

INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESION MAYOR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN HOSPITAL GENERAL

Por DANTE DURAN¹, GUIDO MAZZOTTI² y ALDO VIVAR³

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL). Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas; la primera constó de tres partes: filiación, episodio actual y antecedentes; y la segunda fue el SCID-I (DSM-IV). Se determinó las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia de episodio depresivo mayor en la población de estudio. Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9%. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

SUMMARY

A transversal, descriptive and analytic study was achieved with sixty-two patients who came up to the emergency room at Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL) showing suicide attempt. Two questionnaires were used for the interview of this study; the first had three sections: demographics, actual episode and antecedents; the second was the SCID-I (DSM-IV). Sociodemographic characteristics, motivations, antecedents and the prevalence of major depressive episode were determined in the study population. We conclude that suicide patient who came up to the emergency room at general hospital in our country used to be a young woman, single, high school instruction level, unemployed, catholic, urban procedure, who arrives sleepiness by taking raticides or drug overdose, accounted for couple or familiar problems. The prevalence of major depressive episode was 41.9% in this population. The presence of major depressive episode was associated with female gender, age over 35 years and personal history of psychiatric illness.

¹ Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Médico Psiquiatra. Jefe del Departamento de Investigación y Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".

³ Médico Internista. Asistente del Servicio de Emergencia del Hospital "Arzobispo Loayza".

PALABRAS-CLAVE : Intento de suicidio, depresión mayor, hospital general.

KEY WORDS : Suicide attempt, major depression, general hospital.

INTRODUCCION

La palabra suicidio es relativamente reciente pues antiguamente eran utilizados otros términos, tales como "violencia o acción contra uno mismo" o "autodes-trucción". Según la literatura anglosajona, la palabra suicidio fue utilizada por primera vez en Inglaterra, y está inscrita en *The Oxford English Dictionary* desde 1635. Por otro lado, la escuela francesa afirma que el abate DESFONTAINES en 1737, inventó la palabra "suicidio" (*sui* = su; *caedere* = matar) (SARRÓ MARTÍN, 1984). Hacia finales de 1960, el intento de suicidio era visto como fracaso del suicidio. En 1958, STENGEL y COOK refieren que las tentativas de suicidio pueden expresar psicológicamente algo distinto que un suicidio consumado; amplían las diferencias entre los dos grupos, sobre todo referido al sexo y la edad y hacen hincapié en sus aspectos sociales y de comunicación (SARRÓ MARTÍN, 1984).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1998 se han registrado alrededor de 800,000 suicidios en todo el mundo. En países europeos, el suicidio es considerado un problema de salud pública porque se encuentra entre las diez primeras causas de muerte entre la población general (GARFINKEL *et al.*, 1982; MALONE *et al.*, 1995), y es la segunda causa de muerte entre la población adolescente (KAPLAN S. *et al.*, 1997; REMAFEDI *et al.*, 1991). Si se toma en cuenta que la proporción entre intento de suicidio y suicidio varía según el grupo de edad y la bibliografía entre rangos de 4:1 a 220:1 (menor en ancianos y mayor en adolescentes), el intento de suicidio constituye un problema de importancia en estos países (ELLIOT *et al.*, 1996; JOHNSTON *et al.*, 1996; KAPLAN H., 1990;

PEARCE *et al.*, 1994; SAFER, 1997). Es por este motivo que Soubrier, calificó al intento de suicidio como "Problema Epidémico" (GARCÍA-MACÍA *et al.*, 1984).

El intento de suicidio es una urgencia médica que suele llegar a la emergencia de hospitales generales en mayor proporción que a emergencias de hospitales psiquiátricos. Esto se explica porque la mayoría de los pacientes suicidas llegan a la emergencia por envenenamiento, sobredosis de fármacos, compromiso del nivel de conciencia, heridas cortantes en el cuerpo u otros signos de autoagresión corporal, cuyo manejo inicial es fundamentalmente de medicina general o cirugía, ya que el objetivo primario es salvar la vida del paciente o evitar serias complicaciones. Es por este motivo que muchos intentos de suicidio no son diagnosticados como tales, y como consecuencia estos pacientes no son evaluados desde el punto de vista psiquiátrico.

Los trastornos psiquiátricos como la depresión, la farmacodependencia, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad constituyen importantes factores de riesgo para intento de suicidio (BIRKHEAD *et al.*, 1993; MÓSCICKI, 1997; RIHMER, 1996). Otros factores de riesgo que pueden desencadenar un acto suicida son: acontecimientos estresantes de la vida (muerte de la pareja, de los padres o de otro ser querido, el divorcio, ir a la cárcel, pérdida del trabajo, etc.), conflictos familiares y homosexualidad (HEIKKINEN *et al.*, 1997; LOW, 1990; MARIS, 1997; REMAFEDI *et al.*, 1991).

Se diagnostica depresión en el 35 a 80% de pacientes que intentan suicidarse

(GOLDNEY *et al.*, 1990), y es el trastorno psiquiátrico que se asocia con mayor frecuencia al intento de suicidio. Por este motivo resulta de gran importancia hacer el diagnóstico de depresión en el momento para un tratamiento adecuado y para el seguimiento del paciente. Es pertinente aclarar, que no hay diferencia en el grado de depresión entre aquellos cuyo intento suicida compromete seriamente la vida con los que la comprometen de forma mínima (GOLDNEY *et al.*, 1990). Más del 56% de los pacientes deprimidos, suelen intentar suicidarse en algún momento de sus vidas (AHRENS *et al.*, 1995).

