

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DEPARTAMENTO DE GRADUADOS**

**CARRERA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**Y PSICOLOGÍA MÉDICA**

**Director: Prof. Dr. Néstor Koldobsky**

**SUICIDOS EN SEIS PARTIDOS DEL GRAN BUENOS AIRES**

**Laborde Sebastián Eduardo**

**Médico MP 114411**

## **Suicidios en seis partidos del Gran Buenos Aires**

### **Resumen:**

Se examinaron la totalidad de las autopsias en el año 2005 debidas a suicidios realizadas en la Morgue Judicial de Lomas de Zamora correspondiente a seis partidos del Gran Buenos Aires.

Se observó que el mecanismo prevalente fue la lesión cerebral por proyectil de arma de fuego y en segundo lugar la ahorcadura.

Se discriminó por edad sexo partido y elección de mecanismo para llevar a cabo el suicidio, se establecieron tasas por partido.

Los métodos más violentos fueron utilizados por varones. El partido con más tasa es Ezeiza.

Confecionándose un documento de referencia que permite comparaciones con años anteriores y la realización de futuras evaluaciones tendientes a conocer la estadística regional y realizar políticas de prevención

### **Palabras Claves:**

Suicidios en el Gran Buenos Aires.

Mayor tasa de suicidios en Ezeiza

### **Introducción:**

Etimológicamente, la palabra suicidio surge del latín sui (de si mismo) y caedes (asesinato), termino introducido en inglés en 1636 y en francés en 1734, que se refiere a “matarse a si mismo”. Pero esta definición tiene un sentido demasiado amplio. Mas precisa es la que adopta Deshaies (1947) “Suicidio es la muerte

intencional de si mismo”. La intencionalidad de un acto, sin embargo es difícil de comprobar objetivamente. Ciertos enfermos psíquicos mueren como consecuencia de actos impulsivos, sin verdadera voluntad de matarse, Pierre Scheider (1954) acuñó para estos casos el término *pseudo suicidio*. Alonzo Fernández (1978) concluye sobre este punto que resulta suficiente que el acto suicida tenga su origen en la autodeterminación, sin prejuzgar su carácter volitivo o impulsivo, ya que esto es pocas veces comprobable (1).

La Organización Panamericana de la Salud define al suicidio como la muerte resultante de una lesión auto infringida con la intención de hacerse daño. Conceptualiza al Suicidio como la muerte conseguida por una acción personal y voluntaria dirigida contra uno mismo (2) (3). La mayoría de los investigadores consideran que el suicidio es un fenómeno complejo, con factores psicopatológicos, psicológicos y biológicos asociados, no pudiéndose ceñir “la intención de hacerse daño” a la definición de suicidio. Queda implícitamente aceptado que, al menos muchas veces, el sentido teológico de este acto no se centra en la autodestrucción (1).

El suicidio puede ser un deseo de escapar de una situación difícil o de querer herir a una persona o institución. El suicidio parece seguir el sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor, la enfermedad terminal, las pérdidas económicas y otras circunstancias similares.

El suicidio como fin del sufrimiento, el suicidio como “derecho”, el suicidio dignificando la muerte, se instala actualmente en el centro del debate en los países desarrollados. La moralidad, legalidad y viabilidad del suicidio asistido por médicos es tema central en publicaciones científicas (4) (5). Los pacientes terminales que voluntariamente decidieran terminar con su vida podrían controlar la auto administración de drogas letales limitando de esa manera la acción del médico. Esto agrega otra arista y extiende la complejidad del tema del suicidio implicando a las comunidades médicas, políticas y religiosas (6). Esto argumenta que la conducta

suicida no es comportamiento exclusivo de la enfermedad mental, ni de la depresión aunque en ese contexto es donde se encuentra la mayor incidencia.

## **Epidemiología**

Según la OMS en el año 2002 se cometieron 877.000 suicidios en el mundo, un suicidio cada 40 segundos, representando el 1,5% de todas las causas de muerte; ubicándose entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. Dado la distribución etarea, se calcula que las muertes en un año implican 20 millones de años de vida útil perdidos (7).

Se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en los países estudiados, para todas las edades, con una tasa global de 26,9 por 100.000 habitantes; asimismo, es la tercer causa de muerte en adolescentes, seguida por accidentes de tránsito y homicidios. Su tasa se incrementó en grado notable; siendo más habitual en varones, pero en mujeres presenta cada vez más a menudo métodos más violentos para su realización (8).

Los datos epidemiológicos ponen en relieve el extraordinario volumen alcanzado por los suicidios y su alto índice de gravedad como problema de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud realizó una clasificación de las tasas de suicidio para compararlas estimando que son bajas las que presentan cifras inferiores a 5 suicidios por 100.000 habitantes, medias las que presentan 5 a 15 suicidios por 100.000 habitantes, altas de 15 a 30 suicidios por 100.000 habitantes y muy altas las tasa superiores a 30 suicidios por 100.000 habitantes (8).

La distribución mundial es muy desigual. Históricamente las cifras más altas se concentran en los países más desarrollados y tecnificados. En Europa las tasas mas altas se registran en los países del Este, con Hungría con 45 suicidios por 100000 habitantes, seguido por Finlandia con 28 suicidios cada 100000 habitantes. En Estados Unidos y el Reino Unido la tasa es de 12 por 100000 habitantes.

Nuestro país se enmarca dentro de la tasa media con 7,1 suicidios por 100.000 habitantes según cifras oficiales, junto a países como Colombia y Egipto (8).

