

**EL PERFIL DE LOS INTENTADORES DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL
INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL
“HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI” 2003**

**THE PROFILE OF THE ASSISTED ATTEMPTER OF SUICIDE
IN THE SPECIALIZED INSTITUTE OF MENTAL HEALTH
“HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI” 2003**

F. VÁSQUEZ, Y. NICOLÁS, R. MARTÍNEZ, V. VITE, S. FALCONI y V. VARGAS

RESUMEN

Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo que registra a 548 pacientes atendidos en el Programa de Prevención del Suicidio del IESM.H. Delgado-H. Noguchi durante el año 2003, considerando variables socio-demográficas y clínicas. Se aprecia que el perfil que destaca está configurado por características tales como: pertenecer al sexo femenino, cada vez más jóvenes, predominantemente solteras, con educación secundaria o superior, procedentes de distritos empobrecidos, que acuden mayormente de su domicilio, acompañadas generalmente por la progenitora, y que cursan con estados básicamente depresivos, generalmente comórbidos con desórdenes de la personalidad, especialmente borderline, abuso de sustancias, Bulimia Nervosa o Trastorno Disfórico Pre-Menstrual, que han tenido conflictos de pareja o familiares, y que habían presentado ya un intento de suicidio al menos en casi la mitad de casos alguna vez en su vida, y registraban antecedentes familiares o personales de violencia física o sexual, y que presentaron interurrencias propias de su género como abortos o uso de anticonceptivos, siendo el método principal del intento de sobredosis de medicamentos. Este panorama obliga a una aproximación consistente por la tendencia al incremento y a la desintegración que provoca el intento de suicidio.

PALABRAS-CLAVE : *Perfil, intento de suicidio, métodos.*

ABSTRACT

It is a prospective and descriptive study that registers 548 patients assisted in the Program of Prevention of the suicide of the IESM H. Delgado-H. Noguchi during the 2003, considering partner-demographic and clinical variables. It is appreciated that the profile that highlights its configured for characteristic such as: to belong to the female sex, every time younger, mainly single, with secondary or superior education, coming from poor districts that go mostly of their home, accompanied generally of the progenitor and basically with depressive states, generally covariants with bulimia disorder of the personality, especially borderline, abuse of the substances, Nervous bulimia or Disphoric Pre-menstrual transtorn that have had couple conflicts or family and that they had already presented an intent of suicide at least in almost of half of the cases at some time in their life and they registered family or personal antecedents of physical or sexual violence and that they presented events characteristic of their gender as abortions or use of contraceptives, being the

main method of the intent the overdose of medications. This panorama forces to a consistent approach for the tendency to the increment and the disintegration that it causes the suicide intent.

KEY WORDS: *Profile, Suicide intent, methods.*

INTRODUCCIÓN

La demanda de atención de pacientes que presentan intento de suicidio como una condición urgente de solucionar ha ido acrecentándose a la luz de los registros de los sucesivos años^{1,2,3} lo que ha motivado la necesidad de tomar en cuenta este hecho en todos los aspectos posibles a fin de no solo cuantificarlo sino apreciar las variaciones que ha venido experimentando, y generar planteamientos a fin de controlar adecuadamente tanto la ocurrencia como enfatizar la prevención, el más apreciado objetivo que viene persiguiendo el equipo que integra el Programa de Prevención del Suicidio del IESM,⁴ que ha conformado una base de datos, algunos de los cuales han sido publicados en revistas nacionales,^{5,6} o ha enfocado los diversos factores de riesgo que en nuestra realidad circundante están vinculados con la intención de eliminarse^{5,7,8,9} correspondiendo varios de ellos a un contexto propio.

Es por ello que se hace necesario continuar el registro de los casos atendidos por intento suicida, señalando los aspectos que han ido apareciendo recientemente a fin de someterlos al análisis respectivo y difundirlos en la comunidad científica y las autoridades competentes para aunar esfuerzos seriamente el problema de la conducta autoeliminadora frustrada, en vez de lamentar la consumación de aquella.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es la descripción de las diversas variables obtenidas en la atención de los pacientes que presentaron intento de suicidio, desde las socio-demográficas, hasta las clínicas, que permitan configurar un perfil identificable en ellos,

a fin de analizar estos y otros aspectos que hayan ido añadiéndose durante el último año, y formular algunas recomendaciones que emerjan de los cuadros analíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como ya ha sido una tarea propia del Programa de Prevención del Suicidio, compuesto por un equipo de profesionales de la Salud Mental, el método consiste en la evaluación de los pacientes intentadores de suicidio mediante una ficha ad-hoc que contiene las variables socio-demográficas, el diagnóstico clínico, según los criterios del Manual de Clasificación de Enfermedades Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana DSM-IV¹⁸ el diagnóstico asociado, los rasgos de personalidad, las condiciones médicas asociadas, así como los estresores relacionados con el intento suicida, tanto como los factores de riesgo para esta condición, y traducirlos en tablas o gráficos que permitan estudiar el perfil de los suicidas frustrados en el contexto presente y local.

RESULTADOS

El número de atendidos por intento de suicidio en el año 2003 fue de 548 que supera en 27 casos a los del año anterior, no se registra mayor variación en la proporción femenino/masculino: 3/1. El mes de mayor ocurrencia fue marzo con 68 casos, luego enero con 51 y julio con 49, a diferencia del año pasado que la máxima incidencia ocurrió en noviembre; a lo largo de los años se aprecia variabilidad en los meses, aunque marzo se ha marcado con alguna frecuencia mayor, postulándose factores relacionados con la presión de los gastos escolares que afrontan principalmente las madres de familia, entre otros (Ver gráficos 1 y 2).

