



Universidad Nacional de La Plata  
Facultad de Ciencias Médicas  
Departamento de postgrado

# “Prevalencia de Trastorno Depresivo en pacientes internados por intento de suicidio”

Carrera de Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica  
Director: Profesor Doctor Néstor Koldobsky

Autor: María Victoria Gutiérrez  
La Plata, 2011

## Resumen

Se estudió la prevalencia de trastornos depresivos en los pacientes internados por intento de suicidio. Se incluyeron 100 pacientes hospitalizados por este motivo en el hospital General Zonal San Roque de Gonnet, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2009.

Se caracterizó a los sujetos según sexo, edad y motivo desencadenante explicitado y se buscó establecer la influencia de los factores socio-psico-biológicos en la determinación de este tipo de conductas, se los evaluó con la Escala de Hamilton, criterios diagnósticos del DSM IV para Trastornos de la Personalidad, y se indagó acerca del método empleado, antecedentes psiquiátricos, etc.

Se obtuvo una relación mujer/hombre de 1.33. Una prevalencia de depresión del 56%. Un 37% de los pacientes cumplieron criterios para trastornos de la personalidad.

El mayor número de casos (65 pacientes) se dio en la franja de 20 a 39 años.

El método más utilizado (59%) fue la ingesta de medicamentos. Métodos más letales se correlacionaron con cuadros más severos de depresión; en general se trató de intentos fallidos por causas ajenas a la persona, fundamentalmente debido a la intervención de terceros.

El 69% refirió problemas familiares como principal desencadenante del intento de suicidio.

## Palabras Clave

Depresión – Suicidio – Intento de suicidio – Trastorno de Personalidad

## Introducción

La pregunta básica que guiará el presente trabajo podría formularse de la siguiente manera: ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos depresivos en las personas que intentan suicidarse?

Si bien en la actualidad existe una gran cantidad de datos sobre las causas que pueden motivar los intentos de suicidio, en la región en la que se desarrolla el presente trabajo (área programática del hospital Zonal General de Agudos San Roque de Gonnet, Gonnet, Argentina) no se cuenta con datos acerca de cómo se distribuyen las mismas. Esta información es aun más escasa cuando se trata de *intentos* de suicidio ya que en la mayor parte de bibliografía relevada se procede al estudio de los suicidios consumados.

## Antecedentes del tema y marco teórico

En principio, se debe abordar la definición de "suicidio" a partir de la cual se trabajará, debido a que a lo largo de los años ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Edwin Shneidman definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo con necesidades frustradas o insatisfechas, sentimientos de desesperanza e indefensión que percibe este acto como la mejor solución".<sup>1</sup> Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda, calmar la angustia o la soledad, o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS en 1976 a intentar unificar la terminología y a proponer las siguientes definiciones: Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.<sup>2</sup>

El suicidio constituye un acto voluntario, autoinfligido, de autoagresión máxima, de amenaza vital que concluye con la muerte; un acto de autosadismo intenso en una situación de extrema desesperanza, con un profundo y drástico impacto social y comunitario.<sup>3</sup>

Se trata de un problema de Salud Pública que ha ido incrementando su incidencia en los últimos tiempos. Se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 44 años. La OMS estima que para el año 2020, la cantidad de estos hechos crecerá un 50 por ciento para alcanzar las 1,5 millones de muertes anuales.<sup>2</sup> Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que en regiones como Escandinavia, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o los países de Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes.<sup>1,4</sup>

En nuestro país en el año 2004, la tasa de suicidio en la población general para todas las edades fue del 13,26/ 100.000 hombres, y de 3,36 por cada 100.000 mujeres.<sup>5</sup> Asimismo, según consta en publicaciones oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, el Suicidio y sus secuelas figura como la causa de Defunción responsable del 12,12% de las muertes en el grupo etario que va de los 15 a los 34 años.<sup>6</sup>

### **Factores de riesgo suicida**

La conducta suicida se encuentra asociada a diversos factores, conocerlos bien es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. Estos factores se pueden clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/ neurobiológicos.

Aunque el riesgo de suicidio está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col.<sup>7</sup> formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (constitución genética, abuso de sustancias, personalidad *borderline* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Este autor sugiere que deben coincidir al menos un factor de cada dimensión para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría

por qué unos pacientes se suicidan y otros no, sufriendo la misma enfermedad psiquiátrica.

## 1- Factores sociodemográficos

### ***Edad***

En general, a mayor edad se observa un mayor riesgo de consumación de suicidio. El porcentaje de suicidios intentados/consumados es para el anciano de 2 a 1; mientras que para los adultos jóvenes de 7 a 1.<sup>3</sup>

En el estudio de Baxter y Appleby<sup>8</sup> se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres)

Según el WHO/EURO<sup>9</sup>, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.

