa del futuro ha sido descrita como uno de los factores más importantes que conducen al suicidio en los pacientes deprimidos ((Roy, 1997; Beck, 1983; Freemann, 1995).

El siguiente diagnóstico fue los trastornos psicóticos con 16.67%, siendo el diagnóstico más frecuente en los hombres. Estos hallazgos han sido descritos por otros autores con cifras que van del 15% al 22% (Blumenthal, 1988; Vilchez, 2000, Anticon, 1999). Otro diagnóstico encontrado fue el trastorno por consumo de sustancia psicoactivas, correspondiendo al 13.8%, con predominio de las mujeres. Las tasas de alcoholismo halladas en la literatura de los pacientes que intentaban suicidarse fluctuaron entre el 13 y el 50% (Blumenthal, 1988; Saavedra, 1997). Finalmente, los trastornos de personalidad representaron el 12.5% de los pacientes, siendo igualmente las mujeres las más afectadas. Dentro de estos trastornos los más frecuentes fueron la personalidad limítrofe y antisocial. Iguales resultados fueron encontrados en otros estudios (Blumenthal, 1988; Vásquez, 1997; Vilchez, 2000).

Conclusiones

1. La población de estudio fue en su gran mayoría de sexo femenino (76.12%), que estuvo comprendida entre los 14 y 30 años. En ambos sexos predominaron los solteros. La mayoría de los casos (47.76%) eran desocupados.
2. La modalidad más utilizados por las mujeres (53.73%) fue la ingesta de fármacos (benzodiazepinas) y los insecticidas; mientras que el 45% de los varones utilizaron los métodos mecánicos (cortes con arma blanca).
3. La mayoría de los pacientes (55.23 %) había registrado algún intento suicida previo. El 68.66% de los pacientes provenían de hogares

de padres separados. El 20.90 % de los pacientes tenía algún familiar con antecedentes de intento o suicidio en la familia. Un 23.88 % de los pacientes presentó historia de algún abuso sexual previo.

4. Se encontró que el 67% de pacientes declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, siendo las mujeres más afectadas. El 46,27% de pacientes, predominantemente de sexo femenino, tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltrato físico o psicológico y separaciones.
5. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue la depresión en sus distintas formas. Los siguientes diagnósticos fueron los trastornos psicóticos, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y los trastornos de personalidad.
6. La mayoría de los resultados encontrados en nuestro estudio están en concordancia con los reportados en la literatura nacional y extranjera, datos que nos permiten comparar nuestra realidad institucional con otras instituciones.

Recomendaciones

1. Por su incremento paulatino y por su importancia como problema de salud pública, el intento de suicidio merece mayores estudios epidemiológicos, clínicos e investigaciones que provean de mejores sistemas de prevención para la conducta suicida. Así como el seguimiento de los pacientes que intentaron suicidarse.
2. Se recomienda mejorar los sistemas de registros en los centros de atención, con lo que se tendrá cifras reales tanto para el intento de suicidio, como para el suicidio consumado.
3. Es necesario implementar programas de entrenamiento para el reconocimiento de los fac-

- tores de riesgo y el tratamiento eficaz de la conducta suicida en el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y otros). También promoviendo programas educativos a las familias con miembros de alto riesgo suicida y sobre todo mejorar la comunicación dentro de la familia.
4. Un intento de suicidio previo es quizás el mejor indicador que un paciente se encuentra en riesgo de suicidio. Por lo tanto todo intento previo debe tomarse seriamente como factor predictor, independiente de su letalidad. Es importante una evaluación cuidadosa de esta conducta, sobre todo en los servicios de emergencia donde se puede tomar decisiones inmediatas, entre una hospitalización o manejar ambulatoriamente al paciente suicida con el riesgo de un nuevo intento o la consumación del mismo.
 5. Conociendo que las sustancias químicas, fármacos e insecticidas son los instrumentos más comúnmente utilizados para la conducta suicida, se debe promover esfuerzos para reducir el acceso a estas sustancias, diseñando campañas públicas de información y de prohibición a su venta libre.
 6. Se debe desarrollar estrategias que reduzcan el estigma asociado a ser usuario de un servicio de salud mental o de ser víctima de una conducta suicida.
 7. Es importante trabajar en su prevención y para ello es necesario alertar a la población que el suicidio es un problema de salud prevenible realizando campañas sobre la conducta suicida y su prevención en instituciones educativas (colegios, universidades), laborales y la comunidad en general. Se puede desarrollar programas de diseminación de información y soporte a través de medios masivos de comunicación como la televisión, la radio, los periódicos, teléfono e Internet.
 8. Es necesario incorporar una ficha epidemiológica y un protocolo integral de atención de la conducta suicida a los programas de atención de las instituciones de salud del país.

REFERENCIAS

- Abbar M, Caer Y, Schenk L, Castelnaud D. (1993). Facteurs de stress psychosociaux et conduites suicidaires. *L'encephale*, XIX: 179-185.
- Adams, K.S., Bonchong, A. & Steiner, D. (1980). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1081-1085.
- Alegre, C. (1999). *Factores de riesgo asociados al Intento de suicidio en el servicio de Emergencia del HNERM (Es Salud)*. Tesis para título de psiquiatra, UNMSM, Lima-Perú.
- Anticona, C., Uscata, L., Fuentes, S. y Aguirre, E. (1999). Epidemiología del intento de suicidio: Servicio de Emergencia del Hospital «Víctor Larco Herrera». *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, Vol 3, Nº 1, 11-22.
- Batt, A. Tron, I., Depoivre, C., Trehony, A. (1993). Les gestes suicidaires en Bretagne. *L'Encephale*, XIX: 619-625.
- Beck, A.T., Rush, J. y Shaw, B. (1983). Técnicas específicas para el paciente suicida. En *Terapia cognitiva de la depresión*, pp. 191-207. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Bille-Braha, U., Kerkhof, A., De Leo, D., Schmidtke, A. et al. (1997). A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO multicenter study on parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand*, 95, 81-6.
- Blumenthal, S. (1988). Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Méd Norteamérica*, 4, 999-1035.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, et al. (1988). Risk factors in adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 581-8.
- Campbell, S., Quintero, C., Guevara, J., Hernández, S. y Falla, R. (1999). Comportamiento de los intentos de suicidio letales y no letales. *Acta médica Colombiana*, 24 (4), 144-150.
- Carlson, G. & Abbott, S. (1997). Trastornos del estado de ánimo y suicidio. In Kaplan HI, Sadoc BJ. *Tratado de Psiquiatría*. Tomo IV, capítulo 44, Volumen IV, Sexta edición. Argentina: Editorial Inter-Médica.