GRAFICO 1

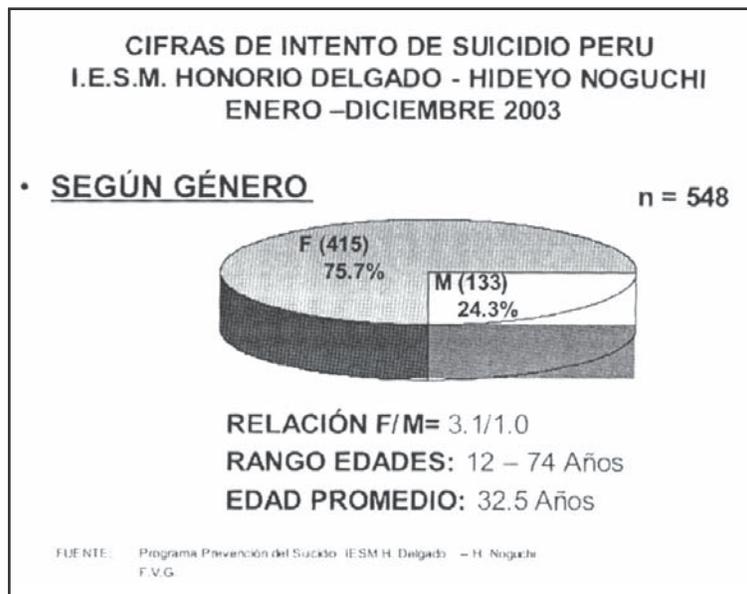
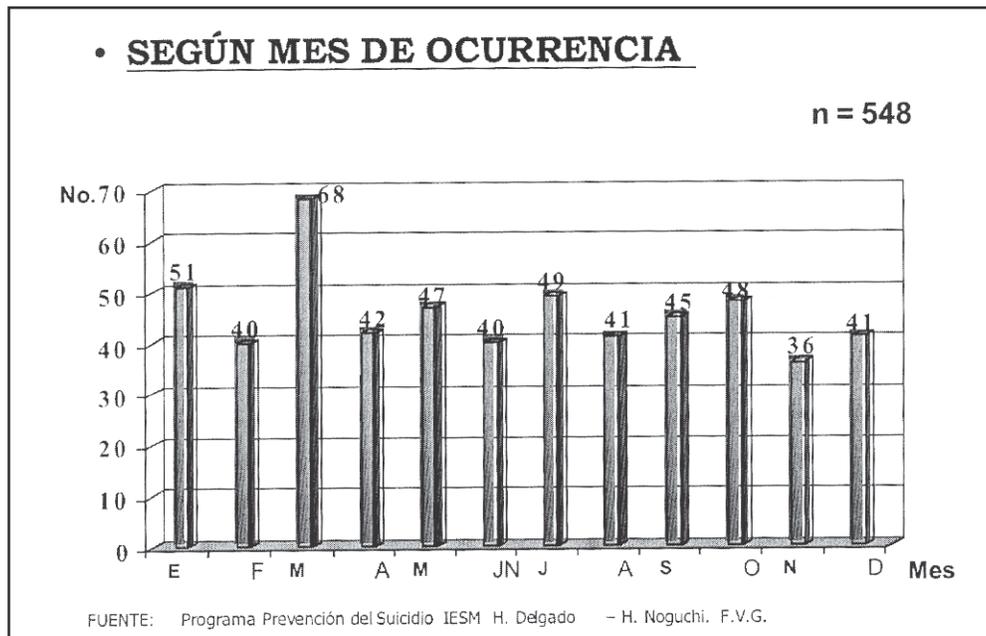


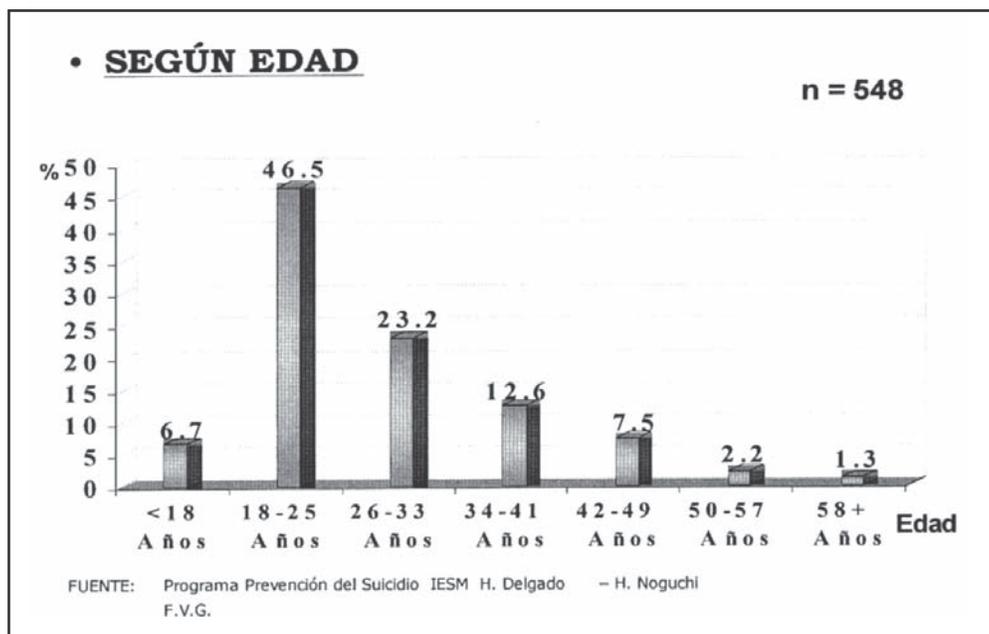
GRÁFICO 2



Observando la edad de mayor ocurrencia de intentos de suicidio, continúa siendo aquella comprendida entre los 18 y 25 años de edad, aunque menos cercano

a la mitad de casos como lucía el año anterior; las variaciones porcentuales para los otros grupos etáreos son poco significativas (gráfico 3).

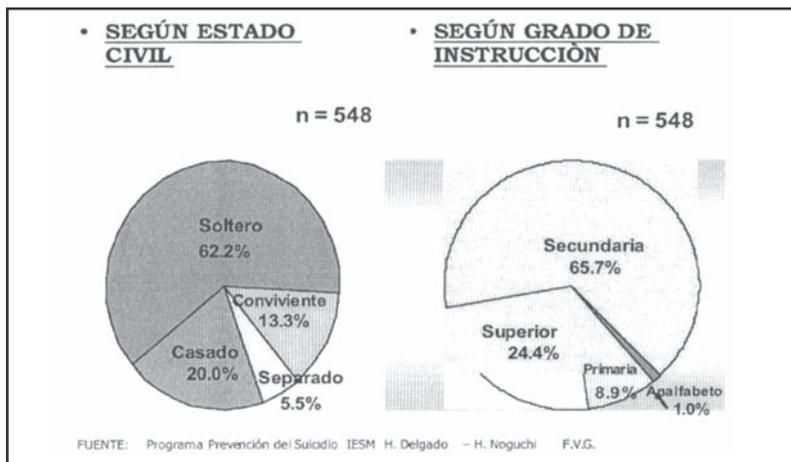
GRÁFICO 3



Por otro lado, se vuelve a comprobar que la mayoría de intentadores de suicidio declaran ser solteros (62.2%), seguido de lejos de los casados (20.0%), convivientes: 13.3% y separados: 5.5%. La primera condición no sólo ha sido reportada por los autores sino por homólogos en varios países sobre todo de Latino América,^{9,10,11} con la connotación de mayor riesgo para personas solteras. Asimismo, el grado de instrucción mayormente registrado por los pacientes fue el de