De todos modos hay que reconocer que una estadística absolutamente fiable sobre suicidio es muy difícil de obtener y generalmente existe una subestimación del suicidio en las estadísticas oficiales; por eso se ha llegado a decir que los países que ofrecen la tasa de suicidio más elevadas son los que presentan las estadísticas mejor hechas (1) (9).

En el caso de Argentina al comparar las tasas discriminadas por provincias es evidente la disparidad en los datos, por ejemplo en la franja etaria de 15 a 19 años se registraron en el año 2005, en la provincia de Salta 30 suicidios por 100000 habitantes y en Chubut 27 por 100000 habitantes, habiendo provincias como Santiago del Estero y San Juan donde esta tasa fue de 0 (10). En las tasa aportadas en base a datos del Ministerio de Salud durante el año 2004 se evidencia y es resaltado por autoridades en la materia que no todas las provincias elevan adecuadamente los datos, por lo que una contemplación recelosa de los datos está siempre justificada (11).

Se considera que por cada suicidio consumado existen entre 10 y 25 tentativas. La Asociación Americana de Suicidología en la estadística publicada del año 2004 concluye que en personas jóvenes hay entre 100 y 200 intentos por cada suicidio consumado y en mayores (más de 65 años) la relación es de 4:1 (12). Los suicidios consumados son más frecuentes entre los hombres con una proporción 3:1 mientras que la tentativa es más frecuente en la mujer con igual proporción, debido a que los métodos escogidos por ellas presentan menor letalidad y dan tiempo al rescate de la víctima. El intento de suicidio es a la vez uno de los factores de riesgo más fuertes para el suicidio completo y un indicador de distress emocional extremo (13).

Kessler et al, publicaron un trabajo basado en la Encuesta Nacional de

Comorbilidad de los Estados Unidos hecha de 1990 a 1992 y estimaron que la prevalencia de ideación suicida en la población general era del 13,5% y el 4,6% de la población encuestada había intentado suicidarse alguna vez. De todos los intentos, en el 47% no había intención real de muerte y utilizaron métodos escasos o insuficientes, en el 39 % los métodos fueron lo suficientemente letales como para causar la muerte y esta no se produjo por el factor suerte o rescate oportuno (suicidio frustrado) (14).

Las conductas parasuicidas se refieren a los comportamientos en los que sin existir una voluntad expresa de morir se pone en riesgo la vida (15). En estas conductas de alto riesgo que desafían a la muerte, se incluyen también conductas de inobservancia y de omisión de auto cuidados en personas que lo requieren por presentar enfermedades que de no seguir un tratamiento implican un desenlace fatal (EPOC, SIDA, cáncer). Estos, algunas veces llamados suicidios pasivos, vendrían a sesgar aun más las cifras estimadas de suicidios aunque no en gran medida como para afectar lo esencial de la estadística (9).

### \* **Suicidio infanto-juvenil**

El suicidio en niños y adolescentes es considerado una tragedia y un fracaso personal por los padres, amigos, maestros, médicos, psicólogos y es vivido también como un fracaso por la comunidad en general (16).

Su tasa global ha ido en ascenso en los últimos años. McClure, en sus publicaciones, considera que la tasa actual de suicidios en personas jóvenes es mayor a las cifras oficiales y considera necesario examinar las muertes de causas indeterminadas y las “accidentales” por métodos comparables a los suicidas, ya que de someterlas a análisis y autopsias psicológicas pasarían a engrosar el número de suicidios (17) (18).

Más del 13% de los jóvenes estadounidenses entre 14 y 17 años consideraron seriamente la posibilidad de suicidarse en el año 2000 según un estudio realizado por

la *Administración de Servicios de Salud Mental (SAHMSA)*. Ese porcentaje representa 3 millones de adolescentes en EEUU (19).

El *Youth Risk Behaviour Survey (YRBS)*(20) es un estudio dirigido por *el Center for Disease Control and Prevention (CDC)* que cada 2 años registra información sobre la ideación suicida de unos 12.000 a 16.000 escolares de 14 a 17 años. Desde 1991 el estudio arroja que entre un 25 y un 37% en mujeres y entre un 14 y un 21% en el caso de los varones ha considerado seriamente suicidarse. De este grupo de escolares con ideación suicida, un 75% trazaron incluso un plan de suicidio. En el año 1999, el YRBS señaló que el 11% de mujeres y el 6% de varones estudiantes de secundaria había llevado a cabo algún intento de suicidio en el último año. El pico máximo de incidencia osciló entre los 15 y los 16 años de edad. Este patrón se reitera en las estadísticas mundiales, siendo mayor la tasa de intentos de suicidio en mujeres adolescentes que en varones, los métodos mayormente usados son el consumo de psicofármacos y los cortes; por el contrario la tasa de suicidios consumados es mayor en el sexo masculino con mayor proporción de métodos más letales, armas de fuego y ahorcamiento (21). Tanto en los intentos como en los suicidios consumados con arma de fuego, el dueño de dicho arma era uno de los padres de la víctima en el 65% de los casos; y la propia víctima en el 24 %; estando en todos los casos el arma en el propio hogar. El resto de los casos se trataba de armas de familiares, amigos o armas robadas (22).

Durante 2003 en la República Argentina se suicidaron 818 adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años (con una proporción de 3,6 varones por cada mujer); eso significa una tasa de 19,6 varones adolescentes y jóvenes que mueren por suicidio por cada 100.000 habitantes varones de la misma edad (superando por más de 5 puntos por cien mil la tasa de varones de todas las edades, que es de 15,1 por cien mil).

