

**ESTUDIO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL
«HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI»
1994-1996**

Freddy Vásquez Gómez(*)

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM HD-HN en el lapso 1994-1996, con el objeto de ampliar la información obtenida en la investigación anterior, identificar y registrar variables demográficas, sociales y clínicas mediante una ficha especial, y propiciar la aplicación de programas preventivos del suicidio por su cada vez más estrecha relación con el intento de suicidio y algunas consideraciones comunes encontradas para ambos fenómenos en varias latitudes y en nuestro medio.

Entre otros datos, destaca la afectación predominante en este estudio, de la población joven (15-34 años) y fundamentalmente femenina, (relación de 3,4/1). Los motivos que condujeron al intento de suicidio fueron con mayor frecuencia sentimentales, conyugales y familiares; y los métodos más utilizados fueron los químicos, con sobredosis de psicofármacos (ansiolíticos principalmente) así como insecticidas; en el sexo masculino se apreció el uso más frecuente de métodos mecánicos, generalmente violentos.

Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos depresivos, ya sea reactivos, depresión mayor o distimia, seguidos de trastornos psicóticos, de personalidad y otros. Se observó reiteración de intentos suicidas en más de la mitad de la población muestral. Se comentan otros hallazgos, y se comparan con los reportes de la literatura nacional e internacional, se formula una tasa interna de intento de suicidio y su probable correlación con la tasa de suicidios para el Perú. Se enfatiza la necesidad de establecer programas de prevención de nuevos intentos («postvención»), y del suicidio mismo, conocidas las características de la población en riesgo. Se recomienda estudios prospectivos y de seguimiento.

PALABRAS CLAVE : *Intento Suicida, Emergencia Psiquiátrica, Prevención de Suicidio*

*Médico Psiquiatra, Jefe del Servicio de Emergencia del INSM «HD-HN».

◆ INTRODUCCION

Son cada vez más numerosos los estudios que indican que el intento de suicidio es precursor del suicidio consumado, y es tal vez el mayor indicador de riesgo para el acto fatal (1).

Algunas fuentes indican que el 6.4% de pacientes que realizaron un intento serio de suicidio lo consumarán alguna vez en los siguientes 5 años; así como se ha ido determinando tasas específicas de intento suicida en trastornos de ansiedad, esquizofrénicos y depresivos (2) (3) (4); en estos últimos el riesgo de reiteración del intento es mayor dentro de los tres meses siguientes al primer intento y se asocia la depresión tanto a los intentos cuanto al suicidio mismo; en general se ha calculado que alrededor del 10% de pacientes que intentaron suicidarse lo logran en el lapso de 10 años (1).

Se ha señalado asimismo un aspecto importante como es el de que un número no despreciable de personas que intentan o logran el suicidio advirtieron de su intención a familiares o amigos, reportándose que casi la mitad de suicidas consultaron con un médico y hasta 1/4 de ellos lo hicieron con un especialista (5).

Por otro lado, en los países en vías de desarrollo parece ser un problema la ausencia de estadísticas confiables, estimándose una relación de 8 a 14 intentos de suicidio frente a uno logrado (5) (6).

En general, en el contexto latinoamericano, las cifras provienen de hospitales generales e instituciones psiquiátricas, coincidiendo en señalar que la población más afectada por los intentos suicidas es joven y predominantemente femenina (5) (7).

Adicionalmente se han agregado variables socio-demográficas y clínicas que coinciden en apuntar que los pacientes con padecimientos psiquiátricos presentaron un riesgo de 3 a 12 veces mayor que la población general, siendo factores de riesgo la hospitalización psiquiátrica previa, así como presencia de enfermedad física terminal entre otros (1) (8).

En lo que respecta al suicidio consumado, en el Perú la OMS presenta tasas de mortalidad por dicha causa, correspondientes al lapso 1969 a 1989, señalando mayor compromiso de sexo masculino y edades predominantes entre los 15 y 34 años (9). Concerniente al intento de suicidio, existen estudios locales efectuados en un hospital general y en el INSM HD-HN, citándose en este último un estudio- asesorado por el autor - con una muestra de 150 pacientes que intentaron suicidarse seleccionados de 553 historias clínicas evaluados retrospectivamente, y que correspondían al período 1985-1993 (10) (11).

Por otro lado la OMS, a través de grupos específicos de trabajo en la materia, viene enfatizando la importancia de realizar estudios del intento suicida empleado mejores métodos de recolección de datos, la precisión de características socio-demográficas, causas y motivos, la identificación de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo, considerando incluso las actividades calificadas como «gestos suicidas»; por todo ello el presente trabajo describe y analiza estos hallazgos retrospectivos, estudiando los casos de intento de suicidio atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM HD-HN durante los años 1994 a 1996 (primeros 4 meses), complementando la información existente, generando una base de datos, establecer el correlato entre intento y suicidio consumado, así como formular recomendaciones tendientes a desarrollar programas preventivos de próximos intentos («postvención») y del suicidio mismo.

en tanto la eficacia de estos programas depende del amplio conocimiento de las características de los grupos poblacionales de mayor riesgo como ya se resaltó en trabajos similares (11) (12).

◆ MATERIAL Y METODOS

Se revisó retrospectivamente los registros de atención del Servicio de Emergencia del INSM HD-HN, correspondientes a los años 1994, 1995 y 1996 (primeros 4 meses).

Para los alcances del presente trabajo se define el Intento de Suicidio como una lesión, traumatismo, herida u otra agresión física autoprovocada, con pronóstico no fatal, descartándose las condiciones tales como «ideas suicidas» o «gestos suicidas», vale decir que se consideraron los intentos suicidas serios y recientes.

Se seleccionaron los casos en los que el triaje o historia clínica consignase el dato de intento de suicidio, ocurrido en las 48 horas previas a la atención.

A continuación se ubicó el triaje o historia clínica respectiva, de cuyas fuentes se transcribieron algunas variables socio-demográficas a una ficha especial, tales como: nombre, sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, estilo de vida, ausencia de progenitores, hospitalización psiquiátrica anterior, intentos previos de suicidio, hospitalización actual, tratamiento especializado actual, modalidad de intento, motivos desencadenantes del intento, diagnóstico clínico, lugar de referencia y veces de ocurrencia del intento.

Luego de analizar los datos y variables formulando los respectivos comentarios, se intenta establecer una tasa interna anual de in-

tento de suicidio, así como la probable correlación entre dicha tasa y la reportada por la OMS para el suicidio consumado correspondiente al Perú.

◆ RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente trabajo son los siguientes :

Casos por Año.

Se registró un total de 255 casos de intento de suicidio, correspondiendo 96 al año 1994, 127 al año 1995, y 32 al primer cuatrimestre de 1996. Ver Cuadro 1.

Sexo y Edad.

Del total de casos, el 77.3% correspondió al sexo femenino y el 22.7% al masculino, siendo la relación mujer/varón : 3.4 a 1.