La OMS considera que la depresión es la quinta enfermedad más frecuente en el mundo. La prevalencia de depresión clínica es de 3 a 14% entre los varones y de 5 a 24% entre las mujeres (SALOKANGAS *et al.*, 1995). Se sabe que del 5 al 10% de pacientes vistos en la práctica médica general son pacientes deprimidos (SALOKANGAS *et al.*, 1995; TAIMINEN *et al.*, 1996), y que la incidencia de cuadros depresivos en la práctica médica general se ha incrementado de 3 a 10 veces (GASTPAR, 1986). En nuestro país, MINOBE *et al.*, (1990) encontraron una prevalencia de vida de episodio depresivo mayor de 6.9% en la población del distrito de Independencia. Alrededor de 1,500 personas cometen suicidio anualmente en el Perú y el 50% ha visitado a un médico en las semanas previas (GALLI, 1994). En el Perú, la mayoría de estudios sobre intento de suicidio se han realizado en hospitales psiquiátricos, los cuales tienen una realidad diferente a la existente en hospitales generales. Ya que existen muy pocos datos sobre el intento de suicidio en hospitales generales, y siendo ésta una entidad que se observa a diario en el servicio de emergencia de los mismos, surge la necesidad de conocer datos sociodemográficos, motivaciones y antecedentes de la población suicida, así como determinar la prevalencia de episodio depresivo mayor en estos pacientes. Por estos motivos se presenta este estudio.

MATERIAL Y METODO

Lugar

Este trabajo se realizó en el servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL), ubicado en el distrito del Cercado de Lima.

Población

Estuvo conformada por los pacientes que acudieron al servicio de emergencia del HAL con historia o sospecha de intento de suicidio y que cumplían con los criterios de inclusión y de exclusión del presente estudio. Los pacientes que acuden al HAL son en su gran mayoría pacientes de una baja condición socioeconómica y de sexo femenino.

Criterios de inclusión

1. Todo paciente que llegara al servicio de emergencia del HAL con historia o sospecha de intento de suicidio.
2. Edad entre los 15 y 75 años.
3. Consentimiento verbal del paciente para acceder a la entrevista.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con retraso mental
2. Pacientes no hispano-hablantes

Tamaño muestral

Para el presente estudio, se determinó el número de pacientes según la siguiente fórmula:

$$n = z^2 p (1-p) / E^2 = 62$$

n: número de pacientes. z: constante = 1.96 (para un intervalo de confianza de 95%).

p: prevalencia de depresión mayor en pacientes que cometen intento de suicidio (80%).

E: error de tamaño muestral (10%).

METODO

Se entrevistó a todos los pacientes que llegaron al servicio de emergencia del HAL con historia o sospecha de intento de suicidio y que se ajustaron a los criterios descritos arriba. No se incluyó en el estudio a los pacientes con gesto suicida (para efectos de este estudio, se preguntó a cada paciente si tuvo la intención de suicidarse y los que respondían negativamente eran considerados como pacientes con gesto suicida) o envenenamiento casual (15 pacientes en total). El estudio se realizó entre el 15 de diciembre de 1998 y el 31 de abril de 1999 (tiempo requerido para completar la muestra).

Definimos intento de suicidio, como todo acto de daño deliberado hacia uno mismo o la ingestión de una sustancia que exceda la conocida dosis terapéutica, sin llegar a ser mortal, pero con la intención consciente del individuo de morir. Se consideró paciente con historia o sospecha de intento de suicidio a todo aquel que presentó alguna de las siguientes condiciones: 1) Sobredosis de fármacos; 2) Ingesta de raticidas, insecticidas, pesticidas u otros afines; 3) Ingesta de cáusticos (álcalis o ácidos); y 4) Otro tipo de conducta autoagresiva (como por ejemplo; ahorcamiento, salto al vacío, provocación de cortes o quemaduras en el cuerpo). La entrevista se realizó en los ambientes del servicio de emergencia luego de la evaluación del paciente por el personal médico, y luego de haberse realizado los procedimientos terapéuticos de urgencia. Los pacientes que presentaron alteración del estado de conciencia al llegar a la emergencia, fueron entrevistados posteriormente en el servicio de hospitalización. La entrevista fue individual y realizada por una misma persona (DD). La entrevista consistió en la aplicación de dos encuestas; en la primera se recolectó datos de

filiación, episodio actual y antecedentes; y la segunda fue la aplicación del SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*) versión 2.0 de la Asociación Psiquiátrica Americana, para hacer el diagnóstico de episodio depresivo mayor actual.

ANALISIS ESTADISTICO

Se usó el paquete estadístico SPSS versión 7.5. Se calculó la frecuencia de todas las variables, además de la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para la comparación de las distintas variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher cuando fue preciso. El límite de significación se consideró $p < 0.05$ y el intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

Sexo: la mayoría de pacientes (88.7%) fueron de sexo femenino. La relación de sexo femenino/masculino fue de 7.8/1. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y el episodio depresivo mayor (ver Tabla 1).

Edad: la edad promedio de los 62 pacientes fue de 23 años (D.S.: ± 7 años). La edad mínima fue 15 años y la máxima fue 43 años. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el grupo mayor de 35 años y la presencia de episodio depresivo mayor (ver Tabla 1).

Estado civil: se encontró un predominio de solteros (67.7%). No se encontró pacientes divorciados ni viudos (ver Tabla 1).

Grado de instrucción: el 74.2% tenía grado de instrucción secundario; el 17.7% grado de instrucción superior; y el 8.1%, grado de instrucción primario. No se encontró pacientes analfabetos.

Ocupación: respecto al total de casos, el 40.3% se encontraba desempleado y el 24.2% estudiaba (ver Tabla 1).

Religión y procedencia: de los 62 pacientes, se encontró un gran predominio de la religión católica (87.1%), seguido de la religión evangélica (6.5%), otras religiones (4.8%) y ninguna religión (1.6%). El 96.7% de los pacientes procedía de zonas urbanas.

Nivel de conciencia al momento de llegar a la emergencia: más de la mitad de los pacientes (56.5%) llegaron en estado de somnolencia; el 35.6% llegó en estado de alerta; el 6.5% en estado de sopor; y un paciente (1.6%) en estado de coma. El 50% de los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor llegó en estado de somnolencia, el 42% llegó en estado de alerta y el 8% restante en estado de sopor y coma.

Método usado: el 56.5% utilizó como método suicida la ingesta de raticidas (carbamatos y cumarínicos) y el 19.4% de los pacientes ingirió una sobredosis de fármacos (en su mayoría benzodiazepinas, analgésicos o antidepresivos) (ver Tabla 2).

Ideación suicida: el 54.8% (n=34) presentó ideación suicida previa y el 45.2% restante (n=28) lo hizo de forma impulsiva. De los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor, el 61.5% presentó ideación suicida previa.

