

VALORACION DEL INTENTO DE SUICIDIO, UNA APROXIMACION PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO

Freddy Vásquez Gómez (*)

Se trata de un estudio prospectivo en 29 pacientes con intento suicida reciente atendidos durante el año 1996 en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" (INSM HD-HN). En él se consideró un proceso de valoración propuesto por el autor junto al equipo multidisciplinario del Servicio. Dicho proceso se resume en 10 preguntas: 5 principales o específicas buscando la real intención del paciente, si se proponía morir, los problemas que afrontaba, el diagnóstico psiquiátrico y si disponía de recursos psicológicos útiles. Las otras 5, subsidiarias o complementarias evaluaron: planeamiento del acto, toma de precauciones, búsqueda de ayuda, peligrosidad del método y si existió un acto final.

Dada la valoración, se correlacionó 2 preguntas principales 2 subsidiarias y la toma de decisión de internamiento. Si el paciente intentador se proponía morir (37.9%) y si carecía de recursos psicológicos útiles (31.0%), se decidió la hospitalización inmediata en 34.5% de pacientes, significando buen nivel de correlación. Asimismo al correlacionar 2 preguntas subsidiarias: planificación del intento y uso de métodos peligrosos, con 31.0% y 37.9% respectivamente, se dispuso internamiento en 34.5% de pacientes, apreciándose también buen nivel de correlación entre sí, y cifras similares en las 2 áreas evaluativas para determinar la hospitalización; el porcentaje restante, 66.5% fue objeto de manejo ambulatorio. Se reportó un solo caso de reiteración del intento en la muestra, a lo largo de 4 semanas.

La propuesta busca ser puntual, ágil y tendiente a precisar mejor la disposición de internamiento de intentadores de suicidio, lo que resulta complicado aun para psiquiatras en formación, recomendándose muestras y periodos más extensos.

PALABRAS CLAVE: *Intento Suicida, Emergencia Psiquiátrica*

* Médico Psiquiatra, Jefe del Servicio de Emergencia del INSM "H Delgado - H. Noguchi"

◆ INTRODUCCION

Un número considerable de estudios indica que una persona que intenta el suicidio está más propensa al acto fatal que aquel que no presenta el antecedente, revelándose que entre los intentadores, un poco más del 10% terminan consumándolo (1, 2).

En 1971 un Comité específico de nomenclatura y clasificación mencionó el término "Suicidalidad"(3) englobando a "ideadores", "intentadores" y "consumadores" de suicidio como grupos superpuestos, señalándose el alto riesgo de los intentadores que lo elevan hasta cien veces el de su población de referencia el año siguiente al intento (4).

Se ha señalado también que no es absoluta la distinción entre suicidio e intento, habiendo más bien superposición y ambivalencia (5).

Por otro lado, se ha venido enfatizando el estudio de las variables epidemiológicas, socio-económicas, clínicas, así como las consideraciones metodológicas acerca del intento de suicidio dando énfasis a los descriptivo antes que a lo explicativo (1, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13).

Pero, existe consenso sobre las características de los intentadores: predominio de gente joven, del sexo femenino, con un padecimiento mental, presencia de conflictos sentimentales o familiares y el uso de métodos tóxicos, entre otros (8, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19). Y es creciente la tendencia a considerar la importancia del intento y buscar los aspectos preventivos del mismo así como su atención en un servicio psiquiátrico (5, 15, 16), tratando de que los psiquiatras y el equipo de salud mental identifique y maneje desde la valoración del intento, la toma de decisión, hasta las 2 finalidades principales: prevenir la

recurrencia y el suicidio mismo (2, 5).

Dado que la evaluación de los intentadores suele efectuarse en las salas de urgencia médica o psiquiátrica, se ha recomendado valorar aspectos fundamentales como el riesgo inmediato de suicidio y los riesgos subsecuentes, así como cualquier problema médico o social presente (5, 20) lo que permitirá la decisión más adecuada; que para el facultativo suele resumirse en la posibilidad de internamiento o proceder al manejo ambulatorio, tornándose el proceso difícil aún para psiquiatras en formación (5, 20).

Con este marco de referencia, y conociéndose varias características de la población en riesgo por estudios anteriores (12, 13, 19), se orienta este trabajo a desplegar el proceso valorativo de los pacientes intentadores que acudieron al servicio de Emergencia del INSM HD HN en los 4 meses intermedio de 1996, utilizando un esquema propuesto por el autor basado en comunicaciones de otros investigadores (5), proceso que fue conducido por un médico psiquiatra junto al equipo multidisciplinario del servicio de emergencia, cuyo análisis motivó la consecuente toma de decisión y disposición de manejo, ya sea intrahospitalario o ambulatorio.

El estudio tiene así carácter prospectivo en una muestra de 29 pacientes cuyo seguimiento comprendió 4 semanas, señalándose varios detalles, características, consideraciones y circunstancias especiales del mismo, así como formulación de recomendaciones.

◆ MATERIAL Y METODOS

La muestra estuvo constituida por 29 pacientes, los que al momento de solicitar la atención en el Servicio de Emergencia por

intento de suicidio reciente, fueron evaluados mediante un triaje o historia clínica; considerándose para los alcances de este trabajo aquellos pacientes que hubieran intentado suicidarse dentro de las 48 horas previas a la solicitud de atención. Con un triaje inicial por el personal de Enfermería entrenado, se le aplicó una ficha ad hoc utilizada en estudios similares (12, 13), con algunas variables adicionales y más sistematizada, que incluye: datos de filiación: nombre, edad, sexo, estado civil, religión, estilo de vida, procedencia, grado de instrucción, ocupación, ausencia de progenitores, hospitalización previa, tratamiento especializado actual, decisión de internamiento actual, intentos previos de suicidio y método usado, motivo actual del intento, diagnóstico clínico, método utilizado actualmente, lugar de referencia, planeamiento del acto, presencia de mensajes o misivas de despedida y condición de arrepentimiento al momento de la evaluación.

A continuación, en el proceso específico de valoración por el equipo profesional, se recurrió a aplicar el cuestionario de 10 preguntas: 5 principales o específicas que buscaban precisar: la intención real del paciente al momento de la tentativa, si se propone morir actualmente, los problemas presentes que confronta, la presencia de un trastorno psiquiátrico y los recursos psicológicos útiles que dispone y luego 5 preguntas complementarias o subsidiarias: el planeamiento del acto, la toma de precauciones, la búsqueda de ayuda, la peligrosidad del método, y si hubo un acto final de despedida.

Culminando el proceso de valoración y tomando en cuenta la aproximación para el manejo y tratamiento del acto suicida, se buscó la correlación de dos preguntas principales y 2 preguntas subsidiarias y la

toma de decisión de internamiento así como la correlación a esos dos niveles, o la del régimen ambulatorio, procurando para ambas disposiciones establecer dos metas muy precisas: la resolución de los conflictos que motivaron el intento de suicidio y el manejo ulterior de cualquier crisis sin recurrir al mismo.