### ***Sexo***

De acuerdo a la mayor parte de los estudios que se han realizado en distintos países sobre el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres, una relación de 5 a 1, sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados (la relación se invierte 5 a 1 a favor de los hombres).<sup>1,10</sup>

También varían los métodos utilizados en el acto suicida según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas).<sup>11</sup> Las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicótopos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.<sup>4</sup>

### ***Raza***

La tasa de suicidio para varones blancos es 1,6 veces mayor que la de los varones negros, 4 veces mayor que la de las mujeres blancas y 8,2 veces mayor que la de las mujeres negras.<sup>1</sup>

Hay grupos étnicos, como los indios americanos y nativos de Alaska, en los que la tasa de suicidio es superior a la media nacional. En Europa, la tasa de suicidio en

finlandeses y húngaros dobla la media europea, mientras que los países mediterráneos están por debajo <sup>4</sup>

La emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comporta un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia

### ***Orientación sexual***

Hombres y mujeres homosexuales y bisexuales tiene un riesgo de más de 5 veces superior al de las personas heterosexuales. <sup>4</sup>

### ***Nivel socioeconómico***

Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. <sup>1, 9, 12</sup>

### ***Estado civil***

Tanto en las mujeres como en los hombres, el estado civil juega un papel importante. Ya desde el año 1897 en el trabajo de Durkheim se destaca el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. El riesgo de tentativa de suicidio es mayor en las personas que han sufrido la pérdida de su pareja o un familiar por abandono o muerte, independientemente de su estado civil. <sup>3</sup> En el WHO/EURO<sup>9</sup>, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciados y viudos. Qin y col <sup>12</sup>, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.

## **2- Factores clínicos**

### **Trastornos médicos**

Es significativa la relación existente entre el suicidio y las enfermedades médicas. <sup>1, 13</sup> A la hora de analizar estos factores hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo como cáncer de

mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis. También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del *estatus* laboral e interrupción de las relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

### Trastornos mentales

Existe una fuerte relación entre el suicidio y la enfermedad mental.<sup>13</sup> Esta asociación se ha valorado por los estudios de autopsias psicológicas de series consecutivas de suicidios.<sup>14</sup> Estos estudios han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio.<sup>13</sup>

El riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad (con el pico en la primera semana de internación)<sup>13</sup> y en los primeros seis meses, luego del alta de una institución psiquiátrica.<sup>15, 1</sup>

**A) Trastornos afectivos:** Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor son los trastornos psiquiátricos que más se relacionan con el suicidio.<sup>13, 14, 16</sup> En el meta-análisis de Harris y Barraclough,<sup>13</sup> se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar<sup>15</sup> y la distimia<sup>12</sup>. El suicidio constituye la mayor causa de mortalidad temprana en el trastorno bipolar.<sup>3, 16</sup>

El riesgo es mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.<sup>4</sup>

Según el estudio de Barraclough<sup>13</sup> un 53 % de los suicidas diagnosticados de depresión había avisado de sus intenciones el mes anterior a su muerte y aproximadamente el 60 % de estos pacientes se habían contactado con su médico de cabecera en ese periodo de tiempo lo que nos lleva a concluir que el suicidio se

podría evitar si se identificara correctamente el trastorno depresivo y se realizara la terapéutica adecuada.<sup>3</sup>

**B) Esquizofrenia:** Se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10% en pacientes con esquizofrenia.<sup>1</sup> En el estudio de Harris y Barraclough,<sup>13</sup> se remarca que el riesgo de suicidio es 8,5 veces mayor en pacientes con este trastorno que en la población general.

Los pacientes con esquizofrenia comparten algunos de los factores de riesgo de la población general: ser hombre, blanco, estar deprimido, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente. También existen factores específicos para la esquizofrenia como: ser joven, haber tenido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.

Los períodos de mayor riesgo de suicidio se asocian a la primera semana de hospitalización (debido a la sintomatología psicótica) y a los primeros meses después del alta (lo cual se relaciona con la presencia de sentimientos de desesperanza, inutilidad y depresión).<sup>3</sup>

**C) Trastorno de ansiedad:** Cerca del 20% de los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad y fobia social, hacen intentos de suicidio.<sup>1</sup> Si se asocia además a depresión, entonces aumenta el riesgo de que el intento sea un suicidio consumado.<sup>1, 17</sup>

**D) Abuso de sustancias:** El trastorno por uso de sustancias, fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas, frecuentemente se ha asociado al suicidio, tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas.<sup>16</sup> Hasta un 15% de los alcohólicos se suicidan<sup>1</sup> y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios. Ya en 1928 Durkheim escribió: "al alcoholismo se tiende a imputar desde hace algún tiempo todos los males de nuestra civilización" y se preguntaba sobre su influencia sobre el suicidio. En la revisión de las estadísticas, llegó a la conclusión de que el alcoholismo constituía un terreno vulnerable de suicidio, pero se precisaban otros factores, pues la relación era irregular. Según Harris y Barraclough,<sup>13</sup> los pacientes que consumen alcohol tienen 6 veces más de riesgo de suicidio que en la población general. Suelen ser hombres

blancos, de mediana edad, solteros o con antecedentes de ruptura sentimental, con problemas económicos y/o laborales y aislados socialmente. El consumo de alcohol, además, puede ir asociado a enfermedades médicas, trastornos del ánimo, trastornos de personalidad, intentos autolíticos previos o trastornos del control de impulsos.<sup>1, 18</sup>

**E) Trastornos de personalidad:** Los trastornos de personalidad tienen una particular relevancia, ya que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.<sup>1</sup>

Isometsä y col<sup>1</sup> afirma que en la mayoría de los pacientes con trastornos de la personalidad que se suicidan, se asocian trastornos del eje I, como depresión, abuso de sustancias o las dos y esta asociación es mayor en los trastornos de personalidad tipo B (*borderline*, antisocial, narcisista, histriónica).<sup>1, 10, 16</sup> En el estudio de Harris y Barraclough,<sup>13</sup> los trastornos de personalidad (no especifican), aumentan 6 veces el riesgo de suicidio. En el de Baxter y Appleby<sup>8</sup> se obtienen resultados todavía mayores a los de Harris.

