

## **Comportamientos suicidas en situaciones de internación psiquiátrica**

### **Suicidal behaviors in psychiatric inpatients**

**María Martina Casullo<sup>1</sup> y María Josefina Scheinsohn<sup>2</sup>**

#### **RESUMEN**

Este trabajo analiza comportamientos suicidas (ideación e intento) y su relación con las variables edad, sexo, internaciones psiquiátricas, diagnóstico psicopatológico, motivo de la internación, en una muestra (N : 46) de pacientes adultos jóvenes (edad promedio 32 años) que fueron internados durante el año 2004 en situaciones de emergencia. Los casos estudiados están constituidos por un 76% de mujeres y un 24% de varones. El grupo de edad con mayor prevalencia de comportamientos suicidas en ambos sexos es el que se encuentra entre los 21 a 30 años.

Un 48% fue internado por intento de suicidio y un 24% por presencia de ideaciones suicidas. El 56% ha tenido internaciones previas y un 54% ha estado previamente en asistencia médica o psicológica. Entre las mujeres son más frecuentes los casos diagnosticados como Trastornos de Personalidad o Psicóticos, en tanto que en el grupo de varones predominan los Trastornos Psicóticos y los relacionados con el Abuso de sustancias.

#### **Palabras clave:**

Comportamiento suicida, Internación psiquiátrica, Diagnóstico.

---

1. Doctora en Psicología. Directora del Doctorado en Psicología. UP. Profesora. Facultad de Psicología. UBA. Investigadora principal CONICET. E-mail: casullo@psi.uba.ar

2. Lic. en Psicología. Profesora. Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría. Facultad de Medicina USAL. Investigadora Proyecto UBACYT. Docente. Facultad de Psicología. UBA.

### Abstract

Data on psychiatric inpatients are presented. (N:46; age M: 32 years old). Hospitalization (during year 2004) was due to the presence of a suicide intent (48%) or suicidal ideation (24%). Cases are composed by 76% of females and 24% of males. The highest prevalence of suicidal behavior for both sexes is represented by the patients between 21 to 30 y.o.

Women were mostly diagnosed as having a Personality or Psychotic Disorder, while among men higher frequencies of Psychotic Disorders or those related to Substance Abuse were found; 56% of the subjects have had previous hospitalizations due to the same problem and 54 % of them have received previously psychiatric or psychological assistance; 48% of the cases was committed due to suicidal intent and 24% because of suicidal ideation.

### Key words:

Suicidal behavior, Psychiatric inpatients, Diagnoses.

### PLANTEO DEL PROBLEMA.

El suicidio (quitarse la vida) o los parasuicidios (intentar terminar con la vida propia) constituyen un problema generalizado en el campo de la salud pública (Cutcliffe, 2003; Goldney, 2002) y cada vez más se reconoce la necesidad de concretar acciones preventivas fundamentadas en estudios epidemiológicos.

### Investigaciones sobre el tema.

Como lo señalan Vijayakumar y cols. (2005) hay una diferencia importante en el acceso a datos válidos y confiables entre los denominados países centrales y los periféricos o en vías de desarrollo, donde ubicamos al

nuestro. Los investigadores mencionados realizan un interesante meta-análisis sobre la base de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) correspondientes a los años 90. Clasifican los países en términos de Desarrollo Humano, índice que toma en cuenta variables tales como esperanza de vida al nacer, nivel promedio de educación lograda (analfabetismo adulto) y producto bruto interno per capita. Los países se ubican en tres categorías: DH alto, medio y bajo. El trabajo incorpora datos de algunos países latinoamericanos tales como Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Venezuela y Guyana. Las tasas promedio de suicidios anuales por cada 100.000 habitantes más altas corres-

ponden a Guyana (10,5) y El Salvador (7,9). Si se toma en cuenta el total de países evaluados se destacan las de Rusia (41,7), Ucrania (29,6) y Kazaskian (26,8), ex integrantes de la Unión Soviética. Más de la mitad de los suicidios en el mundo ocurren en China e India (54% del total). Para la mitad de los países del mundo (53%) y un tercio de su población (27%) no se dispone de información sobre comportamientos suicidas. No se obtuvieron datos sobre 33 de los 34 países con bajo DH y 54 de los 86 países con un DH medio. Cabe destacar que menos del 10% de los trabajos publicados sobre suicidio provienen de países en vías de desarrollo. (Phillips, M., 2004)

Según los datos publicados por la OMS para el año 1996, la tasa de suicidios anuales por cada 100.000 habitantes para la República Argentina es de 9,9 para los sujetos de sexo masculino y de 3,0 para las mujeres, no se hallaron datos publicados por la OMS para nuestro país desde el año 96 hasta la actualidad. (OMS, Ginebra, 2004)

