



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO

MUERTES POR INTOXICACIONES EVALUADAS COMO SUICIDIOS

AUTORES:

Br. Aldaya, Andrea
Br. Ascheri, Fabián
Br. Bovino, Luis
Br. Farto, Dahiana
Br. González, Ma. Noel

TUTORES:

Lic. Enf. Bracco, Alicia
Lic. Enf. Vellozo, Rosa

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2001

AGRADECIMIENTOS

- **Al Director de los Servicios Periciales – Morgue Judicial del Instituto Técnico Forense, Profesor Doctor Guido Berro Rovira por permitirnos llevar adelante, nuestra investigación en dicha dependencia.**
- **A la docente del departamento de Enfermería en Salud Mental Lic. en Enf. Graciela Curbelo.**
- **A la Presidenta de "Ultimo Recurso" Doctora Sívía Peláez por la información aportada y por su interés en la presente investigación.**

A todos ellos. Muchas gracias.

RESUMEN

Los diferentes tipos de intoxicación generan en el organismo cambios físicos y alteraciones psíquicas que pueden ser causales de graves secuelas en la persona, o aún llevarlo a la muerte.

Surge en los autores, motivados por las vivencias recogidas en la experiencia clínica durante el transcurso de la formación académica, la necesidad de conocer cual es el nivel de interacción existente entre intoxicación-suicidio, enfocando los datos recogidos desde el punto de vista estadístico.

Son motivo de análisis las muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidios consumados en el departamento de Montevideo en el período comprendido entre 1990 – 2000, cuyas autopsias fueron realizadas en la Morgue Judicial.

Se comenzó el presente estudio en forma exploratoria, encontrándose un total 2475 muertes evaluadas como suicidios. Luego de haber tenido una aproximación a la realidad se continúa con un estudio descriptivo. Del total, en 717 casos hubieron tóxicos presentes y de estos, 446 corresponden a muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidios.

Luego de una introducción al tema y de consideraciones generales, y una vez analizados los resultados, se estableció la frecuencia de las muertes por año, edad, sexo, estado civil, y patologías propiciadoras.

Se realizan conclusiones que motivan en los autores reflexiones sobre ésta forma de muerte violenta, así como ser punto de partida de futuras investigaciones.

INDICE

INTRODUCCION.....	pág. 1
TEMA.....	pág. 2
PROBLEMA.....	pág. 2
JUSTIFICACIÓN.....	pág. 2
OBJETIVO GENERALES.....	pág. 3
OBJETIVO ESPECIFICO.....	pág. 3
MARCO TEORICO.....	pág. 4
DISEÑO METODOLOGICO.....	pág. 22
PLAN DE ANALISIS.....	pág. 25
ANALISIS.....	pág. 43
CONCLUSIONES.....	pág. 46
COMENTARIOS.....	pág. 48
PROPUESTAS.....	pág. 50
BIBLIOGRAFIA.....	pág. 51
ANEXOS.....	pág. 52

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una investigación científica realizada por cinco estudiantes del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E) como requisito final de la carrera de Licenciatura en Enfermería, enmarcado en el Departamento de Adulto y Anciano.

Es un estudio de tipo exploratorio en el inicio y continua en forma descriptivo, con un corte transversal en el tiempo. La metodología empleada es cualitativa.

Se realizó con el fin de Conocer la magnitud del suicidio en los cuales se encontraron presentes tóxicos, en el departamento de Montevideo según los oficios del Instituto Técnico Forense, Morgue Judicial en el período 1990 - 2000.

Los objetivos generales planteados fueron:

- Conocer las características de la población que se suicida y emplea algún tóxico.
- Identificar lineamientos generales de actuación para enfermería a partir de la realidad que se encontrara.

Los objetivos específicos fueron:

- Describir el número total de muertes refutadas como suicidios y su relación con los suicidios en que se hayan presentes tóxicos, en el período comprendido entre 1990 y 2000, según los oficios del Instituto Técnico Forense, Poder Judicial del departamento de Montevideo.
- Identificar el grupo etéreo, sexo, estado civil y antecedentes patológicos predominantes.

Lo que nos motivo a abordar este problema, ha sido la tendencia en también la disparidad de información epidemiológica de suicidios en Uruguay.

Los datos fueron recogidos del Instituto Técnico Forense - Morgue Judicial en forma manual mediante la revisión de oficios de la Morgue Judicial, utilizando un instrumento elaborado con dicho fin.

La ejecución de la investigación se llevo a cabo en la Morgue Judicial del departamento de Montevideo.

Se seleccionó una muestra de 446 casos de muertes por intoxicación evaluadas como suicidios.

Los datos obtenidos se analizaron a través de estadística descriptiva, para luego concluir sobre los resultados.

Al alcanzar los objetivos planteados fue posible lograr un acercamiento al problema

TEMA

"MUERTES POR INTOXICACIONES EVALUADAS COMO SUICIDIOS"

PROBLEMA

Conocer la magnitud del suicidio en los cuales se encontraron presentes tóxicos, en el departamento de Montevideo según los oficios del Instituto Técnico Forense – Morgue Judicial en el período 1990 – 2000.

PALABRAS CLAVES

1. Suicidios: Quitarse voluntariamente la vida.
2. Magnitud: Grandeza o importancia de una cosa.

JUSTIFICACIÓN

Se ha decidido abordar esta problemática por diversas inquietudes y vivencias recogidas en la experiencia clínica a lo largo de nuestra formación académica. Con el fin de lograr una aproximación a la realidad de nuestro país en cuanto al número de suicidios y suicidios en los que participaron tóxicos principalmente, debido a que en la mayoría de los casos presenciados en la experiencia clínica en los intentos de autoeliminación, se observó su presencia y la bibliografía consultada que afirma que el 10 % de los intentos finalmente terminan consumados.

Hemos decidido entonces abordar el tema según diversas variables que elegimos para estudiar.

Luego de tener dicha aproximación, confrontarla con el perfil que muestra la bibliografía consultada y elaborar conclusiones y perfiles para cada grupo etáreo; así como también ofrecerla para futuras investigaciones o comparaciones ya que no se cuenta con investigaciones nacionales ni datos epidemiológicos concretos, al mismo tiempo la información obtenida es dispar entre el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud.

Conocemos antecedentes que en países como Puerto Rico existen Programas de Prevención del suicidio en funcionamiento. En nuestro país hay una organización que trabaja en la prevención del suicidio hace once años con el fin de crear un Programa Nacional de Prevención del Suicidio, consideramos que es muy importante para

nuestra profesión abordar este tema dado que brindara información con la que cooperaremos en la creación de dicho programa a nivel nacional.

Por otro lado es muy útil conocer el tema en el momento que se brinda atención a usuarios con las características que se describirán y como profesionales al frente de la dirección de un servicio en equipo multidisciplinario. Consideramos que esta es un área en la que aún no hemos adquirido las herramientas adecuadas para abordar la problemática que a nivel mundial se observa que va en aumento por lo que afirmamos que con este estudio estamos cooperando con el marco de conocimientos de nuestra profesión.

OBJETIVOS GENERALES

1. Conocer las características de la población que se suicida y emplea algún tóxico.
2. Identificar lineamientos generales de actuación para enfermería a partir de la realidad que se encontrara.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el número total de muertes refutadas como suicidios y su relación con los suicidios en que se hayan presentes tóxicos, en el período comprendido entre 1990 y 2000, según los oficios del Instituto Técnico Forense, Poder Judicial del departamento de Montevideo.
2. Identificar el grupo etáreo, sexo, estado civil, antecedentes patológicos predominantes.

MARCO TEORICO

SUICIDIO

El suicidio es la acción de quitarse la propia vida intencionadamente. Históricamente, el suicidio ha sido una solución ante los grandes obstáculos o decepciones de la vida.

El suicidio puede entenderse desde diferentes perspectivas: desde la perspectiva religiosa, filosófica y sociológica, hasta la psicológica y biológica.

Históricamente, el significado del suicidio ha reflejado la tradición religiosa de una cultura determinada. La tradición judeo-cristiana ha mantenido que la vida es un don de Dios y que está estrictamente prohibido ponerle fin. Estas influencias siguen existiendo y es posible que contribuyan a una menor tasa de suicidio en los países tradicionalmente católicos como Italia, España e Irlanda.

Más recientemente, la filosofía laica ha influido en la forma cómo se considera el suicidio en nuestra sociedad.

El respeto a la voluntad y los derechos del individuo ha llevado a considerar el suicidio como un acto racional, una elección de la muerte frente al dolor. Esta perspectiva ha llevado a la aparición de movimientos que apoyan el suicidio como un derecho de los pacientes terminales, llegando incluso a la eutanasia.

El aspecto crítico que debe afrontar en la clínica es que el suicidio sea un acto «racional». ¿Puede constituir un acto racional en una persona que padece una enfermedad psiquiátrica? La inmensa mayoría de los suicidios, más del 90%, se dan en sujetos que presentan trastornos psiquiátricos en el momento de cometer el acto (Black y Winokur, 1990; E. Robins y cols., 1959).

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DEMOGRÁFICOS

El conocimiento de los factores demográficos y epidemiológicos implicados en el suicidio es indispensable para que se pueda llevar a cabo la evaluación del paciente suicida.

El suicidio constituye la novena causa de muerte más importante en Estados Unidos, con 30.000 fallecimientos cada año. Esta tasa es de casi el 11,6 por cada 100.000 habitantes. A pesar de los programas de prevención del suicidio, el aumento de la capacidad de detección de la depresión, la hospitalización y los avances en los tratamientos biológicos de la depresión, la tasa global de suicidio no se ha modificado en las últimas décadas: sigue siendo de 11-12 por cada 100.000 habitantes (Sainsbury, 1986 b; Stevenson, 1988).

Uno de los escasos factores que se han identificado y se correlacionan con la tasa global de suicidio es la disponibilidad de medios para cometerlo.

Esta correlación se demostró por primera vez en Inglaterra a principios del siglo XX: cuando se redujo la toxicidad producida por el gas de consumo doméstico, la tasa de suicidios disminuyó paralelamente. La disponibilidad de armas de fuego también parece correlacionarse con el riesgo de suicidio.

Aunque la tasa global de suicidio ha permanecido constante a lo largo de las últimas décadas, han cambiado las tasas entre los diferentes subgrupos de edad, sexo y raza.

El aumento tan divulgado del suicidio entre los adolescentes y los jóvenes parece compensarse con una disminución en los adultos de mayor edad (L. N. Robins y Kulbok, 1988); sin embargo, las tasas de suicidio entre los ancianos siguen siendo elevadas.

Un estudio realizado permite ver un análisis de las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes según la raza, el sexo y la edad. Las tasas en las mujeres blancas y negras son relativamente constantes y bajas con respecto a las de los varones.

En los varones negros, la tasa es máxima entre los 20 y los 40 años, luego disminuye y vuelve a aumentar después de los 75 años. Finalmente, y de forma sorprendente, la

elevada tasa de suicidios consumados en los hombres blancos, que es inicialmente máxima entre los 20 y los 40 años, se estabiliza entre los 40 y los 65 años, y después vuelve a subir rápidamente. La tasa de suicidios es muy elevada en los varones blancos a partir de los 85 años (50 suicidios por cada 100.000 habitantes). También se observaron los factores demográficos generales de personas con bajo y alto riesgo de suicidio consumado.

Los pacientes de menos de 45 años tienen un riesgo bajo en comparación con los de edad superior a los 45 años; las mujeres presentan un riesgo bajo con respecto a los varones.

En cuanto al origen étnico del individuo, numerosos estudios demuestran que los caucásicos tienen el riesgo más elevado de suicidio, seguidos de los indios americanos, los afro americanos, los hispanos americanos y los asiáticos americanos.

Los pacientes que viven acompañados o que están casados presentan un riesgo menor con respecto a los pacientes que viven solos, están divorciados o son viudos. La buena salud se correlaciona con un riesgo bajo y la mala salud con un riesgo elevado.

EPIDEMIOLOGÍA DEL URUGUAY

Estudios nacionales del trienio 1965 – 1967 ocurrieron 335 casos de suicidio en Montevideo, lo que corresponde a un tasa de 18,25 por cada 100.000 habitantes (tasa promedio anual 6,08) según el estudio realizado por Puppo Touriz, H; Murguía, D 1968.

Un estudio posterior arrojó 340 suicidios para el trienio 1975 – 1977, lo que corresponde a una tasa de 26,49 por cada 100.000 habitantes (tasa promedio anual 8,83). Puppo Touriz, H; Murguía, D; Soiza, A, 1979. En 1980 se catalogaron como suicidios consumados que no dejaron dudas diagnósticas, 60 casos. Berro, G; Puppo Touriz, H; Soiza, A. 1983.

En 1988 se catalogaron como suicidios 93 casos, una tasa de 7,08 por 100.000 habitantes. Berro, G; Bovino, L; Balbela, B. 1988.

En el trienio 1989 – 1991, se realizó un estudio sobre suicidios por proyectil de arma de fuego donde ocurrieron 210 casos de suicidios por arma de fuego. Berro, G; Bovino, L; Balbela, B. 1991.

Posterior a estos datos no se cuenta con otros estudios nacionales.

CONTINUO DE RESPUESTAS CONDUCTUALES

Según la jerarquía de Maslow, la seguridad y la protección son los requisitos fundamentales de la vida. Los individuos se comportan de muchas maneras para asegurarse estas necesidades básicas. Ciertas personas presentan comportamientos que favorecen su desarrollo, mientras que otras inician un viaje hacia la autodestrucción. Los comportamientos adaptadores conducen a una mayor comprensión y aceptación de sí mismo, mientras que las respuestas auto protectoras mal adaptadas, si no se modifican, pueden llevar a una autodestrucción velada o manifiesta.

Las conductas autodestructivas suelen adoptar dos formas: directas o indirectas. Las conductas autodestructivas directas comprenden cualquier forma de conducta suicida activa, como son las amenazas, las actitudes o los intentos de acabar intencionadamente con la propia vida. En este caso, el individuo es consciente y pretende alcanzar el resultado deseado: la muerte. Aunque la persona pueda vacilar entre el deseo de vivir y la necesidad de morir, sus comportamientos transmiten el deseo activo de acabar con su sufrimiento actual.

Sin embargo, son mucho más numerosos los que adoptan conductas autodestructivas indirectas, que son las reacciones de autoprotección más sutiles. Las conductas autodestructivas indirectas comprenden cualquier comportamiento o acción que pueda acabar en una afectación o destrucción del bienestar individual. En este caso. Las personas no tienen realmente la intención de acabar con sus vidas. Pueden no ser conscientes del riesgo de auto lesión que corren cuando adoptan estas actitudes y niegan que exista peligro, incluso cuando se enfrentan a él. Ejemplos de conductas autodestructivas indirectas son el abuso de sustancias químicas, la ocupación en actividades inadecuadas o peligrosas y la falta de disposición para modificar los pensamientos y actos negativos. Dado que muchas de estas conductas son legales o están socialmente aceptadas, las personas no perciben su posible fesividad.

Cuando el continuo de respuestas de autoprotección se desplaza más hacia comportamientos mal adaptados, las conductas autodestructivas indirectas progresan hacia intentos activos de autolesionarse. Las auto lesiones recuerdan a los individuos que aún están vivos. El dolor les sirve para recordar su conexión con el cuerpo y el mundo físico.

La última y fundamental respuesta mal adaptada de autoprotección es el suicidio, el final de la propia vida. Aunque los intentos de suicidio reciban la mayor parte de la atención, quienes adoptan conductas autodestructivas indirectas tienen exactamente el mismo riesgo de suicidio que los individuos que intentan de hecho acabar con sus vidas.

MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Continúan existiendo gran número de medias verdades y concepciones erróneas sobre el suicidio, a pesar de los esfuerzos educativos que se realizan para fomentar una comprensión exacta del problema. Aunque el suicidio ha acompañado al ser humano durante toda su existencia, los esfuerzos para entender su naturaleza han sido escasos hasta el comienzo del siglo XX.