Plan suicida: se encontró que el 27.4% (n=17) de los pacientes tenía un plan suicida antes de intentar suicidarse; el 72.6% restante (n=45) no planeó su suicidio. El 38.4% de los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor elaboró un plan suicida.

Motivación principal del acto suicida: de los 62 pacientes de nuestro estudio, el

46.8% intentó suicidarse por problemas de pareja y el 30.6% lo hizo por problemas familiares. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los problemas familiares y económicos y la ausencia de episodio depresivo mayor (ver Tabla 2).

Efecto de alguna sustancia: de los 62 pacientes, el 17.7% (n=11) estuvo bajo el efecto de alguna sustancia durante el acto suicida; de estos pacientes 10 estuvieron bajo el efecto de alcohol y un paciente estuvo bajo el efecto de pasta básica de cocaína (PBC).

Ambiente familiar: la mayoría de los pacientes (59.7%) vivía con familiares (padres, hermanos, tíos o primos), el 30.6% vivía con su pareja o hijos, el 8.1% vivía solo y el 1.6% vivía con amigos. De los pacientes deprimidos, el 57.6% vivía con sus familiares y el 34.6% con su pareja o hijos.

Intentos previos: en nuestro estudio, el 24.2% de los pacientes había tenido al menos un intento de suicidio previo. Con respecto al tiempo del último intento, el promedio fue de 18.4 meses. El 34.6% de los pacientes deprimidos, había intentado suicidarse previamente.

Antecedente familiar de intento de suicidio o suicidio: sólo 7 pacientes (11.3%) refirieron un antecedente familiar con respecto a este punto, siendo la mayoría familiares de primer grado. De los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor, el 15.3% reportó tener antecedente familiar de suicidio o intento de suicidio.

Visita a personal de salud en los últimos 6 meses: de los 62 pacientes, el 38.7% acudió a un médico en los 6 meses previos a cometer el acto suicida; las especialidades

más consultadas fueron ginecología (41.6%) y medicina interna (33.2%). El 50% de los pacientes deprimidos había visitado a un personal de salud en los últimos 6 meses.

Antecedente personal de enfermedad psiquiátrica: en nuestro estudio, el 12.9% (n=8) de los pacientes afirmaron tener antecedente de enfermedad psiquiátrica; 3 tenían antecedente de depresión; uno antecedente de esquizofrenia; otro antecedente de síndrome ansioso; y 3 el antecedente de enfermedad bipolar y farmacodependencia. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia de episodio depresivo mayor (ver Tabla 2).

Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica: de los 62 pacientes, el 19.4% (n=12) tenía antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica; siendo la esquizofrenia el trastorno más frecuente (50%), luego depresión (33.4%), en tercer lugar los síndromes ansiosos (8.3%) y otros trastornos (8.3%). El 30.7% de los pacientes con diagnóstico de episodio depresivo mayor, tenía antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica.

Presencia de episodio depresivo mayor: respecto al total de casos, el 41.9% de los pacientes (n=26) presentó episodio depresivo mayor actual, con un intervalo de confianza de $\pm 12.28\%$, con un límite superior de 54.18% y un límite inferior de 29.62%. Se encontró además que la falta de apetito (85%), el cansancio para realizar actividades (80%) y la sensación de inutilidad (77%) fueron los síntomas más frecuentes entre los pacientes deprimidos.

DISCUSION

Sexo. Es unánime el hallazgo que el sexo femenino se intenta suicidar con más

frecuencia que el sexo masculino. En nuestro estudio, la proporción mujer/varón fue de 7.8:1. HEEREN (1994), en un estudio nacional retrospectivo de intentos de suicidio en la emergencia de un hospital psiquiátrico (n=150), encontró una proporción de 2:1. CHASTANG *et al.*, (1998) en un estudio francés de jóvenes que intentaron suicidarse (n=223), encontraron una proporción de 1.7:1, similar al 1.5:1 encontrado por GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984). Podemos observar que la proporción mujer/varón en nuestro estudio es mayor que en otros estudios, y la explicación a este hallazgo es porque el HAL atiende en su mayoría pacientes de sexo femenino. La asociación encontrada en nuestro estudio entre sexo y episodio depresivo mayor actual, es explicable por dos razones: la primera es por el escaso número de varones en la muestra, por ende menor probabilidad de encontrar individuos deprimidos y la segunda por la conocida mayor propensión de las mujeres a deprimirse que los hombres.

Edad. El grupo de edad que más intentó suicidarse en nuestro estudio, fue el de 15 a 19 años y más del 50% de los pacientes fluctuaron entre los 15 y 24 años; sin embargo, la edad promedio fue de 23.4 años. BIRKHEAD *et al.*, (1993) en un estudio americano de vigilancia del intento de suicidio en la emergencia de 4 hospitales generales (n=570), encontraron que el rango de edad con mayor cantidad de pacientes era el de 15 a 19 años (23%), seguido del rango entre 25 a 34 años de edad (22%). CÁRDENAS (1985), en un estudio descriptivo del intento de suicidio realizado en la emergencia de un hospital general en Chile (n=64), encontró que el rango de 15 a 20 años era el más numeroso (31.3%), seguido del rango de 21 a 25 años (29.7%). Es adecuado mencionar, que un porcentaje importante de los pacientes de nuestro estudio son adolescentes, y esta

población es la más propensa a intentar suicidarse por sus características; es decir, son pacientes que frecuentemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales y actúan de forma impulsiva cuando enfrentan una situación estresante. Sin embargo, los adolescentes suicidas se deprimen menos en comparación con los adultos, ya que sus actos suicidas corresponden en un gran porcentaje a trastornos de ajuste, aquí puede estar la explicación a la asociación encontrada en nuestro estudio.

