

HOSPITAL PSIQUIATRICO  
"LUIS RAMIREZ LOPEZ"  
GUANTANAMO

**INTENTO SUICIDA.  
COMORBILIDAD PSQUIATRICA**

*Lic. Juana María Pérez Plaza<sup>1</sup>, Dra. Loraine González Fernández<sup>2</sup>, Lic. Madelín Genechea Benítez<sup>3</sup>, Dra. Virginia Jaca Pérez<sup>4</sup>, Lic. Víctor Manuel Méndez Torres.<sup>5</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio cualitativo longitudinal, de tipo descriptivo, para analizar el intento suicida y su comorbilidad psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López" de Guantánamo en el período comprendido de enero a diciembre de 2008, con el objetivo de caracterizar este comportamiento en pacientes ingresados en dicho centro. Se estudian las variables: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, procedencia, método empleado, letalidad del método, gravedad de circunstancia, seriedad de intención y conductas adictivas. Los resultados obtenidos fueron el sostén para el sistema de acciones que se propone dirigida a la prevención de la conducta suicida y el equilibrio en estos pacientes.

*Palabras clave:* INTENTO DE SUICIDIO/clasificación; INTENTO DE SUICIDIO/prevención y control intento/ suicida/comorbilidad.

**INTRODUCCION**

El suicidio es un tema que despierta gran interés, ya que el hombre en su afán de conservación, busca una explicación al hecho de que existen personas que conscientemente tratan de privarse de la vida. Disímiles son las explicaciones que se buscan a esta, pero no han resultado del todo, ya que el intento suicida en ocasiones esta ligado a una patología psiquiátrica, ya conocida, en otras es el primer inicio de un trastorno situacional, de una depresión endógena, una

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructor.

<sup>3</sup> Licenciada en Psicología. Instructor.

<sup>4</sup> Master en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Psiquiatría Infantil. Instructor.

<sup>5</sup> Licenciado en Defectología. Instructor.

esquizofrenia, alcoholismo, trastornos de personalidad, las disfunciones sexuales e incluso de enfermedades orgánicas del sistema nervioso central. El suicidio definido como el acto de autolesionarse, de acabar, está vinculado directamente al hombre y surge por tanto con la existencia de este, sus características varían de acuerdo con las culturas y estructura socioeconómica.<sup>1</sup>

Según el Dr. Carlyle Guerra el hombre es un ser evidentemente social que no puede medrar en el aislamiento y que necesita dar todo como recibir. Si sus necesidades físicas se definen como alimento, vestido y vivienda, las necesidades psíquicas incluyen un claro objetivo que estimula la lucha normal por la vida, los que luchan en el campo de la salud tienen que velar también por esas necesidades.<sup>2</sup>

En Cuba la tasa de intentos suicidas al igual que en países desarrollados, se incrementan y ocupan la sexta causa de mortalidad general, así como alta incidencia en etapas jóvenes de la vida entre 15 y 49 años. Esta tasa a nivel nacional solo tendería a decrecer cuando se enfrente este fenómeno como estrategia efectiva en la atención primaria de salud, sobre la base de la comprensión de la unidad de lo biológico y social y dado los factores psicológicos el lugar y jerarquía que merecen. De esta manera continuarán vigentes las palabras del comandante Fidel Castro cuando dijo..."Tenemos que trabajar no solo por la salud física del hombre, sino también por la salud mental."<sup>3</sup>

El índice de intento suicida es más elevado en pacientes con problemas psiquiátricos, con mayor frecuencia en casos de trastornos afectivos, alcoholismo o enfermedades en la fase inicial después de la hospitalización. Además es también más alto el índice en personas de más de 70 años con el máximo en varones solteros. Sin embargo la conducta suicida no es específica de ningún trastorno psiquiátrico, de hecho ocurre en un amplio espectro de enfermedades mentales y debe tratarse como un problema distinto de los trastornos psiquiátricos mayores.<sup>4</sup>

Las necesidades en profundizar en el estudio de la conducta suicida como forma de contribuir a disminuir la mortalidad por esta causa es importante como señala Honorio Delgado, "Cada caso de intento suicida bien estructurado ofrece una valiosa enseñanza y un inmenso interés humano."<sup>5</sup>

Por lo antes expuesto se puede decir que la situación actual del suicidio y sobre todo en nuestro país, permite afirmar que lograr su prevención no puede ser preocupación del personal de salud, sino de todos los sectores de la sociedad, ya que tiene su origen en causas multifactoriales e intersectoriales. Conocer el comportamiento suicida, su relación con otras patologías psiquiátricas y el incremento serio como conducta suicida, con formas graves de presentación que requiere el ingreso en nuestro centro es lo que incentiva la realización del actual estudio.