En la actualidad aún existen muchas ideas falsas relativas al suicidio, en la tabla siguiente se explican algunos de estos mitos y se ofrecen algunos hechos para facilitar una reflexión más precisa sobre la naturaleza del suicidio

Mitos y hechos relativos al suicidio

MITO	HECHO
<ul style="list-style-type: none"> Las personas que hablan de él no se suicidaran. No hay que tomarse enserío las amenazas del suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las personas comunican sus intentos verbalmente, por escrito, a través del arte o por sus comportamientos.
<ul style="list-style-type: none"> Un intento de suicidio fallido es un comportamiento manipulador. 	<ul style="list-style-type: none"> La manipulación no suele ser uno de los factores del suicidio.
<ul style="list-style-type: none"> Las personas que realmente piensan en suicidarse no dan pistas. 	<ul style="list-style-type: none"> Muchas personas avisan de su intento con detalles como poner orden en sus asuntos, deshacerse de sus posesiones o estar preocupados con la muerte.
<ul style="list-style-type: none"> Es perjudicial discutir el tema del suicidio con los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de los suicidas necesitan sentirse aceptados y recibir apoyo emocional; discutir la cuestión demuestra interés y preocupación.
<ul style="list-style-type: none"> Sólo los psicóticos o los deprimidos se suicidan. 	<ul style="list-style-type: none"> La depresión es un factor de alto riesgo para el suicidio, pero no todos los suicidas están deprimidos. La patología mental es un factor de riesgo para el suicidio.
<ul style="list-style-type: none"> El suicidio sólo se producen entre las 	<ul style="list-style-type: none"> Aunque la pobreza es un factor de riesgo, el

clases socio económicas inferiores, entre los pobres.	suicidio ocurre en todas las clases socio económicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Los jóvenes nunca se suicidan. 	<ul style="list-style-type: none"> • La conducta suicida es la causa fundamental de hospitalización psiquiátrica entre los jóvenes. Incluso niños de cuatro años pueden suicidarse.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando las personas muestran signo de un mejor ánimo, la amenaza de suicidio ha pasado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los deprimidos suelen mostrar una mejoría de su estado de ánimo, de sus actitudes y de sus conductas antes de matarse, dado que ya han tomado la decisión.

FACTORES QUE INFLUYEN EL SUICIDIO

Nadie sabe exactamente por qué una persona escoge el suicidio, pero lo cierto es que existen influencias culturales, sociales e individuales. Las leyes, las costumbres, los valores y las normas suele incluir en concepto de suicidio.

En algunas culturas el suicidio se consideraba una honrosa expiación de las transgresiones cometidas durante la vida. También las religiones influyen sobre el suicidio dado que en algunas el mismo es justificado y en otras está totalmente prohibido.

Dentro de los numerosos factores sociales es fundamental entre ellos la sensación de aislamiento social que padecen los miembros de las sociedades de ritmo acelerado, basadas en el cumplimiento de metas. Los sistemas de apoyo familiar y social han quedado reducidos en un momento en el que la movilidad, la política y la economía alejan a las personas de la única seguridad y protección que han conocido.

El apoyo emocional y frecuentemente físico de los vecinos amables y los amigos se ha visto sustituido por el apoyo genérico y prefabricado de unos sistemas gubernamentales masivos y complejos. La delincuencia y otros actos agresivos obligan a las personas a desconfiar de las intenciones de sus vecinos y atrincherarse tras sus puertas cerradas o en vecindarios seguros, pero el precio de la seguridad es el aislamiento, con la consiguiente sensación de desesperanza.

La incapacidad de satisfacer las necesidades básicas influye enormemente en la incidencia del suicidio. El riesgo de suicidio de las personas sanas, así como las enajenadas, se dispara cuando no se es capaz de satisfacer las necesidades de comida, refugio y vestimenta. La pobreza y la falta de hogar llevan a la larga a la depresión y la desesperanza. El suicidio se convierte en una alternativa aceptable cuando uno se encuentra permanentemente hambriento, pasa frío, está enfermo o vive con miedo.

La disponibilidad de armas, sobre todo de armas de fuego, se ha demostrado como factor significativo respecto de la frecuencia de suicidios.

El estado de salud o de enfermedad influye en las ideaciones suicidas. El deterioro que se asocia a la vejez puede producir depresión y sentimientos de inutilidad. Las tasas de suicidios crecen cuando la edad, los achaques y las enfermedades dejan sentir sus efectos.

La aparición del VIH/SIDA ha tenido una enorme repercusión en la tasa de suicidio de muchos países. La filosofía de la "muerte digna" ha influenciado a muchos de los afectados por el SIDA, que desean escoger el momento y el lugar para morir. Esta forma de suicidio se denomina "suicidio racional" porque la elección de poner fin a la propia vida se realiza a partir de un juicio bien fundado, libre y racionalmente.

Muchos otros factores sociales influyen en la cifra de suicidios que se registran en una sociedad. El número, la disponibilidad y el tipo de recursos que la sociedad destina a promover la salud y tratar la enfermedad influyen en la salud mental y física de la misma. Sin estos recursos y el apoyo que ofrecen, las presiones de la vida pueden abrumar y acabar con los ciudadanos menos afortunados. Es preciso prestar atención

a los cambios sociales porque en ellos existen indicios para el cuidado de los pacientes que están pensando en acabar con sus vidas.

PARASUICIDIO O INTENTO DE AUTO ELIMINACIÓN

El comportamiento autodestructivo y las tentativas de suicidio no fatales, aunque difíciles de clasificar, se han englobado en el concepto de parasuicidio o intento de *autoeliminación*.

Es importante distinguir entre parasuicidio y suicidio consumado: los pacientes parasuicidas generalmente admiten que los medios utilizados no son letales y presentan características diferenciadas de aquellos con un comportamiento suicida letal. Moscicki (1989) refirió que la tasa anual de intentos de suicidio hallada en el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) del National Institute of Mental Health (NIMH) superaba los 18.000 habitantes en Estados Unidos.

Pese a que las tasas variaban según las comunidades estudiadas, la tasa global fue del 0,3%. Extrapolando a partir de la tasa de suicidios consumados (12 por 100.000 habitantes), se estima que se dieron aproximadamente 23 intentos por cada suicidio consumado.

A continuación se hace referencia a diferencias globales entre las personas que han llevado a cabo tentativas de suicidio y en las que se ha consumado.

Los intentos son más frecuentes en las mujeres, mientras que la consumación es más probable en los varones. Las tentativas son más frecuentes en los jóvenes (con menos de 35 años), mientras que la consumación es más frecuente en personas de edad avanzada (a partir de los 60 años).

Los métodos de las tentativas tienden a ser de baja letalidad (p. ej., el conocido intento de ingerir un número de pastillas inferior a la dosis mortal o las laceraciones en la muñeca) en comparación con métodos altamente letales, como las armas de fuego o el ahorcamiento. El entorno también diferencia las tentativas de las consumaciones. El paciente que lleva a cabo el intento de suicidio en su casa o en otro lugar donde puede ser descubierto contrasta con el paciente que escoge un entorno aislado en el que las posibilidades de rescate son escasas. El método y el entorno son muy importantes para determinar la relación imaginaria del riesgo de rescate: cuanto mayor es la relación, más grave y potencialmente mortal es el intento. Finalmente, se ha observado que determinados diagnósticos psiquiátricos en pacientes suicidas se asocian con la tentativa o a la consumación. Los pacientes suicidas con trastornos adaptativos y de la personalidad son más propensos a realizar tentativas no mortales, mientras que los potenciales suicidas con trastornos del estado de ánimo, psicosis y problemas de abuso de sustancias tienden a consumarlo.

No puede olvidarse la importancia del parasuicidio, ya que el 10% de los sujetos que realizan tentativas de suicidio finalmente acaban consumando el acto.

DINÁMICA DEL SUICIDIO

Los intentos de suicidio tienen una profunda repercusión en la vida de las personas, las familias, los amigos y la sociedad. Cuando el número de suicidios es significativo, la sociedad se resiente. Dado que los seres humanos funcionan dinámicamente en diversas esferas o dimensiones, es importante considerar el suicidio desde una perspectiva holística.

CARACTERÍSTICAS DEL SUICIDIO

El suicidio es un acto con significado individual. Las auténticas razones para tal proceder sólo los conoce el individuo. Sin embargo, es probable que sean más de uno los motivos que empujen a una persona al suicidio.

En la dimensión física, las ideas suicidas producen muchos de los cambios bioquímicos corporales que aparecen en la depresión. Es habitual que los suicidas ni coman ni beban ni descansen lo suficiente como para conservar los niveles de energía necesarios.

El método elegido para suicidarse varía según el sexo. Los hombres prefieren confiar en las armas de fuego, ahorcamiento o ahogarse, en tanto que las mujeres prefieren las sobredosis de pastillas o la inhalación de monóxido de carbono.

La dimensión emocional del suicida está repleta de sentimientos de ambivalencia, culpabilidad, cólera, agresividad, desamparo y desesperanza. La ambivalencia es un estado en el cual el individuo experimenta sentimientos, actitudes o impulsos en conflicto. Para el suicida, la lucha se produce entre la auto preservación (vida) y la autodestrucción (muerte). Es frecuente que los suicidas amenacen con suicidarse y a continuación, busquen tratamiento, expresando conductualmente sus sentimientos de ambivalencia.

En los suicidas, la ira y la agresividad se dirigen hacia sí mismo. El temor a ser abandonado o rechazado se suma a esta dinámica. Muchas personas que se sienten atrapadas en frustrantes relaciones de dependencia suelen reaccionar con una rabia que se vuelve contra ellas mismas en forma lesiva.

La culpabilidad también puede llevar al suicidio. Los suicidas cargan con la culpa del mundo. Se sienten pecadores y sostienen la creencia de que deben haber hecho algo muy malo para merecer sus desgracias. Suelen exagerar su culpabilidad personal hasta que la única manera de subsanar sus propias transgresiones consiste en ofrecerse como sacrificio final.

Para el suicida, la dimensión emocional queda marcada por abrumadores sentimientos de desamparo y desesperanza. Nada de lo que intenta hacer sale como esperaba. El mismo se vuelve incapaz de funcionar emocionalmente. La vida se torna poco prometedora y desesperanzada, ya que su significado y propósito escapan al control del suicida. Su autoestima se hunde hasta el nivel más bajo posible.

En la dimensión intelectual, el intenso sufrimiento emocional del suicida le lleva a pensamientos deformados y a ideas de auto frustración. El yo tiende a devaluarse, a valer poco. Todo se vuelve sombrío y depresivo, lo que lleva a una visión negativa y pesimista del futuro. El diálogo interno se vuelve auto demotista, lo cual se traduce rápidamente en conductas negativas. El pensamiento se centra en uno mismo en vez de orientarse a la resolución de los problemas. ¿Por qué continuar cuando el futuro parece tan poco prometedor?

La dimensión social del funcionamiento incluye la visión que el suicida tiene de los demás. Muchos suicidas suelen depender de la retroalimentación de los demás para reafirmar su propio valor. La autoestima de esta población es muy baja. Sus sentimientos de inferioridad, de ser menos que los demás, interfieren en sus relaciones sociales y les llevan al aislamiento y a la soledad que suelen acompañar al suicida.

En la última área de funcionamiento, la dimensión espiritual, los suicidas luchan con los dilemas culturales, religiosos y éticos que se asocian con la propia aniquilación. Muchos responden culpando a otras personas, a la sociedad o a sus prácticas espirituales. Otros "hacen las paces" con sus parcelas espirituales y alcanzan la tranquilidad y serenidad espiritual antes de suicidarse. Hay personas que creen que se reunirán con sus seres amados en una nueva vida tras abandonar su realidad.

TIPOS DE MOTIVACIÓN

Las personas están motivadas o movidas a quitarse la vida por diversas razones. Sin embargo, todos los suicidas parecen compartir dos puntos de vista principales. El primero está relacionado con un trastorno profundo, intrínseco, personal, de desesperanza, desesperación, escasa autoestima y sensación de estar atrapado. El otro se describe como una lógica según la cual los suicidas consideran un acto como un camino para librarse de las miserias de esta vida en contacto con una sensación de inmortalidad o con una vida más allá de la están dejando atrás.

Existen diversos tipos de motivaciones para el suicidio. El primer motivo de la conducta suicida se denomina "grito de socorro". Lo más habitual es que los suicidas se debatan entre el deseo de vivir y la necesidad de morir. Se sienten atrapados, enredados y rodeados por una situación para la cual no creen que exista otra vía de escape. Matarse se percibe como un intento de escapar y tomar el control, y hacer algo por la propia vida. Estos individuos transmiten su necesidad de un tipo especial de ayuda, el tipo de ayuda que transformará radicalmente su vida y que acabará con la vieja existencia. El segundo motivo para considerar el suicidio es el rechazo a aceptar una menor calidad, estilo o ritmo de vida. Este motivo lleva a las personas a cometer un "suicidio racional". Valoran su situación de un modo claro y racional, consideran todas las opciones y deciden a continuación dar los pasos para acabar con sus vidas. La decisión de suicidarse se percibe como una solución lógica.

La tercera motivación tiene que ver con la necesidad de afirmar la propia alma. Estas personas creen que existen valores más importantes que la vida y que el suicidio es un camino para llenar la propia existencia.

La cuarta motivación suicida es liberar la angustia que producen las situaciones que amenazan la integridad de la persona.

Finalmente, están los individuos preocupados por el suicidio casi como una forma de vida. Obtienen bienestar al saber que controlarán el momento y las circunstancias de su muerte" (Starck y McGovern, 1992). Estas personas no suelen estar dispuestas a aceptar la vida si no es bajo sus propios términos. Fijan sus condiciones de vida y rechazan continuar viviendo salvo en esas condiciones. Frecuentemente, el suicidio es la única forma de conseguir ese control auténtico que creen tener.

TEORÍAS SOBRE EL SUICIDIO

Dado que el suicidio es un paso final, es difícil comprender todos los factores que llevan a tomar la decisión de acabar con la propia vida. El estudio de la naturaleza del suicidio se denomina suicidiología. Diversas teorías pretenden explicar los orígenes de la conducta suicida.

La *teoría psicoanalítica* afirma que todos los seres humanos tienen en su interior un instinto de vida y no de muerte. Los suicidas experimentan una gran ambivalencia entre su deseo de vivir y su deseo de morir. La cólera se vuelve contra ellos mismos y cuando los acontecimientos estresantes de la vida activan sus deseos de muerte, el suicidio se convierte en una opción.

La *teoría sociológica* considera la relación que existe entre el número de suicidios un área determinada y las condiciones sociales de la misma. Estos teóricos creen que las tasas de suicidio se ven afectadas por el apoyo del grupo (o la ausencia del mismo), las transformaciones sociales, las leyes, la religión, las sanciones o prescripciones legales y las creencias filosóficas. En resumen, las teorías sociológicas analizan la repercusión de los factores sociales sobre el suicidio.

La última teoría es la *teoría interpersonal*, desarrollada por H.S. Sullivan. En esta, el suicidio se contempla como la consecuencia de un defecto en el manejo o en la resolución de los conflictos interpersonales (Sullivan, 1968).

Estas tres teorías constituyeron en gran medida las bases para estudios sobre la naturaleza del suicidio. Sin embargo, las investigaciones recientes sobre la naturaleza sicobiológica del ser humano están poniendo de manifiesto muchos datos nuevos sobre el suicidio y sus motivaciones.

La depresión, la ansiedad y los comportamientos impulsivos son habituales entre los suicidas. Dado que los científicos son capaces actualmente de estudiar la estructura y las funciones del cerebro humano vivo, se están descubriendo rápidamente nuevas conexiones entre las actividades físicas y las conductuales.

