

Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó

Trabajos originales

Resumen

El objetivo de este trabajo fue encontrar características comunes en los pacientes del Hospital Vilardebó que consultaron en dicha institución en los meses previos a su suicidio en el período mayo 2001-diciembre 2002. Paralelamente, se obtuvieron datos epidemiológicos del suicidio en Montevideo en dicho período, constatándose un aumento del 44% respecto al año anterior, con un nuevo pico de gran magnitud en hombres jóvenes (30-34 años) y el predominio de métodos violentos en las mujeres.

Respecto a los pacientes del Hospital Vilardebó, se analizaron 20 suicidios que se distribuyeron por igual en ambos sexos, en edades medias de la vida, la mayoría de ellos en primavera, con predominio del ahorcamiento. Casi todos carecían de trabajo, familia y red de soporte social y tenían antecedentes de tentativas previas. El 75% presentó síntomas depresivos (como episodio depresivo mayor solo o en comorbilidad con esquizofrenia, trastorno de personalidad del grupo B o retardo mental), siendo frecuente el consumo de sustancias, sobre todo alcohol. Los pacientes que consultaron en los tres meses previos al suicidio presentaron un elevado número de factores de riesgo, lo que nos llevó a analizar otros elementos que pudieron haber incidido en la conducta tomada, así como el papel de la desesperanza, la soledad y el desamparo.

Palabras clave

Suicidio
Epidemiología
Hospital psiquiátrico
Factores de riesgo
Última consulta

Summary

The aim of this work was to find shared features among patients assisted at the Psychiatric Hospital Population over the months before they committed suicide, from may 2001 to december 2002. Likewise, epidemiologic data on suicide in Montevideo were obtained regarding the same time interval, stating a 44% increase in suicide rate compared to the previous year, with a new considerable peak for young men (30-34 years old), and the predominance of violent methods in women.

Concerning patients of the Psychiatric Hospital Population, 20 suicides were analyzed, resulting identical sex rate and highest frequencies at mid-life, with most of them occurring in spring, outstanding hanging. Almost all of the patients were unemployed, lacked family and social support, and had previous suicide attempts. Seventy five percent showed depressive symptoms (like Major Depressive Episode alone or comorbid with Schizophrenia, Cluster B Personality Disorder or Mental Retardation), with high substance use rate (mainly alcohol). Patients who searched for care within three months before suicide, showed a high number of risk factors, which led the authors into others issues, that could have affected the conduct undertaken, as well as the role of hopelessness, loneliness and desolation.

Key words

Suicide
Epidemiology
Psychiatric hospital population
Risk factors
Last consult

Autoras

Beatriz Pasturino
Médico Psiquiatra.

Virginia Vallarino
Médico Psiquiatra.

Myriam Lima
Médico. Posgrado de
Psiquiatría.

Correspondencia:
bpasturino@hotmail.com

Introducción

La elección de este tema surge a partir de la inquietud generada por el dato de que un alto porcentaje de pacientes que consuman suicidio, consultan con médico en los días o meses previos al mismo. En consecuencia, y refiriéndonos exclusivamente a la consulta con psiquiatra, buscamos identificar algunas características comunes en estos pacientes al tiempo que analizamos otros factores que podrían estar incidiendo en el elevado número de suicidios, con vistas a esbozar estrategias de prevención. Elegimos estudiar las consultas realizadas en el Hospital Vilardebó (HV), único hospital psiquiátrico de referencia a nivel nacional, al cual se deriva los pacientes de mayor riesgo.

El suicidio de un paciente es una de las escenas más temidas que aparecen en la práctica de la psiquiatría. Es un tema que angustia, inquieta, genera rechazos y negaciones¹. La valoración del riesgo de suicidio es una tarea importante y difícil de la psiquiatría de urgencia y, como analizaremos más adelante, el médico, colocado en la situación de decidir, es consciente de que un error de enfoque puede tener catastróficas consecuencias. Algunos de estos pacientes, por su agresividad, por ser demandantes y difíciles de manejar y establecer vínculos con características masivas y viscosas generan intensos sentimientos contratransferenciales en el médico examinador.

Cuando abordamos el tema del suicidio nos enfrentamos a distintas concepciones éticas, religiosas y filosóficas que dependen del contexto cultural histórico en el que nos situemos. Desde la doctrina del existencialismo, Albert Camus sostuvo que el suicidio es el único problema filosófico “realmente serio”, siendo la pregunta fundamental pensar si la vida merece o no la pena de ser vivida².

Históricamente, la mayoría de las culturas han rechazado el suicidio. Sin embargo, en la antigua Grecia cundió la tolerancia con respecto al mismo, y en el Estado romano existió el concepto de libertad de decisión respecto a la propia vida (el suicidio merecía respeto con tal de que obedeciera a una razón lógica: dolor, enfermedad, tedio vital)².

Se lo ha considerado pecado en las culturas en las que el peso de la religión era importante. El Occidente cristiano cambia de mentalidad: hay que aceptar la vida y la muerte por cuanto las ordena la voluntad de Dios: “No matarás” implica una prohibición general de matar seres humanos^{2, 3}.

También fue considerado crimen: en la Edad Media los suicidas eran objeto de una brutal represión tanto estatal como eclesiástica, siendo confiscadas sus propiedades y negándoseles sepultura en lugares sagrados^{3, 4}.

En el siglo XVII comienza a manejarse por primera vez el sustantivo “suicidio” sustituyendo las anteriores formas de referirse a él; al igual que el concepto “mente” suplanta al concepto “alma”, señalando el comienzo de una gran migración ideológica. Muchas de las cuestiones propias de la religión pasarán a formar parte del campo de la medicina⁴.

Durante el siglo XVIII la mayoría de los suicidios se atribuyen a enfermedad mental, planteándose su despenalización a partir de la Revolución Francesa, la cual se alcanza recién en algunos países (Inglaterra e Irlanda) a mediados del siglo XX^{3, 4}.

En el momento actual se puede considerar dos concepciones: una que atribuye el suicidio a una enfermedad mental y otra que considera la muerte voluntaria como una elección intrínseca a la existencia humana, como la última y definitiva libertad del hombre^{2, 5}.

Son características de la condición humana la conciencia de morir y la posibilidad de matarse⁶. Matarse a uno mismo o matar a otra persona puede ser moralmente correcto o incorrecto, o bien ninguna de las dos cosas, en función de las circunstancias y de los valores de la persona que juzgue el hecho². Si estamos de acuerdo con su valoración, llamamos “racional” a su suicidio; si no lo estamos, lo llamamos “irracional”.

El hecho de matar a otro se califica de asesinato, lo que se diferencia del hecho de matar en defensa propia, del homicidio involuntario o la muerte por negligencia. Es decir, poseemos un extenso vocabulario para distinguir los diferentes modos que tenemos de matar².

No obstante, habitualmente solo empleamos una palabra para describir cómo nos quitamos

la vida: “suicidio”. Esta reducción del lenguaje nos habla de la aversión o resistencia a pensar críticamente sobre el tema².

Es muy difícil sistematizar una definición de suicidio, ya que al hacerlo pondremos el acento en algún aspecto específico, ya sea en el punto de vista clínico-psiquiátrico, sociológico, psicopatológico, epidemiológico o psicológico.

Etimológicamente, el concepto parece claro, resulta de la unión de las palabras latinas *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), siendo su significado literal “acción de matarse a sí mismo”. Se podría definir como toda aquella conducta que va encaminada hacia la autodestrucción –por acción u omisión– del propio sujeto^{4,7}.