La población más afectada en la muestra es joven, correspondiendo un 70.4% al grupo etáreo de 16 a 30 años; con predominio del sexo femenino, siendo la edad promedio para las mujeres 26.5 años y 28.4 años para los varones (edad promedio total 27.2 años). Ver Cuadro 2, 3 y 3-A.

Estado Civil.

Para ambos sexos, se encontró predominio de los solteros con un 63.9%, seguido de 19.2% para los casados y 14.1% para los convivientes. Los otros grupos: viudo, separado, divorciado mostró un porcentaje menor. Ver Cuadro 4.

Grado de Instrucción.

El 43.1% de los pacientes tenían secundaria completa, el 22.0% secundaria incompleta; el 14.1% con educación superior incompleta y 9.8% completa. Se registran con porcentajes menores los pacientes con primaria (en total 9.8) y analfabetos (1.2). Ver Cuadro 5.

Ocupación.

En la muestra se registró un 39.2% de desempleados con predominio entre varones; luego el grupo de estudiantes con 20.8, amas de casa con 15.7, independientes con 12.5 y con menores porcentajes empleados (8.2), obreros (2.7) y profesionales : 0.8. Ver Cuadro 6.

Procedencia y Estilos de Vida.

La mayoría de casos provenía del área urbana. (87.9%), luego de la zona urbano-marginal (12.2%), y una minoría del Área rural (0.8%). La mayoría de pacientes, (97.6) reportó no vivir sola, correspondiendo este estilo de vida a una minoría de 2.4%, con predominio del sexo masculino. Ver Cuadro 7 y 8.

Perdida de Progenitores.

La mayoría de casos, (96.5%) no reportó orfandad, que sólo figuró con un 3.5%, predominando ello en el sexo femenino. (Cuadro 9).

Hospitalización Psiquiátrica y Tratamiento Previos.

El 12.2 de los casos presentó como antecedente la hospitalización psiquiátrica, con predominio en las damas; en este grupo se observa que el internamiento se realizó una vez (67.8%), 2 veces (22.6%) y hasta 3 ó más veces (9.6%), siempre con predominio entre las mujeres. Adicionalmente, un 23.9% de pacientes venía recibiendo tratamiento especializado, con predominio entre las damas (24.4%).

El resto de pacientes reportó no haber recibido tratamiento. Entre los primeros, se registró que un 34.4 de pacientes recibirán tratamiento con fármacos antidepresivos: 29.5%, con neurolépticos: 19.7%, con ansiolíticos, una combinación de fármacos: 11.5% y anticonvulsivantes: 4.5% (Cuadros 10-A, 12 y 13-A).

Intento Previo de Suicidio y Hospitalización Actual.

El 38.4% de pacientes contaba con por lo menos un intento suicida anterior, predominando el sexo femenino. En general, con un intento figura el 54.1%, con 2 intentos: 27.5% y con 3 intentos: 18.4%, siempre con predominio del sexo femenino.

De todos los casos estudiados se hospitalizó un 20.8% de pacientes sin predominio de sexo alguno, el resto fue manejado ambulatoriamente o referido a otra institución. Cuadro 11-A y 12.

Método Utilizado en el Intento de Suicidio.

De todos los casos, el 65.1% señala haber utilizado métodos químicos ; luego los métodos mecánicos: 27.0% ; y con métodos mixtos: 7.5%. Entre los primeros predomina el sexo femenino; en los segundos y terceros predominan los varones. Cuadro 14.

Al explicitar los métodos, entre los químicos la modalidad más frecuente registrada en la muestra fue la de sobredosis de fármacos con 68.7%, luego ingesta de insecticidas con 28.3% y porcentajes menores para inyección de sustancias (1.8%) y otros (1.2%). En la modalidad de sobredosis de fármacos se registró mayor compromiso del sexo femenino, en tanto que la de insecticidas predominó el sexo masculino.

Adicionalmente, se observa que entre los fármacos más utilizados para el intento suicida estuvieron las benzodiazepinas (59.5%), luego los antidepresivos (13.2%), figurando con similares porcentajes los neurolépticos, analgésicos, anticonvulsivantes y combinación de medicamentos.

En lo que respecta a las benzodiazepinas, de mayor uso entre las damas de la muestra, las más utilizadas son : el Diazepam (66.2), el alprazolam (22.0) y el lorazepam (11.8). En-

tre los antidepresivos, también se observó mayor afectación de las damas sobre los varones, siendo lo inverso cuando se trató de otros fármacos o la combinación de ellos. Cuadros 14, 14-A, 14-A-1, 14-A-2.

En lo que respecta a métodos mecánicos, predomina en la muestra el corte de venas u otras regiones corporales (58.6), afectando más a varones, luego el de arrojarse de altura: (24.3%), siempre afectando más al sexo masculino; luego el arrollamiento por vehículo e intento de ahorcamiento (5.7%) afectando por igual a ambos sexos, posteriormente provocarse quemaduras (4.3%) afectando más a damas, y el uso de arma de fuego (1.4%) encontrándose un solo caso en un varón. Cuadro 14-B.

Motivo del Intento Suicida.

En el estudio se encontró que el predominio fue por motivos sentimentales/conyugales (38.0%) afectando más a las damas, luego por motivos familiares: (32.9%), igualmente comprometiendo más al sexo femenino; luego se encontraron motivos psicopatológicos (10.2%), económicos (3.5%) y otros diversos (13.5%) en todos ellos comprometiendo más a los varones. Cuadro 15.

Diagnóstico.

Para los alcances del presente estudio se agruparon 6 categorías diagnósticas, siendo la principal, los trastornos depresivos: 56.0%, que afectaron más al sexo femenino; luego los trastornos psicóticos (no depresivos): 24.7% con mayor compromiso del sexo masculino, a continuación los trastornos de personalidad: 11.0% predominando también entre varones, posteriormente los trastornos ansiosos: 3.9%, más frecuentes entre las damas; luego trastornos por abuso de alcohol y sustancias: 2.7%, que comprometió más al sexo masculino, y finalmente los trastornos orgánico cerebrales: 1.6 con afectación por igual para ambos sexos. Cuadro 16.

Al descomponer los trastornos depresivos, se consideraron 3 subgrupos, se registraron en primer lugar la depresión reactiva: (45.4%) más frecuente entre las damas, luego la depresión mayor: (33.6%), que comprometió más a varones, y finalmente la distimia: (21.2%), que predominó en el sexo femenino. Cuadro 16-A.

Lugar de Referencia.

Del total de casos atendidos, 77.2% fue referido desde un centro asistencial, mayormente del Hospital Cayetano Heredia, y con predominancia de las damas, el restante 22.0% provino del domicilio y el 0.8% encontrado en la vía pública. Cuadro 17.

Meses o Estaciones del Año.

Por las características de la muestra estudiada (que abarcaba el primer cuatrimestre de 1996), se describe únicamente los hallazgos correspondientes a los primeros 4 meses de los años estudiados (1994, 1995 y 1996); así se observó una mayor frecuencia en Marzo con 30.8, luego Febrero y Abril, cada uno con 24.2%, y finalmente Enero con 20.9%. Cuadro 18.