La ansiedad y la depresión suelen ser los desencadenantes de las ideas suicidas. Los investigadores han demostrado que cuando ciertos neurotransmisores no están equilibrados, los seres humanos tienen dificultades para regular sus estados de ánimo, por ejemplo se han observado irregularidades en el sistema de la serotonina, en personas deprimidas y en suicidas.

TIPOS DE CONDUCTAS DE SUICIDIO

Desde el punto de vista psicológico se han establecido distintos tipos de conductas suicidarias:

- Suicidios escapistas: son aquellos cuya motivación es salir (huir hacia la muerte) de una situación insostenible, como por ejemplo el dolor de una pérdida, sentimientos de culpa, melancolía, etc.
- Suicidios agresivos: una cierta agresividad hacia los demás acompaña generalmente una acción autoagresiva del suicida. Por ejemplo, una venganza "moral" (provocando remordimiento en los demás); como chantaje ("amenazas"); como avisos (señal de alarma) de hasta donde puede llegar para conseguir lo deseado.
- Suicidios oblativos: son los suicidios altruistas desde el punto de vista psicológico. Por ejemplo, el sacrificio (para alcanzar un valor juzgado como superior a la vida personal).
- Suicidios lúdicos: cuando el sujeto establece una relación de "coqueteo" con la muerte; por ejemplo conductas de gran riesgo; se da oportunidades para morir jugando con la vida. Una variante es la conducta de Ordalia ("Juicio de Dios"), el sujeto se arriesga para solicitar el "juicio de los dioses".

SUICIDIO Y TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Además de describir los factores sociales implicados en el suicidio, los estudios epidemiológicos han demostrado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados se dan en pacientes con enfermedades psiquiátricas identificables.

En el estudio clásico de E. Robins y cols. (1959) se demostró que el 94% de los sujetos que consumaron el suicidio padecían un trastorno psiquiátrico, fundamentalmente de carácter afectivo o alcoholismo. Más recientemente, Black y Winokur (1990) hallaron resultados similares basados en una revisión de estudios sobre suicidios consumados: el 90% de los sujetos que habían cometido suicidio presentaba un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte.

Un pequeño porcentaje de suicidios se dan en personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, un desastre económico o una pérdida de estatus social. También existe una alta incidencia de suicidios en pacientes no psiquiátricos con enfermedades terminales (p. ej., cáncer), pero sólo explican el 5% del total de suicidios. La inmensa mayoría se da en pacientes con trastornos psiquiátricos que, probablemente en muchos casos pueden ser tratados a corto plazo. Los tres factores restantes que

correlacionaban con el suicidio después del primer año de seguimiento, en los 9 años posteriores del estudio, ya se habían identificado en otros trabajos: antecedentes de tentativas de suicidio, ideación suicida y desesperanza. Estos hallazgos tienen una gran importancia clínica porque pueden ser modificados, lo que subraya a su vez la importancia de que los pacientes con trastornos del estado de ánimo reciban un tratamiento agresivo para su ansiedad, la angustia y el insomnio. Weissman y cols. (1989), en el análisis de su renombrado estudio ECA realizado con 18.011 adultos de Estados Unidos, encontraron que el 20% de los sujetos con trastorno de angustia y el 12% de los sujetos con crisis de angustia habían realizado tentativas de suicidio. Estos resultados no pudieron explicarse por la coexistencia de depresión o abuso de sustancias. Por el momento, si se debe señalar que los pacientes con ansiedad grave y crisis de angustia tienen un riesgo superior de suicidio, y se debe estar alerta ante esta posibilidad.

Suicidio y dependencia de sustancias

La dependencia de sustancias, ya sea del alcohol o de drogas de abuso, aumenta hasta cinco veces el riesgo de suicidio en un paciente. Es importante señalar que, aunque el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia en este grupo diagnóstico, la mayoría de los suicidios se dan en aquellas personas que abusan de múltiples sustancias.

Después de los trastornos del estado de ánimo, la dependencia de sustancias constituye el diagnóstico más frecuente realizado en las personas que cometen suicidio (Marzuk y Mann, 1988). Aproximadamente el 25% de los sujetos que se suicidan en Estados Unidos presentan alcoholismo (Murphy y Wetzel, 1990). Sin embargo, el abuso simultáneo de varias sustancias se asocia todavía más con el suicidio. En los últimos años, la prevalencia del consumo de cocaína en forma de crack ha aumentado de forma muy importante, con el consiguiente aumento de los suicidios relacionados con su abuso. En un estudio reciente sobre suicidios consumados en la ciudad de Nueva York, 1 de cada 5 individuos había consumido cocaína en los días previos al suicidio (Marzuk y cols., 1992).

Existen algunas características generales en las personas con dependencia de sustancias que cometen suicidio: tienden a ser varones jóvenes que consumen simultáneamente alcohol y otras sustancias, con antecedentes de sobredosis y trastornos psiquiátricos comórbidos, especialmente trastornos depresivos. Aunque el suicidio en personas que abusan de sustancias aparece tras muchos años de evolución de la enfermedad, tiende a darse de forma brusca, a menudo en las 6 primeras semanas de una pérdida interpersonal. Roy y cols. (1990) estudiaron a 298 sujetos alcohólicos que habían intentado suicidarse sin conseguirlo y compararon sus hallazgos con los resultados del suicidio consumado obtenido en otros estudios. Se encontraron varias similitudes entre las personas que abusaban de sustancias y cometían suicidio y los que realizaban tentativas, a saber: presencia de un diagnóstico psiquiátrico, especialmente depresión mayor, trastorno antisocial de la personalidad, abuso de múltiples sustancias, trastorno de angustia, trastorno fóbico o trastorno de ansiedad generalizada. Al igual que los que consumaban el suicidio, los que realizaban una tentativa tenían antecedentes familiares de alcoholismo y habían experimentado problemas relacionados con el alcohol a edades tempranas, generalmente poco después de los 20 años. La principal diferencia entre el grupo de pacientes que intentaron suicidarse en este estudio y los que lo consumaron en otros estudios es que las tentativas fueron más frecuentes en las mujeres. En el estudio de Roy y cols. (1990) con sujetos alcohólicos, el 30,6% de las mujeres intentaron suicidarse con respecto al 14,6% de los varones. El trastorno depresivo y el abuso de

sustancias constituyen una combinación especialmente letal, que subraya la importancia de detectar la depresión en el paciente alcohólico. Estos síntomas depresivos pueden ser el resultado de un trastorno afectivo subyacente, pero también de los efectos tóxicos directos del alcohol, de alteraciones en la función hepática y de la malnutrición, así como de síndromes cerebrales orgánicos secundarios a traumatismos craneales. Otro problema es que los pacientes con trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias comórbidos presentan un escaso cumplimiento de las pautas del tratamiento. Más aún, los trastornos psiquiátricos comórbidos, sobre todo los trastornos afectivos, a menudo son infratratados y, en consecuencia, aumenta la probabilidad de conducta suicida. Además del riesgo subyacente de suicidio que comporta la dependencia del alcohol, la intoxicación alcohólica aguda también a aumentar este riesgo. El alcohol y las sustancias pueden producir desinhibición y anulan las restricciones para el suicidio en un determinado individuo con dependencia de sustancias y, por tanto, actúan como precipitante agudo del suicidio. Además, la desinhibición y la escasa capacidad de juicio asociadas al estado de intoxicación pueden provocar comportamientos de alto riesgo, como accidentes de tráfico y sobredosis. En ocasiones se considera como un comportamiento suicida «accidental» presente en esta población. Estos suicidios accidentales no sólo se dan entre aquellas personas que conducen en estado de intoxicación, especialmente en accidentes en que se halla involucrado un solo vehículo, sino también en los peatones con intoxicación; se ha observado que un elevado porcentaje de los peatones fallecidos en un accidente de tráfico se encontraban en estado de intoxicación cuando éste se produjo.

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA CONDUCTA SUICIDA

Dado que el suicidio no constituye el diagnóstico de un problema específico, ¿cuáles son los factores psicológicos subyacentes?

Un factor central es el tema de la desesperanza.

Existe una elevada asociación entre la desesperanza y el riesgo suicida a largo plazo. Sin ser específica de la depresión, la desesperanza puede acompañar a la desmoralización en otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de ansiedad y enfermedades crónicas, incluyendo las enfermedades médicas. La evaluación de la desesperanza es uno de los aspectos clave en el tratamiento del paciente suicida.

Además de la desesperanza, Hendin (1991) ha identificado la desesperación como otro factor importante para el suicidio. La desesperación implica no solamente un sentimiento de desesperanza ante el cambio, sino también la sensación de que la vida es imposible sin dicho cambio. Se observó también que la culpabilidad es otro componente afectivo de la desesperación. En un estudio con veteranos de la guerra del Vietnam con trastorno por estrés posttraumático se observó que la culpabilidad era notable en los veteranos que mostraban comportamiento suicida. Este sentimiento nace del odio hacia uno mismo y de la necesidad de auto castigo, atribuible en parte a la percepción de culpa por las acciones cometidas durante el combate y en parte por la culpa de ser un superviviente.

La agresión y la violencia son importantes para entender el suicidio. La teoría psicoanalítica clásica postuló la importancia de la auto agresión en la conducta suicida. En los sujetos violentos estudiados, el suicidio solía asociarse con ataques de ira consciente y, por tanto, la ira debía interpretarse como un importante factor psicológico subyacente (Hendin, 1991).

Hendin (1991) ha revisado algunos de los significados comunes de la muerte atribuidos a los pacientes que cometen suicidio: muerte como reunión, reencarnación, abandono como represalia, venganza y auto castigo o expiación.

La fantasía de la reunión con un objeto perdido a través de la muerte puede justificar el fenómeno de los suicidios en los aniversarios, así como durante el duelo. La fantasía de la reencarnación se relaciona con la de identificación con el objeto perdido: los pacientes se perciben como incompletos en ausencia del objeto perdido y la reunión a través del suicidio se contempla como una forma de renacimiento.

La vergüenza y la humillación son dos factores que en ocasiones subyacen al suicidio. Determinados sujetos pueden considerar el suicidio como un mecanismo para guardar las apariencias tras sufrir una humillación social (p. ej., una pérdida súbita de estatus social o nivel económico).

Esta forma de suicidio es rara en sujetos que no sufren trastornos psiquiátricos.

Finalmente, los factores estresantes que predisponen al suicidio coinciden con las fases de desarrollo del ciclo vital (Rich y cols., 1991).

Tres factores estresantes habituales son: 1) el conflicto, la separación y el rechazo; 2) problemas económicos, y 3) enfermedades médicas. Con respecto a esto se observó que los conflictos interpersonales, las separaciones y el rechazo fueron los factores estresantes predominantes en adolescentes y adultos jóvenes. Aunque éstos siguen siendo factores estresantes importantes de los sujetos que consuman el suicidio en la etapa media de la edad adulta, los problemas económicos son el principal factor para el grupo con edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. En pacientes con más de 60 años, las enfermedades desempeñan un papel cada vez más importante, y se consideran el factor predisponente más significativo en los pacientes de más de 80 años.

EL SUICIDIO EN EL CICLO VITAL

SUICIDIO Y LOS NIÑOS

Aunque la depresión suele ser uno de los componentes del suicidio, en el caso de los niños puede no ser así.

Hay expertos que opinan que el suicidio en los niños suele ser más la consecuencia de un conflicto o de una desorganización familiar. Los niños se suicidan en un grito de socorro para cambiar sus situaciones o pueden tener un sincero deseo de morir. Los niños con auténticos problemas de salud mental, como trastornos de la conducta, de hiperactividad / déficit de atención o psicosis, tienen un mayor riesgo de suicidio que los demás. Dada la impulsividad de los niños, muchos de los suicidios infantiles no están proyectados. Es frecuente que la pérdida de un progenitor desencadene conductas suicidas en los niños en los que se fomenta el llanto. Los niños muy pequeños no pueden comprender el concepto de la muerte como estado permanente. Sus deseos de unión con su progenitor perdido pueden llevarle a conductas suicidas.

La clave para reconocer los signos de un intento de suicidio se haya en el cambio de conducta del niño. Cualquier niño cuyas actitudes o comportamientos se hayan modificados espectacularmente en un breve periodo de tiempo, en especial tras un acontecimiento o una situación estresante, es un candidato al suicidio.

SUICIDIO Y ADOLESCENCIA

La tasa de suicidio en la adolescencia ha aumentado de forma espectacular desde 1960, y en varones adolescentes (blancos y no blancos) casi se ha triplicado entre 1960 y 1980. El suicidio entre las adolescentes ha aumentado de dos a tres veces.

Los factores que pueden haber contribuido a este aumento son el mayor número de trastornos depresivos entre los jóvenes (la depresión grave es la característica más prevalente en el adolescente suicida), el aumento de la tasa de divorcios, la disolución del núcleo familiar y la disponibilidad de armas de fuego. Los varones tienen un riesgo superior a las mujeres, al igual que los blancos respecto al resto de las razas, en relación con el suicidio consumado. En un gran estudio con grupo control que utilizaba una metodología de autopsia psicológica se han identificado otros riesgos notables, derivados de problemas escolares, antecedentes familiares de conducta suicida, mala comunicación paterno filial y acontecimientos vitales estresantes (Gould y cols., 1996). La exposición al suicidio también puede ser un factor importante. En determinados individuos, la experiencia del suicidio de un miembro de su familia o de un amigo parece convertir este acto en más «permisible». Este fenómeno puede condicionar los suicidios «en grupo» que se observan en la juventud, aunque este punto sigue siendo controvertido.

Aunque existen factores ambientales y socioculturales implicados, la importancia de la psicopatología del suicidio en la juventud no puede sobreestimarse. En el adolescente, los diagnósticos principales son la depresión y el trastorno disocial, en especial con conductas antisociales.

La hostilidad, la agresividad y la agresión también se correlacionan con el suicidio. El suicidio en los adolescentes, al igual que en otras poblaciones, suele darse junto a hostilidad, no sólo hacia uno mismo, sino también hacia los demás.

En muchos casos se ha observado una correlación entre la tendencia al suicidio y la conducta agresiva en adolescentes cuando los padres presentan abuso de sustancias. La incidencia de conductas suicidas también está aumentando entre los niños y adolescentes con alguna enfermedad crónica. Por lo tanto es importante desde el punto de vista de enfermería la necesidad de valorar de manera sistemática en todos los pacientes la presencia de ideas suicidas, detectando los factores de riesgo que puedan pesar en la decisión de un adolescente de suicidarse.

SUICIDIO Y ADULTOS

El suicidio es un problema importante en la edad adulta, sobre todo entre varones de raza blanca. Los intentos de autoeliminación en las mujeres son tres veces más frecuentes que en los varones, si bien estos últimos son más eficaces en su ejecución. La soledad es un factor importante en el suicidio de los adultos. La pérdida de un familiar o de una relación significativa, ya sea por divorcio o por muerte, incrementa el riesgo de suicidio. Además, ciertas profesiones y ocupaciones se asocian con tasas de suicidio elevadas.

Casi todos los suicidios entre adultos se pueden prevenir si sus indicios se descubren a tiempo.

SUICIDIO Y ANCIANOS

La tasa de suicidios se duplica y cuadruplica en pacientes mayores de 65 años de edad, especialmente en los varones blancos. Los factores predisponentes en los ancianos son el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, ansiedad debida a la inestabilidad económica y, finalmente, el tratamiento inadecuado de los trastornos del estado de ánimo. La prevalencia de trastornos afectivos probablemente no sea superior en este grupo de edad, pero sí suelen pasar desapercibidos y no reciben tratamiento. La depresión puede pasar desapercibida en los ancianos debido a las

características atípicas de esta población, incluyendo la depresión enmascarada (básicamente múltiples quejas somáticas o temores sin fundamento de padecer una enfermedad somática) y la seudodemencia (disminución ficticia de la capacidad cognitiva por un trastorno depresivo primario).