## **METODO**

Se realiza un estudio cualitativo longitudinal, tipo descriptivo, de todas las personas que realizaron intento suicida, aparejado a una patología psiquiátrica en el período comprendido de enero a diciembre de 2008 ingresados en el Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López."

El universo está representado por 133 pacientes que acuden al cuerpo de guardia del Hospital Psiquiátrico de Guantánamo con intento suicida. De estos 59 pacientes que ingresaron, solo 57 cumplen con los criterios de inclusión convirtiéndose en la población y muestra para estudio.

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados con intento suicida en el centro en el período del estudio, dispuestos a colaborar y estar diagnosticados con una enfermedad psiquiátrica concomitante.

Se recoge la información necesaria de acuerdo a variables estudiadas, grupos de edades, sexo, motivo por el que se produce el intento suicida, método empleado, letalidad del método y seriedad de la intención, recogidas a través de encuestas y observación de las historias clínicas.

El dato primario se obtiene a través de la encuesta, entrevista, hoja de cargo, los libros estadísticos del servicio, movimientos hospitalarios e historias clínicas. El procesamiento estadístico utilizado es el porcentual y los resultados se aprecian en tablas y gráficos para mejor comprensión.

## RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se muestran edades y sexo predominantes en los pacientes estudiados, obteniéndose un predominio de la edad comprendida entre los 15 y 24 años para el 40.3 % donde prevaleció el sexo masculino (26.3 %). A estos resultados le siguieron los grupos de edades de 25-34 y 35-44 años en el 22.8 %, respectivamente. El sexo masculino fue mayoritario en 29 casos (50.9 %). Cabe señalar que resultados similares se encontraron en el Programa Nacional del suicidio de 2002.

Al analizar el método empleado y letalidad del mismo (Tabla 2) se evidencia prevalencia en el envenenamiento por psicofármacos (54.4 %) seguido del ahorcamiento (36.8 %). En el caso de los psicofármacos coincide con resultados similares a otras investigaciones realizadas en nuestra provincia. Clavijo en sus citas, refería que existen muchas formas de quitarse la vida, y que el intento suicida es una de ellas, en la mujer la más frecuente es la ingestión de psicofármacos y en caso del suicidio las quemaduras.<sup>7</sup>

En la Tabla 3 se analiza la gravedad de la circunstancia y la seriedad de la intención, evidenciándose un predominio de los pacientes con una gravedad de la circunstancia baja (56.1 %), seguida por la moderada (28.1 %) en relación con la seriedad de la intención, fue considerada como poco seria en el 54.4 % seguida por muy seria (17.5 %).

Existen autores que han encontrado pacientes con deseos de morir, nulos o bajos y una baja realidad del acto cometido o una conducta no permitida y un acto más bien de carácter impulsivo, mientras que en otros estudios los pacientes plantean el deseo de morir en el acto, pero en la entrevista manifiestan sentirse satisfechos de estar vivos. Se señala la conducta suicida como una dimensión relevante a la depresión, la cual puede llevar a cometer intentos suicidas graves.

En la Tabla 4 se muestra que el 43.19 % (25 pacientes) presentaba alguna forma de conducta adictiva, siendo la fármaco dependencia con 12 pacientes (21.1 %) la más frecuente, seguida del alcoholismo con 10 pacientes (17.5 %) y por último otras drogas en 3 pacientes (5.3 %); Lo cual confirma el planteamiento de que la adicción constituye un factor de riesgo acerca del intento suicida.

A nivel internacional se considera sobre todo al alcohol como responsable de la tercera parte de todos los suicidios; por otro lado al encontrar el número elevado de fármaco dependiente se valora alertar en el cuidado que debe tener en el tratamiento de estos pacientes.