Tasa Interna de Intento de Suicidio. Consultando el compendio estadístico anualizado del INSM HD-HN se observa variación en el total de atenciones en sucesivos años en el Servicio de Emergencia, y se ha considerado que el 50% de aquellas representan reales urgencias psiquiátricas, constituyendo el resto orientaciones brindadas por el personal de enfermería principalmente.

De este modo, en el año 1994 se consideran 2,361 casos de urgencia real, siendo el número de intentos de suicidio, obteniéndose una tasa anual para ese año de 0.04.

En cuanto al año 1995, el número de urgencias reales fue de 2,237 y los casos de intento

suicida 127, resultando una tasa de 0.05. En lo que respecta al año 1996, en los primeros 4 meses se registró 600 urgencias reales, y el número de intentos suicidas fue de 32, resultando una tasa de 0.05.

Cabe señalar que un trabajo retrospectivo en que participó el autor y que estudiaba los intentos de suicidio en el período 1985-1993, el compendio estadístico revelaba 13,800 atenciones reales de urgencias y, el número de intentos de suicidio para este período fue de 553, resultando una tasa de 0.04 (11). Cuadro 18.

Tasa de Mortalidad por Suicidio- Perú.

Las tasas de mortalidad por suicidio en el Perú reportadas por la OMS son: para 1983: 0.5 por 100 mil habitantes, en 1989: 110 defunciones por suicidio para una población de 20 millones de habitantes (9), lo que arrojaría un valor parecido al anterior, que constituye con toda seguridad un subregistro comparado a las tasas de suicidio de países vecinos en Sudamérica.

El grupo etéreo más afectado es el comprendido entre 15 a 34 años, con predominio de varones (66) sobre mujeres (44) para 1989. No se encuentra datos de tasas de suicidio por ciudades o regiones en el Perú; tampoco se ha ubicado tasas de intento de suicidio de manera oficial para el Perú.

Discusión y Comentarios.

El presente trabajo se limita a la población que solicitó atención en el INSM HD-HN presentando intento serio de suicidio, descartándose «relación» o «gesto suicida».

Igualmente se ha tenido dificultades para precisar algunos datos en varios de los casos por algunas omisiones en las hojas de evaluación, triaje o historias clínicas, así como por la di-

versidad de nomenclaturas diagnósticas.

Casos por Año.

Se encuentra variación entre los 96 casos de 1994 y los 127 del año 1995; la proyección del primer cuatrimestre de 1996 con 32 casos se perfila a un número similar al de 1994.

Sexo y Edad.

Correspondiendo el 77.3% al sexo femenino y 22.7% al masculino, la relación mujer/varón es de 3.4 a 1 en la muestra. Adicionalmente la población más comprometida es cada vez más joven (16-30), y predominantemente femenina, lo que se registra en varios estudios similares (1, 7, 9, 11, 13, 15, 22, 23) y revela el mayor riesgo en adolescentes, y que parece ser la tendencia en lo que respecta al suicidio consumado.

Estado Civil.

En el estudio se registró una mayor afectación entre los solteros; en otros reportes la condición de soltero, viudo o divorciado es un factor de riesgo tanto para el intento cuanto para el suicidio mismo (1, 7, 11, 13, 15, 16, 17, 22, 23, 24).

Es oportuno hacer notar, que la predominancia de gente joven en la muestra puede resultar un sesgo en cuanto a la mayor prevalencia de solteros; aunque conviene notar que si se agrupase el número total de casados y convivientes representaría un tercio de la población de intentadores de suicidio.

Grado de Instrucción.

En la muestra se encontró que casi el 65.1% de casos alcanzó la secundaria, completándola el 43.1%, y un número significativo de pacientes cursaban o concluyeron educación superior; menores porcentajes figuran entre los que cuentan con educación primaria o analfabetos; y cuyos hallazgos son similares a los encontrados en la literatura (7, 11, 13, 24).

Ocupación.

La relación del intento suicida y suicidio consumado con el desempleo es ampliamente aceptado con pocos reportes disímiles (7, 15, 16, 17, 23); en este estudio predominó el grupo de desempleados, con predominio del sexo femenino, atribuido tal vez a la muestra mayormente femenina.

Posteriormente se afecta el grupo de estudiantes, luego el de amas de casa, siempre femenino por similar apreciación a la anterior; finalmente se aprecia que también es afectado el grupo de independientes (que incluye comercio ambulatorio e informal).

Procedencia y Estilo de Vida.

La mayoría amplia de casos procedía del área urbana lo que coincide con reportes de la literatura (7, 11, 25), luego los del área urbano-marginal. Por otro lado, en la muestra se encontró un pequeño porcentaje que declaró vivir solo; este hecho ha sido reconocido como un hallazgo predominante en los casos ya sea de intento como de suicidio mismo (7, 13, 16, 24, 25).

El hallazgo en este trabajo podría deberse a las características socio-culturales de la población del medio: vivir entre familias extendidas por diversas razones entre ellas las económicas o carencia de viviendas, etc.

Pérdida de Progenitores.

Se reconoce que la pérdida parental durante la infancia o adolescencia es un factor importante de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas, equivalentemente el ausentismo parental precoz y las graves disfunciones parentales (7, 10, 19, 23, 25, 26, 27, 28), encontrándose en algunos estudios que entre el 40 al 50% de personas que intentaron suicidarse presentaron el antecedente de pérdida de un progenitor antes de los 17 años (10, 23, 26, 28).

En este estudio se registró que una minoría presentó como antecedente la orfandad temprana, afectando más el sexo femenino, en cuya minoría submuestral se observó que la pérdida parental ocurrió antes de los 18 años, siendo predominantemente el padre antes que la madre, lo que coincide con otro estudio (26); no obstante siendo una submuestra pequeña, debe considerarse a la pérdida parental precoz como un factor de riesgo suicida en nuestro medio.

Hospitalización Psiquiátrica y Tratamiento Previo.

En el estudio se encontró un 12.2% de pacientes que habían estado previamente internados en una institución psiquiátrica, predominando las damas; al comparar con la literatura, el porcentaje de pacientes con ese antecedente varía entre 20 al 30% para los intentos de suicidio y hasta 90% para los suicidios consumados (1, 23, 24, 29, 30).

El menor porcentaje hallado en la muestra puede atribuirse, en parte a una menor oferta de internamiento en relación a la demanda de internamiento y tal vez a la ausencia de protocolos o programas establecidos para la toma de decisión de internar.

Por otro lado, se encontró que el 23.9% de pacientes que intentaron suicidarse se encontraba bajo tratamiento especializado cuando cometió el acto; observando que un 34.4 de ellos recibía fármacos antidepresivos, 29.5 neurolépticos y casi 20% ansiolíticos, e incluso una combinación de ellos.