Estado civil. En nuestro estudio se observa un predominio de los solteros sobre los casados y convivientes, no encontramos pacientes divorciados ni viudos; este hallazgo puede deberse a la juventud de la muestra. Resultados similares encontraron GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984), quienes no observaron pacientes divorciados, debido a la connotación que el divorcio tenía en esos años la sociedad española. HEEREN (1994), encontró resultados similares a los de nuestra muestra, con un predominio de los solteros (66%), seguido de los casados y convivientes. Los estudios chilenos de CÁRDENAS (1985) y PÉREZ *et al.*, (1983) establecieron en sus muestras 56.3% y 53.8% de soltería respectivamente. En un estudio belga de vigilancia de intento de suicidio (n=349) y suicidio (n=62), VAN CASTEREN *et al.*, (1993) encontraron entre los que intentaron suicidarse un predominio de divorciados (45.5%), seguido de los casados (12.8%), viudos (12.3%) y solteros (10.1%), estos resultados se pueden explicar por la mayor edad de su muestra (media= 36.6 años).

Grado de instrucción. Con respecto a este punto, es necesario resaltar que la mayoría de los pacientes que intentaron suicidarse tenían educación secundaria, datos similares a los encontrados por HEEREN (1994) quien encontró 62.1% de suicidas con educación secundaria. PÉREZ *et al.*, (1983)

al igual que CÁRDENAS (1985) encontraron cifras elevadas de educación primaria (37.6% y 48.4% respectivamente) entre sus pacientes, la razón se debe a que estos estudios fueron realizados en provincias chilenas, donde un gran porcentaje de la población estudia hasta el nivel primario. En nuestro estudio no encontramos pacientes analfabetos, probablemente por la procedencia urbana de la mayoría de los pacientes.

Ocupación. La relación de intento de suicidio con el desempleo está ampliamente aceptada y este grupo social constituye un grupo de alto riesgo (RIHMER, 1996). Nuestro estudio corrobora esta realidad con un hallazgo de 40.3% de desempleados; dato similar al encontrado por CASTAÑEDA (1983) en un estudio nacional de 18 casos de intento de suicidio en un hospital general. HEEREN (1994) encontró 54% de desempleo, este valor es más elevado, porque los que formaron su muestra eran en su mayoría pacientes con morbilidad psiquiátrica previa, es posible que por este motivo la tasa de desempleo sea mayor en su estudio.

Religión. Según el último censo en nuestro país (1993), el 88.5% de peruanos profesa la religión católica, el 7.1% la religión evangélica, el 2.5% otras religiones y el 1.9% ninguna religión (fuente: INEI). El hallazgo del 87.1% de suicidas católicos en nuestro estudio, es comparable con el credo de la población general. CÁRDENAS (1985) en su estudio chileno del intento de suicidio, encontró 73.4% de católicos y 10.9% de evangélicos. En un estudio canadiense, GARHINKEL *et al.*, (1982) observaron entre los adolescentes que intentaron suicidarse, un predominio de la religión protestante (53.3%), seguido de la religión católica (39.7%) y luego la religión judía (3%). En otro estudio realizado en la ciudad de New York, donde

el 60% de la muestra era de origen hispano, WETZLER *et al.*, (1996) demostraron que el 62% de los adolescentes suicidas eran católicos, el 4% eran protestantes, el 2% eran judíos y el 32% tenían otra religión o no tenían orientación religiosa. Estos hallazgos nos permiten inferir que la prevalencia de religión entre los suicidas tiene mucha relación con la orientación religiosa del lugar de estudio.

Procedencia. En nuestro estudio la mayoría de pacientes (96.7%) provenían del área urbana, esto puede explicarse por la ubicación del centro hospitalario donde se realizó el estudio (en el centro de la ciudad), si tomamos en cuenta que existen hospitales en áreas periféricas de la ciudad, probablemente estos centros reciben mayor afluencia de pacientes provenientes de áreas rurales. CÁRDENAS (1985), en su estudio realizado en la provincia chilena de Talca, encontró que el 75% de su población suicida era de procedencia urbana y el 25% de procedencia rural, esta diferencia con nuestro estudio se debe a que en Talca hay una mayor proporción de áreas rurales que en Lima.

Nivel de conciencia al llegar a la emergencia. El 56.5% (32 pacientes) llegó en estado de somnolencia, el 6.5% llegó en estado de sopor y sólo un paciente llegó en estado de coma. Estos hallazgos van en relación con el método usado en la mayoría de pacientes (ingesta de raticidas y fármacos benzodiazepínicos), los cuales (dependiendo de la dosis) logran comprometer el nivel de conciencia del paciente en pocos minutos. El nivel de conciencia al llegar a la emergencia puede ser un indicador indirecto de severidad del intento suicida; sin embargo, en un estudio realizado en Nueva Zelanda, BEAUTRAIS *et al.*, (1996) tomaron como parámetro de severidad la hospitalización por más de 24 horas y su tratamiento en una unidad de cuidados intensivos, sala de operaciones (bajo

anestesia general) o lavado gástrico. Similares parámetros fueron tomados por ELLIOT *et al.*, (1996) en un estudio americano de intento de suicidio severo.

Método usado. En este aspecto la literatura es muy clara, alrededor del 80% de los pacientes que intentan suicidarse lo hacen por medio de una sobredosis de medicamentos (sobre todo ansiolíticos y antidepresivos) o la ingesta de venenos (CÁRDENAS, 1985). En los países en vías de desarrollo (como el nuestro) probablemente el método más frecuente sea la ingesta de venenos (raticidas, caústicos, insecticidas, etc). De nuestros 62 pacientes, el 56.5% ingirió raticidas; el 19.4% llegó por una sobredosis de fármacos (en su mayoría analgésicos, benzodiazepinas y antidepresivos); el 16.1% ingirió caústicos; el 4.8% ingirió insecticidas o pesticidas; y un restante 3.2% se provocó quemaduras en el cuerpo. En países desarrollados la sobredosis de fármacos es el método más frecuente y el más usado por las mujeres; GARCÍA-MACÍA (1984) encontró que el 64.1% de los pacientes de su estudio se intentó suicidar por sobredosis de medicamentos. DORADO *et al.*, (1995) en un estudio de intoxicación aguda realizado en Madrid encontraron que el 58% de los pacientes se intoxicaron con medicamentos, siendo el más frecuente el grupo de las benzodiazepinas. Finalmente, encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el método usado y el grado de instrucción, asociación no encontrada en otros estudios.