Dentro de este perfil prospectivo se evaluaron 29 pacientes en el periodo de abril a julio de 1996, durante un lapso de seguimiento de 4 semanas, a cargo del equipo multidisciplinario del Servicio de Emergencia del INSM HD HN.

◆ RESULTADOS

Luego de aplicar la ficha ad hoc (ver anexo) utilizada en comunicaciones anteriores del autor (13), se obtuvieron los siguientes resultados:

Sexo y Edad: De 29 casos, 22 fueron damas (75.87%) y 7 varones (24.13%), siendo la relación mujer/varón de 3.1 a 1.0.

El 86.2 de los casos estuvieron comprendidos entre los 15 y 30 años, 3.44 entre los 31 a 35 años, y 10.34 con más de 35 años.

Las damas fueron las más afectadas entre las edades de 15 a 30 años, con una edad promedio de 27.5 años. Entre los varones se apreció una concentración mayor entre los 26 a 35 ó más años, con una edad promedio de 30 años. La edad promedio total fue 28.5 años.

Estado Civil: Predominaron los solteros en ambos sexos, con un 68.96% de los casos, luego los casados para los 2 sexos con 20.68%; los convivientes/separados y viudos alcanzaron un total de 10.33%.

Religión, estilo de vida y procedencia: Los 29 pacientes declararon ser católicos, ninguno de ellos vivía solo y el 65.51% procedía de la zona urbana y el 34.48% de zona urbano-marginal.

Grado de Instrucción y Ocupación: La mayoría de casos poseía secundaria completa (44.82%), que sumada a la incompleta constituyó un 68.95%; se registró un 24.13% de casos con instrucción superior, y 6.88% con primaria completa o incompleta. El 34.48% eran estudiantes, 27.58% desempleados, predominado el sexo femenino para ambos casos. Se registró un 10.34% para los grupos de obreros, empleados y amas de casa respectivamente, ocupando finalmente el grupo de independientes un 6.98%.

Ausencia de Progenitores: Se reportó pérdida de uno o ambos progenitores en 24.13 de ellos, con predominio del sexo femenino. El 75.86 no reportó pérdidas.

Hospitalización previa y tratamiento actual: El 17.24% presentó antecedentes de hospitalización previa a predominio de las damas con 18.18; el restante 82.75% no presentó el antecedente.

De los 29 pacientes, el 44.82% se encontraba bajo régimen regular con psicofármacos; registrando un porcentaje mayor la combinación de ellos (13.79), y los antidepresivos con 10.34; el resto de fármacos presentó menores porcentajes. El 55.71 reportó no recibir tratamiento farmacológico.

Intentos Suicidas Previos: El 51.72% de pacientes había realizado algún intento suicida previo con predominio en las mujeres (63.63% contra 14.28% de los varones). Se registró frecuencias de hasta 3 intentos; con una vez el 53.33, con 2 intentos el 40.0, y

con tres el 6.66.

Métodos Utilizados: El 86.36% de mujeres y el 42.85% de hombres emplearon métodos químicos significando en conjunto el 75.86% de la muestra. Entre los métodos mecánicos se halló el 24.13% con predominio de varones (57.14%) sobre mujeres (13.63%).

Dentro de los métodos químicos las sustancias más utilizadas fueron los ansiolíticos con 31.81% a predominio de las mujeres (36.84), y los insecticidas con 31.81% afectando más varones (66.66). Con porcentajes menores se presentaron otros fármacos (18.18), algunas otras sustancias (13.63), y finalmente antidepresivos. (4.54).

En lo que se refiere a métodos mecánicos predominó el corte de venas con 57.14 que comprometió más a las damas; luego para ambos sexos con similar porcentaje, 14.28 para otros métodos como arrojarse de la altura, arrollamiento e intento fallido de ahorcamiento.

Lugar de Referencia: La gran mayoría de casos, 65.51%, fue referido de un centro asistencial (predomina el HG "Cayetano Heredia"), el restante 34.48 fue conducido desde su domicilio.

Frente al cuestionario propuesto (ver anexo) para la valoración del intento suicida, se obtuvieron los siguientes resultados:

Preguntas Específicas o Principales:

1) Intención del paciente cuando se lesionó: 21 pacientes (72.41%) declararon su intención de morir en la tentativa suicida al momento de la evaluación, con mínima diferencia entre damas (72.72) y varones (71.42). Un 27.58% declaró no tener la intención de morir en el intento. Cuadro 18

2) Se propone morir actualmente? : El 37.93% de pacientes dijeron estar propuestos a morir al momento de la evaluación, predominando en varones (42.85) frente a las damas (36.36). El 62.06% negó que se proponían morir al momento de ser evaluado. Cuadro 19.

3) Problemas actuales del paciente: Para efectos de este estudio se clasificaron cuatro grupos siguiendo modelos previamente descritos (12, 13): problemas familiares: 41.73%, que afectaban más a las damas (50.0) que a varones (14.28), luego problemas conyugales con 34.48% también más frecuente entre mujeres (36.36) frente a 28.57 de los varones: posteriormente, problemas económicos con 13.79%, que afectaban más a varones (42.85) y, finalmente problemas psicopatológicos con 10.34%, afectando más al sexo masculino. Cuadro 20.

4) Diagnóstico Psiquiátrico: Se registraron 6 diagnósticos, a la cabeza la depresión reactiva con 34.48%, afectando más a las damas (40.90) que a varones (14.28); luego la depresión mayor con 31.03%, predominando en varones (42.85) frente a mujeres (27.27); posteriormente las psicosis esquizofrénicas con 13.79% a predominio de varones (14.28) sobre damas (10.34); a continuación los trastornos de personalidad con un 10.34% afectando, más al sexo masculino (14.28) frente al femenino (9.09); luego la distimia con un 6.89% con predominio de las damas, y finalmente la epilepsia con 3.44% afectando más a varones. Cuadro 21.

5) Recursos Psicológicos Útiles del Paciente: Fueron calificados en base al raciocinio, juicio, recursos cognitivos, nivel de inteligencia, conciencia de enfermedad, etc. Aquellos pacientes que calificaron para

adecuados registraron 51.72%, luego los inadecuados con 31.03%, finalmente los parcialmente adecuados con 17.24%. Cuadro 22.