Estos hallazgos llevan a la generalizada preocupación compartida por varios autores, por lo que aún cuando los pacientes se encuentren en un régimen psicofarmacológico realicen el intento suicida o lo logren; ésto habría sido comentado ya líneas atrás, y que atañe al intentador o al consumidor, en el sentido que un porcentaje no despreciable de

ellos, visitó a un médico o a un especialista, que además pudo haberle advertido de su intención, o inclusive el paciente pudo utilizar el fármaco prescrito en sobredosis con propósitos suicidas (1, 2, 3, 5, 11, 22, 23).

Intento Previo de Suicidio y Hospitalización Actual.

En la muestra se halló un 38.4% de casos con antecedentes de haber presentado al menos un intento, que afecta más a las damas. Al respecto, se describe que las personas que intentan suicidarse presentan mayor riesgo de reiterarlo o cometerlo, registrándose variaciones que van del 20 al 70% de pacientes que presentaron el antecedente de por lo menos un intento anterior; igualmente, los hallazgos de la muestra señalan que el 54.1%, presentó un intento, 27.5% de ellos 2 intentos y 18.4% de pacientes 3 intentos. Todo lo demás coincide mayormente con desocupación de la literatura aun cuando la gran cantidad de ellos registra un solo intento previo (1, 7, 10, 11, 13, 15, 19, 22, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 33).

Por otra parte, se observa que el 20.8% de pacientes se hospitalizaron por el intento actual; en otros estudios se reportan porcentajes mayores que alcanzan hasta el 61% (16). Esto tendría una explicación semejante a la del acápite anterior, por lo menos en lo que se refiere al INSM HD-HN es decir, una demanda mayor que la oferta de camas y la ausencia de servicios de cuidados intensivos de emergencia psiquiátrica para casos de intentos suicidas así como la omisión de protocolos o programas especiales.

Casos en Tratamiento Actual.

Se encontró que el 23.9% de pacientes que intentaron el suicidio se encontraban bajo tratamiento especializado cuando fueron atendidos; el 34.4% de ellos recibía antidepresivos, con el 30% neurolépticos y cerca del 20% ansiolíticos y también una combinación de

ellos.

Es pertinente recordar lo que fue motivo de las citas introductorias en el sentido de que un porcentaje no despreciable visitó a un médico, inclusive a un especialista con la preocupación de medicamentos, no siendo infrecuente que los pacientes intenten el suicidio con los fármacos prescritos, y que un buen porcentaje de ellos pudo haber advertido de su intención al facultativo como se registra en otros estudios (1, 2, 3, 5, 11, 22, 23).

Métodos Utilizados.

En el estudio se encontró que las damas utilizaron fundamentalmente métodos químicos, predominando la sobredosis de fármacos y luego insecticidas, esto es variable según la población estudiada, encabezando la sobredosis de fármacos, luego heridas por arma blanca y posteriormente ingesta de venenos (7, 10, 11, 15, 17, 19, 25, 30).

En lo que se refiere a sobredosis de fármacos se aprecia en primer lugar las benzodiazepinas, siendo el diazepam el más usado, luego alprazolam y lorazepam, a continuación los antidepresivos, y con menores porcentajes pero similares los neurolépticos, anticonvulsivantes, analgésicos o una combinación de ellos.

En muchos estudios, de por lo menos los últimos 15 años se señala a las benzodiazepinas como las más comunes en los intentos suicidas (7, 8, 11, 15, 17, 19, 30); pudiendo explicarse en general por la fácil accesibilidad a los fármacos prescindiendo de recetas, y los bajos costos de los insecticidas.

En el estudio, ocuparon un segundo lugar, con cerca de un tercio, los métodos mecánicos, ocupando en primer término el uso de arma blanca para inferirse cortes en las venas, luego con porcentajes menores al arrollamiento

por vehículos, ahorcamiento, quemaduras y uso de arma de fuego, casi todos ellos predominantes en el sexo masculino, como es conocido en la literatura se reporta que los varones tienden a utilizar métodos más violentos y letales que las damas tanto para los intentos cuanto para el suicidio mismo (7, 10, 11, 15, 17, 19, 35).

También se encontró en 7.5% el uso de métodos mixtos, que también se describe en fuentes de la literatura, variando entre 4 y 10% de los casos (7, 11, 17, 18).

Motivo del Intento de Suicidio.

En el presente estudio se encuentran como motivos principales de intento suicida los problemas sentimentales/conyugales referidos a desavenencias, desengaños amorosos, mutuas recriminaciones, maltrato físico o psíquico, patrones inadecuados de comunicación intrafamiliar, lo que afecta mayormente al sexo femenino, lo que coincide con los reportes de la literatura tanto para casos de intento y suicidio consumado (1, 5, 11, 28, 30).

Se aprecia asimismo un 10.2% que intentó suicidio por causas psicopatológicas, es decir alteraciones psíquicas traducidas en síntomas alucinatorios que motivaron conductas autoagresivas en los pacientes, igualmente coincidente con los reportes citados.

Se observa con porcentajes menores los motivos económicos, aunque por las limitaciones del estudio no se ahondó en detalle, igualmente para otros motivos que suelen incluir sentimientos de soledad, vacío, frustración, desadaptación, migración, etc, que pueden constituir factores desencadenantes o agravantes de cuadros psicopatológicos preexistentes o precipitar episodios recientes, que en general coinciden con los hallazgos de la literatura en otras latitudes (30, 35, 36).

◆ DIAGNOSTICO

Los diagnósticos más frecuentes de la muestra correspondieron a trastornos depresivos afectando más a damas; luego los trastornos psicóticos y de personalidad que comprometen más a varones, a continuación trastornos ansiosos que comprometen más a mujeres; posteriormente desórdenes por abuso de alcohol y sustancias con predominio en el sexo masculino, y finalmente los orgánicos cerebrales igual para ambos sexos. Al respecto se sabe que entre pacientes que intentan el suicidio, se encuentra un porcentaje de trastornos afectivos que va desde el 25 al 70%, figurando en segundo lugar los trastornos de personalidad con un 10 a 50% de casos, luego los trastornos situacionales agudos con 15 al 30% de casos. Posteriormente se ubican los trastornos por dependencia de sustancias y trastornos de ansiedad. Asimismo con respecto al suicidio consumado, se describe que más del 90% de personas que lo cometen presentó un trastorno psiquiátrico previo, y que entre 10 y 15% de personas que sufren de un padecimiento psiquiátrico importante como trastornos afectivos, esquizofrenia o alcoholismo terminaron consumando el suicidio (1, 2, 3, 5, 13, 22, 23, 25, 30, 32, 33).

Se ha estudiado adicionalmente que, en los pacientes que cometieron suicidio el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno afectivo, usualmente depresión mayor en el 40 a 80% de casos, la dependencia a sustancias y alcohol en 15 a 30% de casos; y los trastornos psicóticos que correspondieron al 10-30% de casos.

En nuestro estudio, entre los diagnósticos más frecuentes, es decir los trastornos depresivos, se encontró en primer lugar las reacciones depresivas, luego los episodios depresivos mayores y luego las distimias; con el primero

y tercero predominando en el sexo femenino, y el segundo al sexo masculino.