Ideación suicida. El 54.8% de nuestros pacientes había pensado en suicidarse, es decir que un importante 45.2% no lo pensó y el intento suicida fue probablemente consecuencia de una reacción impulsiva. Este dato difiere un poco del 61.5% de ideación suicida que presentaron los pacientes deprimidos de nuestro estudio,

esta diferencia es explicable porque generalmente los pacientes deprimidos tienden a pensar y elaborar el acto suicida, a diferencia de los no deprimidos que actúan de forma más impulsiva. KIENHORST *et al.*, (1993), en un estudio holandés de adolescentes que intentaron suicidarse (n=203), encontraron que un 32.5% de los pacientes tuvo ideación suicida previa.

Plan suicida. El 27.4% de nuestros pacientes confesó haber preparado un plan para suicidarse, y más del 50% de estos pacientes lo planearon al menos una semana antes. Entre los pacientes deprimidos, el 38.4% elaboró un plan suicida, la explicación a esta diferencia es la misma que en la variable anterior. GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984), encontraron que el 15.3% de sus pacientes había planeado cuidadosamente su intento y el 54% lo había realizado de forma impulsiva. El plan suicida puede estar relacionado con la ejecución del acto en forma deliberada, a diferencia de los actos impulsivos que generalmente no van precedidos de plan (GARCÍA-MACÍA *et al.*, 1984). Según estos datos, los intentos de suicidio de nuestra población de estudio son en su mayoría actos impulsivos.

Motivación principal para el acto suicida. En nuestro estudio, el 46.8% de los pacientes tuvo como motivación principal problemas de pareja, y un 30.6% fue motivado por problemas familiares. Con menos frecuencia encontramos las motivaciones de origen económico (4.8%) y laboral (1.6%). GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984) encontraron en su estudio, que el 39.7% tuvo como motivación problemas con su pareja; el 20.4% problemas familiares; el 12.8% problemas laborales; y el 11.5% problemas económicos. PÉREZ *et al.*, (1983) en su estudio encontraron que el 37% de sus pacientes tuvieron como motivación problemas sentimentales y el 33% proble-

mas familiares. De otro lado, el 16.1% de nuestros pacientes tuvo como motivación otros problemas, como enfermedad mutilante, enfermedad mental (depresión y esquizofrenia) y abuso sexual. Es necesario recalcar, que una importante proporción de pacientes intentó suicidarse en fechas importantes o significativas (efemérides), ya que hubo una mayor afluencia de pacientes con intento suicida para Navidad (n=6) y Día de los enamorados (n=10).

Efecto de alguna sustancia. El 17.7% de nuestros pacientes estuvo bajo el efecto de alcohol durante el acto suicida; cifra parecida al 17.2% encontrado por CÁRDENAS (1985). Lamentablemente, tanto en nuestro estudio como en el de CÁRDENAS, no se pudo medir el nivel sérico de alcohol en la emergencia por no ser un procedimiento de rutina. En un estudio finlandés de intento de suicidio en un hospital general (n=1018), SUOKAS *et al.*, (1995) midieron el nivel de alcohol en los pacientes por medio de un analizador de aliento, y tomando como valor positivo > 0.5%; y encontraron que el 62% de los pacientes habían consumido alcohol previo al intento suicida. Algunos estudios sugieren que del 40 a 75% de varones y del 12 a 50% de mujeres que intentan suicidarse, han consumido alcohol durante o dentro de las 6 horas previas al acto suicida (SUOKAS *et al.*, 1995). Algunas teorías enuncian que los pacientes adquieren más valor para suicidarse bajo el efecto del alcohol, ya sea por su efecto "desinhibidor" inicial o por su efecto "depresor" final. De una forma u otra, el consumo de alcohol ha sido vinculado de manera importante tanto en los suicidios consumados como en los intentos de suicidio.

Ambiente familiar. En nuestro estudio, el 8.1% vivía solo y el 90% vivía con algún familiar, resultado similar al 8.4% reportado por KIENHORST (1993), en un estudio

holandés de adolescentes suicidas. MERRILL *et al.*, (1990) en un estudio inglés del intento de suicidio, encontró que el 14% de los pacientes menores de 35 años vivían solos, al igual que el 60% de los pacientes mayores de 65 años. De aquí podemos deducir que el vivir solo es más propio de los adultos mayores y por ende el riesgo para suicidarse es mayor. PELKONEN *et al.*, (1997) encontraron que el 30% de los adolescentes suicidas de su estudio vivían solos. SCHNYDER *et al.*, (1997) en un estudio suizo del intento de suicidio en la emergencia de un hospital psiquiátrico, encontraron que el 30% de sus pacientes vivían solos. Es importante recordar que en muchos casos la sensación de soledad es lo que lleva a un paciente a cometer suicidio, sensación que se puede experimentar incluso viviendo rodeado de varias personas.

Intentos previos. La OMS registra un promedio de 26.5% de intentos previos en pacientes que intentan suicidarse, cifra muy parecida a la encontrada en nuestro estudio (24.2%). Se encontró que el 34.6% de los pacientes deprimidos había intentado suicidarse previamente, resultado explicable porque muchos de estos pacientes han podido estar deprimidos previamente, pudiendo haber tenido en ese lapso uno o más intentos de suicidio. GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984), encontraron que el 48.7% de sus pacientes tenía al menos un intento previo.

Antecedente familiar de suicidio o intento de suicidio. En nuestro estudio sólo el 11.3% de los pacientes tenían este antecedente; esto puede deberse a que en nuestro país hay mucho recelo en emitir datos de esta naturaleza y probablemente algunos de los pacientes (sobre todo los más jóvenes) no tengan acceso a esta información en sus familias. En la bibliografía extranjera las cifras varían mucho. En un estudio francés,

CHASTANG *et al.*, (1998) encontraron que el 33% de pacientes tenían antecedente familiar de suicidio o intento de suicidio, en un estudio español se encontró un 22% (GARCÍA-MACÍA *et al.*, 1984); en contraste, un estudio canadiense encontró un 8.3% (GARFINKEL *et al.*, 1982).