secundaria (65.7%), contando el grado superior con casi un cuarto de casos, en menor proporción instrucción primaria (8.9%) y sólo 1% para analfabetos. Si bien es un hecho que no difiere de lo anteriormente descrito,^{4,5} llama la atención que alrededor del 25% de casos estén cursando estudios superiores, esperándose que este sector pudiese tener un mejor control de las situaciones desencadenantes del fenómeno suicida (gráfico 4).

GRÁFICO 4



Un elemento que se ha tenido en cuenta, a diferencia de otros estudios, es el distrito de procedencia de los pacientes con intento de suicidio, notándose que el predominante es San Martín de Porras (29,7%), luego San Juan de Lurigancho (20,3%), a continuación Comas (9,4%), luego los demás con porcentajes menores; aunque en un 13,5% se registra casos recibidos de distritos que no corresponden a los de zonificación geográfica. Los dos primeros distritos son considerados populosos y desfavorecidos económicamente,

en especial SJL, lo que agrega el factor socio-económico al perfil en estudio. También se ha tenido en cuenta la ocupación reportada por los pacientes atendidos, yendo en primer lugar el de estudiante (39,2%), Ama de casa (24,3%), sin ocupación (20,3%), luego los demás con porcentajes menores. La explicación para los dos primeros estaría dada por el género –femenino predominante– el del tercero, –sin ocupación– parece sumarse a un elemento de riesgo previamente descrito (gráficos 5 y 6).

GRÁFICO 5

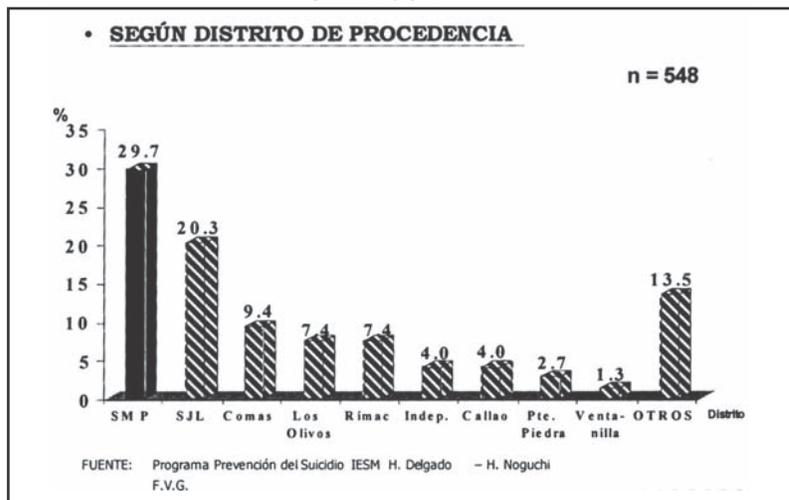
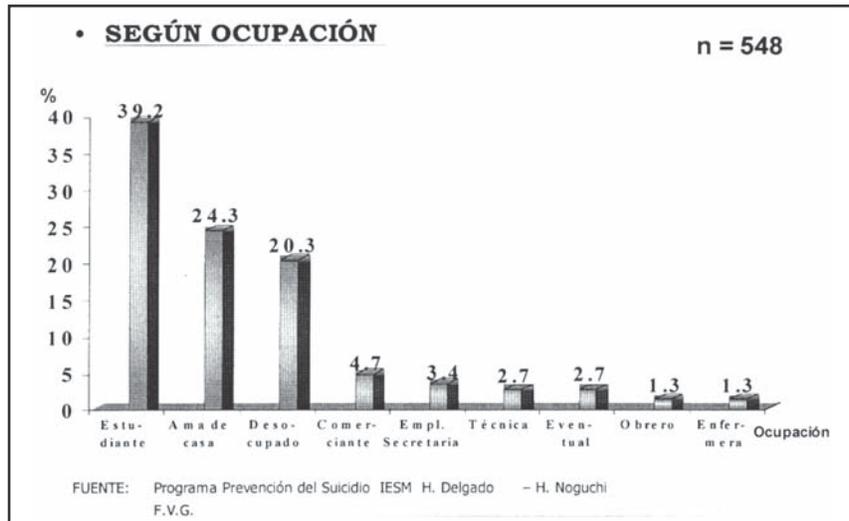


GRÁFICO 6



En lo que se refiere al diagnóstico clínico considerado principal –según DSM-IV–, la depresión mayor aparece con casi la mitad de casos, superior en gran medida a la del año pasado, lo que fue descrito en un estudio local,¹² luego el trastorno de reacción depresiva (23,2%), el trastorno distímico (11,5%) (algo menor que el del año previo), luego las psicosis y trastorno esquizofrénico: 7,6%, que figura casi en la mitad de casos respecto al año pasado, después el trastorno de

ansiedad: 5,6%, sin mayor cambio frente a la cifra del año precedente, y leve aumento del rubro de otros diagnósticos. Para este estudio se pudo establecer que en el espectro depresivo mayor, el 80,5% era de naturaleza no psicótica, frente al 18% con síntomas psicóticos, y 1,5% de variedad bipolar. Al respecto existe una publicación señalando la frecuencia e importancia de síntomas psicóticos difundida por los autores¹⁷ (gráficos 7 y 8).