De las bases de datos del del Ministerio de Salud y Medio Ambiente para los últimos años (2003 y 2004) se obtienen los siguientes datos relativos a muertes por suicidio en nuestro país: en el año 2003 el registro total de muertes por suicidio para ambos sexos es de 3311, que representan el 1,6% del total de las muertes en el año para el sexo masculino y el 0,5% para el femenino. Los

grupos etarios de mayor incidencia son: el de los sujetos entre 15 a 24 años con una prevalencia del 25% y el de 35 a 44 años con una del 16%. En referencia al sexo, la proporción de hombres respecto de las mujeres es de 4:1. Las muertes por suicidio representan el 1% del total de los decesos registrados en el año para ambos sexos. Para el año 2004 encontramos que sobre el total de muertes a nivel poblacional, las muertes por suicidio representan al 1,06% de los casos (N: 3137) con un 1,6% para el sexo masculino y un 0,5% para las mujeres. La proporción de hombres respecto de las mujeres es de 4:1. Los grupos etarios de mayor incidencia están representados por los sujetos entre 15 y 24 años y los de 25 a 34 años con 26% y un 17% del total. No se hallaron datos sociodemográficos que permitan inferir tasas de incidencia por estado civil, nivel educativo, ni datos epidemiológicos que den cuenta de presencia previa de sintomatología psicopatológica.

La revisión de artículos publicados en países desarrollados da cuenta de tasas de mayor incidencia en la tercera edad, seguidas por la de los sujetos que se encuentran entre los 15 y 25 años; la proporción entre varones y mujeres es de 3:1 y los sujetos separados / viudos / divorciados, se encuentran en el grupo de alto riesgo. La bibliografía consultada sobre países en vías de desarrollo señala que la tasa más alta corresponde a sujetos jóvenes (menores de 30 años), la propor-

ción entre varones y mujeres es más reducida (1.4:1 en India y 1:1.3 en China) y las mujeres casadas se encuentran entre los grupos de mayor riesgo.

Las causas de los comportamientos suicidas son variadas e interactúan de manera compleja. En términos generales se analizan factores de riesgo de tipo sociodemográfico (edad, sexo, estado civil, clase social), clínicos (presencia de trastornos psicopatológicos, uso y abuso de sustancias) y situacionales / contextuales (eventos estresantes del ciclo vital, acceso a los medios para concretar un suicidio).

La Suicidología, disciplina prácticamente ausente en planes de estudios de carreras como Medicina y Psicología en nuestro medio, basa sus proposiciones actuales en modelos teóricos diversos:

- 1) Psicología cognitiva (Weishaar y Beck, 1992).
- 2) Psicofarmacología (Mann y Kapur, 1991).
- 3) Economía (Wasserman, 1992)
- 4) Psicología positiva integrada (Casullo, 2005).
- 5) Psicología del Desarrollo (Leenars, 1991; Maris, 1981).
- 6) Epidemiología (Garrison, 1992).
- 7) Psicoanálisis (Maltzberger, 1992).
- 8) Sociobiología (de Catanzaro, 1992).
- 9) Mentalismo psicológico (Schneidman, 1993).

A lo largo de casi todo el siglo XX y desde una perspectiva psico-social, dos paradigmas prototípicos han mantenido la hegemonía para analizar el tema que nos ocupa. Por una parte las propuestas del sociólogo francés Durkheim (1897, 1990) quien hace referencia a cuatro formas de suicidios, relacionadas con la debilitación o ausencia de lazos sociales. El egoísta es consecuencia de una individuación excesiva; el altruista es la resultante de un proceso incompleto del logro de la identidad individual en la medida que encuentra la base de la existencia humana en un mundo que existe más allá de la experiencia terrenal. El denominado suicidio anómico (carente de normas) surge frente a la desaparición brusca de soportes limitativos o normativos. El fatalista, por el contrario, está asociado con la presencia de regulaciones excesivas (suicidios en cárceles, por ejemplo).

Desde una perspectiva diferente, aunque complementaria, se han tomado en consideración ideas propuestas por Freud (1948) y el psiquiatra Menninger (1938) quienes sostienen que en todo comportamiento suicida es posible encontrar tres sentimientos básicos: odio, depresión (melancolía) y culpa, que se expresan en términos de deseos de revancha (quiero matarte), depresión / desesperanza (quiero morirme) o castigo (merezco estar muerto). La pérdida de un objeto amado, introyectado como parte de la subjetividad, provoca tristeza y

melancolía. Para Freud todo suicidio supone hostilidad o deseo de muerte, originalmente ligado a un objeto externo que ha sido internalizado; es un homicidio que ha dado un giro de 180 grados. Las conductas autodestructivas pueden interpretarse como el precio que se paga por no quedar excluido del mundo civilizado. En este sentido, al hacer referencia a comportamientos suicidas es imposible dejar de lado consideraciones de tipo filosóficas, éticas o religiosas, generalmente no tenidas en cuenta en las prácticas clínicas, especialmente en situaciones de emergencia. (Maris, Berman, Silverman, 2000).