Visita a personal de salud en los últimos 6 meses. Consideramos que una alta proporción de pacientes (38.7%) consultó a un personal de salud en los 6 meses previos a cometer el intento suicida, resultado similar al 40% encontrado por GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984). En el estudio realizado por HAWTON *et al.*, (1976) en Oxford, de 141 pacientes que intentaron suicidarse, el 36% había acudido a un médico general en la semana previa y un 63% durante el mes anterior; además un 15% y 22% había acudido la semana y el mes anterior, respectivamente, al psiquiatra.

Antecedente personal de enfermedad psiquiátrica. Encontramos un 12.9%, cifra explicable porque muchos pacientes no acuden al psiquiatra por tabú o estigma a las instituciones de salud mental y acuden repetidamente a otros profesionales de la salud donde muchas veces no se les diagnostica adecuadamente. Tanto el trastorno afectivo bipolar (37.5%) como la depresión (37.5%) fueron las patologías más frecuentes entre nuestros pacientes. CHASTANG *et al.*, (1990) encontraron que el 18% de los menores de 35 años, el 58% de los pacientes entre los 35 y 64 años y el 54% de los pacientes mayores de 65 años tenían antecedente personal de enfermedad psiquiátrica. En nuestro estudio encontramos una asociación significativa entre esta variable y la presencia de episodio depresivo mayor, es conocido que los pacientes con enfermedad psiquiátrica que intentan suicidarse de forma severa, poseen mayor comorbilidad en cifras tan altas como

56.6% (BEAUTRAIS *et al.*, 1996), ésta puede ser la explicación a tal asociación.

Antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica. El 19.4% hallado en nuestro estudio, contrasta con lo observado en otros estudios. De los pacientes deprimidos, el 30.7% refirió este antecedente familiar, valor por encima de la muestra total y que es explicable por la conocida naturaleza hereditaria de los trastornos mentales en general. CHASTANG *et al.*, (1990) encontraron el 47% de esta variable entre sus pacientes. En nuestro estudio, los trastornos familiares más frecuentes fueron esquizofrenia (50%) y depresión (33.4%).

Presencia de episodio depresivo mayor. En nuestro estudio, la prevalencia de episodio depresivo mayor actual fue de 41.9%. La literatura registra prevalencias que fluctúan entre el 35-80% (GOLDNEY, 1990); sin embargo, GARCÍA-MACÍA *et al.*, (1984) describieron 25.7% de depresión mayor entre sus pacientes; WETZLER *et al.*, (1996) hallaron 24% de depresión mayor; y SCHNYDER *et al.*, (1997) 15.3%. El instrumento usado en este estudio, SCID-I (DSM-IV) versión 2.0, está valorado para el diagnóstico de episodio depresivo mayor actual; sin embargo, otros estudios han usado la escala de depresión (DEPS) para detectar depresión entre suicidas, con buenos resultados (TAIMINEN *et al.*, 1996). La cifra hallada en este estudio (41.9%) no es tan elevada como en otros estudios, y esto se debe probablemente a que nuestra población es netamente joven. En este grupo de edad el trastorno que más predomina es el trastorno de ajuste, como lo confirma WETZLER *et al.*, (1996) con un 34%, por encima de los trastornos afectivos (24%).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, este estudio fue realizado en un hospital general que por

tradición atiende pacientes de sexo femenino; por este motivo, los aspectos sociodemográficos de la población de estudio son más propias del sexo femenino en comparación a otros estudios. En segundo lugar, el Hospital Arzobispo Loayza es un hospital del Estado, al cual acuden en su gran mayoría pacientes de baja condición socioeconómica, por ende los resultados de este estudio no son extrapolables a otros centros tales como, hospitales del Seguro Social y clínicas particulares; los cuales experimentan otra realidad y reciben pacientes de una mejor condición socioeconómica, pudiendo esto influir tanto en aspectos sociodemográficos como en los métodos y motivaciones para cometer suicidio. Otra limitación de este estudio, es que no se incluyeron a los pacientes con gesto suicida y esto puede influir en el aspecto subjetivo del estudio, ya que muchos de los gestos suicidas pueden haber sido verdaderos intentos e incluso ser de mayor gravedad que los mismos intentos suicidas. Finalmente, el diagnóstico de episodio depresivo mayor actual obtenido por medio del instrumento (SCID-I), no fue corroborado por un psiquiatra que tomara parte activa del estudio. Sin embargo, estas limitaciones no invalidan los resultados de este estudio ya que los hallazgos son válidos para todos los pacientes suicidas que acuden a un hospital general.

CONCLUSIONES

1. La población de estudio fue predominantemente de sexo femenino, joven (edad promedio: 23 años), soltera, católica y de procedencia urbana. La presencia de episodio depresivo mayor se asoció con sexo femenino y edad mayor de 35 años.
2. El método suicida más utilizado fue la ingesta de raticidas, seguido de la sobredosis medicamentosa.

3. Las principales motivaciones para el intento suicida fueron los problemas de pareja, seguido de los problemas familiares; hallazgos similares se encontraron para los pacientes deprimidos. Se encontró una asociación entre los problemas familiares y los de índole económico con la ausencia de episodio depresivo mayor.
4. Más de la tercera parte de los pacientes acudió a un profesional de la salud en los 6 meses previos al intento suicida, así como la mitad de los pacientes deprimidos. La especialidad más consultada fue ginecología.
5. Una minoría de pacientes refirió el antecedente personal y familiar de enfermedad psiquiátrica, siendo las más frecuentes depresión y esquizofrenia respectivamente. Se encontró una asociación significativa entre el antecedente personal de enfermedad psiquiátrica y la presencia de episodio depresivo mayor.
6. En el 41.9% de los pacientes se evidenció la presencia de episodio depresivo mayor actual. La falta de apetito, el cansancio para realizar actividades y la sensación de inutilidad fueron los síntomas más frecuentes.
7. Por las características de la población que acude al HAL, estos hallazgos no son extrapolables a otros centros tales como, hospitales del Seguro Social y clínicas particulares.
8. Debido a que el 41.9% de los pacientes que intentan suicidarse sufren de un episodio depresivo mayor, todo paciente suicida debe de recibir una adecuada evaluación psiquiátrica antes de ser dado de alta.