Skoog y cols. (1996) estudiaron la frecuencia de sentimientos suicidas en una muestra de sujetos de 85 años de edad que no presentaban demencia y encontraron que el perfil de sentimientos suicidas era significativamente superior entre los sujetos con trastornos mentales. Las mujeres que pensaban que no valía la pena vivir presentaban una tasa de mortalidad superior a los 3 años que las mujeres sin estos sentimientos (43,2% frente al 14,2%, respectivamente).

Este dato era independiente de los trastornos físicos y mentales concomitantes. La tasa de mortalidad notablemente superior en las mujeres que opinaban que no valía la pena vivir, con respecto a las mujeres que no pensaban lo mismo, sugiere que hay que tener muy en cuenta estos sentimientos.

Finalmente, es frecuente observar un comportamiento autodestructivo indirecto en los ancianos ingresados en instituciones cuando se niegan a tomar la medicación o rechazan la asistencia médica, se niegan a participar en las actividades y luchan con sus cuidadores para hacerse con el control. Estas conductas deberían alertar al equipo y a los cuidadores de la presencia de una depresión subyacente.

SUICIDIO EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH /SIDA

Entre los fenómenos médicos más insólitos identificados en la década de 1980 se encuentra la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su posterior progresión al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esta epidemia también tiene implicaciones en el estudio de los suicidios, debido al extraordinario efecto que tiene en una persona joven contraer una enfermedad crónica y amenazadora para la vida. En la práctica clínica existe una elevada prevalencia de ideación suicida entre los pacientes con VIH. Muchas veces esta ideación aparece como necesidad de mantener el control sobre la enfermedad, sobre todo en un síndrome como el SIDA, donde el paciente puede desarrollar rápidamente encefalopatía y demencia. Estos pacientes a menudo han visto cómo personas de su entorno sufren demencia en un breve período de tiempo y son incapaces de cuidar de sí mismos. Los pacientes pueden desarrollar el concepto de suicidio como una vía legítima de liberación antes de caer en un estado de postración o en una demencia. La experiencia clínica sugiere que el suicidio parece tener mayor aceptación en la población con SIDA.

Sin embargo, se llegue o no a consumar el suicidio, existe una elevada prevalencia en el mantenimiento de la ideación suicida como fuente de control de la enfermedad. El riesgo real de suicidio en personas con SIDA es superior al de la población general.

En cualquier caso, en la práctica clínica es importante tener en cuenta la posibilidad de suicidio en el grupo de pacientes con SIDA. Debe evaluarse cuidadosamente la depresión y la organicidad, así como el sistema de valores que puede tener el paciente acerca del suicidio, considerando que dicha conducta parece tener mayor aceptación en esta población.

CONCEPTO DE INTOXICACIÓN

Podría llamarse al conjunto de trastornos que derivan de la presencia en el organismo de un tóxico o veneno. Sin embargo, el definir el concepto de tóxico es realmente difícil.

Cualquier sustancia , aún aquellas que forman parte esencial de los organismos vivos , puede ser lesiva y producir trastornos en el equilibrio biológico celular. Así consideradas, todas las sustancias serían tóxicas y entre alimentos, medicamentos, tóxico o veneno no habría otra diferencia que la dosis.

Definiríamos tóxico como "todo agente químico , que ingresado en el organismo, altera elementos bioquímicos fundamentales para la vida".

Esta acción puede ser sobre la célula, produciendo una destrucción global de ella por un mecanismo de necrosis, como acontece con los ácidos y los álcalis, o puede ser sobre sistemas enzimáticos o partes selectivas de la célula.

ETIOLOGÍA GENERAL DE LA INTOXICACIÓN

Formas de intoxicación :

Se distinguen tres formas de intoxicación según la rapidez de aparición , severidad y duración de los síntomas, lo que suele estar en relación con la rapidez de absorción de las sustancias tóxicas.

- 1) Intoxicación aguda : se debe a exposiciones de corta duración, con absorción rápida del tóxico. Obedece a una dosis única, o a dosis múltiples, pero en un período breve, que puede fijarse arbitrariamente en 24 hs.
Las manifestaciones clínicas de la intoxicación se manifiestan con rapidez y la muerte o la curación tienen lugar en un corto plazo.
- 2) Intoxicación subaguda : el prefijo "sub" no debe referirse a la gravedad del cuadro, como suele hacerse habitualmente, sino al momento de aparición de los síntomas en relación con la observación del agente. Suele ser debida a exposiciones frecuentes o repetidas en un período de varios días o semanas antes de que aparezcan los síntomas.
- 3) Intoxicación crónica : es aquella que se debe a una exposición repetida al tóxico durante mucho tiempo. El mecanismo puede deberse a dos causas :
 - a) el tóxico se acumula en el organismo porque su clearance de eliminación es menor que la absorción. La concentración en los tejidos irá aumentando hasta alcanzar una cifra que ya produce lesiones.
 - b) los efectos engendrados por la exposición se adicionan sin necesidad de acumulación.

TIPOS DE INTOXICACIÓN

- 1) Intoxicación – Ejecución : o intoxicación – suplicio es el prototipo de la intoxicación aguda. Cuando se emplea un tóxico a dosis fuertemente elevadas y absorbidas con rapidez.
- 2) Intoxicación criminal : debe entenderse con éste nombre el empleo intencional del tóxico con fines criminales.
- 3) Intoxicaciones voluntarias : en la intoxicación voluntaria el tóxico puede obedecer en tres motivaciones fundamentales, a) autolesión, b) satisfacción en el curso de la drogadicción, c) terapéutica, evitación del dolor, la angustia o ansiedad.

- 4) Intoxicaciones accidentales : estas intoxicaciones tienen como víctimas principales a los niños. Un conjunto de circunstancias de índole socio – económica se constituyen en caldo de cultivo de las intoxicaciones accidentales.

CLASIFICACIÓN DE LOS TÓXICOS

- 1) Tóxicos gaseosos
- 2) Tóxicos volátiles
- 3) Tóxicos orgánicos
- 4) Tóxicos minerales
- 5) Tóxicos medicamentosos

MONÓXIDO DE CARBONO

Etiología suicida : La intoxicación suicida por éste gas ha sido y sigue siendo muy frecuente. Se recurre a cualquiera de las fuentes de producción del óxido de carbono.

TÓXICOS VOLÁTILES

Etiología suicida: a sido muy frecuente por la facilidad que existe en adquirir las sales cianuradas y el conocimiento de lo rápido de sus efectos.

DISOLVENTES

Etiología suicida: es poco frecuente y se consume, comunmente por sujetos familiarizados por los disolventes como consecuencia de su actividad habitual, laboral o no, que facilita su conocimiento de sus propiedades tóxicas y la disponibilidad de estos recursos. La intoxicación se produce por ingestión.

Disolventes con sus usos y productos que los contienen:

- Sulfuro de carbono (pesticidas)
- Tetracloruro de carbono (quitamanchas e insecticidas)
- Tetracloroetano (barnices y pinturas)
- Toluol (tintes)
- Alcohol metílico (aceite de motor)

ALCOHOL

Un consumo tan alto de un tóxico que afecta directamente el Sistema Nervioso Central y la mayoría de los órganos tiene sus reflejos en alteraciones de la conducta y en una amplia y variada morbilidad y mortalidad.

El alcohol etílico o etanol es un líquido aromático y combustible que procede de la fermentación de sustancias azucaradas, del almidón y de la celulosa. Constituye el elemento activo de las bebidas alcohólicas. El alcohol etílico puede dar lugar a una intoxicación.

El alcohol etílico puede interferir con el metabolismo de otras sustancias por diversos mecanismos. El resultado más desfavorable es una potenciación de los efectos de esas sustancias, ya sea por prolongar su tiempo medio o por sumación de efectos.

ALCALOIDES

Los alcaloides son sustancias venenosas extraídas de las plantas, desde el punto de vista químico pueden definirse como sustancias vegetales, como Nitrógeno básico, generalmente cíclico y de gran toxicidad.

El envenenamiento por alcaloides es poco frecuente : por un lado por que solo se conocen las propiedades venenosas de un número reducido de alcaloides, y por otro lado porque no es fácil de procurarse esta sustancia.

Ejemplos :

- Estrictina : la intoxicación suicida se presentan con cierta frecuencia cuándo se puede disponer de la droga. Esta forma de suicidio predomina en las mujeres.
- Cocaína : se observa un número importante de suicidios con cocaína en el personal sanitario.
- Opio y morfina : la intoxicación suicida es muy frecuente, siendo sus autores miembros de las profesiones sanitarias que se las pueden proporcionar con facilidad , o toxicómanos que en una crisis de depresión, se administran dosis muy elevadas del tóxico para poner fin a sus sufrimientos.
- Atropina : las intoxicaciones suicidas son muy poco frecuentes, se da generalmente la intoxicación accidental.
- Aconitina : se conocen muy pocos casos de intoxicación suicida.
- Cicuta : la intoxicación suicida no es muy frecuente por la dificultad de acceder a ella.
- Nicotina : la intoxicación suicida no es frecuente, se da en personas con conocimientos químicos.
- Quinina : la intoxicación suicida es muy poco frecuente.

MEDICAMENTOSA

Se trata de la sobredosificación de un fármaco, representan en la actualidad uno de los problemas toxicológicos de mayor trascendencia.

Etiología suicida: es cada vez más frecuente la intoxicación por medicamentos como elección de método suicida, al mismo tiempo aumenta el número de intoxicaciones voluntarias en sujetos adictos a éstas sustancias y que presentan los rasgos de la tolerancia y de la dependencia.

ANTITÉRMICOS Y ANALGÉSICOS

Salicilatos: durante mucho tiempo ha sido una de las intoxicaciones médicas más frecuentes, en especial en la infancia, en la actualidad ha disminuido en forma rápida. Su etiología más habitual es la accidental.

Paracetamol : es poco tóxico en general, aunque con cierta frecuencia da lugar a intoxicaciones autoproducidas. La mortalidad es muy baja.

ANSIOLÍTICOS

Benzodiazepinas : las intoxicaciones por éste fármaco han sido más frecuentes en las mujeres, últimamente el número ha aumentado en jóvenes de ambos sexos. Si se consumen asociados a otros fármacos aumentan su peligrosidad, si las dosis llegan a ser altas dan depresión completa y muerte.

ANTIDEPRESIVOS

IMAO : en ancianos, arterioescleróticos y embarazadas se han descrito muertes por intoxicación. La mayor gravedad se da cuándo ésta interactúa con otros fármacos.

Antidepressivos tricíclicos : Constituyen la causa de muerte más común, la intoxicación se da con mayor frecuencia en los adultos.

ANTIPSIKÓTICOS

Antiepilépticos

Fenitoína : la intoxicación voluntaria se da con frecuencia en los epilépticos y sus familiares, que disponen fácilmente de éstos.

Hipnóticos

Barbitúricos : en décadas anteriores constituían los fármacos que daba lugar al número de intoxicaciones voluntarias aunque actualmente han disminuido. El síntoma principal es el coma.

PLAGUICIDAS

Insecticidas Organoclorados : se conocen varios casos de intoxicación suicida y envenenamiento. La dosis tóxica oscilante es entre tres y cinco gramos.

Insecticidas Organofosforados : se han hecho más frecuentes a medida que se ha extendido su uso, al encontrar más facilidades para disponer de ellos, se dan muy especialmente en el medio rural.

ARSÉNICO

La etiología suicida es excepcional, aunque se dan algunos casos dada la facilidad de su adquisición y la divulgación de sus efectos tóxicos.

METALES

Mercurio: es un metal líquido, la intoxicación es cada vez más escasa por su lenta y dolorosa agonía que provocan las sales de mercurio.

Plomo : es un metal pesado, tanto la intoxicación criminal como la suicida hoy son excepcionales.

CAUSTICOS

Tiene efecto intenso y corrosivo, da lugar a gran destrucción de tejidos con los que se ponen en contacto, la intención suicida es frecuente dada la facilidad de su adquisición, sobre todo en mujeres.

DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO

La metodología empleada es cualitativa.

Es un estudio que se inicia en forma de Exploratorio. Una vez que se tenga la aproximación a la realidad de los suicidios se continúa en forma de estudio Descriptivo, con un corte transversal en el tiempo.

2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevará a cabo en el departamento de Montevideo, área urbana, a partir de los oficios del Instituto Técnico Forense, Poder Judicial.

3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Esta definición implica la operativización y Conceptualización de las variables elegidas.

A continuación presentamos la definición conceptual, operativa, codificación e indicadores de las variables

➤ Grupo etáreo.¹

Grupo de individuos que comparten un determinado rango de edad expresada en años.

Es una variable cualitativa ordinal

- a) Adolescente: 13 a 20 años
- b) Adulto – Joven: 21 a 35 años
- c) Adulto: 36 a 50 años
- d) Adulto – Mayor: 51 a 65 años
- e) Anciano: 66 años y más

➤ Sexo

Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Es una variable cualitativa nominal

- Masculino. (f)
- Femenino. (m)

¹ Extraído y modificado de Fundamentos de Enfermería. S.M. Morrison, M. 1999. Madrid, España. Harcourt, Brace

➤ Estado Civil

Se define en función del estado del individuo respecto a su conformación de presencia de pareja o no ante la ley.

Es una variable cualitativa nominal

- Soltero/a (s)
- Casado/a (c)
- Viudo/a (v)
- Divorciado/a (d)

➤ Año y Mes de defunción

Se definen como el tiempo cronológico en el que ocurrieron los suicidios.

Son variables cualitativas ordinales

Mes: 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12.

Año: 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 00.

➤ Antecedentes patológicos

Se definen en función de la presencia o no en el individuo de patologías que hayan afectado al mismo en el transcurso de su vida.

Es una variable cualitativa ordinal

- Psiquiátricos. (p)
- Infectocontagiosas. (i)
- Drogadependencia (t)
- Enfermedades Crónicas. (e)
- Desconocida. (d)

➤ Tipo de intoxicación.

Diferente grupo de sustancias empleadas para generar un conjunto de trastornos en el equilibrio biológico celular de los organismos vivos.

Es una variable cualitativa nominal.

- Intoxicación Farmacológica: (F)
- Intoxicación Química: (Q)
- Intoxicación Gaseosa: (G)

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio comienza con una exploración inicial con una población que comprende al total de los suicidios ocurridos en el período 1990 – 2000 en el departamento de Montevideo Morgue Judicial. De esta exploración inicial en donde logramos conocer la realidad se observa que se cuentan con numerosas muertes por tóxicos las cuales fueron evaluadas como suicidios. Por lo que se aborda luego esta población para continuar con el tema en mediante un estudio Descriptivo.

Por consiguiente nuestra Población de estudio es: Las muertes en las cuales se encontraron presentes tóxicos y fueron evaluadas como suicidio en el Instituto Técnico Forense Morgue Judicial, en el departamento de Montevideo en el período comprendido entre 1990 – 2000. $U = 717$

La Muestra que tomamos esta constituida por las muertes por intoxicación evaluadas como suicidios en el Instituto Técnico Forense Morgue Judicial, en el departamento de Montevideo en el período comprendido entre 1990 – 2000. $n = 446$

5. FUENTE, METODO, E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fuente: La fuente es del tipo primario, archivos de los oficios del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial del departamento de Montevideo.

Instrumento: Creación de una planilla para recabar datos en la que figuraran las variables que se registrarán codificadas.

Método: Recolección de datos en forma manual mediante la revisión de cada uno de los oficios de la Morgue Judicial, utilizando un instrumento elaborado para dicho fin "Planilla de datos". Luego se crea una base de datos en PC, programa Excel, y luego se tabulara la información mediante graficas y tablas, se analizara, así como se procesara toda la información en Word y Power Point para la presentación final.