- Chastang, F., Rioux, P., Dupont, I., Baranger, et al. (1998). Risk factors associated with suicide attempt in young French people. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 474-479.
- Davidson, F., Choquet, M. (1982). *Le suicide de l'adolescent: étude épidémiologique*. Paris: Les éditions ESF.
- Diekstra, R. (1989). Suicidal Behavior and depressive Disorders in adolescents and Young Adults. *Neuropsychobiology*, 22: 194-207.
- Diekstra, R.F.W. (1989). Suicide and the attempted suicide: a international perspective. *Acta Psychiatr Scand*; 80 (suppl 354), 1-25.
- Duran, D., Mazzoti, G., Vivar, A. (1999). Intento de suicidio y Depresión mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General. *Revista de Neuropsiquiatría*, 62, 226-241.
- Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002 (2002). Informe general. *Anales de Salud mental*, Volumen XVIII. N° 1 y 2.
- Fernández, A., González, M., Lasa, A. (1998). Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicidio *Acta Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 26 (2), 97-103.
- Freemann, A. & Reineck, M.A. (1995). Introducción a la conducta suicida. En *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*, capítulo I. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- Freud, S. (1968). *Deuil et mélancolie in Métapsychologie*. Paris: Edit. Gallimard.
- González-Forteza, C., Berenzón-Gorn, S., Tello-Granados, A.M. et al. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Pública Méx*; 40, 430-437.
- González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A. (1997). Factores socioculturales y suicidio. *Psicopatología*, 17 (4), 151-157.
- Hending, H. (1987). Youth Suicide: A Psychosocial Perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*; 17 (2), 151-165.
- Kruger, H. (1998). Atención médica y prevención de depresión en un hospital Nacional. *Diagnóstico*, vol. 37, N° 3, 168-172.
- Lejoyeux, M.E., León, Rouillon, F. Prevalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide. *L'Encephale*; XX, 495-503.
- Maris, R. (1997). Social and familial risk factors in suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, vol 20, N° 3, 519-550.
- Millet, B., Halfon, O. Laget, J., Barrie, M. (1994). Tentatives de suicide de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 42 (10), 704-710.
- Moreno-Ceballos, N. (2000). *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. República Dominicana: Edit. Búho.
- Moscicki, E. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatric Clinics of North America*, sept. Vol 20 N° 3, 499-517.
- Öjehagen, A., Regnéll, G. & Träskman-Bendez, L. (1991). Deliberated self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 266-71.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *La condición de salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS.; vol I: 80
- Otárola, F. (1999). *Suicidio en Lima Metropolitana*, Tesis de bachiller en Medicina UNMSM, Lima-Perú,
- Ramos, L. (1974). *Estudio clínico estadístico de 50 casos de intento de suicidio mediante escala codificada*. Tesis Bachiller en medicina, UNMSM, Lima-Perú.
- Rey Gex, C. & Narring, F. (1998). Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 28-33.
- Rihmer, Z., Rutz, W. & Barsi, J. (1994). Suicide rate, prevalence of diagnosed depression and prevalence of working physician in Hungary. *Acta Psychiatr Scand*, 88, 391-394.
- Roy, A. (1997). Emergencias psiquiátricas In Kaplan HI, Sadoc BJ (Eds). *Tratado de psiquiatría* capítulo 30, Tomo III, Volumen IV, Sexta edición. Editorial Inter-Médica, Argentina: 1671-1683.
- Saavedra, A. (1997). Comorbilidad en Alcoholismo. Serie: *Monografías en Investigación*, N° 5, 53-111.
- Schmitz, M., Batista, J., Bittencourt, P. (1992). Tentativa de suicidio por autoenvenenamiento: un estudio sobre 684 casos. *Revista ABP-APAL*, 14 (2), 63-66.
- Shneidman, E.S. (1973). Prevención, intervención and postvention. *Ann Inter Med*, 75, 453.
- Tejedor, M., Díaz, A., Alvarez, E. et al. (1999). Intento de suicidio: cambios epidemiológicos entre 1969-1996. Estudio retrospectivo de 1150 casos. *Actas Esp Psiquiatr*, 27 (5), 292-297.
- Vásquez, F. (2000). Algunas consideraciones del fenómeno suicida en la mujer peruana. *Gestión Médica*, Edición 188, Año 5, 17.
- Vásquez, F. (1997). Estudio del intento de suicidio en emergencia del INSM «HD-HN» 1994-1996. *Anales de Salud Mental*, XIII N° 1 y 2, 59-85.
- Vásquez, F. (1997). Valoración del intento de suicidio, una aproximación para el manejo y tratamiento. *Anales de Salud Mental*, XIII N° 1 y 2, 37 - 57.
- Vilchez, L. (2000). Relación entre red social e Intentos suicidas en pacientes que acuden al servicio de emergencias de un hospital psiquiátrico. *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, Vol 4, N° 1, 33-50.