RECOMENDACIONES

Por su frecuencia y magnitud, el intento de suicidio merece mayores estudios en nuestro medio. En base a los hallazgos del estudio sugerimos:

- 1.- La generación de un protocolo de manejo del intento de suicidio en los servicios de emergencia de los hospitales generales, con el objeto de poder definir la gravedad del intento suicida y decidir que pacientes ameritan permanencia en emergencia, hospitalización o transferencia a un hospital o centro psiquiátrico.
- 2.- Contar con un psiquiatra o residente de psiquiatría en los servicios de emergencia de los hospitales generales, sobre todo para la evaluación de los pacientes suicidas que no requieren hospitalización, con el objeto de detectar enfermedades psiquiátricas y determinar su seguimiento por consultorio externo.
- 3.- En la evaluación del paciente suicida, debe ponerse mayor énfasis en el reforzamiento del ámbito sentimental y familiar en el que se desarrolla el paciente, ya que son estos factores los que desencadenan con mayor frecuencia un acto suicida en nuestro medio, y su adecuada intervención, podría evitar futuros episodios.
- 4.- Realizar más estudios en este campo, en un período anual (para determinar estacionalidad), con un mayor número de pacientes y el estudio de otras variables, que nos ayuden a entender mejor este complejo fenómeno.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde eine analytisch-descriptive Untersuchung bei 62 Patienten mit Selbstmordversuch gemacht. Die Untersuchung hatte zwei fragebogen: der erste hatte drei Teile:

Filiación, gegenwärtige Episode und Krankengeschichte. Der zweite war der SCID-4 (DSM-IV). Die Verfasser behaupten dass die Mehrheit vom Selbstmordversuch weiblich sei, arbeitslos, jung, ledig, mit vollendetes Schulausbildung, Katholisch mit Einnahme von Giften, Psychopharmaka, und mit familiaeren oder Liebesproblemen sollte. die Prevalenz der Depression bei solcher Bevoelkerung soll 41,9% sein, und das Alter um die 35 Jahre.

BIBLIOGRAFIA

1. AHRENS, B., BERGHÖFLER, A., WOLF, T. & MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders. *J. Affect. Disord.* 1995; 36: 43-49.- 2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC, 1994.- 3. BEAUTRAIS, A., JOYCE, P., MULDER, R., FERGUSSON, D., DEAVOLL, B. & NIGHTINGALE, S. Prevalence and Comorbidity of Mental Disorders in Persons Making Serious Suicide Attempts: A Case-Control Study. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153 (8): 1009-1014.- 4. BIRKHEAD, G., GALVIN, V., MEEHAN, P. O'CARROLL, P. & MERCY, J. The Emergency Department in Surveillance of Attempted Suicide: Findings and Methodologic Considerations. *Pub. Health Reports* 1993; 108 (3): 323-331.- 5. CÁRDENAS, R. Estudio descriptivo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca (agosto 1982-agosto 1984). *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 1985; 23: 97-110.- 6. CASTAÑEDA, G. *Estudio clínico de 18 casos de intento de suicidio en el Hospital General Base Cayetano Heredia*. Tesis de Bachiller en Medicina UPCH, Lima-Perú 1983.- 7. CHASTANG, F., RIOUX, P., DUPONT, I., BARANGER, E., KOVÉSS, V. & ZARIFIAN, F. Risk factors associated with suicide attempt in young French people. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 98 (6): 474-479.- 8. DORADO, S., FERNÁNDEZ, J., SABUGAL, G. & CABALLERO, V. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 613 casos habidos en 1994 en el área sur de la Comunidad de Madrid. *Rev. Clín. Esp.* 1996; 196 (3): 150-156.- 9. ELLIOT, A., PAGES, K., RUSSO, J., WILSON, L. & ROY-BYRNE, P. A Profile of Medically Serious Suicide Attempts. *J. Clin. Psychiatry* 1996; 57 (12): 567- 571.- 10. GALLI, E. La Depresión, una enfermedad médica (Contribución especial). *Rev. Med. Hered.* 1994; 5 (2): 105-109.- 11. GARCÍA-MACÍÁ, R., SARRÓ, B., GIRÓ, M. & OTÍN, J. Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en un Servicio de Urgencias de un Hospital General. *Rev. Psiq. Psicol. Med.* (Barcelona-España) 1984; 16 (8): 530-538.- 12. GARFINKEL, B., FROESE, A. & HOOD, J. Suicide Attempts in Children and Adolescents. *Am. J. Psychiatry* 1982; 139 (10): 1257-1261.- 13. GASTPAR, M. Epidemiology of depression (Europe and North-America). *Psychopathology* 1986; 19 sup (2): 17-21.- 14. GOLDNEY, R. & BURVILL, P. *Trends in Suicidal Behavior and Its Management. Emergency Psychiatry*, editors Mezzich, J., MD PhD & Zimmer, B., MD; p. 167. Washington DC, 1990.- 15. HAWTON, K. & CATALAN, J. *Attempted suicide. A practical guide to its nature and management*. First edition. Oxford, Oxford University Press, 1982.- 16. HEEREN, R. *Estudio descriptivo del intento de Suicidio en pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi entre 1985 y 1993*. Tesis de Bachiller de Medicina UPCH, Lima-Perú 1994.- 17. HEIKKINEN, M., HENRIKSSON, M., ISOMETSÄ, E., MARTTUNEN, M., ARO, H. & LONQVIST, J. Recent Life Events and Suicide in Personality Disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997; 185 (6): 373-381.- 18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Censo Nacional 1993, IX de Población y IV de Vivienda. Resultados definitivos PERU. Tomo 1. Lima 1994.- 19. JOHNSTON, M. & WALKER, M. Suicide in the Elderly. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1996; 18: 257-260.- 20. KAPLAN, H. *Urgencias Psiquiátricas. Compendio de Psiquiatría*, ed. Kaplan, H., Freedman, A. & Sadock, B.; p. 592. Salvat, Barcelona 1990.- 21. KAPLAN, S., PELCOVITZ, D., SALZINGER, S., MANDEL, F. & WEINER, M. Adolescent Physical Abuse and Suicide Attempts. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; 36 (6): 799-808.- 22. KELLERMANN, A., RIVARA, F. & SOMES, G. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N. Engl. J. Med.* 1992; 327 (7): 467-472.- 23. KIENHORST, C., DE WILDE, E., VAN DE BOUT, J. & VAN DER BURG, E. Two Subtypes of adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993; 87: 18-22.- 24. LOW, B. & ANDREWS, S. Suicidio