**F) Conducta suicida previa:** La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.<sup>19</sup> En el meta-análisis de Harris y Barraclough,<sup>13</sup> encuentran que las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más de riesgo de suicidio que la población general. El 82% de aquellos que realizaron intentos previos y que consumaron el suicidio finalmente, cambiaron el método a otro más letal.<sup>4</sup>

**G) Trastornos adaptativos:** Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal.<sup>1</sup> Entre los acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia

domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. 4, 20

### 3- Factores genéticos y neurobiológicos

Si bien la significación de una historia familiar de suicidio es contradictoria, se puede afirmar que poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. 3, 19

Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad. 1, 21

En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. 7, 16, 21 Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida. Se piensa que aquellos factores que disminuyan la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfismos en el gen de la enzima Triptófano Hidroxilasa-TPH, 21 polimorfismos del gen del receptor 5-HT<sub>2A</sub>) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2A</sub> postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre). 3, 7, 10, 16, 19.

22

En este punto, se debe explicitar que el fenómeno de los intentos de suicidio se abordará -desde este marco- como un problema con especificidad propia, un "patrón de comportamiento" de compleja intencionalidad y significación ante el cual

se torna necesaria una intervención médica, psicológica y social, dado que, tanto el suicidio como la tentativa de suicidio, pueden ser el síntoma de una enfermedad mental, pero también pueden ser el acto de un sujeto que no entra dentro de ninguna categoría nosológica psiquiátrica. Por todo esto podrían plantearse los siguientes interrogantes: ¿qué otros factores causales intervienen en la determinación de los intentos de suicidio más allá del trastorno depresivo y sus concomitantes?; ¿es acaso un síntoma de la época el no poder mediatizar a través de la palabra, la desolación provocada por la crisis actual, lo que lleva a apelar a este pedido de auxilio desahuciado?; ¿hasta dónde las deficiencias simbólicas de una persona pueden influir sobre la realización de este acto desesperado?

## Objetivos generales del trabajo

- Determinar la prevalencia de trastornos depresivos en las personas que intentan suicidarse.
- Fomentar una intervención intensiva ambulatoria, para así evitar que el paciente con ideaciones o conductas suicidas se desvincule del sistema de salud.
- Instrumentar una posible Prevención de la Reincidencia de los intentos de suicidio ligada a la intervención médico-psicológica desde un primer momento de intento autodestructivo.

## Objetivos específicos

- Caracterizar a los sujetos que han consumado intentos de suicidio según sexo, edad, y motivo desencadenante explicitado.
- Establecer la influencia de los factores socio-psico-biológicos en la determinación de este tipo de conductas
- Diseñar un protocolo de seguimiento intensivo para los sujetos que continúen su tratamiento por consultorio externo.

## Aspectos metodológicos

Diseño: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal.

Población: Se tomaron como muestra todos los pacientes que ingresaron por guardia, con diagnóstico de intento de autoeliminación, en el hospital General Zonal San Roque de Gonnet en el período comprendido entre enero de 2009 y enero de 2010.

Número de individuos: 100

Variables que se tuvieron en cuenta: Sexo, edad, antecedentes de enfermedades psiquiátricas con o sin tratamiento, evaluación de Trastorno depresivo (Escala de Hamilton), criterios diagnósticos del DSM IV para Trastornos de la Personalidad, método empleado para el intento de suicidio, desencadenante del episodio: (problemas familiares, laborales, enfermedades, etc.)

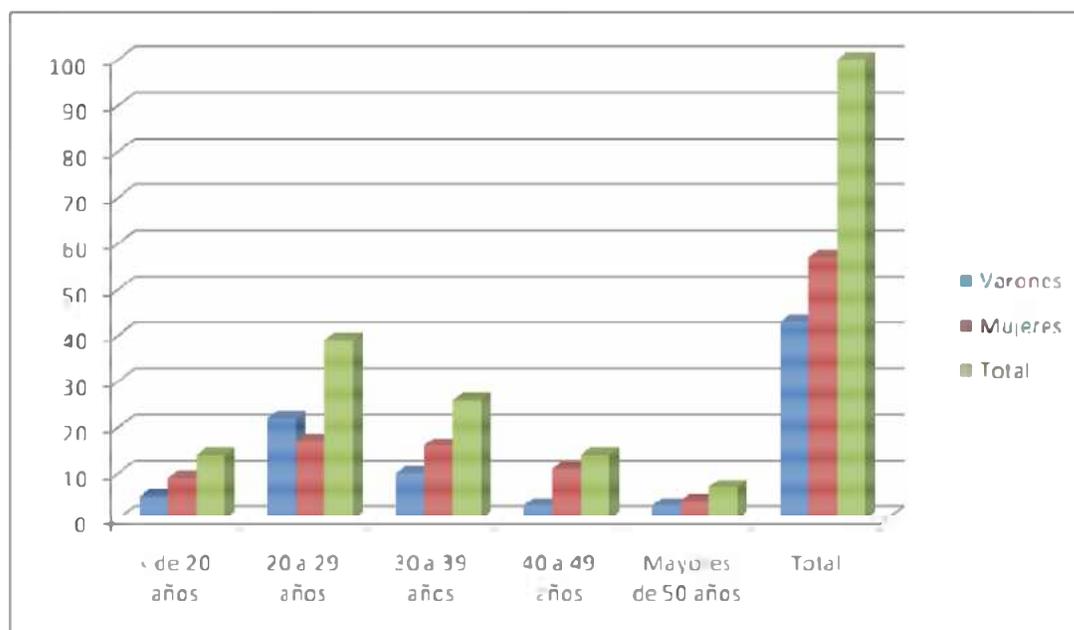
Se llevaron a cabo entrevistas con los pacientes internados y con sus respectivos grupos familiares. Se completaron los datos en un cuestionario (ver anexos) y se administró a cada entrevistado la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton con el propósito de analizar si los sujetos, que conforman la población estudiada sufrían algún tipo de Trastorno Depresivo. Asimismo, se tuvieron en cuenta los Criterios Diagnósticos de Trastornos de Personalidad del Manual DSM IV para delimitar si existía en este mismo grupo una patología de este tipo.