Preguntas Subsidiarias o Complementarias

a) Planificación Previa del Intento: Cuando el intento suicida fue planificado con antelación, premeditadamente o con detalle fue calificado como "Si", registrándose un 31.03%, con predominio del sexo femenino (40.09); cuando el intento resultó impulsivo, momentáneo, no planificado, fue calificado como "No", que correspondió a 68.96%, con mayor afectación de varones (100.00). Cuadro 23.

b) Tomó precauciones para ser descubierto: Si los pacientes declaraban que realizaron el intento de forma tal que pudiesen ser vistos por sus familiares o fácilmente detectados como por ejemplo realizando el acto en presencia de un pariente, con puertas abiertas, dejando restos visibles de las sustancias o comunicando la intención a vecinos, se calificó como Si, registrándose 31.03, afectando más a mujeres: 36.36; el resto, es decir 68.96% declaró no haber tomado precaución alguna ("No") al momento del intento, con predominio de varones 85.71% vs 63.63% en damas. Cuadro 24.

c) El paciente buscó ayuda: Cuando los pacientes manifestaron que, luego del intento suicida buscaron ayuda, llamando a familiares o vecinos, o telefonando a un centro asistencial, se calificó como "Si", representando 24.13%, con predominio en mujeres (27.27) frente a 14.28 en varones.

El resto, es decir el 75.86% manifestó no haber buscado ayuda post intento suicida ("No") Cuadro 25.

d) Utilizó un Método Peligroso: Si al momento de la evaluación los pacientes declaraban haber usado en el intento suicida un método de alta letalidad o de gran peligro o elevado potencial de mortalidad, fue calificado como "Sí", registrándose 37.93%, afectando más a varones (57.14) que a damas (31.81); el resto, 62.06% declaró no haber utilizado métodos peligrosos, calificado como "No". Cuadro 26.

e) Hubo un acto final: Se refiere a sí los pacientes evaluados se despidieron de sus parientes mediante palabras, dejando notas, misivas o cartas previas al intento, lo que se calificó como "Sí", registrándose 24.13% con predominio de damas (27.27) sobre varones (14.28); el resto 75.86% declaró que no hubo acto final, calificado como "No", con predominio de varones. Cuadro 27.

Correlación de Preguntas Principales o Específicas y toma de Decisiones

Se buscó la correlación de 2 preguntas principales o específicas: si se propone morir actualmente y si carece de recursos útiles frente a la decisión de hospitalizar de inmediato al paciente intentador.

Cuando en el proceso valorativo el paciente manifestaba el propósito de morir actualmente (falta de arrepentimiento, autocrítica negativa, por haber "fallado" en el objetivo y persistencia de actitud suicida, entre otros) lo que se registró en 37.93%, y si se detectaba carencia de recursos útiles, cuyo porcentaje alcanzó 31.03%, se correlacionaron ambas variables frente a la decisión de hospitalizar de inmediato, registrándose un 34.48%.

En tanto que los restantes 62.07% y 68.97% para los 2 primeros ítems respectivamente y 65.52% merecieron la decisión de no hospitalizar y la opción de manejo ambulatorio del paciente. Cuadro 28.

Correlación de Preguntas Subsidiarias o Complementarias y toma de Decisiones

Asimismo se procedió a correlacionar 2 preguntas subsidiarias:

Si hubo planificación previa del intento suicida y si utilizó un método peligroso frente a la decisión de hospitalizar de inmediato al paciente evaluado.

Si al momento de la evaluación calificaron con "Sí" en cuanto a la planificación adelantada del acto, lo que se registró en un 31.03%, así como si se detectó que utilizaron un método peligroso para el intento, lo que fue registrado con 37.93%, esto fue correlacionado con la decisión de internar de inmediato al paciente, registrando en 34.48%. Los restantes 68.97 y 62.07 de los 2 primeros ítems correlacionaron con la decisión de no hospitalizar: 65.52, mereciendo manejo ambulatorio. Cuadro 29.

Como se puede apreciar en la correlación de ambos niveles de preguntas y decisión de hospitalizar el porcentaje es muy similar entre sí (34.48).

◆ **DISCUSION Y COMENTARIOS**

Se discutirá y comentará brevemente los resultados obtenidos por la ficha de variables socio demográficas y epidemiológicas, anteriormente utilizadas (12, 13) cuyos hallazgos tienden a permanecer similares.

Sexo y Edad La predominancia del sexo femenino frente al masculino, con una relación de 3.1/1.0, y la mayor afectación de gente joven – entre 15 a 30 años– del sexo femenino, son hechos de reiteradas referencias bibliográficas (6, 8, 12, 13, 19, 21, 22, 23, 25, 26).

Estado Civil Los solteros son los más

afectados en la muestra, con casi 70% de casos para ambos sexos, hallazgo constante en la literatura del intento y del suicidio consumado (6, 8, 12, 13, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29). También coincide con reportes locales el registro en tercer lugar del grupo de convivientes, separados y viudos (13). Aunque no con reportes internacionales.

Religión, Estilo de Vida y Procedencia En el primer tópic, la totalidad de pacientes pertenecieron a la religión católica, datos registrados en estudios foráneos (1, 2, 30), contradiciendo la noción de que el suicidio o el intento es poco frecuente entre católicos.

En lo que se refiere al estilo de vida, no se reporta en la muestra pacientes que viviesen solos, lo que suele considerarse en la literatura factor de riesgo para el intento o suicidio (8, 21, 24, 29, 32), pero se reitera lo reportado en estudios locales (12, 13). La gran mayoría de casos, 65.5 procedían del área urbana, como sucede en otras latitudes a nivel local (8, 12, 13, 32), y luego del área marginal, más de 30.0, descrito en anterior estudio. (13).

Grado de Instrucción y Ocupación En la muestra, la mayoría de intentadores, casi 70.0 contaban con secundaria incompleta o completa, y luego grado superior de instrucción, lo que es comúnmente descrito en la literatura (8, 12, 13, 22, 25).

Los estudiantes con 34.5 y desempleados 27.6% son los que más intentaron el suicidio afectando más a damas, hallazgo que con leve variación se registra en estudios diversos, internacionales y locales (8, 12, 13, 23, 26, 28), siendo gente muy joven y femenina se explicaría parcialmente tal predominancia.

Ausencia de Progenitores. Casi el 25% de casos reportó ausencia de 1 ó 2 progenitores, afectando más a las mujeres, hecho

repetidamente señalado (8, 9, 19, 28, 32, 33, 34, 35).

Hospitalización Psiquiátrica Previa y Tratamiento Actual Casi 20.0% presentó como antecedente hospitalización psiquiátrica anterior, con predominio de damas, registrándose en la literatura una variación de entre 20.0% y 30.0% para intentos suicidas (11, 12, 28, 29, 36), asimismo casi el 45.0% de pacientes recibían tratamiento con psicofármacos, y un 10.34% tomaba antidepresivos o una combinación de psicofármacos, lo cual coincide también con varios estudios (3, 6, 13, 26, 27, 28, 37).