Pero no es lo mismo el suicidio que sobreviene en una depresión diagnosticada, el que se da en un delirio de auto referencia, el que sucede por fracaso existencial, o el subsiguiente a un sacrificio por una causa que el sujeto estima más importante que la propia vida (kamikazes, “terroristas suicidas”), etcétera.

Para Durkheim el suicidio es algo mucho más social que psicológico, siendo cada suicidio el resultado de una situación social concreta: “Es la constitución moral de la sociedad quien a cada instante fija el contingente de muertes voluntarias”³.

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud lo relacionó con un impulso natural de muerte, Thanatos, que se impone al de la vida, Eros, como producto de la frustración y la melancolía. El sujeto proyecta hacia sí mismo la agresividad por la culpabilidad, surgida por la identificación con un objeto introyectado y ambivalentemente amado^{7,8}.

Para la psiquiatría el suicidio es, fundamentalmente, una enfermedad mental o bien consecuencia de una enfermedad mental. Según Esquirol: “el hombre no atenta contra su vida sino en pleno delirio, y todo suicida es un alienado”. Según Delmas el suicidio tiene que ser perverso a la fuerza, ya que el instinto de conservación carece prácticamente de límites. Todo suicidio es patológico, ligado a trastornos constitucionales orgánicos³.

Para Beachler, un determinado porcentaje de los suicidas son enfermos, pero el suicidio no se desprende de la enfermedad. Suicidio y

enfermedad ocupan un mismo plano, son dos modalidades de respuesta a un problema³.

El suicidio a nivel mundial, luego de haber aumentado en el siglo XIX, disminuyó desde entonces hasta los años 60. A partir de esa fecha ha presentado un aumento gradual pero marcado. Se calcula que entre 0.5 y 2 % de las muertes son causadas por suicidio, siendo una de las principales causas de muerte en el mundo occidental (entre 9^a-11^a causa), ocupando el 2^o lugar entre jóvenes de 15 a 24 años⁴.

A partir del año 2000 es la primera causa de muerte violenta. En un informe de mayo de 2003 la OMS recomienda la adopción de “medidas urgentes” para frenar este impacto en la salud pública: diariamente se suicidan 2.200 personas (una cada 40 segundos), un número muy elevado comparado con 1.400 víctimas de homicidios y 850 que mueren a consecuencia de conflictos bélicos⁹.

En el Uruguay la tasa de suicidio se ha mantenido constante durante décadas hasta 1990 (con un promedio de 10/100.000 habitantes), ocupando el primer lugar en los países de América Latina, siendo la novena causa de muerte. A partir de esa década comienza un incremento que llega al máximo en 1998 (con una tasa de 16/100.000), con un leve descenso en el período 2000-2001 (15/100.000)^{10,11}.

En Montevideo, en el período abril 2000-abril 2001 se registró un total de 193 suicidios (un promedio de 16 al mes)¹⁰.

Hasta 1990, teniendo en cuenta la edad, el mayor porcentaje de suicidios ocurría en hombres mayores de 50 años, comenzando a insinuarse un pequeño aumento en hombres jóvenes y en mujeres^{11,12}. En 1999, siguiendo las tendencias mundiales, se conforma un nuevo pico en hombres jóvenes (20 a 24 años) y también en hombres maduros (de 40 a 44 años); a su vez, se registra un aumento en mujeres en esas mismas edades. Se mantiene el incremento sostenido en mayores de 50 años¹¹.

La distribución por sexo a nivel nacional coincide con tendencias mundiales (entre tres y cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres)¹¹. En Montevideo, en el período 2000-2001 la diferencia fue menor (2/1)¹⁰.

En cuanto a la estacionalidad, Durkheim ya había marcado el predominio del suici-

dio en los meses de primavera-verano, lo que coincide con las cifras nacionales de la década del 90^{12, 13}. En el año 2000 se observa una diferencia en Montevideo, donde es más frecuente en invierno (julio) y primavera (octubre-noviembre)¹⁰.

Respecto al método utilizado para el suicidio, los estudios realizados en Montevideo en los últimos años muestran un claro predominio del arma de fuego (promedialmente un 50%), seguido de ahorcamiento¹⁴. En el período 2000-2001 estos métodos siguen siendo los elegidos por el sexo masculino; en la mujer no se observa diferencias significativas entre arma de fuego, ahorcamiento y precipitación¹⁰.

Diseño metodológico

Definición de la población y selección de la muestra

Este trabajo es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo de casos clínicos, y no un estudio estadístico, a pesar de lo cual por la metodología utilizada se obtuvo datos epidemiológicos de la ciudad de Montevideo.

Una muestra seleccionada de pacientes que consultaron en Emergencia, en Policlínica o estuvieron internados en el HV, cuya causa de muerte fue producto de un suicidio, constituyó la población estudiada.

Para la selección de la muestra se tomó como criterio de inclusión los suicidios ocurridos en el departamento de Montevideo en los 20 meses correspondientes al período de mayo de 2001-diciembre de 2002, excluyéndose los casos no comprobados o dudosos.

Material y método

Los datos sobre los suicidios fueron obtenidos en el Departamento de Medicina Forense del Instituto Técnico Forense a partir de la revisión de los protocolos de autopsia y copias de los oficios policiales del departamento de Montevideo (no están incluidos los suicidios ocurridos en otros departamentos). Se recabó específicamente las variables: nombre, cédula de identidad, edad, sexo, fecha de fallecimiento y causa de muerte.

Estos datos fueron confrontados, por un lado, con los obtenidos previamente en diversos estudios de Montevideo y por otro, con la base de datos del Archivo del HV (donde se encuentran las Historias Clínicas de pacientes de Policlínica o que alguna vez fueron internados). Se obtuvo los números de Historia. A su vez se revisó la base de datos de la Emergencia (donde se encuentran las consultas realizadas en Puerta que no tienen Historia Clínica).

La muestra quedó conformada por 20 pacientes, 18 de los cuales fueron ingresados a sala en alguna oportunidad y los dos restantes fueron tratados en Policlínica. No se encontraron suicidios en las consultas de Emergencia que carecían de antecedentes de internación o controles en Policlínica de HV.

A partir de la lectura de las Historias Clínicas se realizó viñetas y se extrajo datos para la confección de los resultados: edad, fecha de nacimiento, sexo, ocupación, pareja, familia, historia de abuso sexual y pérdidas tempranas, antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes personales orgánicos, fecha de primera consulta psiquiátrica, diagnósticos, consumo de sustancias, número de internaciones y consultas en Emergencia de HV, intentos de autoeliminación (IAE) previos (número, fecha, método, avisos previos, gravedad y contexto), estrés en el último año, fecha y motivo de última consulta.

Posteriormente, centramos nuestro enfoque en quienes recibieron asistencia psiquiátrica en los tres meses previos a consumir suicidio.

Viñetas clínicas

PACIENTE 5. Sexo masculino, músico de grupo de rock, vive en el exterior desde los 18 hasta los 50 años, divorciado hace cuatro años, un hijo de nueve años que vive en Europa. Consumo de cocaína desde hace 10 años.