Es conveniente comentar que en los pacientes aquejados con trastornos afectivos que presentan síntomas alucinatorios en especial de tipo comandatorio se ha descrito mayor riesgo de cometer un acto suicida (13, 18, 20, 25, 37). De otro lado, la comorbilidad de los trastornos depresivos con otros desórdenes psiquiátricos, en especial trastornos de personalidad, abuso de sustancias y ataques de pánico, aumenta de manera sustantiva el riesgo suicida, al igual que los pacientes psicóticos, entre los que pueden considerarse los esquizofrénicos, pueden presentar síntomas depresivos convirtiéndose en un grupo especial de alto riesgo (2, 3, 7, 13, 25, 38). Igualmente los pacientes con diagnóstico de alcoholismo que intentan suicidarse con mayor frecuencia suelen presentar síntomas depresivos o trastornos de personalidad asociados, siendo los de personalidad antisocial y limítrofe los que se acompañan particularmente de actitudes suicidas (13, 15, 28, 39).

Otro factor importante en el suicidio es el de la desesperanza estudiado últimamente como indicador de riesgo de suicidio a largo plazo en diversos cuadros psiquiátricos (13, 40).

En el presente estudio, se encuentra que los trastornos afectivos en especial depresivos fueron los más diagnosticados entre los intentadores de suicidio, lo que coincide con fuentes de la literatura; luego se encontraron los trastornos psicóticos, que corresponde a una categoría amplia y acaso abultada, y que no coincide con diferentes resultados que, ubican mas bien en ese lugar a los trastornos de personalidad, que en este estudio figuran en tercer lugar, predominando entre varones.

Por otro lado, para efectos de este trabajo, los trastornos situacionales agudos estuvie-

ron incluidos dentro de los episodios depresivos reactivos (ocupando el 50%) por lo que no puede compararse fácilmente con lo descrito en la literatura.

El resto de trastornos presenta variabilidad de frecuencias en diversos reportes de estudios latinoamericanos (14, 15).

En suma, más de la mitad de casos de este estudio que intentan suicidarse cursaba con un episodio depresivo, fundamentalmente agudo o reactivo, fenómeno descrito de una u otra forma para los suicidios consumados (11, 12); adicionalmente, estos episodios reactivos tuvieron como desencadenantes conflictos sentimentales, conyugales, familiares, ya descritos líneas arriba, y que en forma conjunta coincide con estudios locales y en el ámbito de latinoamérica (7, 8, 10, 11, 14, 15).

Es preciso señalar, asimismo, que en el presente estudio no se menciona el fenómeno de la comorbilidad o yuxtaposición de diagnósticos, que implica mayor riesgo y manejo difícil (1, 2, 3, 5); tampoco se exploró el diagnóstico de enfermedad física concomitante que sí fue citada en un trabajo similar (11).

Lugar de Referencia.

Más del 75% de casos de intentos suicidas fueron referidos de otra institución de salud mayormente el H.A «Cayetano Heredia», por la proximidad al INSM HD HN, lo que deja establecido la importancia del enlace y coordinación fluidos entre ambas instituciones, una en la que se resuelve el cuadro físico mas urgente, y la otra en la que se realiza la intervención en crisis, tratamiento y seguimiento especializados.

Menos de un 25% de pacientes fueron traídos desde su domicilio, por diversas razones, entre ellas las de haber sido atendidos previamente.

Meses de Ocurrencia.

Para efectos de este trabajo, se comparó los primeros 4 meses del año, por razones de registro y sólo esos meses en 1996; encontrándose un predominio en el mes de marzo. Por otro lado si se tiene en cuenta que los meses del verano corresponden a Enero, Febrero y Marzo, se registra casi 75% de casos atendidos correspondieron a esta estación, aunque no se puede comparar con las otras estaciones por las características del estudio.

En un reporte sobre intento de suicidio en adolescentes, se encontró que un tercio de ellos ocurrió en el invierno, en otra latitud que correspondía a los meses de Enero a Marzo (19).

Existen trabajos que buscan la relación del suicidio con las estaciones del año, reportándose una conexión entre trastornos afectivos, suicidio y estaciones, con una mayor tendencia en primavera y otoño, específicamente en el hemisferio norte (13, 16).

En este estudio se reitera lo registrado en un trabajo similar, es decir que un buen número de casos se producen entre Febrero y Marzo, lo que en el hemisferio sur corresponde al verano (11).

No hay muchas fuentes en la literatura acerca del intento de suicidio y la estacionalidad por lo que no será posible hacer más comparaciones, así como debido a las características mismas del estudio; se cita, sin embargo, el resultado de una investigación en un país del Caribe, señalando a Abril como el mes de mayor incidencia de intento suicida (41).

Tasa Interna de Intento de Suicidio.

En el presente trabajo se registra una tasa interna de intento de suicidio de 0.04 para 1994, de 0.05 para 1995, y la proyectada para 1996 es de 0.05; en un estudio similar con asesoría

del autor se registró una tasa de 0.04 para un período de 9 años (1985-1993) (11).

Esto demuestra la tendencia a mostrar tasas casi similares, con ligera variación anual, circunscribiéndose estos hallazgos al ámbito del estudio.

En lo que respecta a tasas de suicidio consumado, de acuerdo a OMS, el Perú registra una tasa de mortalidad de 0.5 x 100 mil habitantes . (9); según otras fuentes en 1994 hubo 94 suicidios, en 1995 hubo 156, y 48 suicidios en el primer trimestre de 1996 (35).

En lo que se refiere a la relación entre intento de suicidio y suicidio consumado, los reportes internacionales señalan en proporción de 8-10 a 1 e incluso 14 a 1 en Uruguay (1, 5, 6).

Para los efectos y alcances del estudio escapa a su ámbito precisar la relación entre intento y suicidio circunscribiéndose los resultados al campo de estudio. Vale decir el INSM HD HN cuya población a atender alcanza los 2 millones de habitantes.

Por otro lado no hay un reporte oficial de tasa nacional de intento de suicidio, aunque sí existe las tasas de suicidio consumado en el Perú, entre 1983 y 1986; pareciendo aventurado establecer una correlación precisa entre ambos fenómenos como se cita en otros estudios; lo que sí parece evidente en el subregistro para el caso de los suicidios, lo que ha sido comentado en diversos informes de la OPS y OMS.

◆ CONCLUSIONES

1) La gran mayoría de pacientes atendidos, que intentaron suicidarse fueron mujeres, (77.3%), resultando una relación mujer/varón de 3.4 a 1.

2) El 70.4% de pacientes que intentaron suicidarse estuvo comprendido en el grupo etéreo de 16 a 30 años.

3) La edad promedio global fue de 27.2 años. Es decir, el grupo más afectado es predominantemente joven.

4) En ambos sexos predominaron los solteros (63.9%); casados y convivientes ocuparon el 19.2% y 14.1% respectivamente.

5) Predominó el grupo de pacientes con secundaria completa (43.1%), seguido del de secundaria incompleta (22.0%).