- del Adolescente. *Clin. Med. Norteamérica* 1990; 5: 1297-1310.- 25. MALONE, K., HAAS, G., SWEENEY, J. & MANN, J. Major depression and the risk of attempted suicide. *J. Affect. Disord.* 1995; 34: 173-185.- 26. MARIS, R. Social and familial risk factors in Suicidal Behavior. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1997; 20 (3): 519-551.- 27. MERRILL, J. & OWENS, J. Age and attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82: 385-388.- 28. MINOBE, K., PERALES, A., SOGI, C., WHARTON D., LLANOS, R., Y SATO, T. Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima-Perú). *Anales de Salud Mental* 1990; 6 (1-2): 9-20.- 29. MÓSCICKI, E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1997; 20 (3): 499-517.- 30. PEARCE, C. & MARTIN, G. Predicting suicide attempts among adolescents. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 90: 324-328.- 31. PELKONEN, M., MARTTUNEN, M., PULKKINEN, E., LAIPPALA, P. AND ARO, H. Characteristics of out-patient adolescents with suicidal tendencies. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95: 100-107.- 32. PÉREZ, M. & VIELMA, M. Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Regional de Concepción. *Cuad. Méd. Soc.* 1988; 29 (1): 26-31.- 33. REMAFEDI, G., FARROW, J. & DEISHER, R. Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics* 1991; 87 (6): 869-875.- 34. RHMER, Z. Strategies of suicide prevention: Focus on health care. *J. Affect. Disord.* 1996; 39: 83-91.- 35. SAFER, D. Adolescent/Adult Differences in Suicidal Behavior and Outcome. *Annals Clin. Psychiatry* 1997; 9 (1): 61-66.- 36. SALOKANGAS, R., POUTANEN, O. & STENGARD, E. Screening for depression in primary care. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 10-16.- 37. SARRÓ, B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev. Psiq. Psicol. Med.* (Barcelona-España) 1984; 16 (8): 512-516.- 38. SCHNYDER, U. & VALACH, L. Suicide Attempters in a Psychiatric Emergency Room Population. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1997; 19: 119-129.- 39. SUOKAS, J. & LÖNNQVIST, J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 91: 36-40.- 40. TAIMINEN, T., SAARJÄRVI, S., HELENUS, H., KESKINEN, A. AND KORPILAHTI, T. Depression Scale (DEPS) among suicide attempters. *Acta Psychiatr. Scand.* 1996; 94: 185-186.- 41. VAN CASTEREN, V., VAN DER VEKEN, J., TAFFOREAU, J., VAN OYEN, H. Suicide and attempted suicide reported by General practitioners in Belgium, 1990-1991. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993; 87: 451-455.- 42. WETZLER, S., ASNIS, G., BERNSTEIN, R., VIRTUE, CH. AND ZIMMERMAN, J. Characteristics of Suicidality Among Adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 1996; 26 (1): 37-45.

TABLA 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE PACIENTES SUICIDAS

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR				
Estadística	Sí (n=26)	No (n=36)	Total (n=62)	Significancia
SEXO				
Femenino	26 (41.9%)	29 (46.8%)	55 (88.7%)	$\chi^2 = 5.69$ df = 1 p = 0.017
Masculino	0 (0%)	7 (11.3%)	7 (11.3%)	
EDAD (años)				
15-19	4 (6.5%)	19 (30.6%)	23 (37.1%)	$\chi^2 = 11.47$ df = 4 p = 0.02
20-24	7 (11.3%)	8 (12.9%)	15 (24.2%)	
25-29	7 (11.3%)	6 (9.7%)	13 (21%)	
30-34	3 (4.8%)	2 (3.2%)	5 (8.1%)	
35 o >	5 (8.1%)	1 (1.6%)	6 (9.7%)	
ESTADO CIVIL				
Soltero(a)	17 (27.4%)	25 (40.3%)	42 (67.7%)	$\chi^2 = 1.7$ df = 2 p = N.S.
Casado(a)	4 (6.5%)	2 (3.2%)	6 (9.7%)	
Conviviente	5 (8.1%)	9 (14.5%)	14 (22.6%)	
OCUPACION				
Estudiante	2 (3.2%)	13 (21%)	15 (24.2%)	$\chi^2 = 6.6$ df = 3 p = N.S.
Desempleado	13 (21%)	12 (19.4%)	25 (40.3%)	
Dependiente	6 (9.7%)	6 (9.7%)	12 (19.4%)	
Independiente	5 (8.1%)	5 (8.1%)	10 (16.1%)	

N.S. = no significativo

TABLA 2. CLASIFICACION DEL INTENTO DE SUICIDIO

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR				
	Sí (n=26)	No (n=36)	Total (n=62)	Significancia Estadística
METODO				
Raticidas	12 (19.4%)	23 (37.1%)	35 (56.5%)	
Fármacos	7 (11.3%)	5 (8.1%)	12 (19.4%)	$\chi^2 = 2.5$
Caústicos	5 (8.1%)	5 (8.1%)	10 (16.1%)	df = 4
Insecticidas	1 (1.6%)	2 (3.2%)	3 (4.8%)	p = N.S.
Quemadura	1 (1.6%)	1 (1.6%)	2 (3.2%)	
MOTIVACION				
P. pareja	16 (25.8%)	13 (21%)	29 (46.8%)	
P. familiares	2 (3.2%)	17 (27.4%)	19 (30.6%)	$\chi^2 = 16.5$
P. laborales	1 (1.6%)	0 (0%)	1 (1.6%)	df = 4
P. económicos	0 (0%)	3 (4.8%)	3 (4.8%)	p = 0.002
Otros motivos	7 (11.3%)	3 (4.8%)	10 (16.1%)	
ANTEC. PERSONAL				
ENF. PSIQUIATRICA				
Si	7 (11.3%)	1 (1.6%)	8 (12.9%)	$\chi^2 = 7.8$ df=1
No	19 (30.6%)	35 (56.5%)	54 (87.1%)	p = 0.005

N.S. = no significativo