Intentos Suicidas Previos Un poco más de la mitad de casos de intentadores realizaron alguna tentativa anterior, siendo más notorio en damas, coincidiendo con hallazgos de la literatura (8, 11, 12, 13, 23, 36, 38); se presentaron hasta 3 intentos lo que correspondería a un riesgo creciente de reiteración y consumación del suicidio. (1, 2, 6).

Métodos Utilizados Los más frecuentes fueron los químicos con más del 75.0% afectando mayormente a damas; las sustancias más frecuentemente empleadas fueron los ansiolíticos benzodiazepínicos e insecticidas (organo-fosforados) con más del 30.0% para cada uno de ellos. En segundo lugar estuvieron los métodos mecánicos que afectaron más a varones, que suelen recurrir a formas más violentas; todo ello coincidiendo con numerosos estudios (7, 8, 11, 12, 13, 16, 23, 26, 33, 37). En esta muestra, predomina el corte de venas que afecta más a mujeres, ocupando luego el lanzamiento de altura y ahorcamiento fallido, como ya se reportó en estudios locales (12, 13), no habiendo siempre consenso al respecto.

Lugar de Referencia Más del 65.0% fue

referido de un centro asistencial (como el H.A. "Cayetano Heredia"), lo que se reporta en estudios previos (12, 13, 19).

Preguntas Específicas o Principales

1) Intención del Paciente cuando se lesionó

En el estudio se encontró más del 70.0% de pacientes que declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, lo que representa un porcentaje importante que justifica el conocimiento amplio de las variables anteriormente descritas entre las que figuran los diagnósticos y los motivos; al respecto se reporta un estudio que aplicó una escala de intento de suicidio evaluando el deseo de morir al lado de diversas variables (39, 40) aunque no son muchos los trabajos que buscan el ítem relacionado con la intención real de la persona que realiza el intento suicida.

En segundo lugar se reporta algo menos del 30% de pacientes que declararon no tener real intención de morir al momento de la tentativa; varios estudios mencionan actos impulsivos, hostiles, de autoagresividad, inmadurez dentro de ciertos rasgos de personalidad, e incluso "emotividad, volubilidad o teatralidad", que podrían explicarlos (17, 49).

2) Se propone morir actualmente? Mas de un tercio (37.9) de pacientes declaró que persistía en su intención de morir al momento de ser evaluado, afectando un poco más a los varones. La gran mayoría correspondió aquellos pacientes que verbalizó ira, enojo por no haber conseguido su propósito inicial, varios de ellos justificándolo como única manera de solucionar los problemas que confrontaban, o en aquellos que presentaban psicopatología depresiva, psicótica o ansiosa, lo que ha sido referido en numerosos estudios (10, 11, 18, 26, 39, 41, 42, 43, 47, 48).

El resto de pacientes (más del 60%), negaron su disposición a morir durante la evaluación, lo que se considero como formas de seudointento, o manifestación impulsiva, conducta de hostilidad intra o extrapunitiva, o actitud autoagresiva generalmente bajo el efecto de alcohol o sustancias, y algunos otros se mostraron arrepentidos del intento lo que se demuestra en la literatura. (10, 11, 18, 39, 43).

De cualquier forma, deberá tenerse en cuenta las recomendaciones de las OMS y muchos autores de no desmerecer cualquier intento de suicidio aún cuando presente un perfil manipulatorio, por sus ulteriores implicancias (1, 2, 38, 50).

3) Problemas actuales

Casi el 90% de pacientes intentadores presentaron problemas familiares o sentimentales; el restante 10% presentó problemas psicopatológicos como enfermedades depresivas, psicóticas y ansiosas, habiendo sido reportado ambos fenómenos en numerosos estudios (7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 23, 26, 39, 41, 47).

4) Diagnóstico Psiquiátrico En este estudio el principal diagnóstico de los pacientes que intentaron el suicidio fue el trastorno depresivo reactivo con más del 34%, luego la depresión mayor con 31%, posteriormente la psicosis predominantemente esquizofrénica, y finalmente la distimia lo que coincide con hallazgos de otras fuentes (1, 2, 4, 6, 11, 13, 21, 26, 28, 41); apreciándose que los trastornos de personalidad figuran con algo más del 10%, lo que también es citado en las fuentes descritas.

5) Recursos Útiles del Paciente En esta valoración, algo subjetiva, se registró que más de la mitad de pacientes intentadores presentaron adecuados recursos para el

manejo terapéutico; dato bastante interesante en la toma de decisiones del equipo evaluador, que es revelado en otros estudios (31, 48, 51, 52). Un grupo de casi 20% de pacientes con recursos parcialmente adecuados pudo haberse integrado al anterior; pero por otro lado, el otro grupo de 31% de pacientes cuyos recursos calificaron como inadecuados, constituyó un grupo de alto riesgo para el manejo, pronóstico, reiteración o consumación del acto suicida.

Preguntas Subsidiarias o Complementarias

a) Planificación antelada del intento.- El 30% de casos que intentaron suicidio habría planificado consistentemente el acto, lo que constituye un elemento de riesgo para la reiteración o consumación del suicidio, frente al otro grupo de cerca de 70% que tuvo más bien un carácter impulsivo y momentáneo, sin planificación; esta diferencia es reportada por varios autores (10, 39, 40, 44).

En cuanto al primer grupo, algunos investigadores mencionan sobre la formación y desarrollo de proyectos suicidas desde una idea suicida reiterada en base a fantasías y experiencias del evaluado que podrían llegar a formar una estructuración relativamente autónoma en el sujeto, y una vez estructurada se expresaría por actos preliminares; la confusión y el descontrol se incrementan y la resolución puede ocurrir en plena despersonalización como señal de fragmentación del self. (39, 49).

b) Tomó precauciones para ser descubierto? Esta pregunta ha sido tomada en cuenta por varios autores y considerada como necesaria en la evaluación integral del suicida (6, 50). En el presente estudio se halló que más del 70% de pacientes declaró no haber tomado precauciones para ser descubiertos, lo que no necesariamente está

relacionado con letalidad, pero es un elemento importante de las circunstancias que rodean la cristalización del proyecto suicida. (39, 49).

El grupo restante, un poco más del 30%, que declaró haber tomado alguna precaución para ser rescatado; estaría comprendido en lo que los expertos han denominado personas “emotivas”, “volubles” o “teatrales”, representando acaso una desesperada solicitud de ayuda, acto demostrativo, sacrificio e incluso actitud manipulatoria (39, 49, 53).

c) Utilizó un método peligroso? Es una pregunta útil en la valoración aun cuando su calificación puede resultar algo subjetiva desde la óptica del evaluado y de los evaluadores.

En el estudio se registró que del grupo de 37.8% de pacientes que declaró usar un método altamente letal, predominó el sexo masculino, hallazgo que coincide con reportes en lo que respecta al intento cuanto al suicidio consumado demarcando que los varones utilizaron métodos más violentos (2, 6, 13, 15, 54).