La frecuencia de esos casos fue superior en las provincias del Noroeste y de la

Patagonia, que en el resto del país. El número de muertes por suicidio de varones entre 15 y 24 años por cada cien mil habitantes de sus mismas características arrojó cifras alarmantes en el año 2003 en provincias como Santa Cruz con 61.1, La Rioja con 47.8, Jujuy con 40, Salta con 35.2 y Chubut con 34.5; seguidas por La Pampa, Tierra del Fuego y Río Negro que oscilan entre 24 y 30 por cien mil (23) (21).

El comportamiento suicida esta fuertemente asociado con la depresión en niños y adolescentes, se calcula que el 1% de los niños y el 5% de los adolescentes padecen trastorno depresivo. Las manifestaciones más frecuentes son trastornos de alimentación con variación en el peso corporal, trastorno del sueño, aislamiento y dificultades académicas (24).

Se dio un gran paso en los últimos años, con la descripción de las manifestaciones de los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes. La OMS publicó una clasificación de los trastornos psicológicos en la infancia, que describe los trastornos afectivos desde la primera infancia, en niños de 0 a 3 años y diferencia los complejos sintomáticos en preescolares, escolares y adolescentes (25).

### **\* Enfermedad mental y suicidio**

Es aceptado según datos bibliográficos, que el 98% de las víctimas de suicidio padecía algún trastorno mental previo, pasible de tratamiento y por lo tanto de prevención. El 48% fue admitido en algún momento en un servicio de salud, hospital psiquiátrico o centro de atención primaria en el mes previo al hecho (8).

Con respecto a los desórdenes mentales en los casos de suicidio cabe desglosar algunos datos. En relación a las 814000 muertes por esta causa en el mundo en el año 2000, el número de casos publicados con diagnóstico psiquiátrico certero es relativamente pequeño (15629 casos que significan el 1.92% de todos los casos). De esta porción de casos explorados el 82,2% proviene de Europa (Reino Unido y países escandinavos) y de Estados Unidos. El 1,3% (216 casos) provienen de países en desarrollo (India y Taiwán). Esto implica un desvío a favor de los países

de Europa del Norte y torna cuestionable cualquier extrapolación o recomendación derivada de estos datos hacia otras culturas (26).

Desde el punto de vista metodológico existe otro punto a considerar. Las publicaciones disponibles se extienden desde 40 años atrás a la fecha. Diferentes manuales diagnóstico han sido usados (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, ICD-8 al 10) lo que hace que las comparaciones entre estos estudios sea cuestionable. Aunque consideremos que la definición de los trastornos psiquiátricos mayores (depresión, esquizofrenia) ha permanecido relativamente estable, los modos de recolectar información para establecer el diagnóstico varía de un estudio a otro. De los 15629 casos de suicidio con diagnóstico psiquiátrico certero, el 50% había sido admitido previamente en servicios de salud mental y se cuenta con su diagnóstico de admisión, el resto proviene de información de diferentes tipos de fuente, personal de salud mental, médicos, personal policial, de servicios sociales, entrevistas con la familia de la víctima, amigos, etc, en lo que se llama autopsia psicológica (27).

### **Trastornos afectivos**

En Dinamarca se siguieron durante 20 años los pacientes admitidos en Hospitales Psiquiátricos con trastornos afectivos diagnosticados y se estudiaron las causas de muerte. Se demostró que la tasa de mortalidad de estos pacientes, tanto por causas naturales como no naturales (suicidio, homicidio, accidente) fue sustancialmente mayor que en la población general. El riesgo de suicidio se vio incrementado significativamente, especialmente durante el primer año luego de la primera admisión (28).

### **Depresión:**

La Carga Global de Enfermedades (GBD Global Burden of Disease) es estimada por la Organización Mundial de la Salud con el fin de determinar el costo que implica cada enfermedad, en años de vida útil perdidos ya sea por muerte prematura o por incapacidad. El *Global Burden of Disease study* en el año 2000

(World Health Organization 2002) mostró que la depresión unipolar ocupa el cuarto lugar entre todas las causas de enfermedades, siendo responsable del 4,4% del total de años de vida útil perdidos (DALY), precedida por condiciones perinatales, infecciones respiratorias bajas y HIV-SIDA. Dentro de las causas de incapacidad (no fatales) ocupa el primer lugar, implicando el 12% del total de años vividos con discapacidad en todo el mundo (YLD). El gran peso de la depresión en la Carga Global se debe a su alta prevalencia, al impacto en la funcionalidad de los afectados y en el inicio precoz. No se ha incluido aun entre los problemas de salud prioritarios a nivel mundial porque para jerarquizarlos se basan exclusivamente en tasas de mortalidad (29) (30).

Para mencionar la relación entre depresión y suicidio Stephen Stahl describió la regla del siete: uno de cada siete pacientes con depresión recurrente comete suicidio, el 70% de los que se suicidaron presentaban trastorno depresivo, el 70% de los suicidas requirieron atención médica en las 6 semanas anteriores al suceso y el suicidio es la séptima causa de muerte en los Estados Unidos. (8) Los datos oficiales de ese país del año 2004 colocan al Suicidio en el 11vo. lugar en el ranking general de causas de muertes y 3ro entre los jóvenes de 15 a 24 años (12).

Se estima que el riesgo de intentos de suicidios en personas con trastorno depresivo mayor es del 40%. Los factores de riesgo asociados con actos suicidas (intentos o suicidio completo) son existencia de intentos de suicidio previos, historia de suicidios en la familia del paciente, severidad de la depresión, comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico (31).

Más del 15% de los pacientes con trastorno depresivo unipolar eventualmente cometen suicidio. Aunque las guías clínicas recomiendan tratar con drogas antidepressivas los cuadros moderados y severos, desde principios de los 90s se asocia los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) con el empeoramiento o emergencia de ideación suicida en personas vulnerables (32).