GRÁFICO 7

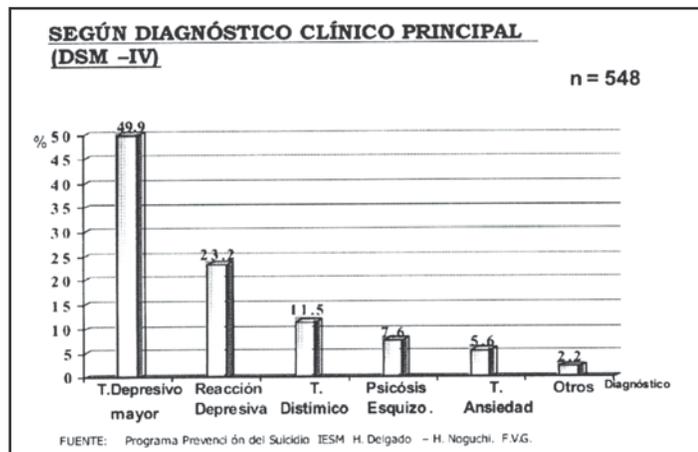
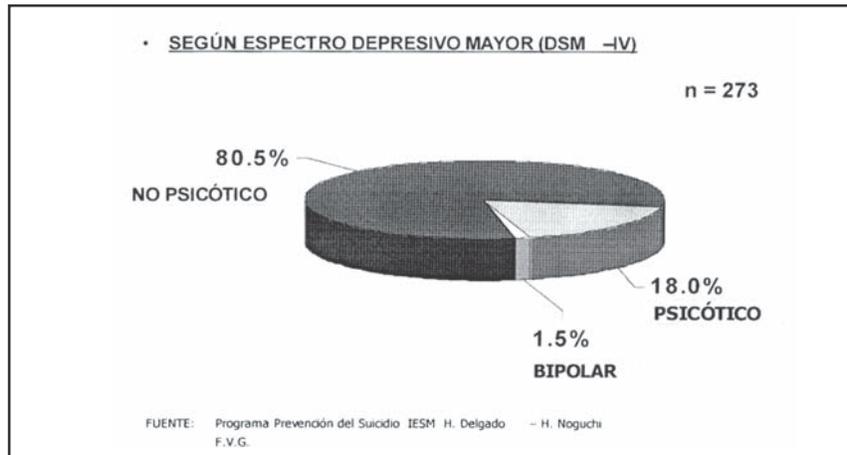


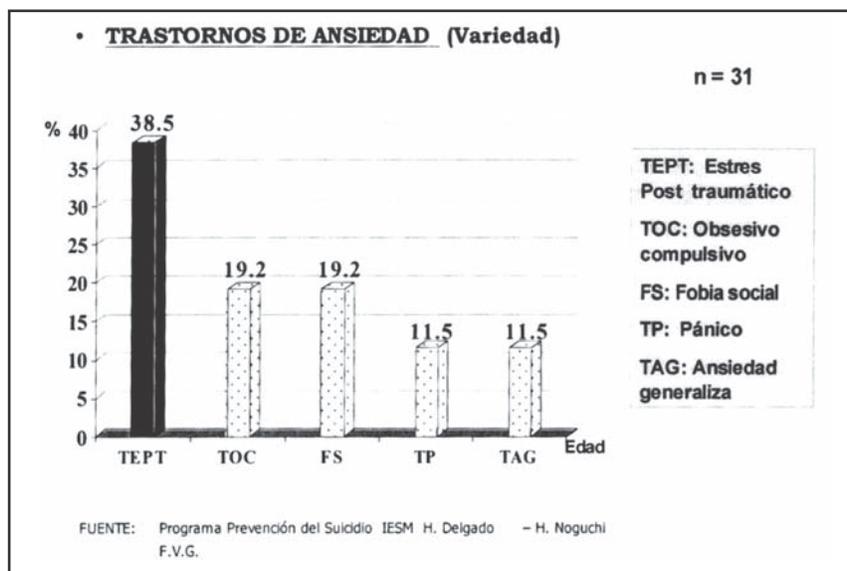
GRÁFICO 8



Adicionalmente, en cuanto al espectro de trastornos de ansiedad, se ha podido establecer que el de mayor prevalencia es Estrés Post Traumático (38,5%), luego T. Obsesivo-Compulsivo y Fobia Social con 19,2% respectivamente para

cada uno, y luego el Trastorno de Pánico y el de Ansiedad Generalizada con 11,5% para cada cual. Para el caso del primero se había reportado su mayor presencia anteriormente^{6,7,8,9} (Ver gráfico 9).

GRÁFICO 9



Teniendo en cuenta el diagnóstico asociado, también de acuerdo a los criterios DSM-IV, se aprecia que en la mitad de casos es comórbido, como ya fue descrito el año 2002, siendo el más frecuente el de Trastorno de personalidad (37,3%), luego el abuso de alcohol y dependencia a drogas: 21,7%, posteriormente el síndrome disfórico premenstrual: 18%, luego el de Bulimia: 15,1%, hallazgo que ha sido resaltado en un estudio efectuado por los autores,¹³ siendo menores algunos otros; estos dos últimos citados son prácticamente exclusivos del género femeni-

no. Pero, además revisando la variante del trastorno de personalidad, se observa que un 87,9% presenta rasgos de personalidad borderline o limítrofe, de lejos la de rasgos esquizoides (6,6%) y mucho menos la de rasgos pasivo-dependientes y paranoides. En lo que respecta al abuso de sustancias, se registra un predominio de Benzodiazepinas (34%), Marihuana y pasta básica de coca (32,1%), Alcohol (20,7%) y tabaco (13,2%); el uso o abuso de las tres primeras está relacionado con un mayor potencial suicida (gráficos 10 y 11).