## Resultados

Luego de realizar las entrevistas y escalas correspondientes, se arribó a los resultados que se exponen a continuación, detallados en tablas y con sus respectivos gráficos para una mejor comprensión.

**Tabla 1. Distribución por grupos etarios y sexo**

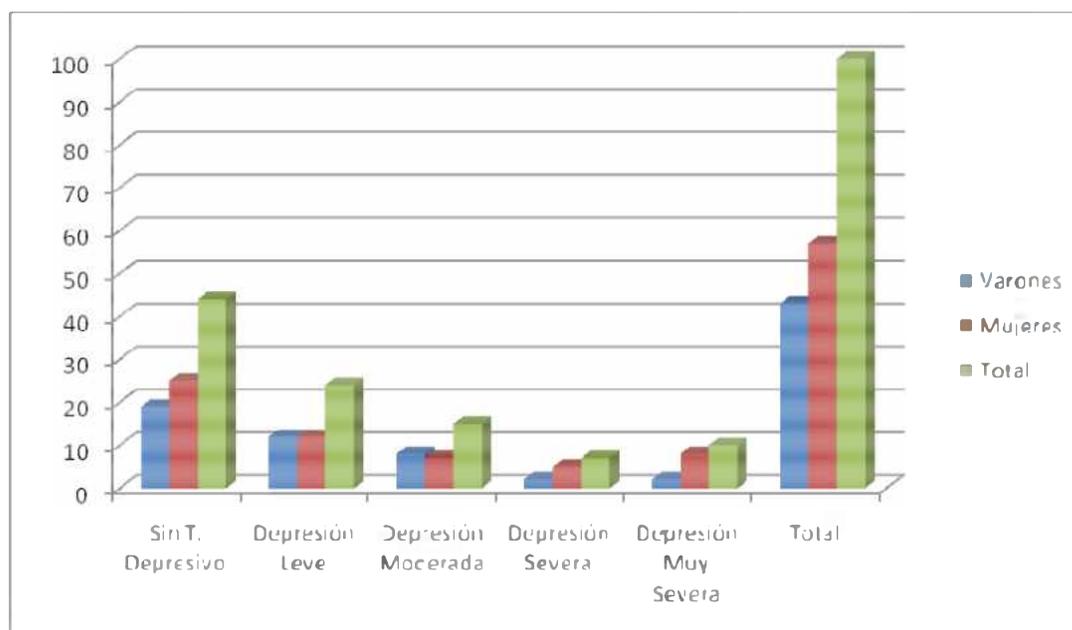
	Varones	Mujeres	Total
< de 20 años	5	9	14
20 a 29 años	22	17	39
30 a 39 años	10	16	26
40 a 49 años	3	11	14
> de 50 años	3	4	7
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>



**Tabla 2. Trastornos Depresivos**

	Varones	Mujeres	Total
Sin T. Depresivo	19	25	44
Depresión Leve	12	12	24
Depresión Moderada	8	7	15
Depresión Severa	2	5	7
Depresión Muy Severa	2	8	10
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

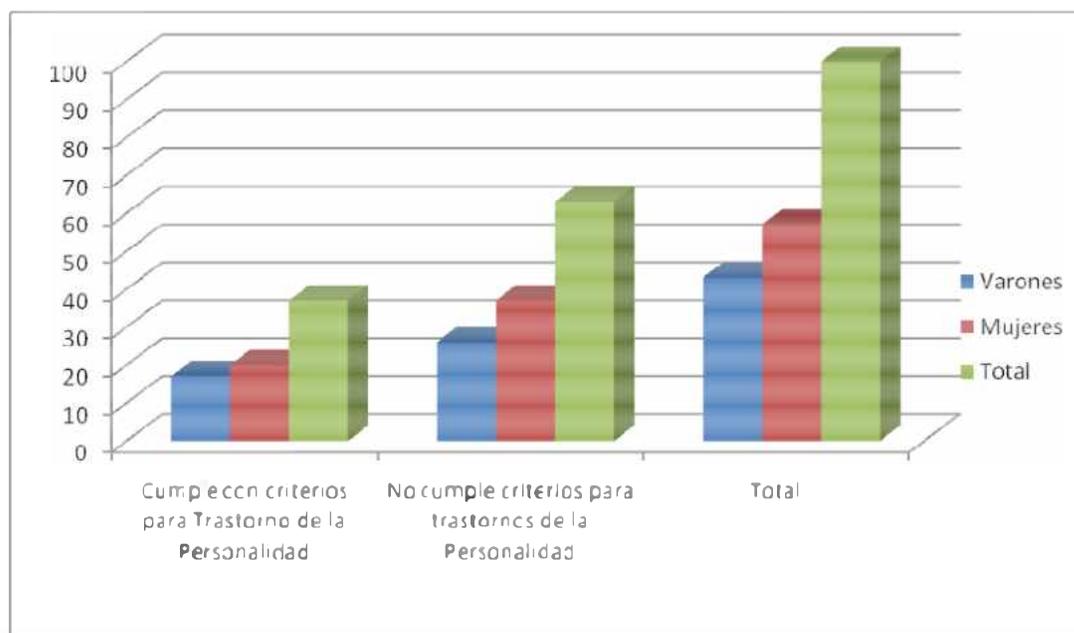
Según escala de Hamilton (ver anexo1)