Gibbons et al publicaron en el 2005 un trabajo basado en el Análisis de la Estadística Nacional del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, donde se examina la relación entre prescripción de antidepresivos y tasas de suicidio en todos los Estados entre el año 1996 y el año 1998. La prescripción de antidepresivos no tricíclicos resultó asociada a bajas tasas de suicidio (33). Los resultados se correlacionan con informes de otros lugares del mundo, como Europa, Escandinavia y Australia, donde se confirma la relación entre antidepresivos no tricíclicos y descenso del número de suicidios, tanto en hombres como en mujeres mayores (34) (35) (36).

Otros estudios indican que existe asociación entre uso de antidepresivos e intentos de suicidio (37). Estos estudios no toman como criterio de inclusión la existencia de depresión previa, por lo tanto las inferencias acerca de estos resultados tiene que ser cautelosa.

Desde el año 2004 la FDA ( Food and Drugs Administration) advierte acerca de la asociación de los antidepresivos con el aumento de la ideación y de las conductas suicidas en niños y adolescentes menores de 18 años. En Mayo del 2007 la FDA (38) ordenó que todos los antidepresivos lleven una advertencia acerca del aumento del riesgo de suicidio en jóvenes entre 18 y 24 años especialmente en los dos primeros meses de tratamiento. No hay evidencia de aumento del riesgo en mayores de 24 años y en la población mayor de 65 años bajo tratamiento con antidepresivos la disminución de la tasa de suicidios es significativa. Vale jerarquizar el concepto de que el real riesgo de suicidio lo acarrea la depresión sin tratamiento (39).

### Trastorno Bipolar

Sin tratamiento esta enfermedad tiene un alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Entre el 25 y el 50 % de los pacientes intentaran suicidarse. Implicando un riesgo 30 veces mayor que en la población general. Más del 15% de los pacientes bipolares

mueren a causa de suicidio (40).

Isometsa et al. estudiaron en Finlandia las víctimas de suicidio con diagnóstico de trastorno bipolar. Concluyeron que la mayoría de los suicidios (78%) ocurrieron durante un episodio depresivo mayor, el 11% durante episodio mixto y el 11% durante o inmediatamente luego de la remisión de un episodio maníaco con síntomas psicóticos. Si bien la mayoría de las víctimas habían tenido contacto con servicios de psiquiatría previamente a la muerte, sólo el 11% de los que cursaban episodio depresivo mayor estaban adecuadamente tratados con antidepresivos y ninguno había recibido terapia electroconvulsivante (41).

La tasa de intentos de suicidios es significativamente menor en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar I bajo tratamiento psicofarmacológico (42). Dentro de los fármacos utilizados el Litio demostró ser menos costoso y más efectivo que los demás estabilizadores, asumiendo en esta patología efecto antisuicida (43). Hay pruebas convincentes de que el Litio reduce a largo plazo el riesgo suicida en el trastorno bipolar (44) (45).

### Esquizofrenia

El suicidio es considerado la principal causa de muerte prematura en esquizofrenia. El 10 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia cometen suicidio durante los primeros 10 años de la enfermedad. El mayor riesgo lo tienen los hombres con esquizofrenia del tipo paranoide (46).

En general el suicidio se produce en los períodos inter episódicos, en mayor medida en los tres primeros meses post alta (8). Este período coincide con lo que el ICD-10 describe como depresión post esquizofrénica, es un trastorno depresivo post psicótico asociado con una alta tasa de suicidio (46).

En el Reino Unido, de un estudio sobre Suicidio y Homicidio en Personas con Enfermedad Mental realizado en 1999, surgió que el 20% de las víctimas de suicidio en el periodo 1996-1998 tenían diagnóstico de esquizofrenia y el 50% se

habían contactado con un servicio de salud mental en los 7 días previos al hecho y de estos el 85% fue considerado de bajo riesgo. Surge de estos datos, que reconocer los signos de alarma en la clínica es extremadamente difícil (47).

Suicidios inexplicables en jóvenes estudiantes universitarios pueden estar relacionados con experiencias cognitivas disfuncionales, sensación de derrumbe interior y síntomas positivos, siendo el comienzo de una esquizofrenia aun no diagnosticada (46).

### **Abuso de sustancias**

El abuso de sustancias y el suicidio presentan una interacción causa-efecto bidireccional. Mientras el comportamiento suicida puede presentarse como la entidad primaria también puede aparecer como un problema que irrumpe en el curso de un trastorno por abuso de alcohol u otras sustancias (48).

### **Alcoholismo**

La asociación entre el alcohol y el suicidio es conocida, ya sea por las altas tasas de suicidio entre pacientes alcohólicos, como por el uso del alcohol como desinhibidor antes de intentar provocarse la muerte (8).

El riesgo de suicidio es sustancialmente mayor en alcohólicos que en la población general. Las tasas de suicidio en pacientes dependientes al alcohol varía entre diversos autores, Murphy et al reportaron que entre un 2 y 4% de los alcohólicos se suicidan, llegando esta cifra al 15% cuando existe comorbilidad con trastorno depresivo (48).

Usualmente el suicidio es cometido luego de años de abuso de alcohol y generalmente es reactivo a un evento vital vivido como traumático. El evento precipitante más frecuentemente documentado es la pérdida de una relación cercana (49).

Dentro de la población de alcoholistas crónicos fueron estudiadas retrospectivamente las características de los que habían cometido suicidio y se

definieron 6 factores de riesgo: haber bebido grandes cantidades en el último tiempo, haber comunicado la ideación de muerte, escaso soporte social, episodio depresivo mayor, estar desempleado y vivir solo (50).