Es necesario añadir que tal vez un buen número de intentadores desconozcan el verdadero potencial de los métodos que utilizaron, esto se refleja en comentarios que algunos de ellos hicieron durante la entrevista, en especial aquellos que persistían en su afán de morir: “si hubiera sabido que no era tan mortal...” ó “tendré que usar otro método más efectivo...”

El restante 60% que declaró utilizar métodos no peligrosos para el intento suicida, podría corresponder, como ya ha sido comentado a pacientes del grupo “emotivo”, “voluble”, “teatral” ó “manipulador”, que buscaba llamar ayuda o atención, tal como se

describen en varios estudios (4, 39, 44, 46, 49, 53, 55).

e) Hubo un acto final Esta pregunta, recomendada para la evaluación integral del suicida, busca registrar la forma de “despedida” del intentador hacia alguna persona de su entorno familiar o vecindad e inclusive su médico tratante, comunicando su decisión y voluntad final; la que no siempre refleja nivel de letalidad de acto. En el presente estudio se vio que un 24.13% de los intentadores lo hizo fundamentalmente mediante notas o cartas, que predominó entre las damas. Algunos otros pacientes sí registraron “despedidas” con mensajes verbales metafóricos a los que se les restó importancia; el resto, más del 75% no reportó ningún mensaje.

En la literatura se menciona lo referente a las circunstancias de despedida pero en pocas fuentes la trascendencia de las mismas (54, 56).

Correlación de Preguntas Principales y toma de Decisiones

Antes de comentar este tópico, es necesario señalar que efectuando el proceso de valoración del intento suicida por un equipo multidisciplinario de salud, como lo recomiendan varios autores, la toma de decisiones se perfila con mayor claridad, no obstante que para muchos médicos, incluidos psiquiatras en formación resulta dificultosa la medida de disponer el internamiento o el manejo ambulatorio de los pacientes evaluados (5, 6, 20, 50), que es lo que se ha podido observar en el diario desempeño de los Servicios de Emergencia de los hospitales generales a nivel local y en el propio INSM HD-HN.

La opción de correlacionar, en este caso, 2

preguntas principales o específicas y la decisión de hospitalizar al paciente, puede brindar luces para seguir la conducta más apropiada al respecto.

Para efectos de este estudio, se consideró las 2 preguntas siguientes: si se proponía morir actualmente: lo que implicaba falta de arrepentimiento, autocrítica por “fallar en el objetivo de morir, o persistencia del propósito de desaparecer actualmente, lo que registró un porcentaje de 37.9% y la segunda pregunta principal fue la calificación de carencia de recursos útiles en el paciente evaluado que alcanzó un porcentaje de 31.0%; al correlacionar con la decisión de disponer hospitalización inmediata, el porcentaje de pacientes admitidos fue de 34.5%.

La comparación porcentual de estas tres cifras brinda un alto grado de correlación entre sí, lo que facilitó la toma de decisión más urgente en la sala de evaluación, aún sin tener en cuenta las otras variables. En la literatura se registra pocos trabajos al respecto, en algunos con porcentajes de hasta 61% de hospitalizaciones (33), en otras, de carácter retrospectivo y a nivel local se reportan porcentajes menores, como 28.0% y 20.8%(12, 13).

Correlación de Preguntas Subsidiarias o Complementarias y Toma de Decisiones

Al correlacionar 2 preguntas subsidiarias tales como: si hubo planificación previa al intento, y si utilizó métodos peligrosos en el intento suicida, se registró porcentajes de 31.03% para la primera, y de 37.93% para la segunda, frente a la decisión de hospitalizar de inmediato cuyo porcentaje fue de 34.5

En este caso, una vez más, las semejanzas porcentuales son evidentes, demostrando un buen nivel de correlación entre sí. De modo

que constituyó un factor más que favorece la toma de decisión acerca del manejo hospitalario del paciente intentador del suicidio.

Por otro lado, si se tiene en cuenta los 2 niveles de correlación es decir el de las preguntas principales y el de las subsidiarias frente a la toma de decisión de internamiento inmediato, se nota que los porcentajes son similares: 34.5

En tal sentido, conviene tener en consideración, como lo enfatiza el autor, este doble nivel de correlación una vez efectuado el proceso valorativo y la disposición final de manejo hospitalario del paciente. Ello posibilita disminuir las probabilidades de las complicaciones en la evolución del paciente, y atenuar el riesgo suicida, al menos en el futuro inmediato. Este enfoque ha sido mostrado por un autor y de cierta forma esquematizado por otro (5, 50).

Estas consideraciones, que podrían ser útiles para el manejo inmediato del intento de suicidio en lo que atañe al equipo evaluador conducido por un médico o un especialista, y la toma de decisión acerca del internamiento del intentador resultan complementarias o integran un esquema valorativo mucho más amplio del paciente que presenta esta conducta, que incluye desde el triaje, el registro de historia clínica, el examen mental, etc. Y todas las circunstancias que rodean el acto suicida, lo que ha sido recomendado por la OMS y recalado en tratados nosográficos y manuales de atención de urgencias psiquiátricas (1, 2, 6, 20, 50).

Consecuentemente, en caso de no darse esta correlación a ambos niveles, como ocurrió en el restante porcentaje de pacientes, 65.5, pudo tomarse la decisión de aplazar el internamiento y optar por el manejo ambulatorio dentro

de un programa de seguimiento estricto, como ha sido recomendado por varios autores (15, 52, 57, 58, 59).

En síntesis, esta aproximación propuesta por el autor no pretende reemplazar del despliegue evaluativo integral que requiere un paciente suicida, desde el enfoque epidemiológico o clínico, sino que se perfila como un método valorativo rápido y puntual que requerirá de posterior apreciación en el tiempo y estudios de muestras más numerosas.

De otro lado, el seguimiento efectuado por el equipo multidisciplinario del Servicio de Emergencia del INSM HD HN de los 29 pacientes evaluados, a lo largo de 4 semanas, permitió establecer que casi todos ellos se encontraban aliviados y no mostraron indicadores evidentes de nuevos intentos suicidas, tanto en aquellos que merecieron el internamiento como en los que se dispuso manejo ambulatorio, reportándose un solo caso, el de una dama de 18 años que permaneció en el Servicio de Hospitalización Breve (3 días), con una reincidencia de intento suicida utilizando sustancias químicas industriales ante nuevos estresores familiares.

Todo ello lleva al autor a plantear un periodo de seguimiento más prolongado, de acuerdo a las recomendaciones de los expertos de la OMS (1, 2) y numerosos autores (4, 5, 6, 15, 51, 52).

Complementariamente, como consecuencia del trabajo presente, el equipo multidisciplinario elaboró un programa de atención de pacientes que intentan suicidio con una cartilla de prevención telefónica del suicidio (60).