El suicidio logrado o su intento no son considerados patologías mentales, aunque sí suelen estar vinculados con algunas de ellas. Investigadores de la Organización Mundial de la Salud publican un interesante trabajo en el que analizan el diagnóstico psiquiátrico en jóvenes adultos suicidas (Fleischmann, Bertolote, Belfer y Beautrais, 2005). Investigan publicaciones en idioma inglés que estudian la vinculación entre suicidio y psicopatologías registradas en Medline y Current Contents entre los años 1982 y 2001. La búsqueda de trabajos latinoamericanos en la base de datos Lilac no reveló información sobre el tema. Encuentran que se consigna al menos un diagnóstico psiquiátrico en el 86% de los casos de suicidio publicados, en tanto que no hay

diagnóstico mencionado en un 11% de ellos. El diagnóstico que aparece con mayor frecuencia es el de trastorno del estado de ánimo (42%), seguido por trastornos relacionados con el uso de sustancias (41%) y comportamientos disruptivos (desórdenes de conducta, déficits de atención, trastornos de identidad) en un 21% de los casos. La presencia de trastornos de personalidad se ubica en el cuarto lugar, (12%). Esquizofrenia u otros trastornos de tipo psicótico están presentes en el 7% de los estudios analizados. Interesa destacar que, en la categoría trastornos de personalidad, el 39% de los casos corresponde a personalidad antisocial mientras que el 36 % fue categorizado como personalidad borderline o fronteriza. Resultados similares fueron encontrados en un estudio llevado a cabo por investigadores brasileños (Guevara Werlang y Bodega, 2000). Los trastornos en el estado de ánimo aparecen con más frecuencia en muestras de mujeres, en tanto que entre los varones son más frecuentes los comportamientos disruptivos y el uso / abuso de sustancias. (alcohol, drogas).

Si bien tradicionalmente se ha asociado a los comportamientos suicidas con los trastornos del estado de ánimo, investigaciones recientes indican que, contrariamente a las generalizadas concepciones clínicas, los individuos con trastornos de la personalidad cometen suicidio y

tentativas de suicidio en tasas muy parecidas a los sujetos con depresión mayor. En particular, aquellos con trastornos borderline de la personalidad se encuentran en alto riesgo de comportamientos suicidas y parasuicidas. (Gerson J., Stanley B., 2002; Haw C., Hawton K., Houston K., Townsend E., 2001). En un interesante estudio llevado a cabo en Suecia, Sodeberg (2001) encuentra que el 55% de los sujetos internados a posteriori de haber realizado intentos de suicidio fueron diagnosticados como padeciendo trastornos borderline de la personalidad (a través de entrevistas estructuradas basadas en el DSM IV) y el 23% padecen algún otro tipo de trastornos de la personalidad.

Las investigaciones realizadas por Krysinska, Heller y De Leo (2006), también confirman que los trastornos de la personalidad y su comorbilidad con otras condiciones psiquiátricas son factores de riesgo para las autoagresiones y los comportamientos suicidas fatales y no fatales. Señalan que los eventos negativos de la vida, el abuso infantil, las dificultades en el funcionamiento social, los déficits en el pensamiento a futuro dirigido y la percepción del tiempo, tanto como factores familiares y neurocognitivos, pueden estar relacionados con el incremento del riesgo de suicidio en individuos con trastornos borderline y otros trastornos de la personalidad. Agregan ade-

más que, dado que la mayoría de las investigaciones realizadas hasta el momento se han focalizado en los trastornos borderline y antisocial, la prevalencia y los factores de riesgo de comportamiento suicida y autoagresión en otro tipo de trastornos de la personalidad, requieren de mayor clarificación.

#### **Objetivos:**

- a) Conocer los diagnósticos más frecuentes en pacientes adultos con internaciones psiquiátricas por comportamientos suicidas.
- b) Obtener datos sobre re-internaciones, promedio de días de internación, motivo de consulta.
- c) Conocer las vinculaciones de las variables mencionadas con el sexo y la edad de los sujetos.

#### **MÉTODO:**

##### **Tipo de Estudio: Exploratorio - Descriptivo**

##### *Unidad de análisis:*

Adultos residentes en la ciudad de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense, se recabaron datos de todos los pacientes que fueron internados en el lapso de un año de trabajo en calidad de emergencia psiquiátrica. El estudio se realizó en un Centro Privado de Salud Mental que atiende pacientes de diferentes coberturas

médicas de nivel socio económico medio y medio bajo. Acorde con las necesidades de quienes consultan, brinda prestaciones psicológicas y psiquiátricas de diferentes modalidades: consultorios externos (pacientes ambulatorios), emergencias psiquiátricas, seguimiento de pacientes graves a través de consultas programadas en domicilio, consultas programadas para pacientes con dificultades de traslado (que ameritan tratamiento psiquiátrico y/o psicológico y por diferentes motivos no están en condiciones de acceder por sus propios medios), internación psiquiátrica, comunidad terapéutica, hospital de día. Los pacientes internados pueden ingresar a través de diferentes vías: derivados por sus terapeutas tratantes o derivados por el servicio de emergencias psiquiátricas.

Variable dependiente: comportamiento suicida (ideación e intento).

Variables independientes: edad, sexo, reinternaciones, diagnóstico, motivo de la internación.