GRÁFICO 10

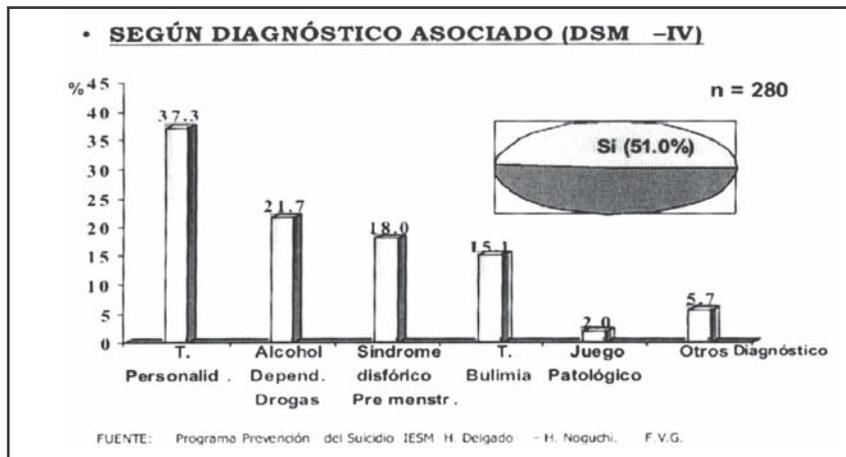
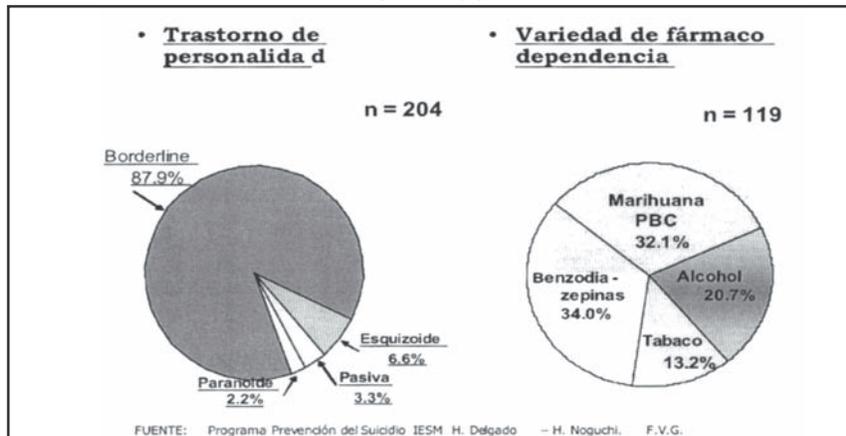


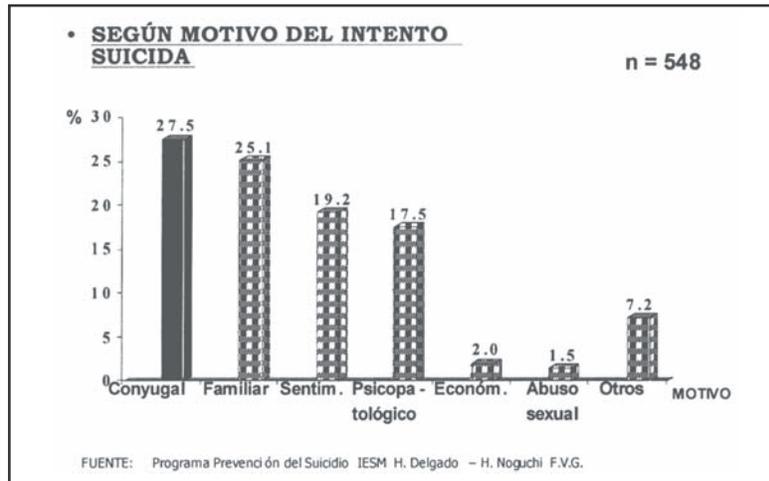
GRÁFICO 11



Según el motivo del intento suicida, sigue encabezando el relacionado con problemas conyugales con 27,5%, con alguna variación en el segundo lugar ocupando los motivos familiares con 25,1% y sentimental con

19,2%, en relación con el año pasado. Posteriormente se registra el psicopatológico: 17,5%, luego en menor proporción como el económico, abuso sexual y otros (Ver gráfico 12).

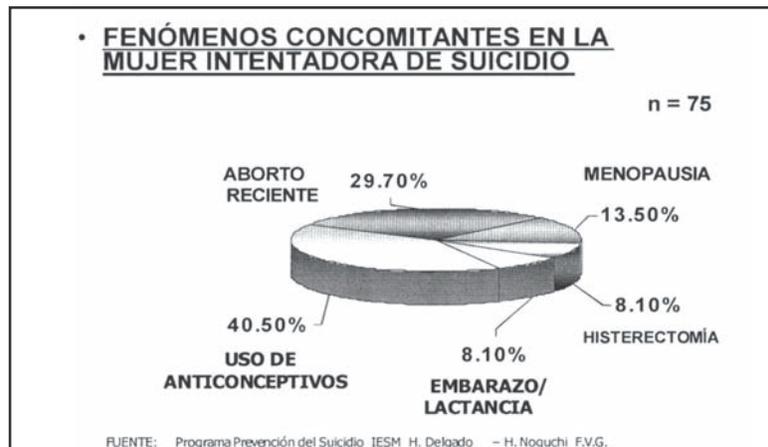
GRÁFICO 12



Para esta ocasión se ha consignado algunos fenómenos concomitantes a la enfermedad de fondo de las damas, que parecerían tener alguna relación con la conducta suicida, tales como uso de anticonceptivos (40,5%),

Aborto reciente (29,7%), fase menopáusica (13,5%) y luego Histerectomía y embarazo/lactancia con 8,1% para cada uno. Algunos de los hallazgos fueron comentados en un artículo escrito por los autores¹⁴ (gráfico 13).

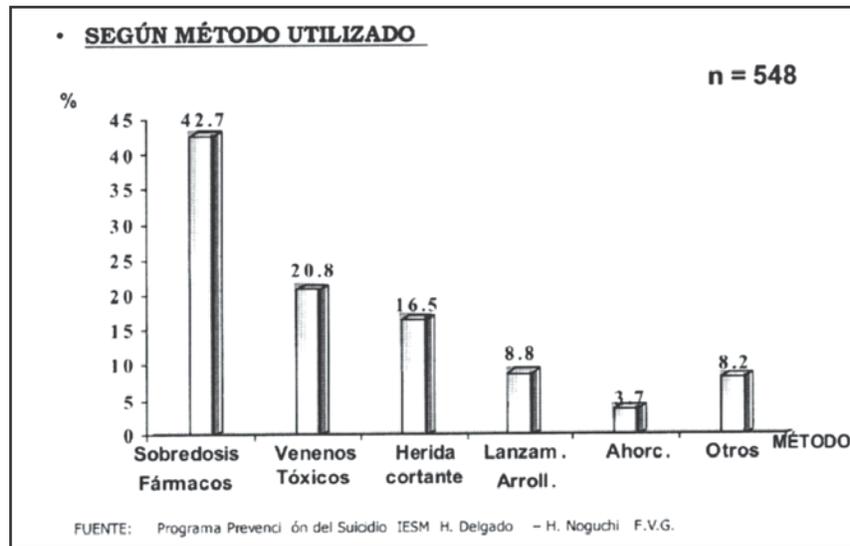
GRÁFICO 13



Tomando en consideración el método utilizado con el propósito suicida, se aprecia que no hay mayor variación respecto a lo descrito el año pasado, ocu-

pando el primer plano la sobredosis de fármacos (42,7%), tóxico/venenos (20,8%), herida cortante (16,5%) (ligero repunte) (ver gráfico 14).