◆ CONCLUSIONES

La presente investigación ratifica los hallazgos a nivel epidemiológico, socio-demográfico y clínico, por lo menos a nivel local, que fueron motivo de comunicaciones anteriores, es decir que la mayoría de intentadores de suicidio son damas cuyas edades más afectadas están entre los 15 y 30 años; que existe predominio de solteros para ambos sexos (70%), y la mayoría de pacientes procedía de zonas urbanas, todos manifestaron ser católicos, y todos vivían con familiares. El 70% de ellos tenían educación secundaria (completa o incompleta), siendo los grupos ocupacionales más afectados los estudiantes y desempleados (34.5 y 27.6%) respectivamente.

En casi 25% de evaluados se registró ausencia de uno o ambos progenitores, afectando más a las damas. El 20% de la muestra presentó antecedente de hospitalización psiquiátrica anterior, con predominio en mujeres; un poco más de la mitad de casos presentó algún intento suicida anterior, comprometiendo más a las damas; 40% de pacientes intentaron 2 veces, y hubo hasta tres intentos en 7% de la muestra.

Asimismo, casi 45% de evaluados recibían alguna forma de tratamiento con psicofármacos, siendo antidepresivos al menos 10.34%.

Más de 75% de pacientes intentaron el suicidio con métodos químicos, fundamentalmente ansiolíticos e insecticidas, comprometiendo más a las damas, en segundo lugar estuvieron los métodos mecánicos, como corte de venas (mayormente en damas); arrollamiento, auto-estrangulación, arrojarse de altura, etc., con predominio entre varones. Cerca del 65% de pacientes fueron referidos

al INSM HD HN de un Centro Asistencial como el Hospital Cayetano Heredia.

Todos estos hallazgos, coinciden con los reportes de la literatura internacional y local, y son recomendados para la valoración integral del acto suicida.

Por otro lado, en lo que respecta al cuestionario de preguntas: a nivel de las principales o específicas: más del 70% de evaluados declararon su intención de morir al momento de la tentativa, pareciendo corresponder el 30% restante a conductas impulsivas, auto hostiles, auto agresivas, teatrales, manipulatorias o a otros rasgos de personalidad.

En la segunda pregunta, 37.9% de evaluados persistieron con la intención de morir al momento de la entrevista, presentando varios de ellos sintomatología depresiva o ansiosa aguda o psicopatología con síntomas psicóticos. El resto parece corresponder a pseudo intentos suicidas, conductas auto punitivas, impulsividad y arrepentimiento post intento.

En cuanto a problemas actuales, casi el 90% de pacientes afrontaban fundamentalmente conflictos familiares, sentimentales, conyugales; un 10% correspondió a causas psicopatológicas, ya sea psicóticas, depresivas o ansiosas.

El diagnóstico más frecuente de la muestra fue el de trastorno depresivo, siendo las predominantes los episodios reactivos (34.6), luego la depresión mayor (31%), luego las psicosis esquizofrénicas, la distimia y trastornos ansiosos. El trastorno de personalidad estuvo en algo más del 10% de los evaluados.

En lo que respecta a la valoración de recursos

útiles, más de la mitad de pacientes lo presentaban adecuados, 20% parcialmente adecuados, y un 31% inadecuados, constituyendo un grupo de alto riesgo para reiterar el intento a consumar el suicidio.

Más del 30% de pacientes planearon anteladamente el suicidio con un proyecto estructurado o preconcebido, constituyendo un elemento de riesgo elevado. El resto de pacientes registró intentos con perfil de impulsividad momentánea, expresión de ira o manifestación de otros sentimientos.

El 70% de pacientes declaró no haber tomado precauciones para ser descubiertos al realizar el intento, lo que no siempre se asocia a letalidad alta, el restante 30% sí lo hizo, representando un grupo de pacientes que clamaba ayuda o realizaron un acto demostrativo o manipulatorio.

Dentro de los métodos utilizados, el 37.8% declaró haber usado métodos altamente letales en el intento, en especial los varones, parámetro no siempre objetivo al calificar; el restante 60% uso métodos de baja letalidad, representando al grupo minoritario del acápite anterior.

Casi un 25% de pacientes manifestó haber dejado una nota o carta de despedida comunicándonos su intención suicida, mayormente en damas; los otros hicieron de manera verbal o simbólica, la mayoría restante declaró no haberlo hecho.

Cuando se correlacionaron dos de las preguntas principales o específicas: una si el intentador se proponía morir al momento de la entrevista, y otra la carencia de recursos útiles en el, con porcentajes de 37.9 y 31.0% respectivamente, frente a la disposición de hospitalizar inmediatamente que registro 34.5; se observa alto grado de correlación en

las 3 variables, deduciéndose que este método puede conducir a optar una decisión rápida para el equipo evaluador, que represente el manejo intrahospitalario o ambulatorio del paciente.

De manera semejante, al correlacionar 2 de las preguntas secundarias o subsidiarias: la primera, si hubo planificación antelada del intentador (31.3), y segunda, se utilizó un método letal para el intento suicida (37.93), frente a la decisión de hospitalizar que registro un 34.5, se observa alto grado de correlación porcentual en las 3 variables, lo que merece ser considerada como un método rápido de decidir el manejo hospitalario o ambulatorio.

Al correlacionar los 2 niveles, los porcentajes son similares (34.5), reforzando la utilidad del método, que aunque rápido, se perfila como práctico y confiable en lo que respecta a la disposición del manejo del intento de suicidio, ya sea intrahospitalario o ambulatorio.

El autor enfatiza que esta propuesta de aproximación para el manejo del paciente que intenta el suicidio es ágil y puntual, que forma parte y no reemplaza el proceso integral de valoración de tan compleja situación que requiere ser amplio y preciso, por lo que se circunscribe a la toma de la decisión más inmediata, que suele ser dificultosa aun para psiquiatras en formación, es decir la alternativa de intentar o manejar ambulatoriamente al paciente suicida, y que podría ser un paso decisivo para la recidiva de intento o consumación del suicidio.

El presente trabajo incluyó un periodo de 4 semanas de seguimiento de los 29 pacientes, que en casi su totalidad no mostraron indicadores evidentes de nuevos intentos suicidas, tanto en los internados cuanto en los de manejo ambulatorio, excepto una dama de 18 años que volvió a intentarlo una vez

egresada de hospitalización breve a causa de nuevos conflictos familiares; por lo que el autor recomienda un tiempo más amplio de seguimiento y muestras más extensas, de acuerdo a las recomendaciones de los expertos.

Las conclusiones del trabajo han motivado que el equipo multidisciplinario del Servicio de Emergencia del INSM HD-HN elabore un programa de prevención del suicidio a través de un protocolo, y formule la guía de prevención telefónica del suicidio.