### **Muestra:**

De todos los sujetos internados durante el año 2004 (N: 188); se incluyeron 46 pacientes (25% del total) internados en ese período por presencia de comportamiento suicida.

El motivo de consulta considerado en esta investigación es el que consta en el ingreso del paciente a la institución, que proviene de la epicrisis de la emergencia psiquiátrica realizada con antelación o del terapeuta tratante que solicitó la internación. El diagnóstico tomado en cuenta en este estudio es el consignado por el profesional psiquiatra de la red, realizado mediante entrevistas focalizadas sobre la base de las categorías diagnósticas del DSM IV y explicitado en la HC del paciente. Se han agrupado los diagnósticos en las grandes categorías del manual antes citado.

Fueron evaluados 46 sujetos (76% de mujeres y 24% de varones) con una edad promedio de 32 años para ambos sexos. Tablas 1. y 2.

**Tabla 1. Muestra total: Sexo**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino</b>	35	76,1
<b>Masculino</b>	11	23,9
<b>Total</b>	46	100

**Tabla 2. Muestra total: Edad**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desvío Std.</b>
<b>Edad</b>	46	17	81	32,47	15,28

**Técnica de recolección de datos:**

Se trabajó a partir de la lectura de las historias clínicas (HC); se recabaron datos sobre sexo, edad, motivo de internación, diagnóstico, antecedentes de tratamiento, tasa de re-internación, promedio de días de estadía en cada internación y promedio de días de internación en el año. Se consideró el grupo de sujetos internados por “Comportamiento Suicida”, dividién-

dolo en tres categorías según el motivo de internación: “Ideación Suicida”, “Sobreingesta Medicamentosa” e “Intento de Suicidio”.

**RESULTADOS:**

Para la muestra total, el grupo con mayor frecuencia de casos es el de sujetos que tienen entre 21 y 40 años, que constituyen el 50% de los casos (Tabla 3.)

**Tabla 3. Muestra total: Edades**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
17 a 20 años	5	10,9
21 a 30 años	17	37
31 a 40 años	6	13
41 a 50 años	3	6,5
51 a 60 años	3	6,5
60 años y más	2	4,3
Total	36	78,3
Sin Datos	10	21,7
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Un 48% fue internado por “Intento de Suicidio”, 28% por “Sobreingesta Medicamentosa” y el 24% por “Ideación Suicida”, según se detalla en la tabla 4.

**Tabla 4. Muestra total: Motivo de internación**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ideación suicida	11	23,9
Intento de suicidio	22	47,8
Intoxicación medicamentosa	13	28,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>



El 37% de los sujetos fue diagnosticado padeciendo Trastornos de la Personalidad, 33% Trastornos Psicóticos; los restantes se distribuyen entre, Comorbilidad (entre T. de la Pers. y T. del Estado de Animo) (11%), Trastornos del Estado de Animo - TEA (11%), Trastornos por abuso de Sustancias, con un 4% y Demencias y T. de la Cond. Alimentaria, con un 2% respectivamente. (Tabla 5.)

**Tabla 5. Muestra total: Diagnóstico**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Comorbilidad T. Pers. – TEA	5	10,9
Demencia	1	2,2
T. de la Cond. Aliment.	1	2,2
T. de la Personalidad	17	37
T. del Estado de Animo (TEA)	5	10,9
T. por Abuso de Sust.	2	4,3
T. Psicótico	15	32,6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

El 56% tiene antecedentes de internaciones previas. (reinternaciones) en tanto que el 54% realizó algún tipo de tratamiento previo a la internación.

Comparando las categorías Ideación Suicida, Sobreingesta Medicamentosa e Intento de Suicidio, encontramos que:

- 1) El grupo de edad con mayor prevalencia para las 3 categorías en ambos sexos es el que se encuentra entre los 21 a 30 años. (Tabla 6.)

Insertar Tabla 6. aproximadamente acá

Los pacientes varones internados por Ideación Suicida se distribuyen mayoritariamente y en forma igualitaria entre 21 a 30 años y 31 a 40 años (40% respectivamente). Según se consigna en la tabla 7, para las mujeres se verifica que el 67% tiene entre 17 y 30 años.

Insertar Tabla 7. aproximadamente acá

**Tabla 6. Intento de suicidio, intoxicación medicamentosa, ideación suicida: Distribución de frecuencia de edades para ambos sexos**

	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
17 a 20 años	0	0	1	16,7
21 a 30 años	2	40	3	50
31 a 40 años	2	40	1	16,7
51 a 60 años	1	20	0	0
Sin datos	0	0	1	16,7
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**Tabla 7. Ideación suicida según sexo y edad**

	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
17 a 20 años	0	0	1	16,7
21 a 30 años	2	40	3	50
31 a 40 años	2	40	1	16,7
41 a 50 años	0	0	0	0
51 a 60 años	1	20	0	0
60 años y más	0	0	0	0
Sin datos	0	0	1	16,7
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

Tanto en el grupo conformado por pacientes con Intento de Suicidio (77% mujeres, 23% hombres) como en el de Intoxicación Medicamentosa

(92% mujeres, 8% varones) la prevalencia es más alta para las mujeres que para los varones. Los datos se consignan en la tabla siguiente:

**Tabla 8. Intento de suicidio e Intoxicación medicamentosa:  
Distribución por sexo**

	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
INTENTO DE SUICIDIO	5	22,7	17	77,3	22	100
INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA	1	7,7	12	92,3	13	100

Tal como se verifica en la siguiente tabla, para el grupo con Ideación Suicida la distribución según sexos (55% mujeres, 46% Varones) es bastante similar.