Primera consulta psiquiátrica en Policlínica de HV en febrero del año 2000 (a la edad de 51 años) por síntomas depresivos, ideas de autoeliminación con plan, apragmatismo, ansiedad e insomnio. El paciente vuelve a Uruguay hace seis meses a cuidar a su madre (“dejé todo”) y desde entonces se encuentra en abstinencia

de cocaína. Se trata con fluoxetina y benzodiazepinas y se solicita Psicodiagnóstico, el cual informa: Funcionamiento regresivo con estructura de personalidad de tipo psicótico, recomendándose cuidar los elementos depresivos que aparecen en los momentos en que el Yo sale de sus períodos “omnipotentes”, ya que allí surge una importante angustia y confusión.

Hasta mayo del año 2001 los controles con Psiquiatría son mensuales. En este período el paciente refiere aumento de síntomas depresivos, ansiedad y dificultades vinculares, por lo que se aumenta la fluoxetina y se agrega risperidona 3 mg. El paciente evoluciona de manera inestable, sin inserción laboral, comenzando a consumir alcohol en octubre de 2000.

Al mismo tiempo el paciente concurre regularmente a las entrevistas psicológicas semanales, trabajando el consumo, el “orden”, los vínculos, el duelo por la identidad pasada, la vejez de su madre, la muerte y la soledad.

En junio de 2001 viaja al exterior a renovar residencia y regresa en agosto del mismo año. Retoma las consultas psiquiátricas y psicológicas, diagnosticándose como trastorno de personalidad (T de P), prevaleciendo los síntomas depresivos y el consumo de alcohol.

En octubre de 2001 se deriva desde Policlínica a Emergencia para su internación, presentando aumento de síntomas depresivos e ideas de muerte con planificación. En Puerta se plantea: episodio depresivo mayor (EDM) con melancolía o simulación. A pedido del paciente (“Me siento 100%”) se otorga el alta al otro día con el diagnóstico de T de P.

Continúa concurrendo mensualmente a control psiquiátrico hasta marzo de 2002, destacándose su apragmatismo y desaliño (“agotado por enfermedad de su madre”). Desde diciembre del año 2001 no pudo concurrir a Psicología por falta de dinero.

En julio de 2002 realiza la última consulta psiquiátrica, encontrándose “muy desmejorado y cuidando a su madre que está muy deteriorada. Está en abstinencia de alcohol y sustancias”.

Al mes (a los 53 años) se suicida con arma de fuego en la casa de su madre. Deja testamento y carta expresando su deseo de autoeliminarse y pidiendo perdón por lo que hacía.

PACIENTE 7. Hombre de 71 años, herrero, vive con un hijo de 33 años y tres nietos.

Realiza su primera consulta psiquiátrica en setiembre de 2001 en Emergencia del HV, traído por el hijo, por tristeza, astenia, insomnio, anorexia con adelgazamiento, ideas de muerte, apragmatismo laboral y desaseo, de un mes de evolución coincidente con el fallecimiento de su esposa. Es diagnosticado como EDM en contexto de duelo patológico. Ingres a Sala donde permanece internado una semana, siendo tratado con sertralina y flunitrazepan con buena evolución. Se realiza entrevista con hermano e hijo (de bajo nivel), quienes niegan antecedentes personales o familiares psiquiátricos. Es dado de alta con diagnóstico de EDM leve a moderado en contexto de duelo normal.

A los 40 días es derivado desde la Policlínica periférica para su internación, luego de 20 días de tratamiento con imipramina 50 mg, con el diagnóstico de EDM melancólico, resaltando que es un paciente de riesgo. En Emergencia se coincide con el diagnóstico tratándose con imipramina 50 mg, sertralina 50 mg y alprazolam. El paciente permanece en Emergencia 48 horas en un sillón ya que no hay camas disponibles, ansioso y con ideas de fuga. Se consigna en la historia mala respuesta al tratamiento y mala continencia familiar. Al otro día se le otorga el alta con el hijo.

El paciente se suicida por sumersión a los 27 días, a la edad de 71 años.

PACIENTE 13. Sexo femenino, procedente del interior. Es la menor de nueve hermanos, padre fallecido, madre fallecida a los pocos meses de nacida la paciente, criada por abuela. Cursa Primaria hasta cuarto año. Refiere abuso sexual infantil y maltrato por parte de pareja. Primer embarazo (gemelar) a los 14 años, tiene cinco hijos que no crio. Trabajó en labores y en la prostitución.

Como antecedentes psiquiátricos se destacan ideas de muerte y de autoeliminación desde niña, consumo de alcohol con patrón de dependencia desde los 14 años, e historia de descontrol de impulsos (crisis clásticas y heteroagresividad).

Realiza su primera consulta psiquiátrica a los 57 años en Buenos Aires por IAE grave, que requirió internación.

En julio de 2001 (a los 58 años) consulta en Emergencia del HV por IAE con psicofármacos y alcohol, planificado, post-conflicto con pareja. Se encuentra desocupada y en situación de calle desde hace meses. Relata síntomas depresivos con culpa, ruina y minusvalía; alucinaciones auditivo-verbales (AAV) y auto referencia. Se diagnostica como EDM con síntomas psicóticos y melancólicos, tratándose con fluoxetina 20 mg, risperidona 3 mg y benzodiazepinas. Ingresa a Sala con mejoría en su estado de ánimo, persistiendo con angustia, ideas de muerte y culpa por abandonar a sus hijos (“Yo valoré lo material por sobre los afectos... me dan ganas de matarme”). Alta a los 20 días con diagnóstico de trastorno depresivo.

A las dos semanas consulta en Emergencia: “Soy culpable, merezco castigo, soy una delincuente mentirosa”; fenómenos pseudoperceptivos auditivos y visuales; ideas de muerte, niega tristeza. Se diagnostica como trastorno depresivo recurrente, T de P del grupo B, episodio disociativo. Vista por Asistente Social, quien informa: Sin familiares, en situación de calle y abandono. Imposibilidad de cumplir tratamiento.

Se ingresa a Sala, rediagnosticándose como EDM con síntomas psicóticos, mejorando a la semana, siendo dada de alta al mes. Tratada con haloperidol 5 mg, venlafaxina y benzodiazepinas.

A los tres meses (diciembre de 2001), consulta por depresión y trastornos de conducta; impresiona manipuladora, sin síntomas que justifiquen internación. Se diagnostica como T de P.

A los 12 días se suicida por ahorcamiento, a los 58 años de edad. Del parte policial se destaca, según refiere el hijo, que dos semanas antes de la última consulta la paciente pidió a un patrullero que la detuviese porque era una ladrona.

PACIENTE 19. Sexo femenino. Es la tercera de cuatro hermanos. Cursa hasta segundo de liceo, luego UTU por un año. Antecedentes familiares de padre alcoholista y hermano adicto. Antecedentes personales de consumo

de sustancias desde los 16 años (alcohol, marihuana, hongos, cemento y cocaína), y de IAE con arma blanca.