6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Una vez presentado y aceptado el protocolo de investigación, las totoras Lic. en Enfermería, docentes de la cátedra de Adulto y Anciano Instituto Nacional de Enfermería elevan una carta al Director del Instituto Técnico Forense Dr. Profesor grado 5 de la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina Guido Berro, para concurrir al Instituto a efectos de acceder a los oficios desde 1990 a 2000 para recabar información necesaria para nuestra investigación de pre grado.

Tiempo: El tiempo global estimado son 9 meses, para la etapa de recolección de datos estimamos aproximadamente 2 meses.

7. PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de datos se empleara la estadística descriptiva, mediante la representación de los datos en tablas de distribución de frecuencia y su correspondiente

DIAGRAMA DE GAANT

Año 2001

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Elaboración del protocolo	_____								
Redacción y solicitud de autorización			_____						
Diseño del instrumento			_____						
Recolección de datos					_____				
Tabulación y análisis de datos							_____		
Formulación conclusiones.								_____	
Informe final.							_____		

VIABILIDAD, RECURSOS EMPLEADOS

- o RECURSOS HUMANOS: 5 estudiantes de Licenciatura en Enfermería.

- o RECURSOS MATERIALES:

Bienes de Uso:

1. Computadora.
2. Impresora.
3. Tablillas
4. Cañón

Bienes de consumo:

5. Lápiz	\$U 1 c/u, por 5	\$U 5
6. Bolígrafo	\$U 5 c/u, por 5	\$U 25
7. Goma	\$U 4 c/u, por 5	\$U 20
8. Tinta impresora	½ cartucho,	\$U 350
9. 1 paquete de 500 hojas		\$U 75
10. Sobres papel	\$U 1 c/u, por 5	\$U 5
11. Fotocopias	\$U 0,60 c/u	\$U 180
12. Carpetas	\$U 7 c/u, por 3	\$U 21

Boletos: 200 \$U 1800

TOTAL

\$U 2481

Cada uno \$U 496

- o RECURSOS FINANCIEROS: Serán aportados por los estudiantes para llevar adelante la investigación.

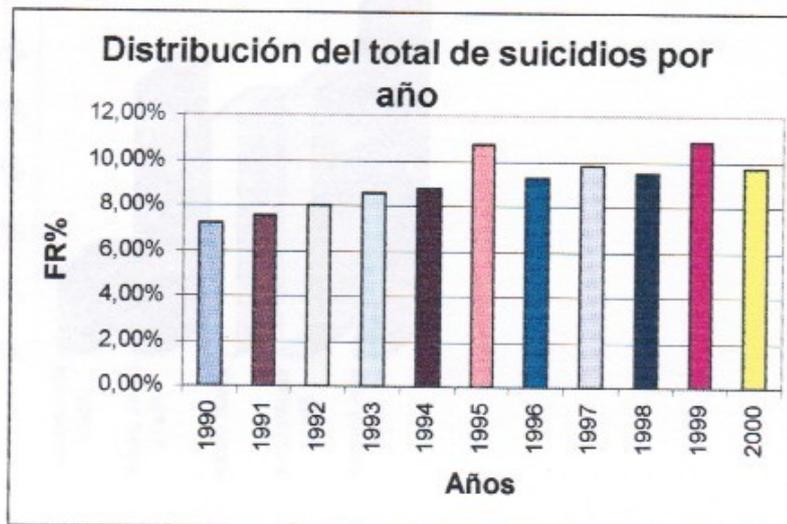
13. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS

Tabla A: Distribución del total de suicidios por año.

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Exploración inicial.

N° Total de suicidios/año	FA	FR %
AÑO 1990	179	7,23
1991	187	7,56
1992	198	8,00
1993	211	8,53
1994	217	8,77
1995	266	10,74
1996	230	9,29
1997	242	9,78
1998	235	9,49
1999	270	10,91
2000	240	9,70
Total	2475	100



Respecto al total de suicidios se observa que se registraron dos picos importantes, el mayor en el año 1999 y el otro en 1995. también se observa que han ido en aumento desde 1990 a 2000 .

Tabla N° 1.

Distribución según grupo etáreo.

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Grupo Etáreo	FA	FR %
Adolescente 13a20	31	6,95
Adulto Joven 21a35	100	22,42
Adulto 36a50	88	19,73
Adulto Mayor 51a65	97	21,75
Anciano más de 66	136	29,15
Total	446	100,00

Grafico N° 1

Distribución según Grupo Etáreo

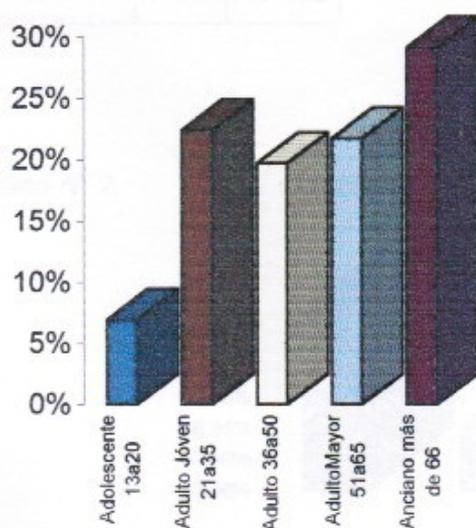


Tabla N° 3

Distribución según estado civil

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Esta tabla muestra que existe una distribución bastante constante de % en los diferentes grupos etáreos, destacándose el grupo de ancianos, luego los adultos jóvenes, adultos y adultos mayores se distribuyen de forma similar y se mantienen estables. En cambio sorprendentemente se observa por otro lado que los adolescentes presentan un bajo %.

Divorciados	38	8,25
Total	446	100,00

Tabla N° 2

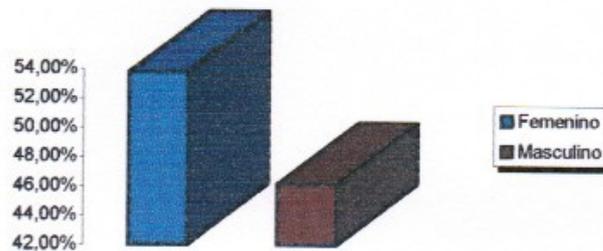
Distribución según sexo.

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Sexo	FA	FR %
Femenino	240	53,80
Masculino	206	46,20
Total	446	100,00

Gráfico N° 2

Distribución según Sexo



Se observa una discreta diferencia entre ambos sexos, con un pequeño aumento en el sexo femenino sobre el masculino.

Tabla N° 3.

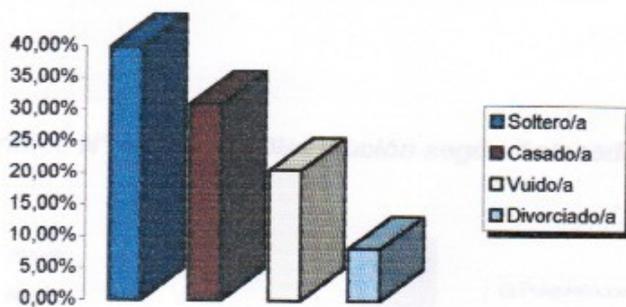
Distribución según estado civil.

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Estado Civil	FA	FR %
Soltero/a	178	39,91
Casado/a	138	31,00
Vuido/a	92	20,62
Divorciado/a	38	8,25
Total	446	100,00

Gráfico N° 3

Distribución según Estado Civil



Se aprecia un predominio en solteros/as., luego casados/as y viudos/as y por último en menor % divorciados/as.

Tabla N° 4.

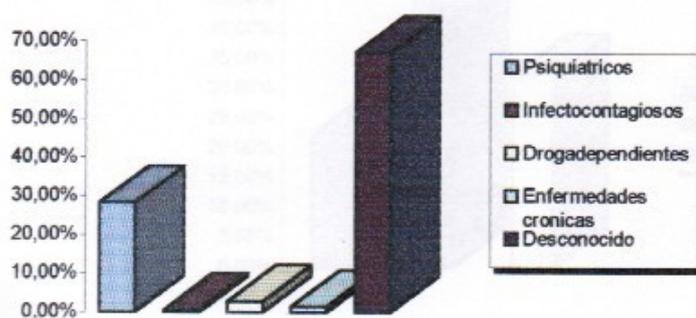
Distribución según antecedentes patológicos.

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Antecedentes Patológicos	FA	FR %
Psiquiátricos	126	28,25
Infectocontagiosos	2	0,45
Drogadependientes	12	2,69
Enfermedades crónicas	6	1,35
Desconocido	300	67,26
Total	446	100,00

Gráfico N° 4

Distribución según Antecedentes Patológicos



Podemos inferir que por un lado tenemos un % mayor en donde no conocemos en forma documentada si han presentado o no antecedentes. Por el otro lado entre los que si lo presentan observamos una diferencia amplia que deja en primer lugar a los antecedentes psiquiátricos, luego en menor % encontramos los drogodependientes, enfermedades crónicas y finalmente enfermedades infectocontagiosas.

Se observa que las intoxicaciones farmacológicas fueron las más seguidas para llevar a cabo el suicidio, luego le siguen en frecuencia los gases y finalmente las químicas.

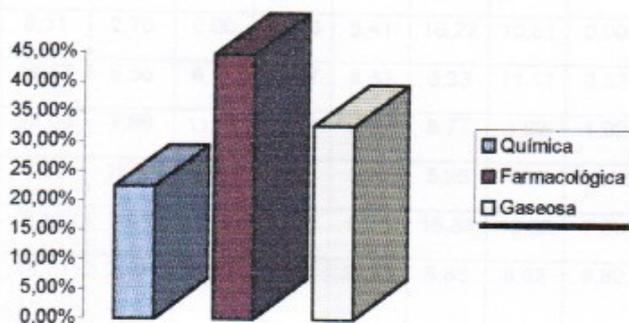
Tabla N° 5.

Distribución según Tipo de Intoxicación

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Tipo Intoxicación	FA	FR %
Química	100	22,42
Farmacológica	200	44,84
Gaseosa	146	32,74
Total	446	100,00

Gráfico N° 5 *Distribución según Tipo de Intoxicación*



Se observa que las intoxicaciones farmacológicas fueron las más elegidas para llevar a cabo el suicidio, luego le siguen en frecuencia las gaseosas y finalmente las químicas.

Tabla N° 6

Análisis bi - variado según mes y año en que ocurrieron las muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidio en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

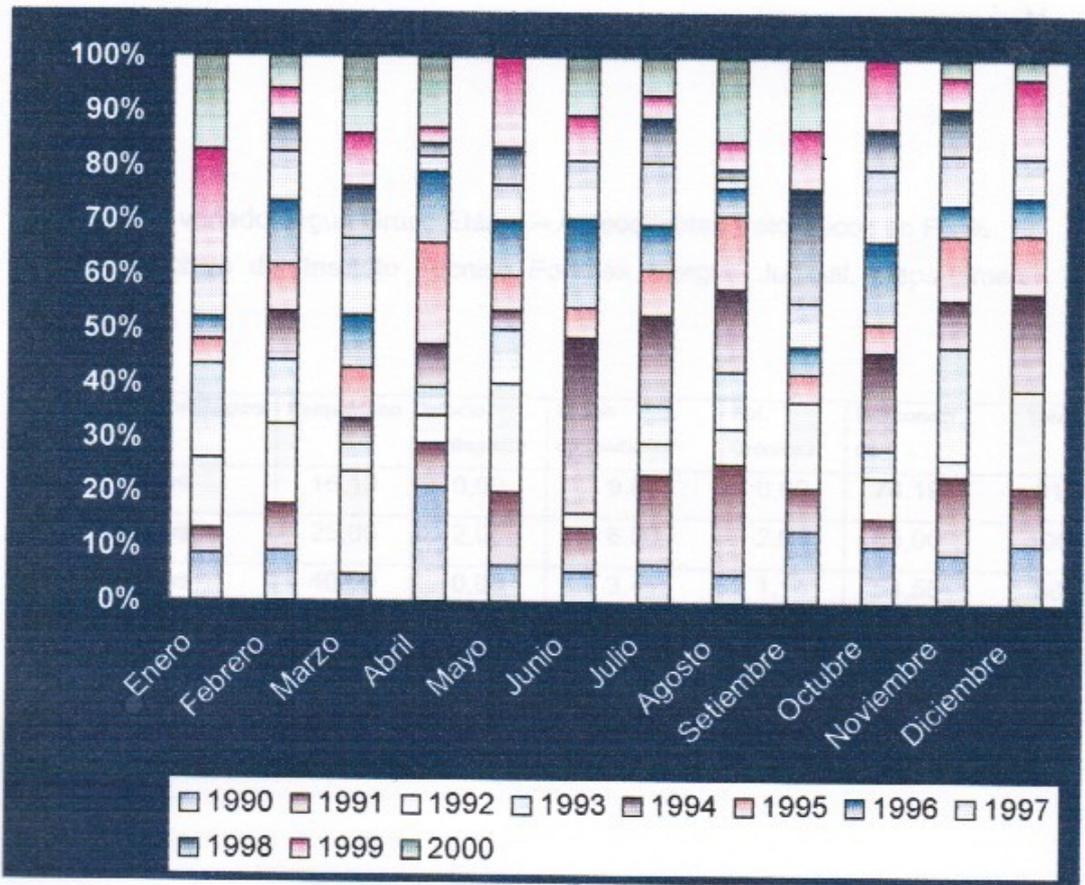
MES/ AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Enero	8,70	4,35	13,04	17,39	0,00	4,35	4,35	8,70	0,00	21,74	17,39	23
Febrero	8,82	8,82	14,71	11,76	8,82	8,82	11,76	8,82	5,88	5,88	5,88	34
Marzo	4,76	0,00	19,05	4,76	4,76	9,52	9,52	14,29	9,52	9,52	14,29	21
Abril	21,05	7,89	5,26	5,26	7,89	18,42	13,16	2,63	2,63	2,63	13,16	38
Mayo	6,67	13,33	20,00	10,09	3,33	6,67	10,00	6,67	6,67	16,67	0,00	30
Junio	5,41	8,11	2,70	0,00	32,43	5,41	16,22	10,81	0,00	8,11	10,81	37
Julio	6,94	16,67	5,56	6,94	16,67	8,33	8,33	11,11	8,33	4,17	6,94	72
Agosto	5,77	23,08	7,69	11,54	17,31	15,38	5,77	1,92	1,92	5,77	17,31	62
Setiembre	13,16	7,89	15,79	0,00	0,00	5,26	5,26	7,89	21,05	10,53	13,16	38
Octubre	10,28	5,13	7,69	5,13	17,95	5,13	15,38	12,82	7,69	12,82	0,00	39
Noviembre	8,82	14,71	2,94	20,59	8,82	11,76	5,88	8,82	8,82	5,88	2,94	34
Diciembre	10,71	10,71	17,88	0,00	17,86	10,71	7,14	7,14	0,00	14,29	3,57	28
Total	41	44	44	34	56	42	42	37	28	39	39	446

Se observa que durante el período 1990 – 2000 respecto a los años los mundos por estudiantes se registraron un discreto aumento en uno de los años, 1994.

Gráfico N° 6 Distribución según Mes y Año.

En cuanto a los meses también podemos decir que se mantuvieron estables pero se registraron una picos importantes el mayor en el mes de Julio y el otro en Agosto.

Finalmente podemos inferir que en tres periodos se registraron aumentos importantes en los 11 años estudiados que son Julio de 1991, Junio y Julio de 1994.



Se observa que durante el período 1990 – 2000, respecto a los años las muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidios se han mantenido estables registrándose un discreto aumento en uno de los años, 1994.

En cuanto a los meses también podemos decir que se mantienen estables pero se registraron dos picos importantes el mayor en el mes de Julio y el otro en Agosto.

Finalmente podemos inferir que en tres períodos se registraron aumentos importantes en los 11 años estudiados que son Julio de 1991, Junio y Julio de 1994.