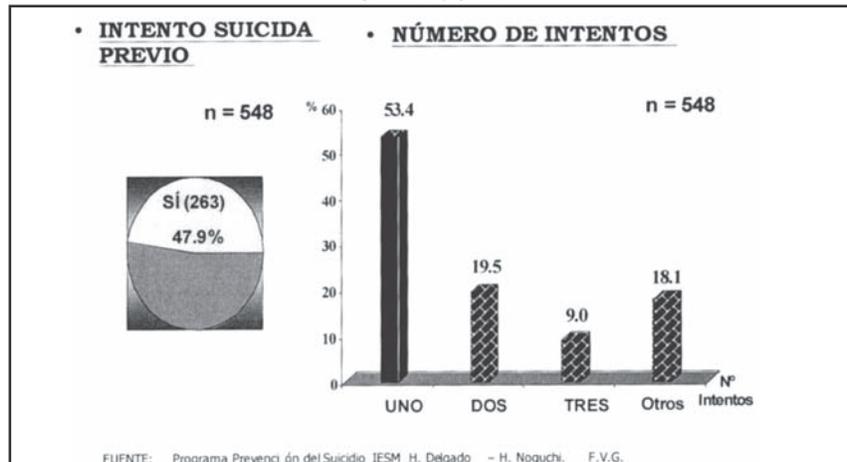
GRÁFICO 14



Tomando en cuenta el intento de suicidio previo, se sigue observando que casi la mitad de pacientes atendidos presentaron al menos un antecedente de intento suicida, consignan-

dose que uno en proporción de 53,4%, dos casi el 20%, tres 9% y, más de tres: 18,1%. Esto se considera como el pronóstico a largo plazo del espectro suicida (Ver gráfico 15).

GRÁFICO 15



Habiendo ya realizado aproximaciones sobre ciertos factores de riesgo, se registra en los pacientes atendidos el antecedente de ausentismo parental antes de los 15 años de edad en un poco más de la mitad de ellos, predominando la figura del padre (80,9%) frente a 19,1% de la madre; asimismo se reporta antecedente de algún tipo de violencia sufrida en el/la paciente en 61,7%, predominando la

violencia física (61,7%) sobre la sexual (38,3%), hallazgos que han sido reportados previamente.^{6,7,8,9,10,11} Adicionalmente se ha registrado al menos en 10,4% historia de suicidalidad en familiares de primer grado, siendo más frecuente entre hermanos (50%), padre (27,8%) y madre 22,2%, que también ha sido reportado entre los factores genéticos anteriormente.¹⁵ (Ver gráficos 16,17,18).