6) Con grado superior completo e incompleto suman 23.9%. A menor grado de alfabetización menor afectación.

7) Se encontró predominio entre desempleados (39.2%) y estudiantes (20.8%).

8) La gran mayoría de pacientes provenían del área urbana (87.9%); sólo una minoría fue reportada que vivía sola (2.4%), igualmente un mínimo porcentaje había presentado pérdida de los padres (3.5%), predominando la orfandad en el sexo femenino.

9) Un porcentaje de (12.2%) presentó como antecedente la hospitalización psiquiátrica previa (12.2%); mayormente una vez, aunque se reporta 2.3% ó más veces.

10) Cerca del 40% de casos habían intentado cometer suicidio previamente, algo más de la mitad con un intento, pero, también figuran con 2 ó 3 intentos, con predominio del sexo femenino.

11) El porcentaje de hospitalización actual fue de 20.8%, por dificultades en la disponibilidad de camas y ausencia de protocolos.

12) El 23.9% de pacientes estuvo recibiendo tratamiento especializado, y en cuanto a psicofármacos más de 30% recibía antidepresivos, casi 30% neurolépticos, y cerca del 20% lo hacía con ansiolíticos.

13) Los métodos más utilizados por ambos sexos fueron químicos, con un 65%; casi el 30% utilizó métodos mecánicos con predominio, del sexo masculino, y una minoría uso métodos mixtos. La modalidad predominante

de los métodos químicos fue la sobredosis de fármacos (68.7%), preponderando las Benzodiazepinas (casi 60%), luego los antidepresivos, y con menores porcentajes otros psicofármacos. El fármaco preferido fue el diazepam.

14) A continuación estuvo la ingestión de insecticidas (órganos fosforados- «El Campeón») con mayor preferencia por los varones.

15) Los segundos métodos en frecuencia fueron los mecánicos, ya sea corte de venas, o arrojar de la altura o arrollamiento por vehículo y estrangulamiento frustrado, preferido por varones, algunas damas presentaron provocación de quemaduras por fuego y en un solo caso se reportó un varón que utilizó un arma de fuego.

16) Los motivos predominantes fueron los sentimentales/ conyugales (38%), seguidos de los familiares que se ven con más frecuencia en damas; luego se dan los motivos psicopatológicos, económicos y otros que afectaron más a varones.

17) El diagnóstico más frecuente para ambos sexos fué el de trastornos depresivos; luego se encontró trastornos psicóticos y de personalidad con predominio en varones. Fueron seguidos de porcentajes menores para trastornos ansiosos, abuso de alcohol y sustancias, y trastornos orgánicos-cerebrales.

18) En los trastornos depresivos el más frecuente fué el de depresión reactiva casi con la mitad de los casos, luego la depresión mayor que afectó más a varones, y finalmente distimia en damas.

19) La mayoría de casos (77.2%) fué referido desde un centro asistencial, principalmente del Hospital Cayetano Heredia por la proximidad, constituyendo un importante punto de enlace.

20) De cuatro meses analizados, 3 de ellos correspondientes al verano, predominó el número de casos en Marzo, seguido de cerca por Febrero y Abril.

21) La tasa interna de intento de suicidio en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" se mantiene relativamente igual para los 3 últimos años (0.04, 0.05).

22) La mayoría de hallazgos registrados en nuestro estudio está en concordancia con lo reportado en la literatura y en los diversos estudios internacionales y los pocos a nivel nacional, en lo que respecta al intento de suicidio, permitiendo de esta manera comparar nuestra realidad con otras.

23) Estos mismos hallazgos son extensivos, en gran medida, a los referidos para el suicidio consumado en nuestro medio, aunque es pertinente tomar la recomendación de la OMS de individualizar localidades y poblaciones.

24) Es importante reiterar la necesidad de unificar los criterios de diagnósticos por parte de los médicos evaluadores en emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" para la atención de los pacientes con intento de suicidio.

25) Se recomienda mejorar aun más el mecanismo de referencia de pacientes suicidas de centros asistenciales al Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", así como mejorar los sistemas de registros, con lo que se tendrá cifras reales tanto para el intento de suicidio, como para el suicidio mismo.

26) Se recomienda realizar estudios posteriores, de carácter prospectivo, y de seguimiento que permitan, por un lado, una comprensión más amplia del fenómeno complejo del acto suicida y de otro, atenuar el riesgo de suicidio entre las personas que lo intentaron, por la relación que se evidencia entre uno y otro.

27) Sin embargo, con los resultados del presente estudio se está en condiciones de formular recomendaciones a fin de llevar a cabo programas de prevención del suicidio ya que se ha descrito las características principales de la población en riesgo, lo que vendría a ser, en sí, el aporte final de este trabajo.

Distribución de casos de intento de suicidio

**Cuadro
1**

CASOS POR AÑO

Año	Nº
1994	96
1995	127
1996*	32
Total	255

* Primer Cuatrimestre

**Cuadro
2**

POR SEXO

Sexo	Nº	%
Femenino	197	77.3
Masculino	58	22.7
Total	255	100.00

Fuente: INSM HD-HN

**Cuadro
3**
SEGUN EDAD Y SEXO

Edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-15	6	3.0	1	1.7	7	2.8
16-20	63	32.0	7	12.0	70	28.0
21-25	60	30.4	9	15.5	69	27.1
26-30	27	13.7	12	20.7	39	15.3
31-35	19	9.6	13	22.4	32	12.6
36-40	11	5.6	8	13.8	19	7.5
41-45	4	2.0	3	5.1	7	2.8
46-50	2	1.0	1	1.7	3	1.2
50- +	5	2.5	4	6.9	9	3.5
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

**Cuadro
4**
SEGUN ESTADO CIVIL

Estado Civil	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	133	67.5	30	51.7	163	63.9
Casado	33	16.8	16	27.6	49	19.2
Conviviente	28	14.2	8	13.8	36	14.1
Viudo	2	10.0	1	1.7	3	1.2
Divorcio/Separ.	1	0.5	3	5.1	4	1.6
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

**Cuadro
5**
**SEGÚN GRADO DE
INSTRUCCION**

Grado de Instrucción	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria incompleta	13	6.6	3	5.21	6	6.3
Primaria completa	7	3.5	2	3.4	9	3.5
Secundaria incompleta	44	22.3	12	20.7	56	22.0
Secundaria completa	86	43.6	24	41.3	110	43.1
Superior incompleta	28	14.2	8	13.8	36	14.1
Superior completa	18	9.1	7	12.1	25	9.8
Analfabeta	1	0.5	2	3.4	3	1.2
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
6**
SEGÚN OCUPACION

Ocupación	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estudiante	42	21.3	11	19.0	53	20.8
Empleado	16	8.1	5	8.6	21	8.2
Desempleado	74	37.6	26	44.8	100	39.2
Obrero	5	2.5	2	3.4	7	2.7
Profesional	2	1.0	0	0.0	2	0.8
Independiente	18	9.1	14	24.1	32	12.5
Ama de casa	40	20.3	0	0.0	40	15.7
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente: INSM «HD-HN»