**Tabla 3. Trastornos de la Personalidad**

	Varones	Mujeres	Total
Cumple con criterios para Trastorno de la Personalidad	17	20	37
No cumple criterios para Trastorno de la Personalidad	26	37	63
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Según Criterios diagnósticos de DSM IV (ver anexo 2)



**Tabla 4. Método empleado**

	Varones	Mujeres	Total
Ingesta medicamentosa	20	39	59
Medicamentos y alcohol	6	6	12
Herida por arma blanca	3	4	7
Precipitación desde altura	2		2
Precipitación desde auto		1	1
Precipitación a vías de ferrocarril		1	1
Ahorcamiento	4		4
Intoxicación con venenos	5	5	10
Intoxicación con CO	1		1
Arma de fuego	1	1	2
Otros	1		1
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

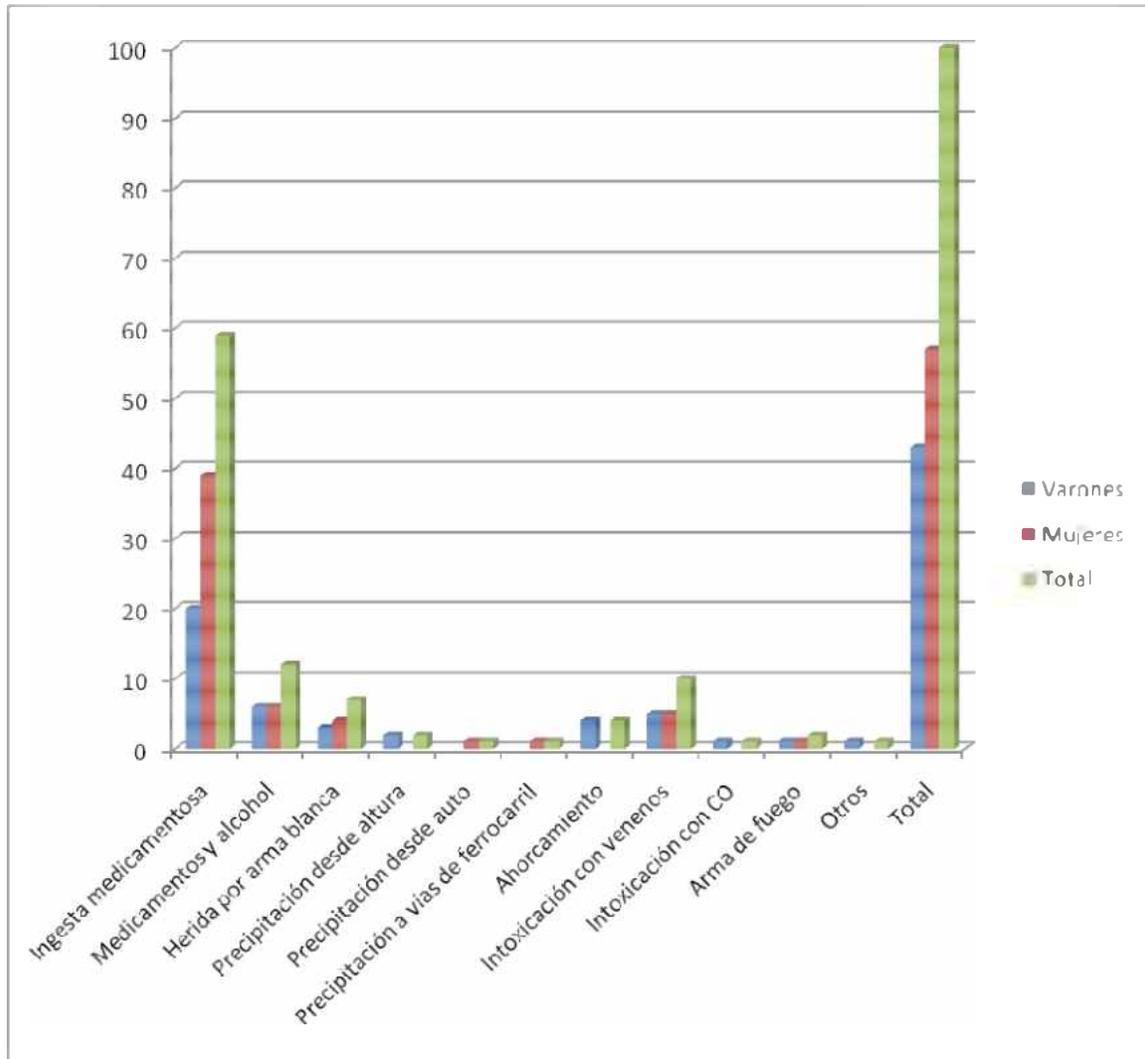
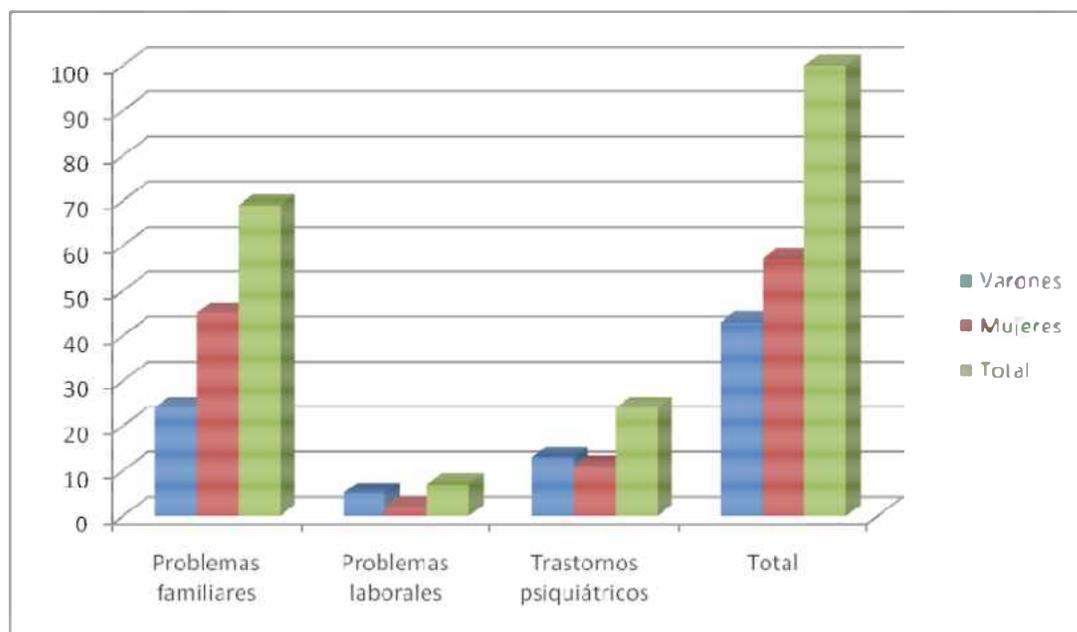