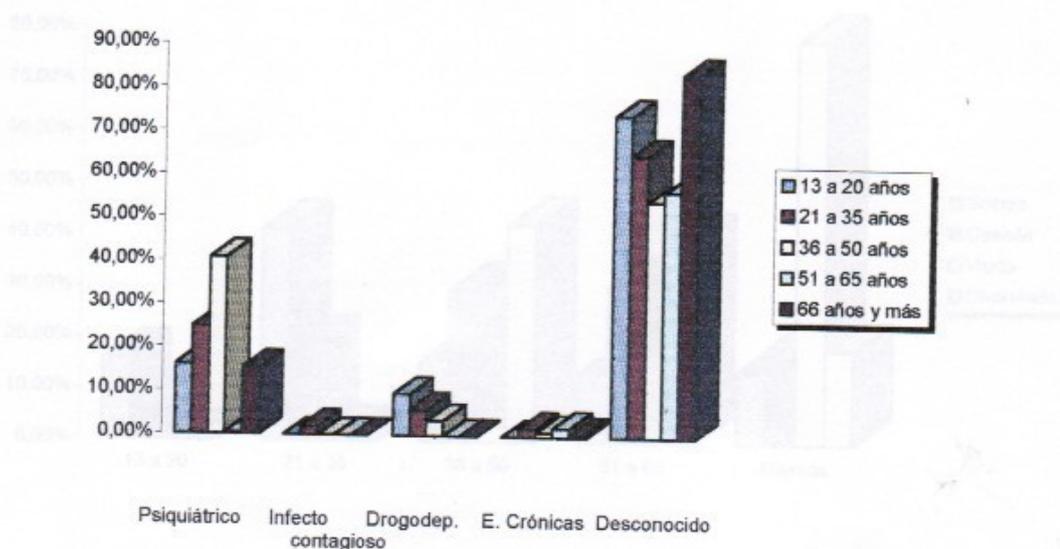
Tabla N° 7

Análisis bi - variado según Grupo Etéreo – Antecedentes Patológicos en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

G Etéreo/ Ant Patológico	Psiquiátrico	Infecto contagioso	Drogo dependiente	Enf. Crónicas	Desconocido	Total
13 a 20 años	16,13	0,00	9,68	0,00	74,19	31
21 a 35 años	25,00	2,00	6,00	2,00	65,00	100
36 a 50 años	40,90	0,00	3,41	1,14	54,55	88
51 a 65 años	0,41	0,00	0,00	2,06	56,70	97
66 años y más	15,38	0,00	0,00	0,77	83,85	130
Total	126	2	12	6	300	446

Gráfico N° 7 Distribución según Grupo Etáreo y Antecedentes Patológicos



Se observa un % importante de sucesos violentos en jóvenes luego adultos. Se observa que el mayor % se da en ancianos con antecedentes desconocidos en forma documentada, luego de los antecedentes conocidos se dan con mayor frecuencia adultos psiquiátricos.

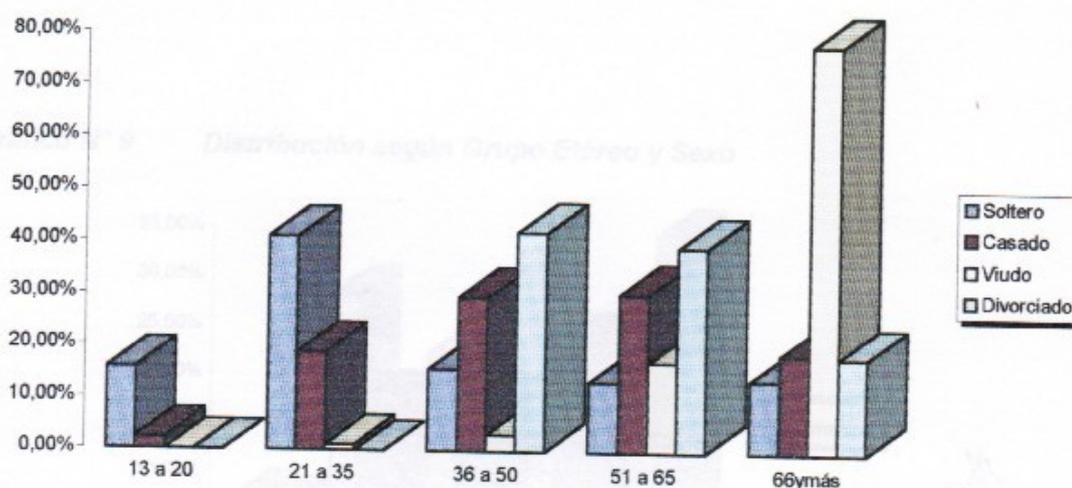
Tabla N° 8

Análisis bi – variado según Grupo Etáreo – Estado Civil en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Estado Civil/G. Etáreo	13 a 20	21 a 35	36 a 50	51 a 65	66y más	Total
Soltero	15,73	41,01	15,73	13,48	14,04	178
Casado	2,17	18,84	29,71	30,43	18,84	138
Viudo	0,00	1,09	3,26	17,39	78,26	98
Divorciado	0,00	0,00	42,11	39,47	18,42	38
Total	31	100	88	97	130	446

Gráfico N° 8 Distribución según Grupo Etáreo y Estado Civil



Se aprecia un % importante de ancianos viudos en primer lugar, luego adultos divorciados.

También contamos con un elevado % de adultos jóvenes solteros.

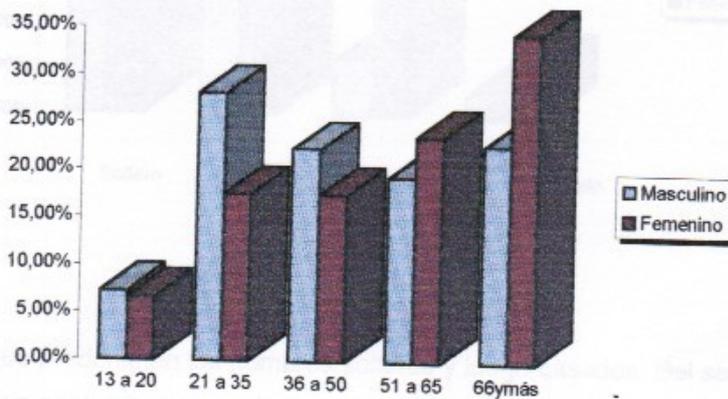
Tabla N° 9

Análisis bi - variado según Sexo – Grupo Etáreo en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Sexo/GrupoEtáreo	13 a 20	21 a 35	36 a 50	51 a 65	66y más	Total
Masculino	7,28	28,16	22,33	19,42	22,81	206
Femenino	6,67	17,50	17,50	23,75	34,58	240
Total	31	100	88	97	130	446

Gráfico N° 9 Distribución según Grupo Etáreo y Sexo



Se observa que en el sexo femenino predominan Adultas mayores y ancianas; y en el masculino adultos jóvenes y luego anciano

Tabla N° 10

Análisis bi - variado según Sexo - Estado Civil en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Sexo/Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Total
Masculino	50,49	31,07	13,11	5,34	206
Femenino	30,83	30,83	27,08	11,25	240
Total	178	138	92	38	446

Gráfico N° 10 *Distribución según Sexo y Estado Civil*

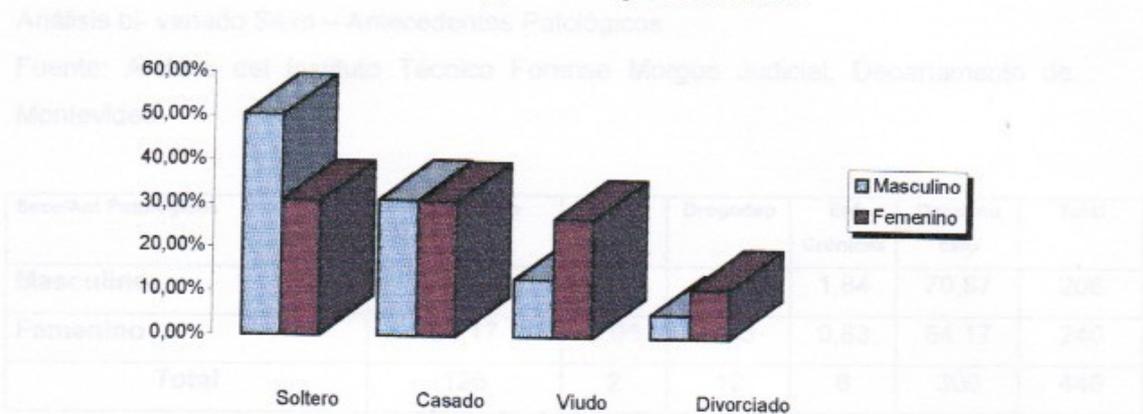


Gráfico N° 11 *Distribución según Sexo y Antecedentes Patológicos*

Se observa que predominan los hombres solteros y luego casados. Del sexo femenino apreciamos que se distribuyen equitativamente en solteras y casadas y luego viudas.



Se observa que en ambos sexos predominan los antecedentes patológicos que corresponden. En los varones predominan los trastornos psiquiátricos para ambos sexos, siendo en las mujeres algo mayor aún.

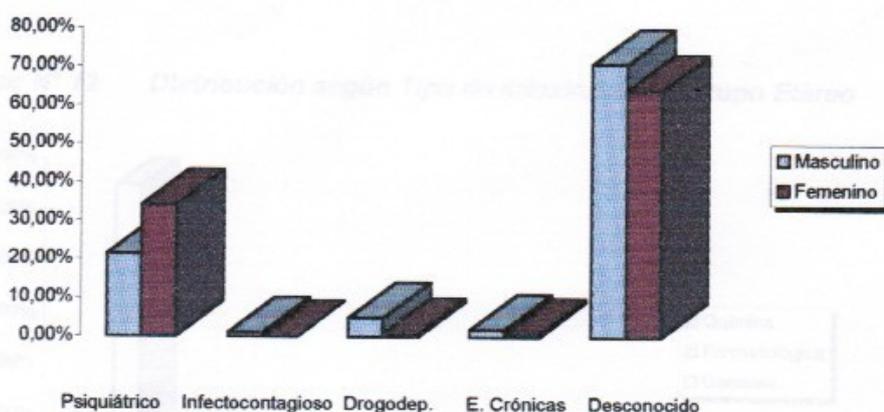
Tabla N° 11

Análisis bi- variado Sexo – Antecedentes Patológicos

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Sexo/Ant Patológicos	Psiquiátrico	Infecto contag	Drogodep	Enf Crónicas	Desconocido	Total
Masculino	21,36	0,97	4,85	1,84	70,87	206
Femenino	34,17	0,00	0,83	0,83	64,17	240
Total	126	2	12	6	300	446

Gráfico N° 11 Distribución según Sexo y Antecedentes Patológicos



Se observa que en ambos sexos predominan los antecedentes patológicos que desconocemos. En los conocidos predominan los trastornos psiquiátricos para ambos sexos, siendo en las mujeres algo mayor aún.

Tabla N° 12.

Análisis bi – variado Grupos Etéreo – Tipo de Intoxicación en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial, Departamento de Montevideo.

Tipointoxicación/ Grupo Etéreo	13a 20	21a 35	36 a 50	51 a 65	66 y más	Total
Química	10,00	31,00	14,00	23,00	22,00	100
Farmacológica	5,48	14,38	15,07	15,75	49,32	146
Gaseosa	6,50	24,00	26,00	25,50	18,00	200
Total	31	100	88	97	130	446

Gráfico N° 12 Distribución según Tipo de intoxicación y Grupo Etéreo



Se puede apreciar que predomina el grupo de los ancianos que presentan intoxicación farmacológica, luego le continúa el grupo etéreo de los adultos jóvenes que presentan intoxicación química.

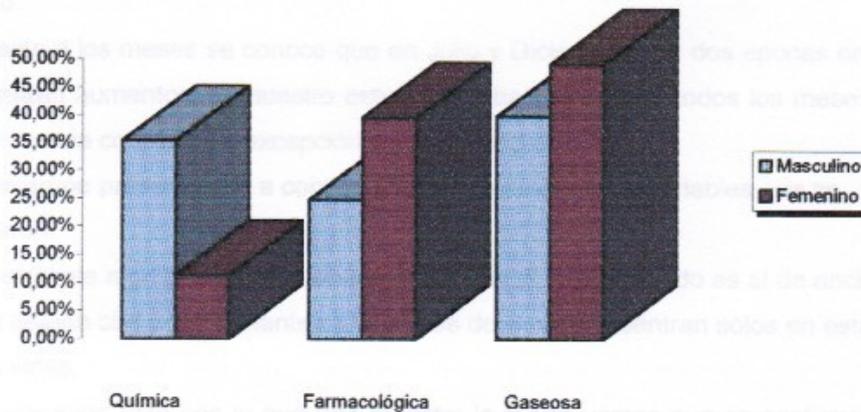
Tabla N° 13.

Análisis bi – variado según sexo – tipo de intoxicaciones en FR %

Fuente: Archivo del Instituto Técnico Forense Morgue Judicial. Departamento de Montevideo.

Sexo/Tipo Int	Química	Farmacológica	Gaseosa	Total
Masculino	35,44	24,76	39,81	206
Femenino	11,25	39,58	49,17	240
Total	100	146	200	446

Gráfico N° 13 Distribución según Sexo y Tipo de Intoxicación



Se puede observar que el sexo femenino con un tipo de intoxicación gaseosa es el grupo predominante, luego le continúa el sexo masculino con un tipo de intoxicación gaseosa y el sexo femenino con un tipo de intoxicación farmacológica, en iguales porcentajes.

ANÁLISIS

De la exploración inicial de muertes evaluadas como suicidios en el período 1990 – 2000 se registran dos picos, uno en 1995 y el más alto en 1999.

En los suicidios encontrados se aprecia un número importante en los que estuvieron presentes tóxicos; de ellos abordamos los que la muerte fue debido a una intoxicación y que fue evaluada como suicidio.

En el período 1990 – 2000 encontramos tres momentos en donde se han registrado altos porcentajes de muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidios, estos momentos fueron Julio de 1991, Junio y Julio de 1994.

Asociamos estos acontecimientos a los cambios socioeconómicos que ha transitado nuestro país en este período. Situaciones como pérdida del empleo, aumento del costo de vida son algunos de los factores considerados predisponentes para el suicidio.

En cuanto a los meses se conoce que en Julio y Diciembre son dos épocas en donde se registran aumentos; en nuestro estudio se observa que en todos los meses se da una tendencia constante a excepción de Julio y Agosto.

De este grupo presentamos a continuación un análisis de las variables que se estudiaron.

En lo referente a grupos etáreos observamos que el más afectado es el de ancianos, y que su estado civil predominante es viudo, es decir, se encuentran solos en esta etapa de sus vidas.

Si comparamos esto con lo que nos muestra la teoría vemos que se confirma que el deterioro que se asocia a la vejez puede producir depresión y sentimiento de inutilidad, por lo que los suicidios crecen cuando la edad y las enfermedades dejan sentir sus efectos.

También sabemos que los factores predisponentes en los ancianos son el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, un tratamiento inadecuado de los trastornos de ánimo, y depresión que puede pasar desapercibida dado a las características propias de este grupo, que se encuentran en esta etapa de sus vidas solos.

Respecto a los adolescentes sorprendentemente obtuvimos un porcentaje mínimo de estos, mientras que la teoría afirma que a nivel mundial existe una tendencia que va en aumento y cuya causa principal son las intoxicaciones. Creemos que tal vez esto refleja las diferencias socioculturales de nuestra población y países del primer mundo, sin embargo, esto no implica que nuestra sociedad este comenzando a cambiar respecto a esto.

Se mantiene en forma similar el comportamiento de los adultos quienes siguen siendo considerados un grupo de riesgo para el suicidio.