VALORACION DEL INTENTO DE SUICIDIO

Preguntas Específicas o Principales

**Cuadro
18**

1) INTENCIÓN DEL PACIENTE
CUANDO SE LESIONO

	F	M	Total
Morir	16 (72.72)	5 (71.42)	21 (72.41)
No morir	6 (27.27)	2 (28.57)	8 (27.58)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	28 (100.0)

**Cuadro
19**

2) SE PROPONE MORIR EL PACIENTE
AHORA

	F	M	T
Sí	8 (36.36)	3 (42.85)	11 (37.93)
No	14 (63.63)	4 (57.14)	18 (62.06)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
20**

**3) PROBLEMAS ACTUALES DEL
PACIENTE**

	F	M	Total
Sentiment. /Conyug.	8 (36.36)	2 (28.57)	10 (34.48)
Familiares	11 (50.0)	1 (14.28)	12 (41.37)
Psicopatologicos	2 (9.09)	1 (14.28)	3 (10.34)
Económicos	1 (4.54)	3 (42.85)	4 (13.79)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
21**

4) DIAGNOSTICO PSIQUIÁTRICO

	F	M	T
Reacción Depresiva	9 (40.90)	1 (14.28)	10 (34.48)
Depresión Mayor	6 (27.27)	3 (42.85)	9 (31.03)
distimia	2 (9.09)	0 (0.0)	2 (6.89)
Psicosis / Esquiz.	3 (10.34)	1 (14.28)	4 (13.79)
T. Personalidad	2 (9.09)	1 (14.28)	3 (10.34)
Epilepsia	0 (0.0)	1 (14.28)	1 (3.44)
	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
22****5) RECURSOS ÚTILES DEL PACIENTE**

	F	M	T
Adecuados	12 (54.54)	3 (42.85)	15 (51.72)
Parcialmente Adecuados	4 (18.18)	1 (14.28)	5 (17.24)
Inadecuados	6 (27.27)	3 (42.85)	9 (31.08)
	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

Preguntas Subsidiarias o Complementarias**Cuadro
23****a) PLANIFICACIÓN PREVIA**

	F	M	Total
Sí	9 (40.90)	0 (0.0)	9 (31.03)
No	13 (59.09)	7 (100.0)	20 (68.96)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
24**

**b) TOMO PRECAUCIONES PARA SER
DESCUBIERTO**

	F	M	Total
Sí	8 (36.36)	1 (14.28)	9 (31.03)
No	14 (63.63)	6 (85.71)	20 (68.96)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
25**

c) EL PACIENTE BUSCO AYUDA

	F	M	Total
Sí	9 (40.90)	0 (0.0)	9 (31.03)
No	13 (59.09)	7 (100.0)	20 (68.96)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
26**

d) UTILIZO UN MÉTODO PELIGROSO

	F	M	Total
Sí	7 (31.81)	4 (57.14)	11 (31.93)
No	15 (68.18)	3 (42.85)	18 (62.06)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

**Cuadro
27****e) HUBO UN ACTO FINAL**

	F	M	Total
Sí	6 (27.27)	1 (14.28)	7 (24.13)
No	16 (72.72)	6 (85.71)	22 (75.86)
Total	22 (100.0)	7 (100.0)	29 (100.0)

Disposición Final**Cuadro
28****CORRELACION CON PREGUNTAS
ESPECIFICAS**

	Sí	No	Total
Se propone morir ahora	11 (37.93)	18 (62.07)	29 (100.0)
Carece de Recursos Utiles	9 (31.03)	20 (68.97)	29 (100.0)
Hospitalización	10 (34.48)	19 (62.52)	29 (100.0)

**Cuadro
29****CORRELACIÓN DE PREGUNTAS
SUBSIDIARIAS :**

	Sí	No	Total
Planificación del Acto	9 (31.03)	20 (68.97)	29 (100.0)
Utilizo un método peligroso	11 (37.93)	18 (62.07)	29 (100.0)
Hospitalización	10 (34.48)	19 (65.52)	29 (100.0)

◆ REFERENCIAS

- 1) ADAM K.S. et al. Prenatal loss and family stability in attempted suicide: *Arc. Gen. Psych*, 1982, 39: 1081-1085
- 2) AMARO GONZALES G. El intento suicida: Formas Clínicas presentes en cien pacientes. *Rev. del Hosp. Siq. de la Habana*, 1981, 22(3), 411-420
- 3) BECK A. Suicidio. Comité de Nomenclatura y Clasificación. Filadelfia. USA 1971.
- 4) BARRACLOUGH B. et al. A hundred cases of suicide; Clinical aspects *British J. Psych*. 1974; 125-355-373
- 5) BJAMASONT T. et al. Suicide-life-theart-Beavh. 1994: Institute for educational research, Reykjavik, Iceland; 24(4): 350-358
- 6) BLUMENTHAL S.J. Suicidio. Guía sobre factores de riesgo. Valoración y Tratamiento de los pacientes suicidas. *Clín. Med. Norteamericana*, 1988, 4: 999-1035
- 7) BROOKE, OMS: El Suicidio y los intentos de Suicidio. Cuadernos de Salud Pública (58) 1976, Pp. 146
- 8) BUCHER et al. Tentativa de Suicidio en una ciudad satélite de Brasilia. *Acta Psiq. y Psicol. de A. Latina*: 1978, 24:219-232
- 9) CABRERA B. R. et al. Epidemiología de las intoxicaciones por psicofármacos en España. 1993. Cap. 1: 17-30
- 10) CALVO, OLIVA et al. Hogar roto y conducta suicida. *Rev. Del Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 1989. 30(2) 267-273
- 11) CALZADILLA FIERRO. Valoración del riesgo de suicidio en el paciente deprimido. *Rev. del Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 1983, 24(2) 289-296
- 12) CARDENAS R. Estudio Descriptivo del intento de suicidio en pacientes atendidos en Servicio de Emergencia. *Hosp. Regional de Talca (Ago. 82-84) Rev. Clínica de Neuropsiquiatría*, 1985 23(2) 97-110
- 13) CASSORLA R. MS. Jóvenes que intentan suicidio. Características demográficas sociales. *Journal Brasileiro de Psiquiatría*, 1984, 33(1), 3-12
- 14) CASTAÑEDA M. G: Estudio Descriptivo del Intento de Suicidio en Hosp. Cayetano Heredia. Tesis Bach. UPCH; Lima 1983
- 15) CASTILLO DE FREITAS et al. Un estudio sobre tentativas de suicidio. *Rev. Brasileira de Psiquiatría*, 1983, 3(1), 19-31
- 16) CENTRAL HEALTH SERVICES COUNCIL, 1968. Suicidio y auto daño intencional. Cap. 13, Pp. 469-467
- 17) CORDAS et al. Alcoholismo y suicidio: Estudio preliminar *Rev. de Asoc. Brasileira de Psiq.* 1985, 7(17), 140-144
- 18) DE LEON et al. Intento de suicidio, predicamento o manejo. *Rev. de Neuropsic.*: 1977, 40 (3-4): 149-156
- 19) DORFMAN LERNER B. Cómo acompañar a un suicida. *Acta Psiq. y Psicol. de A. Latina*, 1986, 32(2), 137-168