La intoxicación aguda puede también precipitar conductas suicidas, por su efecto depresógeno, la incapacidad para utilizar herramientas para la resolución de problemas y el agravamiento de la impulsividad en las personalidades con dichos rasgos, posiblemente mediante efectos a nivel de la neurotransmisión serotoninérgica (51).

### Drogadependencia

Marzuk et al, estudiaron retrospectivamente la prevalencia del uso de cocaína en los casos de suicidio en la ciudad de Nueva York encontrando que en uno de cada cinco casos de suicidio se confirmó el uso de cocaína previo. En los suicidios con arma de fuego el uso de cocaína fue doblemente más frecuente que en los suicidios por otros métodos (52).

El uso de heroína intravenosa incrementa 20 veces el riesgo suicida. La disponibilidad de drogas letales de uso intravenoso asociado con personalidad antisocial, impulsividad y el estilo de vida caótico en que están inmersos estos pacientes hacen que sean altamente predispuestos al suicidio, particularmente cuando se encuentran disfóricos, depresivos o intoxicados (49).

### Trastornos de la personalidad

Henriksson et al reportaron en un estudio basado en autopsias psicológicas en víctimas de suicidio, que el 93% presentaban diagnóstico del Eje I, sólo el 12 % no tenían ningún tipo de comorbilidad; los demás presentaban comorbilidad, la mayoría con otro trastorno del Eje I (asociación de trastorno depresivo con abuso de sustancias) y el resto con trastornos de personalidad. En el 31% de las víctimas se pudo establecer diagnóstico del Eje II (53).

Dentro de los factores de riesgo para el suicidio que sean independientes de

las patologías del Eje I, los trastornos de personalidad encabezan la lista (54). Dentro de estos trastornos del Eje II, los que pertenecen al Cluster B (antisocial, límite, narcisista e histriónico) se encuentran con mucha más frecuencia en las víctimas de suicidio, seguidos por los del Cluster C (evitativo, por dependencia, obsesivo compulsivo y no especificado) (49). Según la estadística publicada por el grupo de Henriksson el 30% de las víctimas de suicidio tendrían diagnóstico de trastorno de personalidad del Cluster B (comparado con el 4 – 5% de la población general) y 10% del Cluster C, solo el 0.4% se asocian al Cluster A. Cabe destacar que las autopsias psicológicas realizadas a víctimas de suicidio con trastorno de personalidad, en todos los casos demostraron que existía por lo menos un trastorno del Eje I (55).

Si bien los trastornos de personalidad, en especial los del grupo B, tienen una alta asociación con los desórdenes afectivos, principalmente Trastorno Depresivo Mayor, también presentan síntomas depresivos caracterológicos, por ejemplo baja autoestima, pesimismo, alta sensibilidad al rechazo e ideación suicida crónica (56). Esto podría sesgar los resultados de los estudios basados en autopsias psicológicas donde se realizan diagnósticos en forma retrospectiva, y sobreestimar la comorbilidad con Patologías del Eje I.

Cheng et al encuentran en sus estudios que el trastorno de personalidad más frecuentemente encontrado en víctimas de suicidio es el trastorno de inestabilidad emocional del ICD-10, que equivaldría al trastorno de personalidad borderline del DSM IV (57) (58).

La impulsividad es un rasgo definido del borderline (aunque también se encuentra en el antisocial y, en menor medida en los demás trastornos del Cluster B). Sus rasgos y síntomas más característicos son las amenazas suicidas y las conductas parasuicidas (56). Se estima que a lo largo de su vida tienen un riesgo suicida del 3 al 10 % (59).

### **Trastornos de ansiedad**

Existe controversia sobre la asociación de trastornos de ansiedad y suicidio. Sareen et al publicaron en el 2005 el primer estudio que demuestra que un trastorno de ansiedad preexistente es un factor de riesgo independiente para la subsiguiente ideación e intento de suicidio. Evidenciaron claramente que la comorbilidad con trastornos de ansiedad amplifican el riesgo de suicidio en los trastornos del estado de ánimo. El trastorno de pánico es el mayormente asociado a suicidio (60).

### **\* Enfermedad médica y suicidio**

Se determinó que entre el 30 y 70% de las víctimas de suicidio en las que se realizaron autopsias padecían enfermedades médicas a pesar de que en los certificados de defunción suele registrarse el suicidio como única causa de muerte. Por lo general se trata de enfermedades crónicas y dolorosas y en la mayoría de los casos es frecuente que en el momento del suicidio presenten un trastorno del estado de ánimo sobre agregado (8) (49).

Se pudo establecer que mediante autopsias psicológicas realizada a víctimas de suicidio mayores de 60 años, el 91% presentaban al menos un diagnóstico del Eje I y el 88% cursaba patología del Eje III al momento del suicidio. El suicidio entre los mayores sin enfermedad mental diagnosticable y comorbilidad somática resultó muy raro. Por el contrario en pacientes jóvenes sólo el 36% presentaba diagnóstico del Eje III (61). Otros estudios demostraron que la existencia de enfermedad física es un factor de riesgo para el suicidio en mayores de 65 años (62).

### **Material y Métodos**

Se realizó este trabajo con el fin de establecer la prevalencia de los suicidios en seis partidos del Gran Buenos Aires y establecer un documento de referencia para comparar con años anteriores y evolución futura.

Se estudiaron todas las autopsias realizadas en el año 2005 en la Morgue Judicial de los Tribunales de Lomas de Zamora.

Se incluyeron todas las muertes por suicidio sucedidas en los partidos de Lomas de Zamora, Lanús, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Avellaneda y Ezeiza.