**Tabla 9. Ideación suicida: Sexo**

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	6	54,5
Masculino	5	45,5
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Para todas las categorías los Trastornos de la Personalidad constituyen el diagnóstico más frecuente para el sexo femenino, distribuidos del siguiente modo: Para la Ideación Suicida y el Intento de Suicidio el diagnóstico de mayor prevalencia es el Trastorno Límite de la Personalidad; mientras que en el grupo de paciente internados por Sobreingesta Medicamentosa la tasa más alta corresponde al Trastorno Histriónico de la Personalidad.

En el grupo de mujeres con Ideación Suicida, el segundo diagnóstico más frecuente es el de

Comorbilidad entre Trastornos de la Personalidad y Trastornos del Estado de Animo (T. Depresivo Mayor); en el grupo categorizado como Intento de Suicidio aparecen los Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia Paranoide y T. Psicótico No Especificado) y en el de Intoxicación Medicamentosa los T. del Estado de Animo (T. Depresivo Mayor) y los T. Psicóticos (Esquizofrenia Paranoide).

En el grupo de sujetos de sexo masculino internados por Ideación Suicida e Intento de Suicidio (Tabla 11.) el diagnóstico más frecuente es Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia

Paranoide y Esquizofrenia No Esp.); en segundo lugar aparecen los diagnósticos Trastornos de Personalidad (T. Límite y T. No Esp.) y Trastornos por Abuso de Sustancias, Dependencia de Alcohol, (20% respectivamente)

para ambas categorías.

En el grupo de pacientes internados por Intoxicación Medicamentosa se ha encontrado un solo sujeto diagnosticado con Comorbilidad (T. de la Personalidad y TEA).

**Tabla 10. Ideación suicida, Intento de suicidio e Intoxicación medicamentosa  
Diagnósticos especificados por categorías:  
Distribución de frecuencias para el sexo femenino**

	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO DE SUICIDIO		INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Demencia	0	0	1	5,9	0	0
T. de la Cond. Alimentaria	0	0	1	5,9	0	0
Esquizofrenia Paranoide	0	0	3	17,6	2	16,7
T. Delirante	0	0	1	5,9	0	0
T. Psicótico No Esp.	0	0	2	11,8	1	8,3
T. Histriónico de la Pers.	0	0	0	0	3	25
T. Límite de la Pers.	4	66,7	7	41,2	1	8,3
Comorbilidad T. Pers. y TDM	2	33,3	0	0	2	16,7
T. Depresivo Mayor	0	0	1	5,9	2	16,7
T. Bipolar	0	0	1	5,9	1	8,3
Total	6	100	17	100	12	100

Tal como se constata en la Tabla 12. las frecuencias más altas de tratamiento previo a la internación se dan en el grupo de pacientes de sexo

masculino con Ideación suicida y en ambos sexos para los pacientes ingresados por Intoxicación medicamentosa.

**Tabla 11. Ideación suicida, Intento de suicidio, Intoxicación medicamentosa. Diagnósticos especificados por categoría: Distribución de frecuencias para el sexo masculino**

	IDEACIÓN SUICIDA		INTENTO DE SUICIDIO		INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia de Alcohol	1	20	1	20	0	0
Comorbilidad T. Pers. y TDM	0	0	0	0	1	100
T. Límite de la Pers.	1	20	0	0	0	0
T. de la Pers. No Esp.	0	0	1	20	0	0
Esquizofrenia No Esp.	0	0	1	20	0	0
Esquizofrenia Paranoide	3	60	2	40	0	0
Total	5	100	5	100	1	100

**Tabla 12. Tratamiento previo para todas las categorías según sexo.**

	IDEACIÓN SUICIDA				INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA				INTENTO DE SUICIDIO			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	4	67,7	3	60	6	54,5	1	100	8	47,1	2	40
NO	2	33,3	2	40	4	36,4	0	0	9	52,9	2	40
Sin Datos	0	0	0	0	1	9,1	0	0	0	0	1	20
Total	6	100	5	100	11	100	1	100	17	100	5	100

El promedio de cada internación es de 12 días para la muestra total y no se hallaron diferencias significativas por sexo ni por motivo de internación.