El género es otra variable que mundialmente esta diferenciada en que los hombres se suicidan más que las mujeres. En nuestro estudio encontramos que ambos sexos se comportan en forma similar con un aumento en las mujeres sobre los hombres; Estas mujeres que predominan mueren a su vez por intoxicación farmacológica.

Con respecto a los antecedentes patológicos se observa que de la mayoría no se conoce si presentan o no antecedentes en forma documentada. De los que si conocemos sus antecedentes, en la mayoría son psiquiátricos y adultos.

Esto concuerda con la bibliografía que afirma que la mayoría de los suicidios ocurren en individuos que presentan trastornos psiquiátricos de base, y ante un suceso vital estresante responden de esta forma.

Entre estos trastornos hay una amplia variedad pero el más frecuente y el de mayor peso es la depresión y la desesperanza que sufren los individuos.

Con respecto a los otros antecedentes observamos que en un bajo porcentaje se encontraron enfermedades crónicas y drogodependencia y en último lugar enfermedades infectocontagiosas, mientras que la bibliografía afirma que en enfermedades crónicas se da un número considerable y en enfermedades infectocontagiosas es aún mayor ya que estos paciente siente que el suicidio es una forma de control de su propia enfermedad y es un acto "racional" ante la realidad vivida.

Puntualmente en lo referente a las muertes por intoxicación evaluadas como suicidios observamos tres tipos de intoxicaciones elegidas, siendo la más frecuente la intoxicación farmacológica luego le siguen las gaseosas y en último lugar las químicas. En ambos sexos observamos que la forma más elegida es la farmacológica, en donde las mujeres registran un mayor porcentaje. Las mujeres eligen en segundo lugar las gaseosas al igual que lo expresa la bibliografía, que afirma que las mismas siguen un patrón en el que prefieren métodos de acción lenta, eligiendo en primer lugar la sobredosis farmacológica y en segundo lugar las gaseosa.

En cambio los hombres, según la teoría eligen en primer lugar otros métodos de acción rápida, y luego las intoxicaciones químicas, siguiendo el patrón esperado; nuestro estudio muestra en primer lugar las intoxicaciones farmacológicas y luego las químicas como forma de elección.

Consideramos que se registran altos porcentajes de muertes por intoxicación farmacológica por un lado, porque que se ha demostrado que es cada vez el método más empleado como forma de suicidios y por otro, por la disponibilidad de los mismos en los hogares y la fácil accesibilidad a ellos en el mercado.

La intoxicación gaseosa ha sido y sigue siendo otra de las formas más frecuentes y se ha observado que se puede recurrir a cualquiera de sus fuentes de producción para el suicidio.

Las intoxicaciones químicas también son frecuentes pero no de tan fácil acceso generalmente ocurren en hombres y en medios como el campo o en lugares de trabajo en donde emplean químicos.

CONCLUSIONES

- 1) En el período 1990-2000 se registraron 446 muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidio.
- 2) El mayor número de muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidio en el período comprendido entre 1990-2000 se dio en 1994 con 56 casos, siendo los meses más afectados junio con 32.43% y julio con 16.67%.
- 3) En relación al grupo etáreo el más afectado es al de ancianos con 29.15%, siguiéndole los adultos jóvenes con 20.42%.
- 4) De la distribución por sexo se observa una ligera diferencia, femenino 53.80% y masculino 46.20%.
- 5) El estado civil predominante fue soltero con 39.91% y casado con 31.00%.
- 6) De los antecedentes patológicos podemos decir que la mayoría no presenta antecedentes en forma documentada en un 67.26%. El 32.74% que si presentan antecedentes se distribuyen en 28.25% psiquiátricos, y 2.69% drogodependientes.
- 7) Los tipos de intoxicaciones encontradas fueron tres: química, gaseosa y farmacológicas. Se registró un 44.84% de intoxicación farmacológica.
- 8) Se observa que en el grupo etáreo de los ancianos el estado civil predominante es viudo con 78.26%, y los adultos jóvenes son mayormente solteros con 41.01%.
- 9) En cuanto al sexo y al grupo etáreo se observa que predomina el sexo femenino adulto con 47.50% y anciano con 34.58%.
- 10) Relacionado al sexo y estado civil, predominan hombres solteros con 50.49% y luego mujeres solteras y casadas con 30.83% en ambas categorías.
- 11) Observamos que en cuanto a los antecedentes patológicos y grupo etáreo encontramos que predominan los casos desconocidos, le continúan los adultos con antecedentes psiquiátricos con 40.90% y adultos jóvenes con antecedentes psiquiátricos en un 25%.
- 12) En relación a los antecedentes patológicos y sexo observamos que predominan hombres y mujeres con antecedentes desconocidos, 70.87% y 64.17% respectivamente. Le continúan las mujeres con antecedentes psiquiátricos en 34.17%, y los hombres psiquiátricos con 21.36%.
- 13) Observamos que en cuanto al tipo de intoxicación y el grupo etáreo un 49.32% son ancianos que utilizaron como medio para cometer el suicidio la intoxicación

gaseosa, luego le continúan los adultos jóvenes que utilizaron la intoxicación química en un 31%, y los adultos con intoxicación farmacológica en un 28%.

- 14) En cuanto al sexo y tipo de intoxicación, se observa que las mujeres que utilizaron como medio la intoxicación farmacológica predominan con 49.17%, continuándole los hombres con intoxicación farmacológica en 39.81%.

COMENTARIOS

El presente trabajo nos acerca a la realidad de muertes por intoxicaciones evaluadas como suicidios en el departamento de Montevideo, poniendo en evidencia la magnitud del problema.

Teniendo en cuenta que si bien el tóxico es el que lleva a la muerte del individuo, no es el que provoca el suicidio, sino que este es provocado por otros factores como ser: depresión, malos tratos, propensión a los accidentes, presiones académicas e interpersonales, enfermedades crónicas, incapacidades, VIH / SIDA, relaciones familiares disfuncionales, historia familiar, historia personal de ansiedad, intentos previos de suicidios u otros problemas psiquiátricos, pérdida de un progenitor, situación socioeconómica deficiente, aislamiento social y carencia de apoyo social, actitud negativa hacia el futuro, antecedentes de alcoholismo, de abuso de sustancias químicas, relaciones personales estresantes y dañinas.

Luego de realizado el estudio hemos observado que la población estudiada comparte algunos puntos en común con poblaciones de países del primer mundo como por ejemplo EE.UU y Puerto Rico entre otros. Específicamente compartimos problemáticas de distinta índole como por ejemplo sociales y económicas con Puerto Rico.

Dada la relevancia que tiene este problema en nuestro país y su evidente aumento en los últimos años, creemos importante establecer algunos lineamientos generales de actuación para nuestra profesión.

La prevención es la principal intervención de enfermería ante los pacientes potencialmente suicidas, para ello se requiere conocer la dinámica de suicidio y las posibles acciones suicidas que pueden cometer los pacientes y específicamente los signos y síntomas de los trastornos psiquiátricos.

La actuación de enfermería dependerá del nivel de atención donde se presenta esta situación; la cual sería interesante abordar desde otra perspectiva a partir de este estudio descriptivo que hemos realizado.

No obstante, podemos afirmar que la aplicación del proceso de atención de enfermería es un excelente método de trabajo para los pacientes, que puedan estar considerando el suicidio.

Enfermería debe comenzar realizando una valoración integral, incluyendo principalmente la valoración del riesgo de suicidio (ver anexo B); debido a que es de

gran importancia que el profesional de enfermería evalúe la posibilidad del mismo en todos los usuarios.

Estos pacientes deben ser abordados, por un equipo multidisciplinario en el que nos apoyemos en caso de que enfermería haya diagnosticado un riesgo de suicidio.

También debemos aceptar a este paciente, mantener una relación empática, sin cuestionar sus comportamientos.

Finalmente hemos identificado algunos diagnósticos e intervenciones de enfermería para estos pacientes (ver anexo B), que son útiles para el ejercicio de nuestra profesión.

PROPUESTA

- Continuar profundizando en los aspectos que llevan al individuo a la toma de decisión para el suicidio para su prevención en distintos niveles de atención.
- Promover el trabajo de este tema en equipo multidisciplinario.
- Brindar esta información para su inserción en el programa nacional de prevención de suicidios.

BIBLIOGRAFIA

- Berro G. et al- Suicidios en 1988 Aspectos Epidemiológicos y Medico Legales,
- Anales de las 1ras. Jornadas de Criminología, Ministerio del Interior, Tomo II, Montevideo, Uruguay 1989.
- Berro G. et al- Suicidios por proyectil de arma de fuego, Anales de las 2das. Jornadas de Criminología, Ministerio del Interior, Tomo II, Montevideo, Uruguay, 1991.
- Berro G. et al – Alcoholemias en suicidas, Revista TDM_TOX, Vol.2, Nº6, Montevideo, Uruguay, 1993.
- Brunner, L. Suddarth D., Enfermería médicoquirúrgico, 7ª. Edición. Ed. Interamericana. Mexico D.F., Mexico. 1992.
- Gisbert, J.A., Medicina legal y toxicología, 4ª. Edición. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, España. 1994.
- Hernandez Sampieri, R. et al, Metodología de la investigación, Ed. McGraw-Hill. Mexico D.F., Mexico. 1991.
- Pinedo A. et al., Metodología de la investigación, 2ª. Edición. Washington, USA. 1994.
- Tamayo y Tamayo, M. El proceso de la investigación científica, 2ª. Edición. Ed. Limusa Baldeicas. Mexico D.F., Mexico. 1995.
- Rancés Diccionario ilustrado de la lengua española. Ed. Ramón S.A., Barcelona, España. 1993.
- Manual Merck, 9ª. Edición, Ed. Oceano. Barcelona, España.
- Morrison M, Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. 1ª. Edición. Ed. Hartcourt – Brace. Madrid España. 1999
- Revista de investigación criminal del Instituto Técnico Forense, publicaciones ITF, Montevideo, Uruguay. 1989.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- Anexo A – Instrumento de recolección de datos
- Anexo B – Valoración, diagnóstico e intervenciones de enfermería
- Anexo C – Matriz
- Anexo D – Libro de códigos
- Anexo E – Folleto de conferencia

ANEXO B

PREGUNTAS QUE DEBEN HACERSE AL PACIENTE PARA ESTABLECER EL RIESGO DE SUICIDIO.¹

- ¿Cuál ha sido su momento más difícil en el pasado reciente?
- ¿Han ido las cosas tan mal que ha pensado en escapar? Si es así, ¿cómo?
- ¿Hay veces en que la muerte le parece una opción atractiva?
- ¿Ha pensado en lesionarse?
- ¿Ha pensado en matarse?
- Si se autolesionara, ¿cómo lo haría?
- ¿Tiene acceso a los elementos necesarios para llevar a cabo su plan? (Elo incluye un arma de fuego, grandes cantidades de fármacos, una soga, un garaje cerrado).
- ¿Ha pensado o intentado lesionarse en el pasado?
- ¿Qué le ha impedido lesionarse hasta ahora?
- ¿Qué podría impedirle lesionarse en el futuro?

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA: PRECAUCIONES ANTE EL SUICIDIO²

ACCIONES

- Determinar si el paciente tiene algún plan concreto de suicidio
- Pedirle a la persona que haga un pacto verbal de renuncia al suicidio
- Averiguar los antecedentes de intentos de suicidio.
- Evitar que el paciente se auto lesione.
- Ubicarlo en el entorno menos restrictivo que permita el necesario nivel de vigilancia
- Demostrar interés por el bienestar del paciente.
- Evitar las críticas negativas.
- Eliminar del entorno los elementos peligrosos.
- Ubicar al paciente en una habitación con cerrojos en las ventanas, cuando sea

¹ De Lueckenotte AG: *Gerontologic nursing*, San Luis 1996. Mosby

² Modificado de McCloskey JC Bulechek GM: *Nursing Interventions classification (NIC)*, 2º ed., San Luis, 1996. Mosby

necesario.

- Controlarle de cerca durante las crisis de suicidio.
- Explicar al paciente y a sus allegados los signos, los síntomas y la fisiología básica de la depresión
- Advertir a la familia que el riesgo de suicidio entre los pacientes con depresión grave aumenta cuando éstos comienzan a sentirse mejor
- Favorecer la discusión de los factores y acontecimientos que precipitaron las ideas suicidas
- Acompañar al paciente cuando éste tenga que salir, siempre que sea necesario
- Proporcionar asesoría psiquiátrica cuando sea conveniente
- Facilitar que la familia y los amigos puedan apoyar al paciente.
- Explicar a la familia las posibles señales de alarma o peticiones de ayuda que el paciente puede emplear.
- Derivar al paciente a un psiquiatra, cuando sea necesario.

ANEXO C

Matriz

Estado Civil	Sexo	Edad	Mes	Año	Antecedentes patológicos	Tipo de intoxicación
s	m	42	12	92	p	f
s	m	46	12	92	d	q
s	f	41	12	92	p	f
c	m	60	12	92	d	q
s	m	23	12	92	d	f
c	m	56	07	90	d	g
c	f	56	07	90	d	g
v	f	76	07	90	d	g
c	f	65	05	91	d	g
s	m	17	04	91	d	q
d	f	46	04	91	d	g
c	f	31	05	93	p	f
c	m	47	05	93	d	q
v	f	79	05	93	d	g
v	f	80	04	93	p	f
s	m	24	08	93	d	q
s	f	75	08	93	d	g
s	m	84	08	93	d	f
c	f	39	07	93	d	f
c	f	35	07	93	p	f
d	f	41	08	90	d	g
c	m	35	09	92	d	f
s	m	15	09	92	p	f
s	m	61	09	92	p	q
c	m	53	01	90	d	q
v	m	86	08	91	d	g
v	f	91	08	91	d	q
c	m	55	07	91	d	g
v	f	66	04	91	p	f
v	f	66	12	95	d	g
s	m	46	12	95	d	f
s	f	31	01	95	p	g
s	f	57	09	96	d	f
s	m	25	09	96	t	f
s	m	19	07	96	t	f
v	f	83	07	95	d	q
d	f	70	02	94	d	f
d	m	55	02	94	d	q
s	m	22	02	94	d	q
s	m	41	07	96	p	f
c	f	25	06	96	p	f
s	f	18	04	95	d	f
v	f	70	11	93	d	f
v	m	84	11	93	d	g
c	f	84	10	93	d	q
c	m	86	10	93	d	q

s	f	23	07	93	d	q
s	m	26	07	93	d	f
s	f	31	07	93	d	f
c	m	42	05	90	d	q
c	f	28	05	90	d	f
v	f	85	07	92	d	f
c	f	58	07	92	d	f
c	f	52	06	92	p	f
v	f	73	12	90	d	f
v	f	88	12	90	d	f
c	f	30	12	90	d	g
s	f	18	02	90	d	q
s	f	29	02	90	d	f
s	m	36	04	95	p	f
c	m	42	04	95	d	f
s	m	48	04	95	p	f
s	m	27	04	95	t	f
c	f	22	03	95	p	f
d	f	79	03	95	d	g
s	m	29	09	95	d	q
d	m	61	09	95	p	f
s	m	24	04	96	t	q
s	m	28	04	96	p	f
c	m	50	04	96	p	f
c	f	52	04	96	p	f
d	f	38	05	96	d	f
v	f	78	05	96	p	g
s	f	21	10	96	d	q
c	f	53	10	96	p	f
s	m	18	06	96	d	f
c	f	68	06	96	p	f
s	f	53	06	96	p	f
s	m	17	08	96	d	q
d	f	52	07	96	p	f
c	f	20	07	96	d	q
d	f	48	07	96	p	q
s	f	27	11	93	p	f
c	f	51	11	93	p	f
c	f	29	11	93	p	g
c	f	57	11	93	p	g
s	m	29	02	90	d	q
s	m	47	11	92	d	q
s	f	70	01	90	d	g
s	m	33	10	90	p	q
d	f	64	09	90	p	f
d	m	50	09	90	p	f
c	m	74	04	93	d	q
s	m	37	03	93	p	f
c	f	67	06	90	d	q
c	m	28	06	90	d	f
s	m	34	02	93	p	f
c	f	33	02	93	d	q