Primera consulta en HV, en octubre de 1999 (a los 19 años), enviada del Hospital de Clínicas del Servicio de Otorrinolaringología, en donde se encontraba internada hacía una semana por perforación del hueso frontal y etmoides provocada por bala (introducida golpeándose contra la pared) en un IAE. En Emergencia se presenta con inhibición psicomotriz, en semimutismo y con AAV. Se diagnostica como episodio psicótico agudo y se trata con antidepresivos y neurolepticos. Se ingresa a Sala donde se la encuentra con pensamiento oscuro, ambivalente, AAV crónicas con comando (“que me mate”), ideas de muerte y de autoeliminación (“No me gusta la vida... pensaba que la bala me podía llegar a la conciencia y casi llegó”). Apragmatismo desde hace años. Se diagnostica como esquizofrenia catatónica descompensada, se mantiene tratamiento y se agrega risperidona 2 mg y benzodiazepinas. La madre refiere que la paciente sufrió violación múltiple hace cuatro meses y desde esa fecha se encuentra en abstinencia de sustancias. En la evolución persiste con comando alucinatorio, por lo que se indica serie de ECT (12 sesiones). Alta a los dos meses con neuroleptico de depósito, fluoxetina 20 mg y benzodiazepinas.

En abril de 2000 es enviada desde policlínica periférica por AAV con comando (“Las voces me dicen matate”). La paciente estaba recibiendo altas dosis de neurolepticos vía oral y de depósito, habiéndosele retirado el antidepresivo. En Sala ingresa como esquizofrenia descompensada. La madre relata que desde que fue violada “dice y hace disparates”. La paciente refiere sentirse “arruinada” desde ese momento. Se plantean en primera instancia dudas diagnósticas con: trastorno esquizoafectivo y deterioro por consumo de sustancias, tratándose con fluoxetina y risperidona 3 mg. Luego se establecen como diagnósticos diferenciales: Lesión por consumo de sustancias y distimia en una paciente adicta, suspendiéndose la risperidona. A los cuatro días, luego de quemar ropas en sala, se indica neuroleptico de depósito. Al mes del ingreso es dada de alta con diagnóstico de esquizofrenia, manteniéndose el antidepresivo.

En junio de 2000 nueva consulta en Emergencia por IAE (ahorcamiento), sin síntomas productivos, relatando sintomatología depresiva. Se diagnostica como esquizofrenia, se ingresa a sala con neurolépticos, fluoxetina y benzodiazepinas, con evolución inestable. Alta al mes.

A los seis meses IAE con venostomía, en contexto alucinatorio (“Me dicen matate, cumplí...”). Es ingresada a sala y dada de alta a los 12 días con diagnóstico de esquizofrenia.

En agosto de 2001 nueva consulta por IAE (con psicofármacos). Alta a las 24 horas.

Un año después es enviada desde Policlínica Periférica por IAE con psicofármacos y arma blanca. El pase informa: EDM con síntomas psicóticos, T de P border, consumo de cannabinoide. La paciente refiere muerte del padre hace siete meses y de la abuela hace una semana: “Siento que todos me abandonan, no me quieren”. Alta a las 48 horas con diagnóstico de EDM con síntomas psicóticos en una paciente con probable esquizofrenia, con neuroléptico de depósito y antidepresivo.

A los 15 días, a la edad de 23 años, se suicida por ahorcamiento.

Resultados y discusión

Datos epidemiológicos (Montevideo)

Si bien este trabajo no tiene un objetivo estadístico ni epidemiológico, de los datos

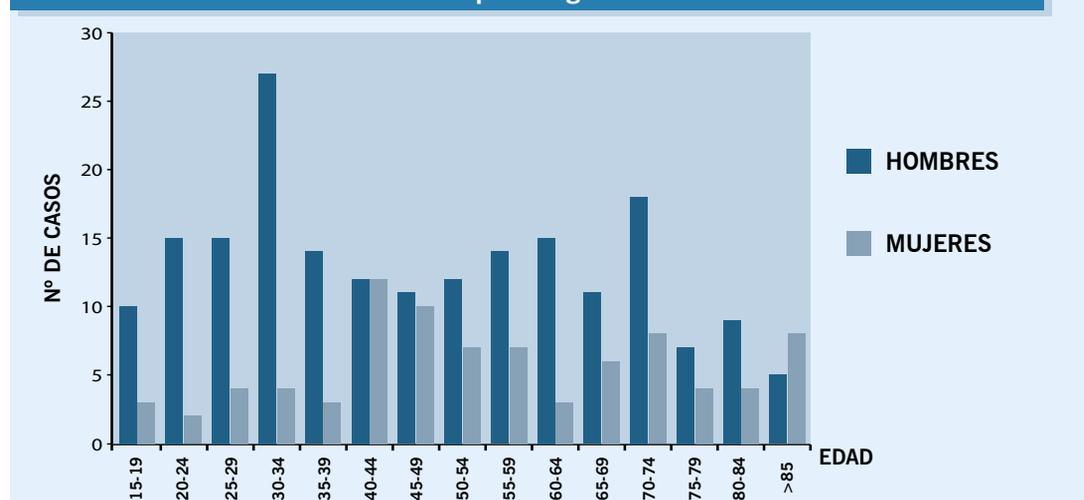
obtenidos surgen algunas diferencias en el número total, distribución por edad, sexo, estacionalidad y método utilizado en los suicidios ocurridos en Montevideo respecto a estudios anteriores que merecen ser destacadas.

En el año 2002 (enero-diciembre) encontramos un llamativo aumento del número total de suicidios en Montevideo (266), elevándose el promedio a 22 suicidios al mes (lo que representa un aumento del 44% respecto al período abril 2000-abril 2001)¹⁰.

A pesar de no existir acuerdo en estudios a nivel nacional e internacional respecto a la relación entre el aumento de la tasa de suicidios y la crisis socio-económica, nos es difícil dejar de asociarlo con el agravamiento de esta ocurrido en el año 2002. Podemos postular como hipótesis que esta situación incrementó la desesperanza, el desamparo y la falta de perspectivas, factores que se suman a la vulnerabilidad individual respecto a la conducta suicida. A esto se le agrega la incertidumbre e inestabilidad generada en este nuevo escenario a partir de la crisis financiera.

En este mismo período se observa un cambio en la distribución por edad en ambos sexos (Gráfica 1). En los hombres, el pico máximo se da en adultos jóvenes (de 30 a 34 años), seguido del pico habitual observado en edades mayores (70 a 74 años), fenómeno que deberá confirmarse en futuros estudios. En las mujeres el pico máximo se da en la edad media (de 40 a 44 años), coincidente con otros estudios nacionales y un pico menor entre los 70 y 74 años^{11, 12}.

Gráfica 1 - Número de casos por rango de edades



En cuanto a distribución por sexo, se mantiene el predominio del sexo masculino con una relación de 2.8/1 en 2002, al igual que en estudios internacionales⁴.

Respecto a la estacionalidad, en los 20 meses que abarca este estudio no se confirmó una mayor frecuencia en invierno como en el año 2000, pero sí la tendencia al aumento de casos en primavera y comienzos del verano observada en la década del 90 a nivel nacional (lo que coincide con lo encontrado a nivel mundial)^{12, 15}.

Se mantienen las tendencias generales en cuanto al método utilizado por hombres (arma de fuego y ahorcamiento). En las mujeres encontramos diferencias entre el año 2001 (mayo-diciembre) donde predomina la intoxicación, y el año 2002 (enero-diciembre), predominando como en los hombres el arma de fuego y el ahorcamiento. Como dato llamativo, el arma blanca, que en algún estudio de la década del 80 ocupaba el segundo lugar, prácticamente no figura como método utilizado en los veinte meses que abarca este estudio¹⁶.

Datos de la muestra (HV)

Más allá de las dos concepciones extremas, una que plantea que todo suicidio es patológico y otra que lo considera una opción humana, el psiquiatra se enfrenta en su práctica clínica a la problemática del suicidio, debiendo evaluar los factores de riesgo en la población de pacientes psiquiátricos.