El análisis longitudinal (Tabla 13) permitió verificar que se reinternan mucho más frecuentemente los pacientes hombres con Ideación Suicida

(80%) pertenecientes al rango de edades que va de los 21 a los 40 años (ver Tabla 7.). El 60% de los mismos fue diagnosticado como Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia Paranoide) (Tabla 11.), y posee antecedentes de tratamiento pre-

vio (Tabla 12.). A su vez constituyen el grupo con mayor cantidad de días para cada internación, (Media 15.40).

Si se suman los días de las reinternaciones en el período de un año, el promedio es de 23 días.

**Tabla 13. Tasa de reinternación para todas las categorías según sexo.**

	IDEACIÓN SUICIDA				INTENTO DE SUICIDIO				INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SI	2	33,3	4	80	7	41,2	0	0	6	54,5	0	0
NO	3	50	1	20	10	58,8	5	100	5	45,5	1	100
Sin Datos	1	16,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	6	100	5	100	17	100	5	100	11	100	1	100

## DISCUSIÓN

Del análisis de los datos presentados surge que el 48% de los pacientes ha sido internado por intento de suicidio y el 24 % por ideaciones suicidas. El 56% de la muestra analizada ha tenido internaciones psiquiátricas previas en tanto que el 54% ha realizado algún tipo de tratamiento psiquiátrico / psicológico vinculado con el motivo de la consulta actual.

Los casos de intentos de suicidio e intoxicación medicamentosa se presentan con mayor frecuencia entre las mujeres, siendo muy semejante la distribución por sexos en los casos de ideaciones suicidas. En las pacientes mujeres hay más casos diagnosticados

como Trastornos de Personalidad (T. Límite y T. Histriónico de la Pers.) mientras que entre los varones son más frecuentes los Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia Paranoide y Esquizofrenia No Esp.). El abuso de sustancias (Dependencia de Alcohol) es motivo de internación sólo en pacientes varones.

En los casos de ideaciones suicidas, el 67% de las mujeres se diagnostica como Trastorno Límite de la Personalidad, mientras que en los varones un 60% se considera Trastorno Psicótico (Esquizofrenia Paranoide), en tanto que un 20% presenta T. por Abuso de Sustancias y otro 20% T. Límite de la Personalidad. En casos de intentos de

suicidio, el patrón diagnóstico de los varones es similar a los casos de ideaciones, mientras que en la submuestra femenina un 41% padece T. Límite de Personalidad y el 35 % Trastornos Psicóticos diversos.

Resumiendo, en todas las submuestras la población femenina es más frecuentemente diagnosticada como padeciendo trastornos de la personalidad.

La proporción de mujeres vs varones diagnosticadas con T. de la Personalidad en los intentos de suicidio, es de 2:1, en las intoxicaciones medicamentosas de 3:0 y de 3,5:1 en las ideaciones suicidas.

Resulta llamativo, pero compatible con estudios antes mencionados, el alto porcentaje de T. de la Personalidad de tipo Límite o Bordine en la población femenina y de los T. Psicóticos en la población masculina.

Contradiendo las tradicionales presunciones acerca de la alta relación entre comportamientos suicidas y sintomatología depresiva, encontramos que los casos diagnosticados como T. del Estado de Animo, representan sólo el 12% en los intentos de suicidio y el 25% en las sobreingestas medicamentosas para las mujeres y se hallan ausentes en la población masculina (Excepto en un solo caso de Comorbilidad en la categoría sobreingesta medicamentosa).

La bibliografía sobre el tema señala que los altos montos de impulsividad que se presentan en sujetos que

padecen estos trastornos, puede constituirlos en grupos en particular situación de riesgo. Retomando las conceptualizaciones de Durkheim es posible hipotetizar que la pérdida de soportes limitativos o normativos, en la que la sociedad actual se halla inmersa, pueda constituir un factor de riesgo para los comportamientos suicidas.

De cualquier modo, es conveniente pensar en la administración de técnicas de evaluación objetivas que permitan arribar a diagnósticos psicopatológicos más válidos y confiables.

Con respecto a los casos de sobreingesta medicamentosa, se abre al debate la consideración acerca de si deben ser siempre entendidas como intentos de suicidio explícitos y /o solapados. Pareciera posible incluirlas cuando las manifestaciones de los sujetos así lo justifiquen, pero ¿Pueden ser categorizadas dentro de los comportamientos suicidas aún cuando las manifestaciones verbales de los pacientes no denoten intención suicida manifiesta? ¿Qué tipo de verbalizaciones se toman en cuenta para la toma de una u otra decisión? ¿Qué se entiende por intención autolítica "solapada"? ¿De qué tipo de comportamiento estaríamos hablando si no se tratara de intentos de suicidio?

Es importante destacar el alto porcentaje de reinternaciones, dato que lleva a pensar en la persistencia de la problemática suicida, más allá de la atención recibida frente a una situación de emergencia. También cabe

interrogar sobre la eficacia de los tratamientos recibidos (no especificados en las HC analizadas) dado que el 54% del total de sujetos ha tenido asistencia médica o psicológica previa.

La franja etaria con mayores prevalencias de comportamientos suicidas para las tres categorías analizadas (21 - 30 años) invita a reflexionar sobre la necesidad de abordajes específicos (preventivos y terapéuticos) para una población que probablemente tenga características propias de la adolescencia tardía.