GRÁFICO 16

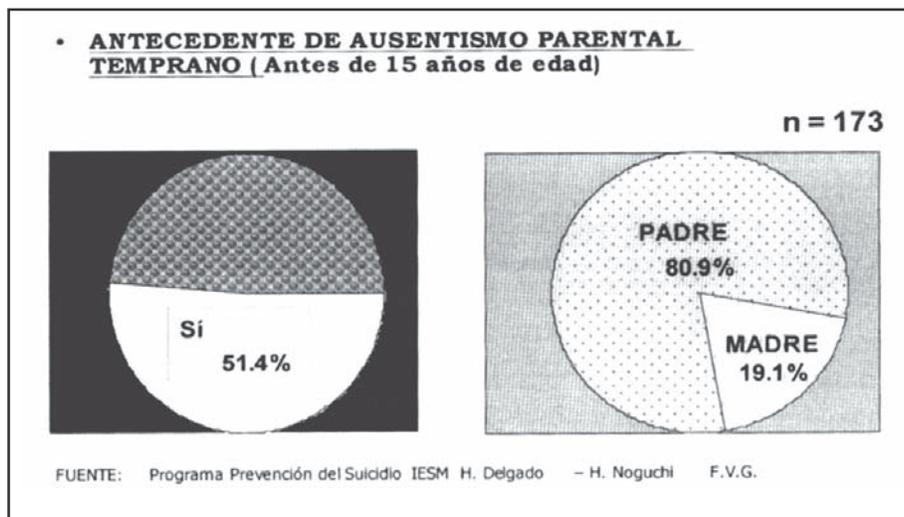


GRÁFICO 17

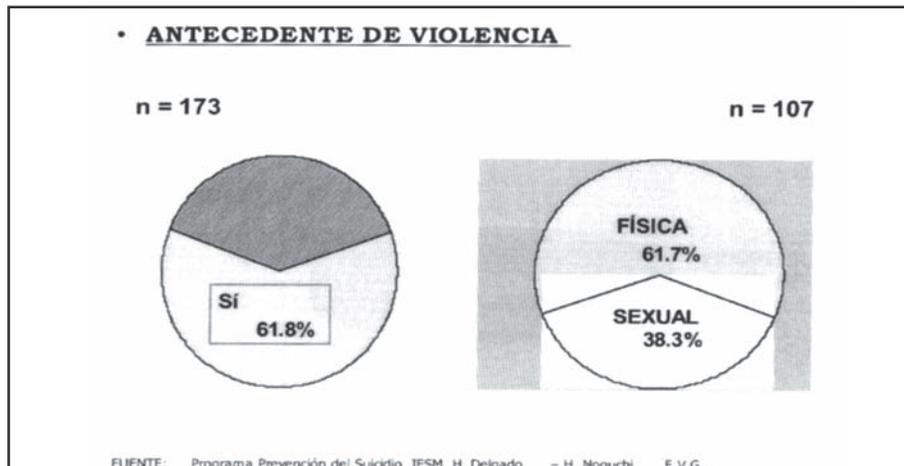
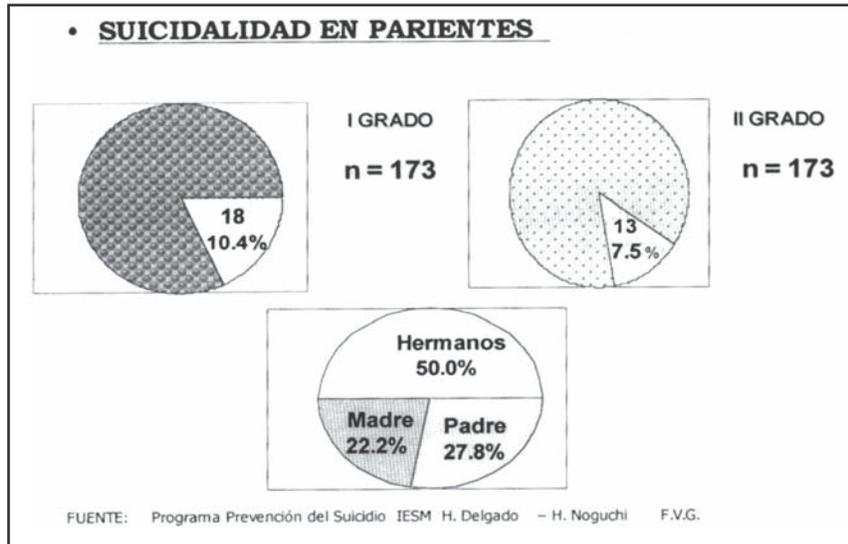


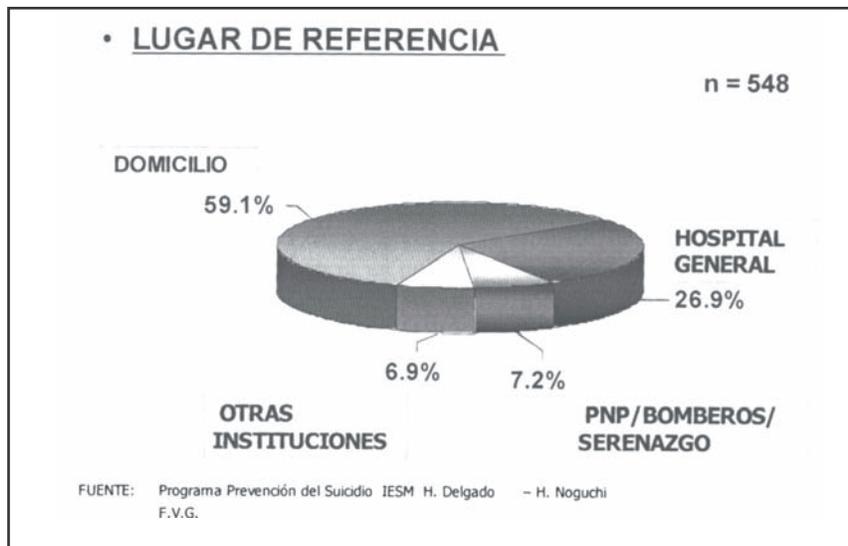
GRÁFICO 18



De otro lado, se ha podido precisar en este estudio que, respecto a lugar de referencia, la mayoría de pacientes que presentaron intento autoeliminatorio acudieron desde su domicilio (59,1%), referidos de un hospital general

o similar (26,9%), traídos por Policía, Serenazgo, Bomberos (7,2%), y de otras instituciones (6,9%). Esto parece marcar la diferencia con los casos reportados en los hospitales de medicina general (gráfico 19).

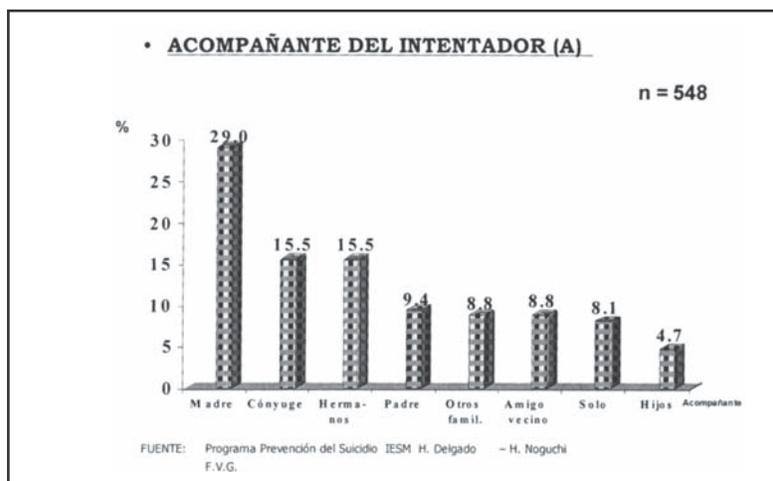
GRÁFICO 19



Por último, se consideró la figura que con más frecuencia acompañó al paciente intentador de suicidio, registrándose mayormente a la madre (29%), el cónyuge y hermanos: cada uno

con 15,5%, el padre: 9,4%, otros familiares: 8,8% y con similar porcentaje amigos o vecinos. El paciente se presentó solo: 8,1%, y traído por los hijos en un 4,1% (gráfico 20).

GRÁFICO 20



DISCUSIÓN

Se puede apreciar la tendencia al aumento en el número de pacientes atendidos por intento autoeliminatorio que son atendidos en el IESM H. Delgado-H. Noguchi, al menos en el último bienio; esto también está ocurriendo en el contexto de otros países latinoamericanos.^{9,10,11} Se ha mantenido la predominancia genérica femenina sobre la masculina en la proporción de 3 a 1. No se pueden hacer aseveraciones sobre los cambios mensuales, por la variabilidad mostrada en los últimos años. El grupo más afectado con el intento de suicidio es el de personas jóvenes, casi el 70% entre 18 y 33 años, generalmente solteras y cada vez más con instrucción superior, por el tal vez menos grado de susceptibilidad de las damas con inferior grado de instrucción. Lo previo parece reflejarse en que el mayor número de afectadas son estudiantes, y lo segundo, que el

siguiente lugar corresponde a las amas de casa. Es importante precisar que no es despreciable el contingente de desocupados que figuran en tercer lugar. Acá también habría un correlato con los distritos de procedencia, entre los que va apareciendo uno con gran pobreza y marginalidad como es San Juan de Lurigancho.