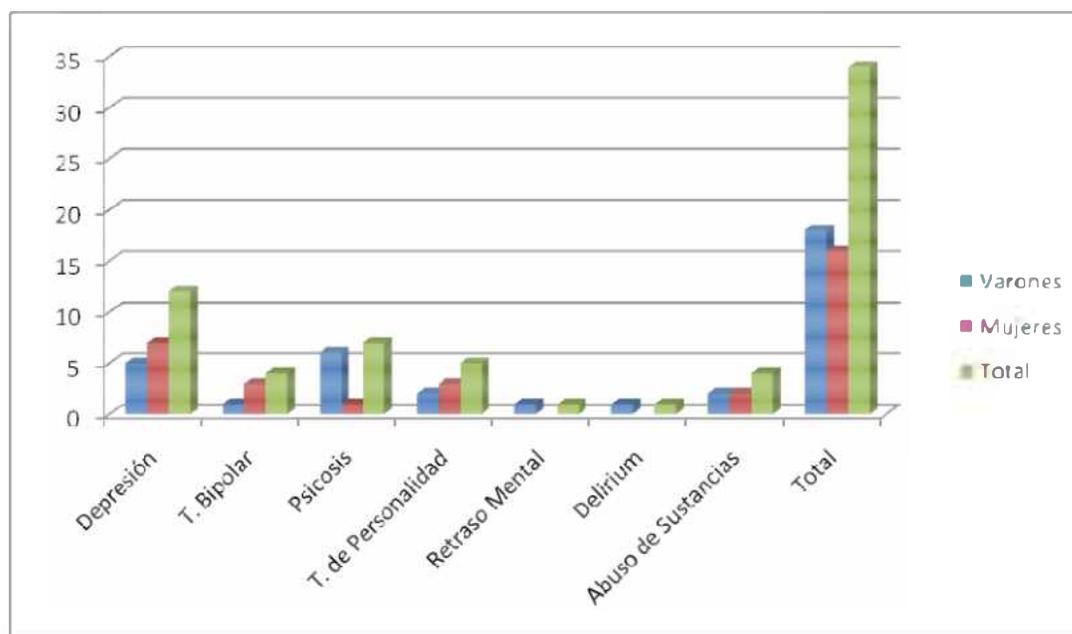
Tabla 5. Distribución según el detonante

	Varones	Mujeres	Total
Problemas familiares	24	45	69
Problemas laborales	5	2	7
Trastornos psiquiátricos	13	11	24
Total	43	57	100



**Tabla 6. Diagnóstico previo de patología psiquiátrica**

	Varones	Mujeres	Total
Depresión	5	7	12
T. Bipolar	1	3	4
Psicosis	6	1	7
T. de Personalidad	2	3	5
Retraso Mental	1		1
Delirium	1		1
Abuso de Sustancias	2	2	4
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>34</b>



## Conclusiones

Una vez realizado el análisis de los resultados obtenidos, se expondrán brevemente los datos más relevantes a fin de plasmar algunas de las conclusiones a las que se ha arribado a partir de los mismos.