Según Bertolote (2004) es probable que la literatura respecto al suicidio consumado sea mucho más abundante que la escrita sobre intento de suicidio debido a que el primero es mucho más grave y obvio que las tentativas de suicidio. Agrega además que los sistemas predominantes de registro, contribuyen a que el acceso a la información sobre los suicidios consumados resulte fácilmente asequible, mientras que dificulta los registros sobre tentativas de suicidio sobre todo en países en vías de desarrollo.

Investigaciones realizadas por científicos pertenecientes a países desarrollados ponen en evidencia la falta de tasas validadas de registro de comportamientos suicidas y parasuicidas. (USA, Claassen, Trivedi, Shimizu, Stewart, Larkin, Litovitz, 2006). El estudio multicéntrico reali-

zado por el programa SUPRE-MISS de la OMS (Bertolote, Fleischmann De Leo, Bolhari, Botega, De Silva, Tran Thi Thanh, Phillips, Schlebusch Varnik, Vijayakumar, Wasserman, 2005) destaca la alta tasa de sub-registro de intentos de suicidio en diferentes culturas. Los autores señalan la falta de datos y reportes, haciendo especial hincapié en lo concerniente a comportamientos parasuicidas. Se presume que, por cada suicidio consumado reportado o registrado, existen entre 10 a 20 intentos no detectados. Resaltan que esto pone en riesgo los programas de prevención, como resultado de la pobreza en la información obtenida, el desconocimiento real de la situación y la consecuente inadecuada conceptualización del problema.

Numerosos trabajos publicados (Bridge, 2006; Soubrier, 2004; Vijayakumar, 2004; Botega, de Souza Lobo Garcia, 2004; Phillips, 2004; Bertolote, 2004) destacan la importancia de implementar *Acciones Preventivas*, tendientes a la detección de factores de riesgo, grupos poblacionales en situación de riesgo y la investigación y detección de los denominados factores protectores. Aconsejan llevar a cabo investigaciones regionales que den cuenta de las características de la problemática del suicidio en cada cultura y advierten sobre las consecuencias negativas de



“importar” programas de prevención e intervención desarrollados en culturas foráneas. A su vez, Morton Silverman, editor en jefe de la revista oficial de la Sociedad Norteamericana de Suicidología (2004) señala que existen desacuerdos teóricos y conceptuales acerca de la definición de los términos y de las palabras que se incluyen para referirse al “proceso suicida”, y agrega que no cree que la prevención del suicidio alcance ningún éxito significativo hasta que se aclaren algunas relaciones claves atribuidas a pensamientos (ideaciones), emociones (intentos, deseos), y comportamientos (automutilaciones deliberadas, intentos, suicidios), la detección de los factores de riesgo apropiados, de los factores protectores y señales de advertencia y la construcción de perfiles válidos de la población en riesgo.

Una de las concepciones en la que la mayoría de los autores coincide es que los intentos de suicidio constituyen un fuerte predictor de futuras tentativas y eventuales subsecuentes suicidios consumados. En nuestro país, no existen datos oficiales sobre tentativa de suicidio, grupos poblacionales en situación de riesgo, ni se han desarrollado programas de prevención e intervención nacionales en el área.

Las escasas publicaciones interna-

cionales sobre investigaciones desarrolladas con población latina (Oquendo, Dragatsi, Harkavy-Friedman, Dervic, Currier, Burke, Grunebaum, Mann, 2005) arriban a conclusiones concernientes a la presencia de algunos factores que podrían oficiarse como protectores en estas culturas. Aunque los autores no han podido aún detectar de cuáles se trata, refieren que éstos parecieran mediar protegiendo a la población, dando como resultado tasas más bajas de comportamiento suicida en las poblaciones latinas respecto de poblaciones tales como las de Europa del Este y el Oriente Asiático.