d	f	37	02	93	d	q
c	f	47	02	93	d	f
s	f	51	08	93	d	g
c	f	53	08	93	p	f
c	m	45	08	93	d	f
v	f	83	09	97	d	g
s	m	28	02	98	p	f
s	f	20	02	98	p	f
v	f	82	05	98	d	q
c	f	55	05	98	p	f
c	f	43	09	98	p	f
c	m	68	09	98	d	f
s	f	21	09	98	d	f
v	f	78	03	99	d	g
s	f	62	05	99	p	f
c	f	45	05	99	p	f
c	f	48	07	99	d	g
s	m	28	07	99	p	q
s	m	25	12	99	d	f
s	m	23	12	99	d	f
d	m	58	12	99	p	f
v	m	93	07	00	d	g
s	m	32	05	96	d	q
c	f	48	08	94	p	g
s	m	29	08	94	d	g
s	m	26	07	94	d	g
s	f	24	07	94	d	g
s	f	22	11	94	d	f
v	f	85	10	94	p	f
s	m	18	10	94	p	g
v	f	64	10	94	d	f
v	f	74	08	94	d	g
c	m	63	08	94	d	g
v	f	78	08	94	d	g
s	m	19	08	94	d	q
s	f	19	08	94	d	g
s	m	43	08	94	d	f
s	m	68	08	94	d	g
v	f	79	07	95	d	g
s	f	16	07	95	d	g
s	f	64	07	95	d	g
d	f	50	04	96	p	f
d	m	47	02	96	d	f
c	m	73	02	96	d	q
s	f	24	02	96	d	g
c	f	67	10	95	d	g
c	m	40	10	95	d	g
s	m	30	07	94	p	f
c	m	60	07	94	d	q
v	m	80	07	94	d	g
s	f	35	07	94	e	g
d	f	52	07	94	d	f

s	f	70	07	94	d	g
s	m	45	07	94	p	f
v	m	52	07	94	e	f
s	f	18	07	94	d	g
v	f	91	07	94	d	g
v	m	86	06	94	d	g
c	f	25	06	94	d	g
v	f	77	08	94	d	g
s	m	20	12	96	p	f
c	f	32	12	96	d	f
s	f	30	02	96	p	f
v	f	80	10	96	d	g
c	m	72	10	96	d	f
s	f	83	10	96	d	g
v	f	87	10	96	d	g
c	m	44	08	90	d	g
s	m	45	08	90	d	f
v	f	71	01	92	d	f
d	f	74	04	90	d	q
v	f	61	03	90	d	q
v	f	81	05	92	d	g
v	f	83	05	92	d	g
s	m	28	05	92	d	f
c	m	39	05	92	d	f
c	f	35	11	97	d	f
s	f	53	11	97	d	f
s	m	69	08	98	d	q
s	m	35	01	96	d	q
c	m	64	04	95	d	f
c	f	44	05	94	d	f
s	f	47	04	95	p	f
s	f	52	07	96	p	q
c	f	39	06	95	d	g
s	m	17	04	94	d	q
v	m	82	08	95	p	q
d	m	57	08	95	d	g
s	m	57	04	94	d	q
s	m	44	04	94	p	g
v	m	84	11	95	d	g
v	m	85	12	95	d	g
c	m	61	05	95	d	f
v	m	30	05	95	d	f
v	f	85	11	95	d	g
s	m	27	11	95	d	f
s	m	35	06	96	d	g
s	m	31	06	96	d	g
v	f	76	03	97	d	f
s	f	25	03	97	d	g
s	f	34	02	97	p	f
d	f	40	02	97	d	g
c	f	50	02	97	p	g
s	m	57	02	91	d	g

v	m	68	03	97	d	q
s	f	58	11	98	d	q
s	m	66	11	98	d	q
c	m	46	02	99	d	f
s	m	29	11	99	i	q
s	m	34	11	99	d	f
c	m	35	03	00	d	g
s	m	91	09	00	d	g
s	f	93	09	00	d	g
c	m	19	09	00	d	q
s	f	54	09	00	d	g
c	f	52	09	00	p	q
v	m	80	08	00	d	q
v	f	72	07	97	p	f
s	m	23	07	97	p	f
v	f	56	07	97	p	g
v	f	65	07	97	p	f
s	m	36	10	99	p	f
c	m	48	10	99	d	q
d	m	37	10	99	d	f
v	m	72	01	00	d	f
s	f	90	04	00	d	g
s	f	23	04	00	p	f
v	m	62	04	00	d	q
v	f	77	03	00	d	g
s	m	70	03	00	d	f
c	f	75	06	00	d	f
s	f	42	06	00	p	f
s	m	53	08	00	d	q
d	f	41	08	00	d	f
c	f	70	08	00	p	f
v	m	89	08	00	d	g
s	m	52	11	00	d	f
v	m	74	12	00	d	q
v	m	71	01	97	d	f
s	f	78	01	97	d	g
s	m	21	04	97	i	f
v	f	59	05	97	d	f
d	f	62	05	97	d	f
c	m	66	06	97	d	f
c	f	20	06	97	d	g
c	m	23	06	97	d	g
s	m	55	06	97	d	f
c	f	30	07	90	d	g
v	f	82	07	90	d	q
c	f	47	03	92	d	f
c	m	67	03	92	d	f
s	m	65	02	92	d	q
s	f	15	02	92	f	f
c	f	56	12	91	p	f
v	f	89	12	91	e	f
d	f	61	12	91	p	f

v	f	72	07	97	p	f
s	m	23	07	97	p	f
v	m	56	07	97	p	g
v	f	65	07	97	p	f
v	f	88	08	97	d	g
s	m	38	09	97	d	g
s	f	34	09	97	p	f
v	f	42	10	97	p	q
c	f	33	10	97	d	q
s	m	43	10	97	d	q
s	m	34	10	97	d	q
s	f	29	12	97	d	f
s	f	77	12	97	p	f
c	f	47	07	98	d	f
c	m	71	07	98	d	g
c	m	58	07	98	d	g
c	m	62	08	98	d	q
s	m	23	02	95	d	f
s	f	49	02	95	p	g
s	m	37	02	95	p	g
d	m	39	06	91	d	g
v	f	80	06	91	d	g
c	f	33	06	91	d	f
s	f	81	05	91	d	g
c	f	58	05	91	p	f
v	m	65	05	91	d	f
c	m	50	04	90	p	f
c	m	54	04	90	d	g
d	f	69	04	90	p	g
v	f	89	04	90	d	g
s	m	38	04	90	t	q
d	f	50	04	90	p	f
s	m	75	04	90	p	q
s	m	30	02	91	e	f
s	f	79	02	91	d	g
c	m	70	10	92	p	g
s	f	53	10	92	p	f
v	f	48	10	92	p	f
v	f	74	01	93	d	g
c	m	29	01	93	p	q
s	m	81	01	93	d	g
s	f	82	01	93	d	g
c	m	27	11	90	d	q
v	f	74	11	90	d	g
v	f	72	11	90	d	g
c	f	52	10	90	d	g
v	f	56	10	90	d	f
v	f	86	10	90	d	f
s	m	18	08	91	d	q
c	m	66	08	91	d	g
s	f	57	08	91	p	g
s	f	20	09	92	d	g

c	f	50	09	92	d	g
s	f	16	09	92	d	g
c	m	54	08	92	d	q
s	f	18	08	92	d	f
s	m	22	08	92	d	g
c	m	58	05	92	d	g
c	m	71	09	90	d	f
s	m	62	09	90	d	q
s	m	40	09	90	d	q
c	m	33	07	91	d	q
v	f	45	07	91	d	g
s	m	31	07	91	d	q
s	m	20	07	91	d	f
c	m	42	07	91	t	q
v	f	56	07	91	d	g
s	m	51	07	91	d	g
s	f	87	07	91	d	g
s	f	89	07	91	d	g
s	f	85	07	91	d	g
v	m	93	07	91	d	g
s	m	61	05	92	p	f
s	m	16	04	92	d	q
d	f	39	04	92	p	f
c	f	57	03	92	p	f
c	f	47	11	91	p	f
s	f	47	11	91	p	f
c	f	70	11	91	p	f
s	m	33	11	91	p	q
s	f	84	11	91	d	g
c	m	88	10	91	d	g
c	f	22	03	92	d	g
v	f	91	02	92	p	q
c	m	85	02	92	p	f
c	f	56	02	92	p	f
s	f	13	01	91	d	f
v	m	53	01	92	d	q
s	f	74	01	92	p	f
s	f	23	08	92	d	g
v	f	84	07	92	p	f
v	f	66	07	92	p	f
s	m	64	09	98	p	f
c	f	45	10	98	d	f
s	m	28	10	98	p	f
v	m	84	10	98	d	g
s	m	41	02	99	p	f
v	m	84	01	99	d	g
d	m	36	03	99	p	f
s	f	29	05	99	d	q
s	m	26	06	99	p	q
s	f	52	07	99	p	f
d	f	64	09	99	p	f
c	m	43	09	99	p	f

v	f	76	09	99	d	g
s	f	33	12	99	p	f
c	f	41	01	00	d	f
v	f	58	01	00	d	f
c	m	43	01	00	d	f
v	m	70	02	00	d	q
c	m	80	02	00	d	g
s	m	29	04	00	t	q
s	m	32	04	00	d	q
c	f	37	06	00	d	g
s	m	30	06	00	t	q
d	f	53	08	00	p	f
d	f	60	08	00	p	f
c	f	59	08	00	p	f
c	m	68	08	00	d	g
v	f	86	07	00	d	g
c	f	26	07	00	d	g
c	m	50	07	00	t	q
d	f	87	07	00	d	g
c	f	41	06	94	d	g
v	f	90	06	94	d	g
s	m	35	06	94	d	f
d	f	46	06	94	d	f
s	m	34	06	94	d	q
d	f	64	06	94	p	q
s	m	46	06	94	d	g
s	f	29	06	94	p	f
s	m	40	06	94	p	f
c	f	75	06	95	d	g
c	f	48	11	95	p	f
c	f	63	03	94	p	f
s	f	27	08	95	d	g
v	f	84	08	95	d	g
s	m	45	08	95	p	f
c	f	58	08	96	d	g
v	m	84	11	96	d	g
s	f	19	11	93	d	g
s	m	15	10	91	d	f
s	f	28	09	91	d	f
v	f	80	09	91	d	g
c	m	59	09	91	d	q
c	f	36	10	97	d	f
s	f	62	11	97	d	f
s	f	28	04	98	d	f
c	f	57	03	98	d	g
c	f	74	03	98	d	g
c	m	45	07	98	d	g
c	m	69	07	98	d	q
c	m	67	07	98	d	q
s	m	20	09	98	d	f
c	m	52	09	98	e	q
c	m	55	09	98	d	q

c	m	35	09	98	d	f
s	m	25	11	98	t	q
s	m	30	01	99	d	f
c	f	44	01	99	d	f
c	f	57	01	99	p	f
v	f	86	01	99	d	f
d	m	62	04	99	d	f
s	f	48	06	99	p	f
v	f	69	06	99	d	f
c	m	26	05	99	d	q
v	m	87	05	99	d	g
c	m	53	09	99	p	f
s	m	77	08	99	p	f
v	m	62	08	99	d	q
c	m	59	08	99	d	f
c	f	59	10	99	p	f
s	m	32	10	99	d	q
d	m	67	11	96	d	g
d	f	68	12	94	d	q
v	f	77	11	94	d	g
c	f	53	11	94	d	q
c	m	50	12	94	d	q
c	f	34	12	94	d	f
v	f	82	12	94	d	f
c	m	49	12	94	e	f
s	f	18	03	96	t	q
c	m	37	03	96	d	g
s	m	25	08	95	d	q
v	f	82	08	95	d	f
s	f	19	08	95	p	f
s	m	21	07	95	d	g
c	f	49	07	95	p	f
d	f	54	10	94	p	f
c	f	63	10	94	d	g
c	f	45	10	94	d	g
s	f	25	10	94	d	q

ANEXO D

Libro de códigos

Variables	Categorías	Código
Mes	Enero	01
	Febrero	02
	Marzo	03
	Abril	04
	Mayo	05
	Junio	06
	Julio	07
	Agosto	08
	Setiembre	09
	Octubre	10
	Noviembre	11
	Diciembre	12
Año	1990	90
	1991	91
	1992	92
	1993	93
	1994	94
	1995	95
	1996	96
	1997	97
	1998	98
	1999	99
	2000	00
Sexo	Masculino	m
	Femenino	f
Estado Civil	Soltero	s
	Casado	c
	Viudo	v
	Divorciado	d
Antecedentes patológicos	Psiquiátricos	p
	Infectocontagioso	i
	Drogodependiente	t
	Enfermedades crónicas	e
	Desconocido	d
Tipo de intoxicación	Farmacológica	f
	Química	q
	Gaseosa	g

ANEXO E

Conferencia a cargo de la Dra. Antropóloga Carmen Parrilla, asesora de la Organización Panamericana de la Salud, representante de Puerto Rico; organizado por la organización "Ultimo Recurso" presidida por la Dra. Silvia Pelaéz y el Sindicato Médico del Uruguay, 28 de noviembre de 2001, Sindicato Médico del Uruguay.

Folleto creado por la Fundación Puertorriqueña para la Investigación y Prevención del Suicidio, Inc.

Elaborado para el programa de prevención del suicidio en Puerto Rico.

Fundación Puertorriqueña Para
la Investigación y Prevención
del Suicidio, Inc.

Entender y
prevenir
el
comportamiento
Suicida



Tarea de
todos

Apartado 20938, San Juan
Puerto Rico 00928-0938
Tel. 765-8270 • Fax 764-9751

SE SIEMPRE...

- Solo
- Nadie se interesa por ella o él
- Nadie lo quiere
- No lo escuchan
- Nadie lo entiende
- Nadie lo toma en serio
- Deprimido
- Nada le sale bien
- No hay solución a su problema
- Impotente para cambiar su situación
- No vale la pena seguir viviendo
- Los demás estarían mejor sin ella o él
- Desesperado
- Desesperanzado

YO PENSABA QUE....

- No tenía importancia
- Estaba bromeando
- Nunca lo haría
- Eso se le olvida en unos días
- Lo hacía para llamar la atención
- Me estaba "manipulando"
- Estaba loco
- Retarlo era la solución
- No era mi responsabilidad
- No era la persona adecuada para ayudar

PERO AHORA COMPRENDO LO IMPORTANTE QUE ES...

- Creerle
- Tomarlo en serio
- Entender sus sentimientos
- Hacerle saber que deseo ayudarlo
- Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos
- Ayudarlo a encontrar respuestas y alternativas para la vida
- Buscarle ayuda profesional
- Ayudar y no juzgar

TRABAJAMOS POR LA VIDA



Por qué existimos...

La Fundación es una corporación sin fines de lucro fundada en 1983. Tiene como propósito la investigación y la prevención del comportamiento suicida y la promoción de la salud mental en Puerto Rico.

La F.P.I.P.S. está compuesta por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, maestros, orientadores y otros profesionales interesados en prevenir el suicidio.

Qué hacemos...

- Orientación a la comunidad
- Adiestramiento a profesionales de ayuda
- Consultoría y asesoría a agencias públicas y privadas
- Adiestramiento a profesionales de servicios humanos y de la salud
- Tenemos a disposición de la comunidad una extensa biblioteca especializada en el tema
- Asesoría en investigación científica y evaluación clínica
- Publicamos el Boletín Vida