A partir de la muestra constituida por 20 pacientes suicidados de HV, intentamos determinar y ahondar en dichos factores para esbozar estrategias de prevención.

1. FACTORES DEMOGRÁFICOS (correlación con datos de Montevideo)

En estos pacientes encontramos similitudes con lo observado en la población general: en el año 2002 ocurrió el doble de los suicidios respecto al año 2001 (teniendo en cuenta número de pacientes/meses estudiados), coincidiendo con el aumento de los suicidios ocurridos en este año, así como el predominio en primavera, ya que 10 casos se consumaron en dicha época.

A su vez, hallamos diferencias. Si bien hay

un ligero predominio del suicidio masculino (1,2/1), dista de lo encontrado en estudios nacionales e internacionales (2-3/1)⁴. En cuanto a la edad, la mayor concentración de casos para ambos sexos (40%) se da entre los 45 y 54 años, no hallando el pico en hombres jóvenes que se registró en el año 2002. El método suicida elegido por casi la mitad de los pacientes fue el ahorcamiento y el resto se distribuye homogéneamente (arma de fuego, sumersión, intoxicación por cianuro, hidrocarburos, gas, psicofármacos y precipitación). No se halló un método predominante con relación al diagnóstico, sabiendo que en diversos estudios existe correlación, por ejemplo, entre el ahorcamiento y el T de P antisocial o entre métodos bizarros y la esquizofrenia⁶.

2. VALORACIÓN DE OTROS FACTORES CLÍNICOS

Fecha de nacimiento. Encontramos predominio de pacientes nacidos en los meses de primavera (40%) e invierno (35%).

Nivel socio-económico. Los pacientes estudiados se encuentran en uno de los extremos del espectro socio económico, donde la bibliografía internacional coincide en que los suicidios son más frecuentes (al igual que en el otro extremo)^{4, 5}.

Pareja y ocupación. Tomamos como criterio de estar en pareja el hecho de estar casado o en unión libre y con ocupación aquel que se encontraba trabajando en el último año (no tuvimos en cuenta el ingreso económico, ya que tomamos la actividad laboral como un dato del funcionamiento social del individuo).

Encontramos que el 75% carecía de pareja y ocupación, por lo que podemos inferir que esto fue o bien consecuencia de la propia enfermedad que les dificultaba relacionarse y mantener su trabajo, o que potencializaron el riesgo al favorecer el aislamiento y la pérdida de lazos sociales. Durkheim ya destacó la importancia del estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida: en su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar disminuye los impulsos individualistas y suicidas (el suicidio es más frecuente en divorciados y viudos, sobre todo en ancianos varones en el primer año después de la muerte de la cónyuge)⁴.

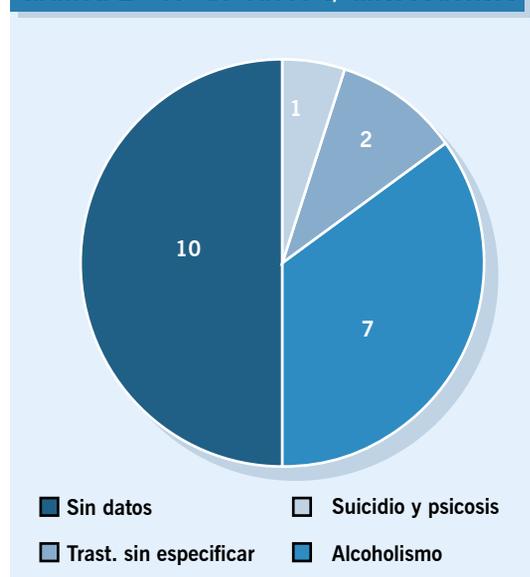
Se buscaron otros factores de protección para el suicidio, como el hecho de tener hijos menores dependientes, la religión y formar parte de otros grupos de pertenencia, no encontrando datos en la mayoría de los casos.

Contención familiar. Consideramos como familia continente a la que es capaz de dar soporte afectivo y material al paciente, manteniéndose interesada en el transcurso de las internaciones, haciéndose cargo de la medicación en domicilio y trayéndolo a consultar en caso de descompensación. Encontramos 18 familias no continentes y sólo 2 continentes. Estos hallazgos confirman que la falta de continentación familiar es un claro factor de riesgo en la población psiquiátrica, especialmente en la proveniente de un bajo medio socio económico.

Historia de abuso sexual y pérdidas tempranas. Encontramos un total de 5 pacientes (mujeres) que referían abuso sexual y pérdida de uno o ambos de sus progenitores en la infancia, lo que lleva a fragilidad yoica, con poca tolerancia a las frustraciones.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Gráfica 2 - N° de casos c/ antecedentes



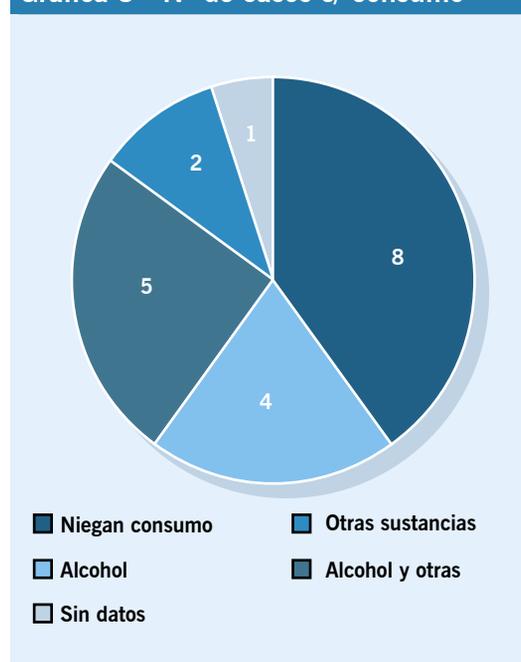
Los resultados, aunque incompletos, sugieren una carga hereditaria y ambiental psicopatológica que tiene influencia no sólo en el paciente, sino en los vínculos familiares patológicos. Se destaca, entre ellos, el alco-

holismo, el cual es considerado, además, un equivalente de depresión. En cuanto al peso del antecedente de suicidio, a pesar de que es considerado una vulnerabilidad independiente que va más allá del diagnóstico específico, esto no se vio reflejado en la muestra^{5, 15}.

Antecedentes personales orgánicos. No se consignaron enfermedades orgánicas en 17 pacientes. Los 3 restantes (mujeres) tenían: una de ellas diabetes insulino-dependiente, otra EPOC y otra sintomatología neurológica de probable origen vascular. A pesar de que las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son crónicas, terminales o incapacitantes, esto no parece ser significativo en la población psiquiátrica estudiada^{4, 5}.