De cualquier modo, resulta imprescindible llevar a cabo investigaciones a nivel nacional que den cuenta de: la obtención de datos epidemiológicos para todo el país; la detección de grupos poblacionales en situación de riesgo y de los factores de riesgo; la determinación de los factores protectores en nuestra cultura; la posible asociación entre comportamientos suicidas y presencia de sintomatología psicopatológica; la concientización de la necesidad de realizar estudios que tengan en cuenta valores culturales (émicos) sobre esta temática, para recién entonces diseñar programas de prevención e intervención a la medida de necesidades específicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bertolote, JM. (2004). Suicide prevention: at what level does it work?. *World Psychiatry*. October; 3 (3), 147-151.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Varnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*. Oct; 35,(10),1457-65.
- Bridge, S. (2006). Suicide prevention - targeting the patient at risk. *Australian Family Physician*. May; 35(5),35-38
- Casullo, M. M. (2005). El capital psíquico. *Psicodebate*, 6, 59-72.
- Claassen, C. A.; Trivedi, M. H.; Shimizu I.; Stewart S.; Larkin G L.; Litovitz T. (2006). Epidemiology of nonfatal deliberate self-harm in the United States as described in three medical databases. *Suicide & Life Threatening Behavior*. 36 (2),192-212.
- Cutcliffe, J. R. (2003). Research endeavours into suicide: A need to shift the emphasis. *British Journal of Nursing*, 12, 92-99
- de Catanzaro, D. (1992). Prediction of self- preservation failures on the basis of quantitative evolutionary biology. En: R. W. Maris, A. L. Berman, T, Malsberger y R. H. Yufit, (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*. (pp. 394-456) New York: Guilford Press.
- Durkheim, E. (1897, 1990). *El suicidio*. Puebla: Premia editora.
- Fleischmann, A.; Bertolote, J. M.; Belfer, N. y Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, (4), 676-683.
- Freud, S. ( 1948). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Garrison, C. Z. (1992). Demographic predictions of suicide En: R. W. Maris, A. L. Berman, T, Malsberger y R. H. Yufit, (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Press.
- Gerson J, Stanley B. (2002) Suicidal and self-injurious behaviour in personality disorder: controversies and treatment directions: *Current Psychiatry Reports*. Feb; 4 (1), 30-8.
- Goldney, R. (2002). A global view of suicidal behaviour: *Emergency Medicine*, 14, 24-34
- Guevara Werlang, B, y Bodega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*, (pp 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*. Jan; 178 (1), 48-54

- Krysinska K, Heller TS, De Leo D. (2006) Suicide and deliberate self-harm in personality disorders: *Current Opinion in Psychiatry*. Jan; 19 (1), 95-101.
- Leenaars, A. A. (1992). *Life-span perspectives of suicide: Time-lines in the suicide process*. New York: Plenum.
- Merchenbaum, D. (2005). 35 years of working with suicidal patients: Lessons learned. *Canadian Psychology*, 46, (2), 64-72.
- Maltsberger, J. T. (1992). The psychodynamic formulation: An aid in assessing suicide risk. En: R. W. Maris, A. L. Berman, T. Maltsberger y R. H. Yufit, (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Press.
- Mann, J. J. y Kapur, S. (1991). The emergence of suicidal ideation and behavior during antidepressant pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1027-1033.
- Maris, R. (1981). *Pathways to suicide: A survey of self-destructive behaviors*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Maris, R., Silverman, M. M. y Canetto, S. S. (eds) (1997). *Review of Suicidology*. New York: Guilford Press.
- Maris, R.; Berman, A. y Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*, Capítulo 2. New York: Guilford Press.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2004). “*Estadísticas Vitales*”, “*Información Básica*” del año 2003. Extraído el 12 de Agosto de 2006 de <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro47.pdf>
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2005). “*Estadísticas Vitales*”, “*Información Básica*” del año 2004. Extraído el 12 de Agosto de 2006 de <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro48.pdf>
- Oquendo MA, Dragatsi D, Harkavy-Friedman J, Dervic K, Currier D, Burke AK, Grunebaum MF, Mann JJ. (2005). Protective factors against suicidal behavior in Latinos. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Jul; 193 (7), 438-43.
- Phillips, M. (2004). *Suicide prevention in developing countries: where should we start?* *World Psychiatry*, October; 3 (3), 156–157.
- Shneidman, E.S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Silverman, M.M. (2004). Preventing suicide: a call to action. *World Psychiatry*. October; 3 (3), 152–153.

- Soderberg S. (2001). Personality disorders in parasuicide. *Nordic Journal of Psychiatry*. 55 (3), 163-167.
- Szasz, T. (1985). *Suicide: What is the clinician responsibility?*. Documento no publicado. Harvard Medical School.
- van Praag, H. M. , Plutchik, R. y Apter, A. (eds). (1990). *Violence and suicidality: perspectives in chemical and psychobiological research*. New York: Brunner/ Mazel.
- Vijayakumar, L.; Nagaraj, K.; Pirkis, J. y Whiteford, H. (2005). *Suicide in developing countries. 1. Crisis*, 26, (3), 104-111.
- Vijayakumar, L; Sujit, J.; Pirkis, J. y Whiteford, H. (2005). *Suicide in developing countries. 2. Crisis*, 26, (3) 112-119.
- Vijayakumar, Lakshmi (2004). *Suicide prevention: the urgent need in developing countries. World Psychiatry. October*; 3 (3), 158–159.
- Wasserman, L. (1992). Economy, work, occupation and suicide. En: R.W. Maris, A.L. Berman, T. Maltzberger y R.H. Yufit, (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Press.
- Weishaar, M. E. y Beck, A. T. (1992). Clinical and cognitive predictors of suicide. En: R.W. Maris, A. L. Berman, T. Maltzberger y R. H. Yufit, (eds), *Assessment and Prediction of Suicide*. New York: Guilford Press.
- World Health Organization (2005). WHO sites of Mental health. Suicide Prevention and Special Programmes. Suicide rates per 100 000 by country, year and sex (Table). Extraído el 11 de Agosto de 2006 de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)