**Cuadro
7****SEGÚN PROCEDENCIA**

Procedencia	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Urbana	175	88.8	47	81.0	222	87.9
Rural	1	0.5	1	1.7	2	0.8
Urbana/marginal	21	11.7	10	17.2	31	12.2
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
8****SEGÚN ESTILO DE VIDA**

Estilo	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No vive solo	194	98.5	55	94.8	249	97.6
Vive solo	3	1.5	3	5.2	6	2.4
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
9****SEGÚN PERDIDA
DE PROGENITORES**

Condición	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin Pérdida	189	95.9	57	98.3	246	96.5
Con Pérdida	8	4.1	1	1.7	9	3.5
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
10****SEGUN CONDICION DE
HOSPITALIZACION PREVIA**

Condición	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No Hosp. Previa	170	86.3	54	93.1	224	87.2
Hosp. Previa	27	13.7	4	6.9	31	12.2
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
10a****SEGUN VECES
HOSPITALIZACION PREVIA**

Hosp. Previa	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una vez	19	70.3	2	50.0	21	67.8
Dos veces	5	18.5	2	50.0	7	22.6
Tres veces	3	11.2	0	0.0	3	9.6
Total	27	100.0	4	100.0	31	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
11****SEGUN
INTENTO PREVIO DE SUICIDIO**

Condición	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ningún Intento	113	57.4	44	75.9	157	61.6
Intento Previo	84	42.6	14	24.1	98	38.4
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
11a****SEGUN
INTENTO PREVIO DE SUICIDIO Y
FRECUENCIA**

Intentos	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Un intento	41	54.0	12	54.5	53	54.1
Dos intentos	21	24.6	6	27.3	27	27.5
Tres intentos	14	18.4	4	18.1	18	18.4
Total	76	100.0	22	100.0	98	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
12****SEGUN
HOSPITALIZACION ACTUAL E
INTENTO DE SUICIDIO**

Hospitalización	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	156	79.1	46	79.3	202	79.2
Si	41	20.9	12	20.7	53	20.8
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
13****SEGUN
TRATAMIENTO ACTUAL**

Tratamiento Actual	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No recibe	149	75.6	45	77.6	194	76.1
Si recibe	48	24.4	13	22.4	61	23.9
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
13a****SEGUN TRATAMIENTO
CON FARMACOS**

Fármaco	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Antidepresivos	14	35.0	7	33.3	21	34.4
Ansiolíticos	10	25.0	2	9.5	12	19.7
Neurolépticos	10	25.0	8	32.0	18	29.5
Anticonvulsivantes	2	5.0	1	4.8	3	4.9
CFomb. fármaco	4	10.0	3	14.3	7	11.5
Total	40	100.0	21	100.0	61	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
14****SEGUN
MODALIDAD DE INTENTO DE
SUICIDIO**

Método	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Químico	136	69.0	30	51.7	166	65.1
Mecánico	50	25.4	20	34.5	70	27.4
Mixto	11	5.6	8	13.8	19	7.5
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
14a****SEGUN
METODOS QUIMICOS**

Químicos	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sobredosis de fármacos	89	69.5	26	65.8	114	68.7
Órgano fosdorado insecticida	36	28.1	11	29.0	47	28.3
Iny. de sustancias	2	1.6	1	2.6	3	1.8
Otros	1	0.8	1	2.6	2	1.2
Total	128	100.0	38	100.0	166	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
14a-1****POR METODOS QUIMICOS
(FARMACOS)**

Método	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Benzodiazepinas	57	64.0	11	44.0	68	59.5
Antidepresivos	13	14.6	2	8.0	15	13.2
Neurólépticos	5	5.6	3	12.0	8	7.0
Analgésicos	5	5.6	3	12.0	8	7.0
Anticonvulsivos	4	4.5	2	8.0	6	6.0
Combinación de fármacos	5	5.6	4	16.0	9	7.3
Total	89	100.0	25	100.0	114	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
14a-2****POR BENZODIAZEPINAS**

Benzodiazepina	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Diazepam	38	67.8	7	58.3	45	66.2
Alprazolam	13	23.2	2	16.7	15	22.0
Lorazepam	5	9.0	3	25.0	8	11.8
Total	56	100.0	12	100.0	68	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
14b****SEGUN METODOS
MECANICOS**

Método	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Corte/Venas	10	55.6	31	59.7	41	58.6
Arroj.Altura	4	22.2	13	25.0	17	24.3
Arroll. Vehic.	1	5.5	3	5.7	4	5.7
Int.Ahorcam.	1	5.5	3	5.7	4	5.7
Quemadura	2	11.1	1	1.9	3	4.3
Arma de fuego	0	0.0	1	1.9	1	1.4
Total	18	100.0	52	100.0	70	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
15****SEGUN MOTIVO**

Método	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sentim/Conyugal	80	40.6	17	29.3	97	38.0
Familiares	68	34.5	16	27.6	84	32.9
Económicos	3	1.6	6	10.3	9	3.5
Psicopatología	18	9.1	8	13.8	26	10.2
Otros	28	14.2	11	19.0	39	15.3
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
16**
**SEGUN DIAGNOSTICO
PSIQUIATRICO**

Diagnóstico	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trast. Depresivo	121	61.4	22	38.0	143	56.0
Trast. Psicótico	44	22.3	19	32.7	63	24.7
Trast. Ansiosos	8	4.1	2	3.5	10	3.9
T.Alcohol/Sust	4	2.0	3	5.2	7	2.7
T.Personalidad	17	8.6	11	19.0	28	11.0
T.Orgánico Cereb.	3	1.5	1	1.7	4	1.6
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
16a**
**SEGUN TIPO
DE TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Trast. Depresivo	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depr. Ractiva	51	46.0	14	43.7	65	45.4
Depr. Mayor	36	32.4	12	37.5	48	33.6
Distimia	24	21.4	6	18.7	30	21.0
Total	111	100.0	32	100.0	143	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
17****SEGUN LUGAR DE REFERENCIA**

Referencia	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro Asistenc.	154	78.2	43	74.1	197	77.2
Domicilio	42	21.3	14	24.1	56	22.0
Vía Pública	1	0.5	1	1.7	2	0.8
Total	197	100.0	58	100.0	255	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
18****SEGUN MES
DE OCURRENCIA DEL INTENTO DE
SUICIDIO**

Mes	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enero	16	21.3	3	18.8	19	20.9
febrero	17	22.7	5	31.2	22	24.2
Marzo	23	30.0	5	31.2	28	30.8
Abril	19	25.3	3	23.8	22	24.2
Total	75	100.0	16	100.0	91	100.0

Fuente : INSM «HD-HN»

**Cuadro
19**
**TASA INTERNA DE INTENTO
DE SUICIDIO *
(INSM «HD - HN»)**

	AÑO		
	1994	1995	1996**
Nº real de casos de emergencia	2361	2237	600
Nº de intento de Suicidio	69	127	32
Tasa anual	0.04	0.05	0.05