En cuanto a las características clínicas, se ratifica que el principal fenómeno subyacente en los intentos de suicidio es el espectro depresivo en sus diversas formas, y entre los diagnósticos de ansiedad parece claramente el estrés postraumático, como lo han reportado autores interna y externamente.^{5,6,7,8,9,10,11} Se reitera, también que uno de los grandes elementos asociados con la depresión es el trastorno, generalmente borderline de personalidad y el abuso de alcohol, ansiolíticos y sustancias psicoactivas. Cabe remarcar que la mujer es más vulnerable al intento suicida

por determinadas condiciones propias de su género o fisiología, como el síndrome disfórico premenstrual, aborto, uso de anticonceptivos, etc.

En referencia al motivo, se ha observado leves variaciones, y respecto al método utilizado, salvo un aumento en las heridas cortantes, tampoco hay grandes variaciones, así como tampoco las hay en cuanto a los antecedentes de suicidalidad personal, agregándose el componente familiar, así como otros factores de riesgo cada vez más claros como la ausencia temprana del papá y la marca reciente de un ataque físico o sexual, ya comentado para el caso de nuestra u otras poblaciones.

Finalmente se ha encontrado que la madre sigue siendo la figura más importante en el acompañamiento al paciente intentador, que en la mayoría de veces acude desde su domicilio, o en menos frecuencia es referido de una institución hospitalaria general donde fue atendido para su primer auxilio.

CONCLUSIONES

Con este marco de referencia, se puede reafirmar que el perfil de los pacientes atendi-

dos por intento de suicidio en el IESM HD-HN, el año 2003, está dado por las siguientes características: son damas, cada vez más jóvenes, predominantemente solteras, de educación secundaria o superior, procedentes de distritos empobrecidos, que acuden mayormente desde su domicilio en compañía de su madre, y que cursan con estados depresivos, generalmente comórbidos con trastornos de personalidad, fundamentalmente borderline, abuso de sustancias, trastorno premenstrual o bulimia, que han tenido problemas con su pareja o a nivel familiar, que previamente ya habían intentado, en casi la mitad de veces, contra su vida, que tienen, además, antecedentes familiares y personales de haber sido violentadas física y sexualmente, o que presentan interurrencias propias de su género, ya sea abortos, uso de anticonceptivos, etc., y que han usado en su mayoría sobredosis de fármacos.

Todo este panorama amerita una aproximación rápida, consistente y permanente, ante la tendencia a incrementarse el fenómeno suicida, de parte de los representantes con poder de decisión, los interactuantes, el equipo multiprofesional, la familia, y el grupo social que puedan brindar un apoyo cohesionado ante una desintegradora amenaza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vásquez F. y cols. Estudio del intento de suicidio atendido en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi. *Anales de Salud Mental*, 1997, Vol. XIII Nos. 1 y 2, pp 59-85, Lima-Perú.
2. Vásquez F. y cols. Estudio prospectivo de pacientes con intento de suicidio que recibieron atención en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi (1996-1998). *Anales de Salud Mental*, 1998; Vol. XIV Nos. 1 y 2, pp 77-84, Lima-Perú.
3. Oficina de Estadística e Informática del IESMH. Delgado-H. Noguchi, Programa de Prevención del Suicidio. Registro de Intentos de Suicidio año 2002, Lima-Perú.
4. Programa Local de Prevención del Suicidio. Instituto Nacional de Salud Mental "H. Delgado-H. Noguchi", 1996, Cuaderno de Trabajo, Lima-Perú.
5. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Enfermedades Mentales en Población de Lima y Callao (Depresión y Suicidio). *Anales de Salud Mental*, 2002; Volumen Especial, IESMH. Delgado-H. Noguchi, Lima-Perú.
6. Vásquez F. et al. Risk factors for suicide attempt identified in Emergency Room outpatients (1998-2000). *National Institute of Mental Health H. Delgado-H. Noguchi*, 2001; CP2-061, pp 72, Collegium International Neuro-Psychopharmacologicum, Regional Meeting, Oct, 2001, Hiroshima, Japan.
7. Vásquez F. et al. Daily Violence Consequences seen in Psychiatry Emergency Room, P.4.E. 097, *The International Journal of Neuro-Psychopharmacology*, Vol. 5, suppl. 1, June, 2002, Montreal, Canadá.
8. Vásquez F. et al. Sexual Violence and Suicidal Behavior, 2002, P.4.E. 096. *The International Journal of Neuro-Psychopharmacology*, Vol, 5 Suppl 1, June 2002, Montreal, Canadá.
9. Cordero J., Franklin A. Factores de riesgo del Intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de Emergencia de cinco Hospitales Generales del Municipio de Managua, ago-oct, *Psiquiatría* 2000, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
10. Castro-Morales J. M. Intentos de suicidio atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Villa Hermosa". *Salud*. 2001, Tab. 7. Vol. 1:363-365.
11. Gómez C, Borges G. Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida 1966-1994. *Salud Mental*, México, 1996, Vol. 19, No. 1.
12. Durand D., Mazzotti, G., Vivar A. Intento de Suicidio y depresión mayor en el Servicio de Emergencia de un Hospital General, *Rev de Neuro-Psiquiatría*, 1999, 62: 226-41.
13. Vásquez F. y cols. Los vómitos que proximan a la muerte. El complejo problema de la bulimia y el intento de autoeliminar-se. *Rev. de Neuro-Psiquiatría*, 2004; 67(3-4): 249-256.
14. Vásquez F. y cols. Algunas consideraciones del fenómeno suicida en la mujer peruana, *Gestión Médica*, oct. 2000, Lima-Perú.

15. Vásquez F. et al. A contribution to Genetic Factor in suicidality based on family history of suicidal behavior, P. 60, pp 76 Annual Journal of Medical Genetics, Vol, 14, Numb. 7 oct., 2002.
16. Vásquez F. y cols. Prevalencia de alucinaciones auditivas comandatorias en pacientes que intentaron suicidarse. Asociación Psiquiátrica Peruana, 2003. Libro de Resúmenes del Congreso Internacional F. Sal y Rosas, nov. 2002.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, 1994, American Psychiatric Association, USA. EN Kaplan B., Sadock, Texto de Psiquiatría, 2000, N. York