En primer lugar, resulta interesante que dentro de los intentos de suicidio se halló una relación mujer/hombre de 1,33, y una prevalencia de trastornos depresivos en el 56 % de los casos. La mayoría de éstos (43 %) se encuentran dentro de lo que se consideraría una depresión leve. Cabe señalar que se encontró una prevalencia del 37 % de pacientes que cumplen criterios diagnósticos para trastornos de la personalidad, en una relación de 1,33 a favor de las mujeres. Por otro lado, en 35 de los 37 pacientes, no se encontraron –con las herramientas utilizadas en este trabajo– síntomas de depresión.

El grupo etario con mayor número de casos es el que comprende la franja de 20 a 39 años, que agrupa a 65 pacientes. Si se amplía el rango abarcando desde los 16 a los 49 años, se concentra al 92 % de los pacientes.

En cuanto al método autolítico elegido, el 59 % de los pacientes optó por la ingesta de medicamentos, y si este valor se suma a los que ingirieron medicamentos junto con alcohol la cifra alcanza al 71 % de los casos.

Los métodos más letales se correlacionaron con aquellos cuadros de depresión más severos; en general se trató de intentos fallidos por causas ajenas a la persona que intentaba suicidarse, fundamentalmente debido a la intervención de terceros.

Con respecto a los motivos que los pacientes referían durante la entrevista, el 69 % de los pacientes alegó que lo que lo había impulsado a realizar el intento de suicidio eran problemas familiares, en la mayoría de los casos se aludía particularmente a problemas de pareja.

Si bien al momento de realizar este estudio no se contó con instrumentos para detectar de manera más específica los trastornos de la personalidad, luego de las entrevistas, podría plantearse en una primera aproximación, que la mayoría de los pacientes que cumplieran con criterios diagnósticos de trastornos de la

personalidad podrían incluirse dentro del clúster B (narcisista, histriónico, borderline y antisocial), lo que podría dar cuenta de que el intento de suicidio forma parte de una conducta propia de este tipo de personalidades caracterizada además por manipulación, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, agresividad y otras conductas autodestructivas

Un inconveniente similar se presenta al momento de evaluar a los pacientes incluidos dentro del grupo de los depresivos; debido a la falta de recursos y la necesidad de objetivar de alguna manera los cuadros depresivos para así poder compararlos y analizarlos, hizo forzosamente ineludible que la evaluación de la depresión sólo se efectivizara a través de la escala de Hamilton. Al utilizar dicha escala, se obtuvo lo que en un principio proporciona un acercamiento al diagnóstico y una primera clasificación en cuanto a su gravedad, pero no puede en última instancia ahondar en las motivaciones que desencadenaron los hechos. Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos la depresión era leve, en un primer análisis no se puede asegurar que el intento de suicidio se produzca a causa de la depresión como causa única y suficiente, sino que se debe considerar que otros factores entran en juego (trastornos de personalidad, problemas vinculares, formas de afrontar los conflictos, etc.). Por lo tanto sería primordial poder evaluar en profundidad cuales son y cómo se relacionan esos otros factores cuya intervención tendría como resultado esta conducta; contando para ello con herramientas de mayor especificidad a fin de evaluar aquellos puntos que con el presente trabajo y los recursos disponibles al momento de su realización no fue posible esclarecer.

En cuanto a la dimensión preventiva y a los modos de intervención frente a los casos de este tipo, se torna indispensable tener en cuenta los siguientes datos:

- Es un hecho que muchos de los pacientes que cometieron suicidio habían consultado a su médico de cabecera en los meses anteriores.
- En la gran mayoría de los suicidios consumados ha existido un intento previo.

Siguiendo estas premisas, podemos inferir que el suicidio se podría evitar si se identificara correctamente la problemática predominante y se realizara la terapéutica adecuada.

Por lo antedicho, resulta imprescindible prestar especial atención al momento de prescribir psicofármacos y a la supervisión de los pacientes por parte de sus familiares en el hogar, ya que si bien no se especificó en el estudio, la mayoría de

los pacientes que ingerieron medicamentos con fin autolítico, habitualmente, consumían psicofármacos (en general benzodiazepinas) prescritos a ellos mismos o a sus familiares, por lo que se deberían implementar mayores controles y un uso responsable de los medicamentos.

Para finalizar, se plantea como una última reflexión la importancia que reviste -ante el surgimiento de casos como los analizados- la articulación del trabajo en conjunto de los profesionales de distintas áreas (psicología, psiquiatría, servicio social, clínica médica, pediatría, medicina general, etc.) dentro del hospital general. A su vez, sería beneficioso que dichos profesionales reciban cierta instrucción que facilite la detección de los trastornos depresivos, para poder dar apoyo, contención y tratamiento adecuado a estos pacientes de riesgo, a fin de acercar alternativas de solución y así evitar la toma de decisiones irreparables que afectan a los individuos no sólo a nivel subjetivo sino que redundan en un alto costo social.