- 20) DORR ZEGERS O. Suicidio y esquizofrenia. *Rev. Chil de Neuropsiq.* 1986, 24(1), 17-24
- 21) FERNANDEZ DA FONSECA A. Epidemiología de los actos suicidas. *Psicopatología*, 1985, 2:101-103
- 22) FLAHERTY, CHANNON & DAVIS. Manual de Psiquiatría para Residentes Diagnóstico y Tratamiento. *El Paciente Suicida De. Panamericana*, 1988, 69-77
- 23) GARCIA-MARCIA R. SARRO B. et al. Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidos en un suicidio de urgencias de un hospital general. *Rev. de Psiquiatría y Psicol. Médica*, 1984, 6:530-538
- 24) GARFINKEL BD. et al. Suicidal attempts in children and adolescence *Am. J. Psych.* 1982, 139:1257-1264
- 25) GOLDMAN, H. *Psiquiatría General*. 1a. Edición, 1987; pp. 685-688
- 26) GRANEL J.A. & YAMPSEY. Carácter depresivo, accidentes y suicidio. *Rev. de Psicoanálisis*, 1978, 35(2): 289-304
- 27) HAM FERNANDEZ R. La psicopatología del suicidio. *Trabajo de Revisión psiquiátrica México*, 1980, 10 :83-83
- 28) HEEREN RAMOS. Estudio Descriptivo de los casos de intento de Suicidio atendidos en el INSM HD-HN (1985-1993). Tesis Bach. UPCH, Lima-Perú
- 29) HEMAN CONTRERAS A. Deseo de morir, realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública en México*, 1984, 26(1), 39-49
- 30) HEMAN CONTRERAS A: Consideraciones metodológicas de la investigación sobre el intento de suicidio. *Enseñanza e investigación de Psicología*, 1982, 8(1), 95-105.
- 31) HYMAN S. *Manual of Psych. Emergencias*. Third Ed. Chap. 4 The Suicidal Patient, pp. 21-27
- 32) KAPLAN H. SADOK B. *Text Book of Psychiatry*. Seven Edition. 1994. Cap. 31:803-811
- 33) KIEV Y ARGANDOÑA. Sugerencias para la prevención del suicidio en Sudamérica. *Rev. Colombia de Psiq.* 1970, 2(4), 283-288
- 34) KOTILA L. et al. Adolescent Suicide Attempts: Sex differences predicting suicide. *Acta Psych. Scand*, 1988, 77:264-270
- 35) LEON et al. Características Psicológ. de un grupo de suicidas frustrados. *Rev. Col. Psiq.* 1974, 3(5), 519-553
- 36) LOLAS STEPKE F. Relación entre hostilidad verbal, depresión y desesperanza en una muestra de pacientes con ideación suicida *Rev. Chil. Neuropsiq.* 1986: 24(1) 17,24
- 37) MATA VALLEMILLO et al. Suicidio de Venezuela, 1984, 44(3), 176-182
- 38) MELTZER H. Avances recientes en el tratamiento de la esquizofrenia. *Case Western Reserve. Univ. USA. En la década del cerebro Oct.* 1995, Bs. As. 3-14
- 39) MURGUIA D.L. Exploración Fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio. *Rev. de Psiq. del Uruguay*, 1967, 32 (187) 3-43

- 40) NUCCETTE-RIOSE. Precaución del Suicidio en Adolescentes. Niños, 1988, 13(67), 110-118
- 41) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Prevención del Suicidio, 1968. Génova.
- 42) PACHECO HERNANDEZ A. Ansiedad, pánico y suicidio. Arch. Venez. de Psiq. y Neurología, 1986 (66): 19-24
- 43) RAY A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. Arch. Gen. Psych. 1982, 39: 1089-1095
- 44) REGULES Y RAMIREZ A: Aportes estadísticos sobre conductas suicidas en un Hosp. General Rev. Psiquiatría del Uruguay, 1976, 41(241), 18-27.
- 45) RENDON APONTE R. Aspectos Epidemiológicos del suicidio e intento de suicidio a Venezuela. Arch. Venezolanos de Psiq. y Neurología, 1969, 15 (33), 50-69
- 46) RONA E. & WETTLIN L. Tentativas de suicidio en niños y adolescentes. Rev Chil. de Pediatría; 1986., 57(3), 227-230
- 47) ROSS NW. et al. Parental rearing patterns and suicida thoughts. Acta Psych. Scand. 1983, 67:429-433
- 48) SAMPAIO A. Suicidio: Aspectos Sociales. Neurología 1973, 36: (Supl.) 25-40
- 49) SANCHEZ GARCIA J., ESCOBEDO J.; Suicidio en un Hospital Psiquiátrico Privado. Rev. de Neuropsiquiatría- Lima, 1988: 51-77-101.
- 50) SANCHEZ LACAY et al. Intentos suicidas en adolescentes. Bol. de Asoc. Médica Puerto Rico, 1985, 77(7) 273-277
- 51) SATIJERAL MENDEZ M. et al. Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México, salud pública, 1987, 29, 345-360
- 52) TALBOT J. et al. Textbook of psychiatry. First Edit. 1988, Chap. 31:1021-1035
- 53) VANSAN: Riesgo de suicidio en las emergencias. Neurobiología, 1985, 48(4), 407-416
- 54) VARGAS NUNES. Atención de tentativas de suicidio en un Hospital General Journal. Brasileiro de Psiq. 1988, 37(1), 39-42
- 55) VASQUEZ F. & Cols. Programa Local de Prevención del Suicidio. Guía de Orientación Telefónica para pacientes en el INSM HD-HN. Lima 1996
- 56) VASQUEZ F. Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del INSM HD-HN 1994-1996.
- 57) VIDAL-ALARCON. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Bs.As. 1994 Cap. Duicidio Pp. 1714 - 1721
- 58) WEISMAN M.M. The epidemiology of suicide attemps. 1960 to 1971. Arch. Ge. Psych. 1974; 125-355-373.
- 59) YAMPEY N. Personalidad y conducta suicida. Enciclopedia de Psiquiatría de Vidal-Alarcón. Ns.As. 1993, 1719-1723
- 60) ZUÑIGA R. El intento de suicidio en el Servicio de Urgencias del CHMCSS y su relación con el suicidio de Panamá. Rev. Med. de la Caja de Seg. Social de Panamá. 1986(1)91-102.
- Dirección Postal: Av. Alameda Palao s/n, Lima 31