Consumo de sustancias

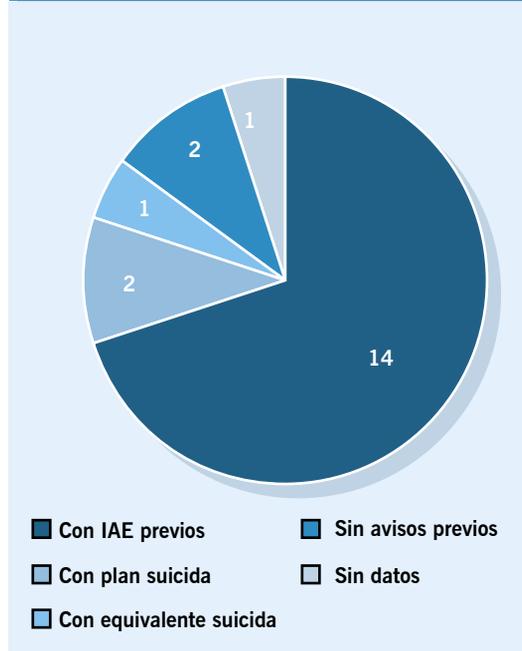
Gráfica 3 - N° de casos c/ consumo



El uso de sustancias se vio en 11 pacientes, la mayoría de alcohol, no pudiendo determinar el patrón del consumo, a pesar de lo cual se corrobora la importancia del alcoholismo como firme predictor de suicidio. El consumo de sustancias, comorbilidad frecuente en trastornos afectivos, T de P y esquizofrenia, sabemos que aumenta notoriamente el riesgo, actuando en algunas oportunidades como desinhibidor, minimizando el miedo a morir^{4, 5}.

Tentativas previas

Gráfica 4 - N° de casos c/ tent. previas



Los resultados muestran al IAE como otro predictor del suicidio más allá del diagnóstico psiquiátrico, sabiendo que en el 50% de los suicidios encontramos dicho antecedente, multiplicando cinco a seis veces el riesgo^{5, 17}.

Los IAE previos no predominaron en ningún diagnóstico en particular; los 2 pacientes que no tuvieron avisos previos de ningún tipo eran esquizofrénicos, lo cual muestra la imprevisibilidad de las conductas en esta patología.

La mayoría de estos 14 pacientes fueron mujeres, aunque no hallamos tanta diferencia como indica la mayoría de los estudios^{4, 13, 18}, y lo hicieron promedialmente en 2 oportunidades (salvo dos casos que tuvieron 6 y 10 tentativas previas). La mayoría de los hombres realizó IAE en una sola oportunidad y los casos que tuvieron plan y equivalentes suicidas fueron todos masculinos.

No se apreció una escalada ni en la gravedad del método ni en la frecuencia de tentativas previas.

Estrés en el último año. Como era esperable, en la mayoría de los pacientes¹⁵ se consigna factores de estrés importante en el transcurso del año previo al suicidio, sin predominar ningún evento en particular (situación de calle, duelo, conflictiva familiar y económica, cambio de país de residencia, cárcel). La distribución fue homogénea entre los distintos diagnósticos.

Diagnóstico. Consideramos como diagnóstico principal el predominante en la historia clínica (Tabla 1).

Se desprende de los resultados que los diagnósticos más frecuentes son la esquizofrenia, el T de P del grupo B y el RM, por lo que se podría suponer que constituyen en sí mismos un riesgo de conducta suicida. A pesar de esto, si analizamos la sintomatología depresiva, vemos que está presente en la casi totalidad de los pacientes con T de P y RM (en varios casos con diagnóstico de EDM), los cuales sumados a los EDM sin comorbilidad conforman el grupo más numeroso.

Tabla 1

Diagnóstico en pacientes de la muestra. (*1 probable demencia y 1 probable RM)

	Esquizofrenia	T de P	R M	E D M	T. bipolar	Sin diagnóstico
Nº casos	5	5	4	3	1	2
Subtipo	4 paranoide 1 catatónica	Grupo B		1c/sínt. melanc. 1 c/sínt. psicótic.	1	
Otra sintomat.	2 c/sínt. depresivos	3 c/sínt. depr. 1 c/T. depres. recurr.	2 EDM 1 T. bip.I			síntomas depresivos*.

Si a esto le agregamos los pacientes sin diagnóstico pero con elementos depresivos, encontramos que la mayoría (75%) presenta sintomatología depresiva (como EDM plenamente constituido o en su variante sindrómica), lo que coincide con la bibliografía respecto a la importancia de la depresión en la conducta suicida^{4, 5, 6, 10, 17}.

En la mayoría de los pacientes esquizofrénicos no hallamos sintomatología depresiva coexistente, pero sabemos que tienen un riesgo 20 veces mayor que la población general, sobre todo el tipo paranoide, así como los que presentan importante ansiedad, hecho que se confirma en la muestra^{4, 5}. A los pacientes esquizofrénicos que tuvieron sintomatología depresiva se les realizó múltiples cambios diagnósticos hasta las últimas consultas (con EDM atípico o con síntomas psicóticos) que llevaron a los consiguientes cambios terapéuticos. Sabemos que en este tipo de pacientes se eleva aun más el riesgo de suicidio; en muchos casos, no queda claro si los síntomas afectivos son consecuencia de la toma de conciencia de la enfermedad, del tratamiento neuroléptico (todos los esquizofrénicos estaban recibiendo neurolépticos de depósito en el último período, en general con abandono del mismo), o forman parte del curso evolutivo de la enfermedad.

El T de P es otro diagnóstico que eleva el riesgo de autoeliminación, especialmente los del grupo B (con alto grado de impulsividad y agresividad que multiplica por 6 el riesgo), hecho que se vio reflejado también en la muestra^{4, 5}. Este grupo de pacientes estuvo conformado por un lado por pacientes en comorbilidad con EDM o T depresivo recurrente y otros pacientes que se caracterizaban por su heteroagresividad y el mal vínculo con el equipo tratante (un caso inicialmente visto como RM es rediagnosticado como T de P con hospitalismo).

El otro grupo de riesgo que se desprende de los resultados es el de los pacientes con RM, patología que habitualmente no se destaca en los estudios, pero todos presentaban comorbilidad, sobre todo con T afectivos (EDM y T bipolar).

A pesar de que existe mayor riesgo en el T bipolar, no encontramos un número significativo en la muestra^{4, 19}.

Como ya analizamos, la comorbilidad con el consumo de sustancias, especialmente el alcohol, eleva notoriamente el riesgo, lo que fue confirmado en nuestro estudio^{4, 5, 10, 17}.

Duración de la enfermedad mental. Tomamos como comienzo la aparición de sintomatología que requirió tratamiento psiquiátrico. De los 15 pacientes de más de 2 años de enfermedad, 7 tenían más de 10 años, no encontrando diagnóstico predominante. La duración de la enfermedad parece ser proporcional al aumento del riesgo suicida, aun en los pacientes esquizofrénicos en los cuales diversos estudios refieren una mayor incidencia de suicidio durante el primer año.

Número de consultas e internaciones. Se contabilizó el número total de consultas realizadas en Emergencia y las internaciones en sala, hallándose que 6 pacientes habían consultado entre 7 y 14 veces (4 con diagnóstico de esquizofrenia, 1 con RM y 1 con T de P). Los 14 pacientes restantes consultaron un promedio de dos veces.

El número más elevado de consultas previas se evidenció entonces en pacientes esquizofrénicos, hecho que, a pesar de ser habitual, no disminuye el riesgo de autoeliminación, sabiendo que es más frecuente el suicidio en los que han tenido múltiples recaídas y hospitalizaciones.

Período entre la última externación y el suicidio. Tres pacientes se suicidaron en un período menor a los tres meses de otorgada el alta de sala (1 con EDM melancólico, 1 RM con EDM, 1 con T de P). Los datos encontrados en la bibliografía indican el período de externación menor de tres meses como el de mayor riesgo, dada la situación de exigencia frente a la necesidad de valerse por sí mismo sin la continencia que le brinda el hospital¹. Esto no se vio reflejado en nuestro estudio.