Se excluyeron todas las muertes en las cuales la causa haya sido dudosa o no se pudo corroborar fehacientemente como suicidio.

Se obtuvo la tasa por 100.000 habitantes y se aplicó la estadística.

## Resultados

El número total de muertes por suicidio fue 135 casos, de los cuales 34 sucedieron en la localidad de Lomas de Zamora, 32 en Almirante Brown, 23 en Lanús, 19 en Avellaneda, 16 en Esteban Echeverría y 11 en Ezeiza.

El mecanismo de muerte se debió a lesiones por proyectil de arma de fuego en 63 casos (46,66 %), a ahorcadura en 56 (41,48%), a astricción ferroviaria 11 (8,14%), 3 defenestrados (2,22%) y 2 intoxicados (1,48%).

45 varones eligieron armas de fuego versus 18 mujeres y 44 varones se ahorcaron versus 12 mujeres. Como así también se puede ver que el 100% de los que optaron por astricción ferroviaria fueron hombres.

El rango de edad fue de 77 (14 a 91 años) con una media de 40.7, mediana de 39 y moda 23.

Del total de casos 103 fueron de sexo masculino y 32 femeninos, con una proporción de 3 varones por cada mujer.

En los 103 casos masculinos se registro un rango de edad de 77 (de 14 a 91 años), una mediana de 35, una moda de 63 y un promedio de 39.9.

En los 32 casos femeninos se encontró un rango de edad de 50 (de 17 a 67 años), una mediana de 46.5, una moda de 49 y una promedio de edad de 43.1.

Considerando como adolescente a los jóvenes entre 14 y 17 años de edad, se registraron 9 suicidios en esa franja etarea, de los cuales 5 se debieron a lesiones de proyectil de arma de fuego, 3 a ahorcadura y 1 a astricción ferroviaria.

La provincia de Buenos Aires tiene una población de 13.827.203 habitantes,

de los cuales 8.684.437 viven en el Gran Buenos Aires y el resto en el interior de la provincia.

La población de los 6 partidos estudiados es de 2.248.399 habitantes, repartidos en 590677 en Lomas de Zamora, 513.777 en Almirante Brown, 452.512 en Lanús, 329.638 en Avellaneda, 243.715 en Esteban Echeverría y 118.080 en Ezeiza.

La tasa por 100.000 habitantes de muerte por suicidio en total en los 6 partidos fue de 6,004 cada 100.000 habitantes, en Lomas de Zamora fue de 5,75 por 100000 habitantes, en Almirante Brown fue de 6,22 por 100000 habitantes, en Lanús fue de 5,08 por 100000 habitantes, en Avellaneda fue de 5,76 por 100000 habitantes, en Esteban Echeverría fue de 6,56 por 100000 habitantes y en Ezeiza fue de 9,31 por 100000 habitantes.

#### Anexo I: gráficos

#### Discusión

El suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial, la Argentina no parece ser la excepción.

De los 6 partidos del sur del Gran Buenos Aires estudiados (Almirante Brown, Ezeiza, Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora y Esteban Echeverría), Lomas de Zamora es el que mayor numero de suicidios presenta 34 casos y Ezeiza es el que tiene mas tasa por 100.000 habitantes tiene 9,31. Siendo la tasa total de los seis partidos menor que la total país (6,004 por 100.000 habitantes contra 7,1 por 100.000 habitantes del total país), siendo similares a Colombia, Irlanda y Egipto con tasas de 8. Y muy por debajo de la tasa global del mundo, que es de 26.9 suicidios por 100.000 habitantes (8).

El partido de Ezeiza tiene la tasa más alta con 9,31 cada 100.000 habitantes, es decir un 55,12 % superior a la tasa hallada para los 6 partidos y 46,61 % más que la tasa nacional.

Prevaleció el sexo masculino coincidiendo con la estadística oficial, usando estos mecanismos más cruentos (5), donde hallamos una proporción 3,1 varones / mujeres, pero que asciende a 9 al considerar sólo adolescentes en contraposición con el trabajo realizado por el Dr. Basile (63) que halló una proporción de 3,6 varones por cada mujer en adolescentes y adultos jóvenes hasta 24 años.

Se deberían conocer las estadística sectorizadas por regiones o partidos a fin conocer los métodos más utilizados y poder reducir la accesibilidad a los medios utilizados para suicidarse. Se podrían realizar políticas para restringir la tenencia de armas de fuego y efectivizar un plan de desarme de la sociedad que es el mecanismo más utilizado en los partidos estudiados. Poner mayor atención en las vías férreas ya que son de muy fácil acceso y con poco control para la detección de personas suicidas como se ven en los levantamientos de cadáveres de este tipo de hechos. Resultaría muy útil en la prevención del suicidio la formación de profesionales de la salud ya que como indican algunos estudios más del 50% de los adolescentes consultaron a un médico por controles de rutina en el año previo al suicidio, en general a un pediatra o a médico de familia. Se requiere en este punto realizar screening de factores de riesgo desde la atención primaria, y es evidente que existe un entrenamiento inadecuado y estrategias de comunicación inefectivas en los profesionales (64). Coincidiendo con lo publicado por Mann et al (65), se concluye que el entrenamiento de los médicos, especialmente clínicos, médicos de familia y pediatras para reconocer síntomas depresivos y población en riesgo y la restricción del acceso a métodos letales reduciría las tasas de suicidio, agregando que para optimizar el resultado deberían conocerse datos, estadísticas fehacientes y métodos específicos en forma regional.