## Bibliografía

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan- Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Novena edición. Barcelona: editorial Waverly Hispánica; 2004.
- 2- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud; capítulo 7: La violencia autoinfligida; 2002.  
En [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884\\_chap7\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_chap7_spa.pdf)
- 3- Habif, E. El suicidio. Una lectura socio-psicoanalítica desde la salud pública. Primera edición. Buenos Aires; 2005.
- 4- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Sexta edición. Barcelona; editorial Masson; 2006.
- 5- Ministerio de Salud de la Nación; Sistema estadístico de salud; Estadísticas Vitales, información básica; serie 5, número 48; 2004.
- 6- Ministerio de Salud de la Nación; Boletín número 120 del Sistema Estadístico de Salud; 2006
- 7- Mann JJ, Oquendo M, Underwoodmd, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (Supl 2): 7-11.
- 8- Baxter DN, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 1999; 175: 322-326.
- 9- Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996; 93: 327-338
- 10- Vázquez G. Trastornos del estado de ánimo, Depresión y bipolaridad. Primera edición. Buenos Aires; editorial Polemos; 2007.
- 11- Isometsä ET, Lönnquist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173: 531-535.

- 12-Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Ericksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 546-550
- 13-Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 1997; 170: 205-228.
- 14-Isometsä ET. Estudios de autopsia psicológica: una revisión. *The European journal of Psychiatry*. Edición en español 2002; 9: 11-18.
- 15-King EA, Baldwin DS, Sinclair JMA, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The Wessex recent in-patient suicide study, I. Case control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 531-536
- 16-Akiskal HS, Cerkovich Bakmas M. Trastornos bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Primera edición. Buenos Aires; editorial Panamericana; 2006.
- 17-Lecrubier Y. La influencia de la comorbilidad en la prevalencia de la conducta suicida. *The European journal of Psychiatry*. Edición en español 2002; 9: 90-94.
- 18-Gorwood P. Marcadores biológicos para la conducta suicida en la dependencia del alcohol. *The European journal of Psychiatry*. Edición en español 2002; 9: 79-87.
- 19-Pérez Barrero S, Begué M. El suicidio preguntas y respuestas. Primera edición. Buenos Aires; editorial Akadia; 2008
- 20-Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Live events, social support and suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 452-457.
- 21- Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M, Segal N. Genetics of suicide in depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 2): 12-17.
- 22-Bocchetta A, Chillotti C, Carboni G, Oi A, Ponti M, Del Zompo M. Association of personal and familial suicide risk with low serum cholesterol concentration in male lithium patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 37-41.

## Anexos

### Anexo I: Escala de depresión de Hamilton

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivo de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligeramente retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas Respiratorios: hiperventilación, suspiros Frecuencia de micción incrementada, transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Conciencia de enfermedad:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

#### Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	Depresión leve
13-17	Depresión moderada
18-29	Depresión severa
30-52	Depresión muy severa



## **Anexo II: Criterios diagnósticos generales para Trastorno de la personalidad**

**A.** Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. Actividad interpersonal
4. Control de los impulsos

**B.** Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

**C.** Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

**E.** El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

**F.** El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

**Anexo III: Entrevista para intentos de suicidio y conductas de autoagresión**

Fecha:

Sexo: F      M

Edad:

Domicilio:

Forma de ingreso: Familiar      Vecino      Policía      Sólo

Nivel de Instrucción:      1°      Completo

2°      Incompleto

3°

Ocupación actual: Sí      No

Mecanismo utilizado:	Armas de fuego	Ahorcamiento
	Arma blanca	Intoxicación Drogas-Alcohol
	Envenenamiento	Vehículos-Tren-Auto
	Asfixia	Altura
	Otros	

Detalle y descripción del método:

Tiempo de evolución al ingreso (hs):

Causas precipitantes:	Factores laborales	Enfermedad física
	Factores familiares	Trastornos mentales
	Otros	

## Sitio del acto en relación a otras personas

Lugar público	Frecuentado	Domicilio	Sólo
	Poco Frecuentado		Con compañía

Otros

Testigos del hecho	Persona esperada	Desconocidos
	Persona accidental	Otros

Intentos previos    Si    No

Tratamientos Psiquiátricos/Psicológicos previos:    Si    No

Tratamiento actual: Si    No

Estado actual:	Conciencia	Lúcido
		No Lúcido
		Coma

Orientación témporo-espacial    Si    No

Síntomas	Angustia	Confusión Mental
	Deprimido	Trastornos perceptivos
	Ansioso	Coma
	Excitado	

Actitud frente al episodio: Autocrítica    Rectificación

Colaboración    Si    No

Conducta a seguir:	Internación	Derivación
	Interconsulta	Consultorio Externo

**Anexo IV: Consentimiento informado**

Yo.....he sido informado/a que el profesional actuante, está realizando un estudio que permitirá conocer la presencia de Trastorno Depresivo en pacientes que son internados por intento de suicidio.

Se me informó que dentro de la investigación no me realizarán estudios ni exámenes clínicos de ningún tipo.

Yo he elegido libremente participar en el estudio. Entiendo que para esto debo participar en una entrevista.

Entiendo que mi participación es enteramente voluntaria y que si me rehúso a contestar cualquier pregunta se respetará mi elección, así como puedo retirarme voluntariamente en cualquier momento del estudio sin que esto ocasione algún tipo de sanción.

Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido por los pacientes mediante el conocimiento ganado por medio del presente estudio.

Entiendo que la información obtenida de mí será tratada de manera confidencial y se garantice que yo no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio.

Se me ha preguntado si tengo alguna duda acerca del estudio en este momento.

Sé que si en un futuro tuviera alguna duda del mismo puedo contactar a la Dra. María Victoria Gutiérrez al teléfono 0221- 4840290.

.....

.....

Firma del Paciente

Firma del Profesional