Período entre la última consulta y el suicidio. Se destaca que 16 pacientes consultaron en el año previo a su suicidio, 10 de los cuales (50% de la muestra) lo hicieron en los 3 meses previos. Esto supera las cifras halladas en la bibliografía, donde se señala que el 40% de los pacientes consulta al psiquiatra en los 6 meses previos al suicidio¹⁵. No hemos podido confirmar el dato de que el 20% de ellos lo hace en el mismo día¹⁵.

Diagnóstico, lugar y motivo de la última consulta. Se consideraron los 10 pacientes que consultaron en los 3 meses previos a su suicidio (Tabla 2).

No podemos pasar por alto ciertos datos que se desprenden de esta tabla, aun a costa de arriesgarnos e incluir aspectos subjetivos que van de la mano del ejercicio diario de nuestra profesión. Catalogar de impericia o negligencia la no internación de pacientes con elevado riesgo suicida sería tranquilizador, pero no nos permitiría apreciar la compleji-

dad de la situación suicida. Debemos tener en cuenta que los factores de riesgo provienen de la estadística siendo un intento objetivo de pronosticar suicidio entre quienes llevaron a cabo esta conducta con éxito, dejando de lado a quienes también los presentan –que son la mayoría– y, sin embargo, no concluyen su vida del mismo modo. Más adelante realizaremos un esbozo de lo complejo de la situación suicida y todos sus componentes con el cometido de intentar mejorar el ejercicio de nuestra profesión.

Tabla 2

Diagnóstico, lugar y motivo de la última consulta en los 10 pacientes de la muestra que consultaron en los 3 meses previos a su suicidio.

	Diagnóstico	Motivo de consulta	Contexto	Conducta
EMERGENCIA	<u>Esquizofrenia</u> c/ síntomas depresivos (múltiples cambios diagnósticos)	IAE	Cursando duelo	Sala de Observación (se rediagnostica EDM c/ síntomas psicóticos) ALTA
	<u>Esquizofrenia</u> c/ síntomas depresivos (múltiples cambios diagnósticos)	Ansiedad y abandono de tratamiento		ALTA
	<u>Esquizofrenia</u>	Ansiedad y abandono del tratamiento		ALTA
	<u>EDM</u>	Síntomas melancólicos	Cursando duelo	Sala de Observación. ALTA
	<u>EDM</u> Antecedente de EDM c/ síntomas psicóticos y melancólicos	Síntomas depresivos y trastornos conductuales	Situación de calle	Se rediagnostica T de P ALTA
	<u>RM con EDM</u>	IAE		Sala de Observación. ALTA
POLICLÍNICA	<u>RM con EDM</u>	Síntomas depresivos	Cárcel	INTERNACIÓN
	<u>T de P</u> c/síntomas depresivos	Aumento de síntomas depresivos	Importante conflictiva vital	CONTROL EN POLICLÍNICA
	<u>T de P</u>	Repite medicación	Situación de calle. Diabetes insulino-dep. Abandono de trat. méd. y psiq.	CONTROL EN POLICLÍNICA
	Probable <u>demencia</u> y síntomas depresivos	Repite medicación		CONTROL EN POLICLÍNICA

Conclusiones

Los datos epidemiológicos de Montevideo en el año 2002 nos muestran un llamativo aumento del 44% de los suicidios respecto al período abril 2000-abril 2001, así como un nuevo pico en hombres jóvenes (30 a 34 años). Esto podría relacionarse con la crisis socio-económico-financiera ocurrida durante ese año, hecho que sería importante determinar en futuros estudios.

En cuanto a distribución por sexo y estacionalidad, los resultados son similares a estudios anteriores, no así respecto al método utilizado por las mujeres, las cuales usaron el arma de fuego y el ahorcamiento como es habitual en hombres^{11, 12}.

Respecto a la muestra de pacientes del Hospital Vilardebó, analizando los factores demográficos encontramos similitudes con la bibliografía: el predominio en edades medias de la vida, en primavera y el método de ahorcamiento (coincidiendo con el elevado número de pacientes nacidos en los meses de invierno-primavera). A su vez, hallamos diferencias: no encontramos un claro predominio del sexo masculino, no se refleja el nuevo pico en hombres jóvenes hallado en el año 2002 en la población general de Montevideo y la incidencia del arma de fuego fue baja^{11, 12, 15}.

En cuanto a los factores clínicos, tal como se describe en los estudios nacionales e internacionales, la mayoría carecía de pareja, ocupación y familia continente, no hallando datos respecto a otros factores de protección como la religión u otros grupos de pertenencia^{1, 4, 12, 13}. También encontramos coincidencias respecto al peso de los antecedentes familiares psiquiátricos (sobre todo de alcoholismo). Las tentativas previas y el estrés en el último año también se encontraron en la mayoría de los pacientes. Respecto a los antecedentes personales orgánicos, no hallamos que estos tuvieran una incidencia importante en la muestra tal como se describe para la población general^{4, 10}.

Los pacientes con sintomatología depresiva (presente como EDM plenamente constituido o en su variante sindrómica) conforman el grupo más numeroso de la muestra. Los diagnósticos más frecuentes fueron esquizofrenia, trastorno de personalidad del grupo B y retardo mental.

El consumo de sustancias (sobre todo alcohol) se vio en la mayoría de los pacientes, lo que confirma el peso de esta comorbilidad en la conducta suicida^{4, 10, 15}.

Nos preguntábamos al inicio de este trabajo si podíamos encontrar en los pacientes que consultaron en los meses previos al suicidio, características comunes que nos permitan elaborar un perfil de riesgo de conducta suicida para esbozar estrategias de prevención.

A partir de los datos previamente recabados y analizados en los 20 pacientes de la muestra pudimos observar que, más allá de que el suicidio es una eventualidad imprevisible, prácticamente todos los pacientes presentaban un elevado número de factores de riesgo que hacían prever tal desenlace y por lo tanto justificaban su internación, lo cual nos enfrenta a la complejidad que tiene el tema de la conducta suicida.

Los problemas en la valoración del riesgo o situación suicida que involucran directamente al psiquiatra en su capacidad técnica son: la constante incertidumbre ante la evaluación realizada y la posibilidad aunque sea remota de que el suicidio se lleve a cabo pese a una correcta valoración. Otro importante factor técnico que puede llevar a decisiones terapéuticas inadecuadas forma parte del aspecto contratransferencial del vínculo (reacciones de rechazo por parte del técnico, angustia, factores de identificación con el paciente, contraactuaciones punitivas, etc.)²⁰.

Asimismo, existen elementos inherentes al paciente que pueden dificultar la valoración y llevar a decisiones equivocadas como, por ejemplo, el polimorfismo sintomático que presenta el potencial suicida: contexto delirante alucinatorio, agitación psicomotriz, reticencia, impulsividad, inautenticidad (en la cual el paciente oculta pertinazmente su real intención), tranquilidad aparente con la decisión ya tomada de acabar con su vida y la existencia de arrebatos conductuales (fuga con concreción de su cometido y raptus suicida de difícil prevención aun en situación hospitalaria). Por otro lado, características de personalidad que pueden presentar algunos pacientes, que generan rechazo en el médico y en el resto del personal de salud: hostilidad, arrogancia, actitud demandante e invasiva, tendencia a la manipulación o el deseo de castigar a otros

con su conducta. También debemos considerar aquellos síntomas constituyentes del síndrome suicidiario que dificultan el contacto con el paciente, como ser: un estado de desesperanza incompatible o la ideación depresiva centrada en ideas suicidas sobrevaloradas²⁰.