### **ANEXO I: GRAFICOS:**

#### **Tabla de suicidios por partido y mecanismo utilizado:**

PARTIDO	Total	Varones	Mujeres	Arma de Fuego	Ahorcados	Astricción Ferroviaria	Defenestración	Intoxicados
Lomas de Zamora	34	28	6	18	10	5	1	0
Almirante Brown	32	22	10	14	16	1	0	1
Lanús	23	17	6	12	11	0	0	0
Avellaneda	19	16	3	4	9	3	2	1
Esteban Echeverría	16	14	2	9	6	1	0	0
Ezeiza	11	6	5	6	4	1	0	0
Total General	135	103	32	63	56	11	3	2

**Tabla de mecanismos de suicidio discriminados por partidos y sexos:**

PARTIDOS	Total	Sub. total		Armas de Fuego		Ahorcados		Astricción Ferroviaria		Defenestrados		Intoxicados	
		Ambos sexos	V / M	V / M	V / M	V / M	V / M	V / M	V / M	V / M			
Lomas de Zamora	34	28	6	13	5	9	1	5	0	1	0	0	0
Almirante Brown	32	22	10	9	5	12	4	1	0	0	0	0	1
Lanús	23	17	6	9	3	8	3	0	0	0	0	0	0
Avellaneda	19	16	3	3	1	8	1	3	0	1	1	1	0
E. Echeverría	16	14	2	7	2	6	0	1	0	0	0	0	0
Ezeiza	11	6	5	4	2	1	3	1	0	0	0	0	0
Total General	135	103	32	45	18	44	12	11	0	2	1	1	1

Referencias: V: Varones

M: Mujeres

**BIBLIOGRAFIA:**

- 1 Alonso Fernández F. Compendio de psiquiatría. Capitulo LXI: Profilaxis del suicidio. Editorial Oteo. Madrid 1978. Pág. 671-682.
- 2 Richards M, De Fino R, Gigon G. Introducción a la Psiquiatría. Suicidios en adolescentes. Segunda edición. Buenos Aires: Salerno, 1994. Pág. 289-299.
- 3 Organización Mundial de la Salud. El Suicidio y los intentos de suicidios. Ginebra: Hielen M. Brooke, 1976:15-125.
- 4 Okie S. Physician-Assisted Suicide. N Engl J Med 2005; 352:1627-1630.
- 5 Gostin L. Physician-Assisted Suicide. JAMA 2006; 295 (16):1941-1943.
- 6 Ziegler S., Bosshard G. Role of non-governmental Organizations in Physician Assisted Suicide. BMJ 2007; 334: 295-298.
- 7 Organización Mundial de la Salud. *World Health Report 2003: Shaping the Future*. Geneva, Switzerland: Word Health Organization; 2003. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf). Acceso en Marzo de 2007.

- 8 Marchant N, Monchablon Espinosa A. Tratado de Psiquiatría. Sección VII. Capítulo 30: Suicidio. 1ª Edición.- Grupo Guía.- Buenos Aires, 2005. Pág. 459-470.
- 9 Buorgeois M, Facy F, Rouillon F, Verdoux H. Épidémiologie du suicide, *Encyclopedie Médico Chirurgicale*; Paris, 2003.
- 10 Dr. Profesor Héctor Basile. Curso de suicidio. 23 Congreso APSA Mar del Plata Año 2007.
- 11 Asociación Argentina de Prevención del Suicidio. *Tasas de mortalidad por suicidio año 2004. Total país y provincias por sexo*. En base a Estadísticas del Ministerio de Salud. Argentina,2005. Disponible en: [http://www.suicidologia.org.ar/Tasas\\_de\\_Suicidio\\_2004\\_AAPS.xls](http://www.suicidologia.org.ar/Tasas_de_Suicidio_2004_AAPS.xls)
- 12 Asociación Americana de Suicidología. *USA. Suicide: 2004 Official Final Data*. EEUU: American Association of Suicidology; 2006. Disponible en: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2004datapgvl.pdf> . Acceso en Mayo de 2007.
- 13 Nordstrom P, Samuelsson M, Asberg M. Survival Analysis of Suicide Risk after Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91: 336-340.
- 14 Kessler R, Borges G, Walters E. Prevelence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999; 56: 617-626.
- 15 Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, et al. Methods used for Parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000; 35: 156-163.
- 16 Basile Héctor. *Terapia de Intervención en Red, en Grupos en Riesgo Psicosocial*. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino. Año 72, N° 3, 1997.
- 17 McClure GM. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. *Br J Psych* 2001; 178: 469-474
- 18 McClure G. M. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1960-

1990. Br J Psych 1994; 165: 510-514

- 19 Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al: Age- and sex - relate risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psych 1999; 38:1497-1505
- 20 Centres of Disease Control and Prevention: Youth Risk Behaviour Surveillance. Unites States 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000; 49:1-95
- 21 Basile Hector. El Suicidio de los Adolescentes en la Argentina. Su prevención Psicosocial. Conceptos. Universidad del Museo Social Argentino, Año 72, número 5, 1997.
- 22 Grossman D., Reay D., Baker S. Self-inflicted and Unintentional Firearms Injuries among Children and Adolescent. The source of the firearm. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999; 153: 875-878.
- 23 República Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente. Sistema Estadístico de Salud. Agrupamiento de Causas de Mortalidad por División Política Territorial de Residencia, Edad y Sexo. Año 2003.
- 24 Brent D, Birmaher B. Adolescent Depression. N Engl J Med 2002; 347 (9): 667-671
- 25 Cherro Miguel. El fantasma omnipresente de la Depresión. En Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia de Grau Martínez y Meneghello. Ed. Panamericana. Buenos Aires 2000
- 26 Bertolote J. M., Fleischmann A, De Leo D., et al. Suicide and mental disorders: do we know enough? Br J Psych 2003; 183: 382-383
- 27 Beskow J., Runeson B.S., Asgard U. Psychological autopsies: methods and ethics. Suicide and Life-threatening Behaviour 1990; 20: 307-323
- 28 Hansen Høyer E, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total Nacional simple of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. Br J Psych 2000; 176: 76-82
- 29 Ustün T.B., Ayuso-Mateos S., Chatterji S., et al. Global burden of depressive

- disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 386-392
- 30** World Health Organization (2002) *World Health Report 2002. Global Burden of Disease*. Disponible en <http://www.who.int/evidence/bod> Acceso en Mayo de 2007.
- 31** Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psych* 2005; 186: 314-328
- 32** Cipriani A., Barbui C., Geddes J. Suicide, depression, and antidepressants. *BMJ* 2005; 330: 373-374
- 33** Gibbons R, Hur K, Bhaumik DK. The Relationship between Antidepressant Medication Use and Rate of Suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:165-172
- 34** Markowitz J.C. Antidepressants and suicide risk. *Br J Psych* 2001; 178: 477
- 35** Isacson G. Suicide Prevention. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 102: 113-117
- 36** Hall W, Mant A, Mitchell PB. Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *BMJ* 2003; 326:1008; doi:10.1136/bmj.326.7397.1008
- 37** Fergusson D, Doucette S, Cranley Glass K. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2005; 330: 396; doi:10.1136/bmj.330.7488.396
- 38** Food and Drug Administration. Drug safety & side effects. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/default.htm> Acceso en Mayo del 2007.
- 39** Friedman R.A, Leon A.C. Expanding the Black Box — Depression, Antidepressants and the Risk of Suicide. *N Engl J Med* Publicado en [www.nejm.org](http://www.nejm.org) 7 de Mayo de 2007 (10.1056/NEJMp078015). Perspective
- 40** Marchant N, Monchablon Espinosa A. *Tratado de Psiquiatría. Sección VII. Capítulo 32: Trastorno Bipolar. 1ª Edición.- Grupo Guía.- Buenos Aires, 2005. Pág. 481.*

- 41 Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, et al. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1020-1024
- 42 Rucci P, Frank E, Kostelnik B, et al. Suicide Attempts in Patients With Bipolar I Disorder During Acute and Maintenance Phases of Intensive Treatment With Pharmacotherapy and Adjunctive Psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1160-1164.
- 43 Chisholm D, van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, et al. Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder. *Br J Psych* 2005; 187: 559-567
- 44 Tondo L, Baldessarini RJ, Floris G. Long-term clinical effectiveness of Lithium maintenance treatment in types I and II bipolar disorders. *Br J Psych* 2001; 178 (41): 184-190
- 45 Tondo L, Baldessarini RJ. Reduced suicide risk during Lithium maintenance treatment. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (9): 97-104
- 46 Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sackoff. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Capitulo 12 Schizophrenia; 12.7 Schizophrenia: Clinical Features. Seventh edition on CD-ROOM
- 47 Raymont V. Suicide in Schizophrenia. *Psychiatric Bulletin*. 2001; 25: 46-50.
- 48 Hatice Demirbas, Seda Çelik, Inci Özgür Ilhan, et al. An examination of suicide probability in alcoholic patients. *Alcohol Alcohol*. 2003; 38 (1): 67–70  
doi:10.1093/alcalc/agg019, disponible en [www.alcalc.oupjournals.org](http://www.alcalc.oupjournals.org)
- 49 Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sackoff. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Capitulo 29 Psychiatric Emergencies; 29.1 Suicide. Seventh edition on CD-ROOM
- 50 Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, Jun 1992; 49: 459 - 463.
- 51 Brady John. The Association between Alcohol Misuse and Suicidal Behaviour. *Alcohol Alcohol*. 2006; 41(5): 473 – 478 doi:10.1093/alcalc/agl060, disponible en

- 52** Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al. Prevalence of cocaine use among residents of New York City who committed suicide during a one-year period. *Am J Psychiatry* 1992; 149:371-375
- 53** Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al. Mental Disorders and Comorbidity in Suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150:935-940
- 54** Foster T, Gillespie K, McClelland R, et al. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case- control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psych* 1999; 175: 175-179
- 55** Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667 - 673.
- 56** Koldobsky NM. *Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad*. Persona 2001 Vol. 1 Sup. 1.
- 57** Cheng AT, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide. A case-control study. *Br J Psych* 1997; 170: 441
- 58** Cheng AT, Chen TH, Chen C, et al. Psychosocial and Psychiatric Risk Factors for Suicide. *Br J Psych* 2000; 177: 360-365
- 59** Koldobsky NM. *La personalidad y sus desordenes*. Capitulo XV: Desorden Borderline de la Personalidad. Pag 253. Editorial Salerno. Buenos Aires 1995
- 60** Sareen J, Cox BJ, Afifi TO. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:1249-1257
- 61** Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsä ET, et al. Mental Disorders in Elderly Suicide. *International Psychogeriatrics* 1995; 7: 275-286 Publicado en <http://www.journals.cambridge.org> por Cambridge University Press en 2005
- 62** Hunt IM, Kapur N, Robinson J, at al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *Br J Psych* 2006; 188: 135-142

- 63** Dr. Basile Hector. El suicidio de los adolescentes en Argentina. ALCMEON 47  
Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 211 a 231.
- 64** Arch Pedr Adolecs Med 2000, 154: 162-168
- 65** Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide Prevention Strategies. A Systematic  
Review. JAMA 2005; 294 (16): 2064-2074.