* 1985-1996 : Tasa 0.04

** 1er CUATRIMESTRE

**Cuadro
20**
**TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO
PERU '1983***

Tasa Anual 1983 $0.5 \times 100,000$
Habitantes

Fuente: INSM «HD-HN»

* (OMS-OPS-1990)

◆ REFERENCIAS

- 1) ADAM KS., Bouckoms, Streiner D: Parental loss and family stability in attempted suicide. Arch. Gen Psych. 39: 1081-1085. 1982
- 2) ANUARIO ESTADÍSTICO del INSM «H. Delgado-H. Noguchi» (1985-1996). Lima-Perú.
- 3) ASNIS G.M. ET AL: Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. Am. j. Psych. 150: 108-112. 1993
- 4) BARRACLOUGH B. ET AL. A hundred cases of suicide: clinical aspects. British J. Psych. 125: 355-373. 1974
- 5) BECH A. T.: Clasificación de suicidal behaviors: Quantifying intent and medical lethality, Am. J. Psych., 132: 285-287. 1979
- 6) BLUMENTHAL S.J. Suicidio: Guía sobre Factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. CLin. Med. Norteamérica, 4: 999-1035. 1988
- 7) BUCHER R.E. et al. Tentativa de suicidio en una ciudad Satelite de Brasilia. Acta psiq. y Psicol. de A. Latina., 24: 219-232. 1978
- 8) CABRERA BONET R. Toxicología de Fármacos. Epidemiología de las intoxicaciones por psicofármacos en España Cap. 1: 17-30. 1993
- 9) CALVO OLIVA T. ET AL, Hogar roto y Conducta Suicida. Rev. del Hospital Psiquiátrico de la Habana, 30(2) 267-273. 1989
- 10) CÁRDENAS R. Estudio descriptivo del intento de suicidio en potes, atendido en Serv. Emerg. Hosp. Regional de Talca (ago 82-84). Rev. Chilena de Neuropsiquiatria, 23 (2): 97-110. 1985
- 11) CASTAÑEDA M. G. Estudio descriptivo del Intento de Suicidio en Hosp. Cayetano Heredia. Tesis Bach Med. UPCH., Lima, 1983.
- 12) CASTILLO DE FREITAS ET AL. Un estudio sobre tentativas de Suicidio Rev. Brasiliense de Psiquiatria, , 3(1), 19-31. 1983
- 13) EVENSON RC; ET AL. Suicide rates among public mental health patients. Acta Psych. Scand. 66: 254-264. 1982
- 14) FAUCET J. ET. AL: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A. controlled prospective study. Am. J. Psych. 144: 35-40. 1987
- 15) FERNADES DA FONSECA A. Epidemiología y Clasificación de los actos Suicidas, Psicopatología, 2: 101-107. 1985
- 16) FIALLO SANZ A. ET AL: Intento Suicida y algunos parámetros climatológicos. Rev. del Hosp. Psiquiátrico de la Habana, 27(1), 75-79. 1986
- 17) GARCÍA - MACIA R. SARRO B. et al: Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de Suicidio atendidas en un Servicio de Urgencias de un Hospital General. Rev. de Psiquiatria y Psicología Médica, 6: 530-538. 1984
- 18) GARFINKEL BD ET. AL Suicide Attempts in children and adolescents. Am J. Psych. 139: 1257-1261. 1982
- 19) GOLMAN H. Psiquiatria General. 1ra Edición., 685-688. 1987
- 20) GUGGENHIEN, F. Massachusetts General Hospital, Handbook of general Psychiatry, chap. Suicide. 1978

- 21) HEEREN, O. Estudio descriptivo de los caos de Intento de Suicidio en INSM HD-HN (1985-1993) tesis Bach. Med. UPCH, Lima, 1994.
- 22) KAPAN H., SADOCK B. Test book of Psychiatry. Seven Edition, , chap 31: 803-811. 1994
- 23) KOTILA, L; Adolescent suicide attempts; sex differences predicting suicide. Acta Psych. Scand. 77: 264-270. 1988
- 24) LIVINGSTON R. Bracha II; Psychotic Symptoms and Suicidal behavior in hospitalized children. Am. J. Psych. 149: 1585-1586. 1992
- 25) MELTZER, H. Avances recientes en el tratamiento de la Esquizofrenia Case Western Reserve Univ. USA. En la década del cerebro. Oct. 1005. Bs. As. 3-14.
- 26) NISSEN, trastornos psíquicos de la infancia y Juventud. Herder, Barcelona. Cap. Suicidio 1993, pp. 173-180.
- 27) OMS. El Suicidio y los Intentos de Suicidio, cuadernos de Salud Pública N° 58. Ginebra, , 146, p. 1976
- 28) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS) Prevención del Suicidio, 1968.
- 29) POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. Memoria anual del Dpto. de Delitos contra la vida Lima. 1987.
- 30) REGULES Z. Y RAMIREZ A. Aportes estadísticos sobre conductas suicidas en un Hops.General. Rev. Psiquiatria del Uruguay, 41 (241), 18-27. 1976
- 31) ROOSE S.P. ET. AL: Depresión, delusione and suicide Am. J. Psych., 140: 1159-1162. 1983
- 32) ROSS M. W. et al: Parental reaning patterns and suicidal thoughts, Acta Psych. Scand. 67: 429-433. 1983
- 33) ROY A, ET AL: characteristics of alcholics who attempt suicide. Am. J. Psych. 147: 761-765. 1990
- 34) ROY A: Risk factores for suicide in psychiatric paciente Arch. Gen. Psych, 39: 1089-1095. 1982
- 35) RUDD. MD. ET AL: Diagnostic Comorbidity in persons wtn suicidal ideation and behavior. Am. J. Psych., 150: 928-934. 1993
- 36) SAMPAIO A. Suicidio. Aspectos Sociales. Neurobiología, 1973, 36: (Sulp.) 25-40.
- 37) SÁNCHEZ GARCÍA J, SÁNCHEZ ESCOBEDO J.: Suicidio en un Hospital Psiquiátrico privado. Revista de Heropsiquiatria, 51: 77-101. Lima 1988
- 38) SUICIDIO EN AMÉRICA LATINA Y PAÍSES DEL CARIBE (1950-1989), Reseñas Bibliográficas. OPS, 1990.
- 39) TALBOTT. J. HALES R., Yudofsky s.: text book of Psychiatry, First Edition, chap. 31: 1021-1035. 1988
- 40) TEFFT B.M. ET AL: Patterns of death among suicide attempters, a psychiatric population, and a general, Population Arch. Gen Psych. 34: 1155-1161. 1977
- 41) WEISSMAN ET AL, New York Psychiatric Institute. Tendencias suicidas en el trastorno por Angustia; aspectos clínicos y epidemiológicos focus on Depression and anxiety - Nov. 1994: 75-86.
- 42) WEISSMAN MM. The Epidemiology ofo Suicide Attempts, 1960 to 1971. Arch. Gen. Psychiatry, 30: 737-746. 1974