Otro evento que puede conspirar para una decisión adecuada son las situaciones sociales de difícil solución, ya que en algunos casos bastaría con incidir sobre ellas para alejar la posibilidad de concretar el suicidio, siendo la más alarmante la de pacientes que carecen de domicilio y otras de menor entidad pero igualmente importantes, como el aislamiento y la pobre continencia sociofamiliar con ausencia de factores protectores (familiares significativos, grupos religiosos o sociales, etc.)²⁰.

No es ajeno el contexto laboral en el cual nos desempeñamos, con aumento de la población asistida a nivel del MSP (lugar de donde extrajimos los datos), con poco tiempo para evaluar al paciente, marcadas dificultades locativas, exigencias en cuanto a disminuir al máximo el tiempo de internación y tardío acceso a seguimiento en Policlínica.

También importa destacar que esta muestra presenta la particularidad de basarse en una población estrictamente seleccionada: pacientes suicidas provenientes del hospital psiquiátrico del Estado, excluyendo pacientes en iguales condiciones patológicas provenientes de otros servicios del mismo y del sistema de salud mutual o privado (donde probablemente se hubiera podido tomar otra conducta).

Por último, debemos tener en cuenta que los factores de riesgo son un evento estadístico, que pueden orientar al clínico en el análisis de la situación, pero que desde la clínica aparecen como relativos, ya que aun en una persona que reúna gran parte de ellos, el suicidio es una eventualidad rara, y por otro lado la conducta a seguir se ve determinada por otros factores como los arriba mencionados²⁰.

Quizá para empezar a pensar en el suicidio de un modo más acorde a realidades personales y ambientales debamos introducir el concepto de desesperanza como eje causal, independiente de diagnósticos y protocolos. En casi todos los pacientes de la muestra detectamos el sufrimiento crónico, la pérdida de esperanza y la sensación de desamparo, más

allá de la patología específica. La esperanza ocupa un lugar central en la dinámica de la existencia, hace posible la vida como empeño dirigido hacia el futuro, es casi un mecanismo vital. La expresión popular “Lo último que se pierde es la esperanza”, encierra una buena dosis de verdad. La desesperanza es aquella situación vivencial en la que todo se diluye en un sin sentido, queriendo entonces renunciar a la vida porque ya no se espera nada de nada: ni de él mismo ni de los demás⁷. La soledad y el desamparo están íntimamente vinculados a la desesperanza^{6, 11, 12, 21-24}, sentimientos que se pudieron percibir en las historias de estos pacientes, en los cuales nos preguntamos cuánto podrían haber influido otras estrategias de acercamiento en amortiguarlos (por ejemplo, el seguimiento telefónico en el período crítico). Igualmente pensamos imposible establecer un punteo o protocolización de emociones humanas (entre ellas, la desesperanza, el dolor, el deseo, etc.), para poder pronosticar sin margen de error una conducta posterior e inmediata –favorable o desfavorable– en el ser humano.

Agradecimientos

Al Dr. Guido Berro, Director del Instituto Técnico Forense y al personal del Depto. de Medicina Legal de dicho Instituto, por el aporte bibliográfico y su colaboración en las primeras etapas de este trabajo.

Al personal del Archivo del Hospital Vilardebó, que colaboró en la recolección de las Historias Clínicas.

A la Dra. Carina Ricciardi, por la traducción del resumen y su estímulo permanente.

A los doctores Marcelo Fridlenderis y Marcelo Escobal, por su ayuda con las gráficas y especialmente, al Dr. Eduardo Curbelo, por su aporte clínico sin el cual no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

Referencias bibliográficas

1. **Rodríguez Garín E, Kleinman A, Scokin M.** Suicidios Consumados por

- pacientes psiquiátricos. Rev Arg de Clínica Neuropsiquiátrica 1997; Año VIII (6) Nº 1: 1-20.
2. **Szasz T.** El Suicidio. Rev Relaciones. Montevideo, dic 2002. Nº 223: 8-10.
 3. **De Jonghe R.** Los Suicidios. Roche 1986, pp. 9-45.
 4. **Vega-Piñeiro M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C.** El Suicidio. Salud Global - Salud Mental. Madrid, 2002. Año II. Nº 4: 1-15.
 5. **D'Ottone A.** El suicidio como problema clínico. En: La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy. Coord Psic del Uruguay. Rocaviva, 1993, pp. 35-49.
 6. **Puppo Touriz H, Toma JA, Puppo Bosch D.** Suicidio. Rev Psiquiatr Urug 1981; 46 (274):159-74.
 7. **Rojas E.** Estudios sobre el suicidio. Barcelona: Salvat, 1978, pp. 1-13, 47-50, 137-148.
 8. **Rodríguez Villamil M.** Aportes Psicoanalíticos acerca del suicidio. Rev Psicoterapia Psicoanalítica Montevideo. AUDEPP, 1983; 1 (2): 94-111.
 9. **Agencia EFE.** La OMS pide medidas urgentes contra el suicidio. Mayo 2003.
 10. **Lucero R, Díaz N, Villalba L.** Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. Rev Psiquiatr Urug 2003; 67 (1): 5-20.
 11. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en el Uruguay IV: La situación epidemiológica actual. Rev Med Uruguay 2001; 17:24-32.
 12. **Dajas F.** Alta tasa de suicidios en el Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med Uruguay 1990; 6:203-15.
 13. **Lucero R.** Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). Rev Med Uruguay 1998; 14 (3): 236-47.
 14. **Berro G.** Suicidio, enfoque médico-legal. Salud Mental Indolatinoamericana 1997; 2 (3):9-11.
 15. **Preven D.** Suicidio. Curso de Psiquiatría de Urgencia. SPU (Video, Biblioteca SMU), octubre 2002.
 16. **Puppo Bosch D.** Autopsia psicológica de 50 suicidios. Rev Psiquiatr Urug 1981; 46(273):111-18.
 17. **Hyman S.** Paciente suicida. En: Hyman S, Tesar G. Manual de urgencias psiquiátricas. Masson, 1996: 23-29.
 18. **Hernández Pérez M, Espinosa M.** Algunas consideraciones cognitivas, afectivas y conativas alrededor del acto suicida. Interpsiquis 2003, Cuba. www.psiquiatria.com
 19. **Vieta E.** Abordaje actual de los trastornos bipolares. Barcelona: Masson, 1999, pp. 68-69.
 20. **Curbelo E, Cardozo A.** Revisión bibliográfica de la conducta suicida en la emergencia psiquiátrica. XII Jornadas Científicas de Psiquiatría. SPU (Video, Biblioteca del SMU), nov. 2002.
 21. **Dajas F, Viscardi H, Bailador P.** Desesperanza, conducta suicida, y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev Med Uruguay 1997; 13: 213-23.
 22. **Murguía D.** Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio. Rev. Psiquiatr Urug 1967; 32(187):3-43.
 23. **Viscardi H, Dajas F.** Alta tasa de suicidio en el Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev Med Uruguay 1994; (10):79-91.
 24. **Dajas F.** Suicidio en Uruguay: el último incremento y la continua insensibilidad de las autoridades de Salud. Rev Psiquiatr Urug 2002; 66:163-64.