La tabla 5 exhibe la distribución según comorbilidad psiquiátrica, quedando reflejado los vínculos entre los intentos suicidas y diversas entidades psiquiátricas. En este estudio se obtiene que en la totalidad de los pacientes se constató comorbilidad suicida, el trastorno de personalidad, la entidad que se vio reflejada con mayor frecuencia en 29 casos (50.88 %) seguido de los trastornos secundarios a situaciones estresantes que se vieron representados en 11 pacientes (19.30 %) lo que concuerda con estudio realizado por la Dra. Bingote donde el trastorno de la personalidad fue la entidad más frecuente con intento suicida.<sup>6</sup>

Según estimados de la Organización Mundial de la Salud 877 000 personas murieron por suicidio en el mundo en el año 2002, lo que representa 1.5 % de la carga global de enfermedad (más de 20 millones de años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad).<sup>6</sup>

Clásicamente se considera que el intento suicida es más frecuente en los jóvenes.<sup>7,8</sup> El predominio en mujeres coincide con lo registrado en la literatura.<sup>9-12</sup>

Tener uno o varios intentos suicidas previos es uno de los principales factores de riesgos suicidas y los motivos más frecuentes de las tentativas son los conflictos con la pareja y otros familiares.<sup>13</sup>

Se debe mantener buen seguimiento de pacientes con intento suicida si se tiene en cuenta que muchos vuelven a intentar tras hechos fallidos en estudios de autores internacionales como Katls y colaboradores examinaron 406 adolescentes con intentos suicidas, en 226 era su primer intento y en 180 eran intentos repetidos. Al finalizar el seguimiento de 10 años, el 1 % de los que habían tenido intento suicida se habían suicidado y el 4 % había tenido intentos repetidos.<sup>18</sup>

Riera Betancourt plantea que el intento suicida es más frecuente entre los 15-25 años, ya que a medida que aumenta la edad disminuye el intento, pero aumenta el riesgo suicida, encontrándose entonces con mayor periodicidad el suicidio.<sup>6</sup>

El suicidio, es más frecuente en el sexo masculino en una proporción 3:1 con relación al sexo femenino y el intento es más frecuente en las féminas con una proporción 3:1 con respecto a los masculinos. Los hombres tienen tendencias a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres.<sup>14,15</sup>

El método utilizado más frecuentemente en el intento suicida continúa siendo la ingestión de sustancias; lo cual se informa en múltiples estudios y son medicamentos siempre los más utilizados.<sup>9-11</sup> Este predominio de medicamentos, así como la utilización de productos agrícolas y de usos veterinarios está estrechamente relacionado con la accesibilidad de la población a estos. La disponibilidad de medicamentos u otras sustancias tóxicas está fuertemente asociada con las tasas de intento suicida, según plantean diferentes autores.<sup>9,7,11</sup>

La frecuencia de la utilización de barbitúricos refleja que en este medio se continúan indicando frecuentemente estos productos por médicos no psiquiatras, esto contrasta la casi desaparición de la intoxicación por barbitúricos en otros países debido a su escasa prescripción, teniendo en cuenta la elevada posibilidad de éxito en los intentos suicidas utilizando estas drogas.<sup>19</sup>

Los trastornos psiquiátricos y de personalidad son considerados por muchos autores como importantes factores de riesgo tanto para el suicidio como para ideas suicidas e intentos suicidas<sup>16</sup>, específicamente trastornos depresivos, incomprensiones y minusvalías afectivas y estéticas.<sup>17,18</sup>

## CONCLUSIONES

1. En los pacientes estudiados por presentar intento suicida y comorbilidad psiquiátrica predominaron los adolescentes y adultos jóvenes, del sexo masculino, solteros, sin ocupación, con secundaria básica terminada y de procedencia urbana.
2. La conducta adictiva, apareció en un porcentaje elevado de casos siendo el fármaco dependiente más frecuente; la comorbilidad psiquiátrica que resultó más usual fue el trastorno de personalidad y del comportamiento.
3. Es necesario brindar a pacientes y familiares la información necesaria con respecto al intento suicida y comorbilidad psiquiátrica a través de un sistema de acciones estructurado al efecto.

## RECOMENDACIONES

1. Perfeccionar y actualizar el protocolo de tratamiento y guía de procedimiento para la conducta suicida en el Hospital Psiquiátrico "Luis Ramírez López" que tomen en cuenta los resultados obtenidos en esta y otras investigaciones sobre el tema realizado en el hospital.
2. Tener en cuenta en el manejo terapéutico y lo encontrado con relación al método suicida y la asociación de la conducta adictiva sobre todo del tipo fármaco dependencia, de modo que se monitoreen los tratamientos que se utilizan en estos pacientes.
3. Aplicar y validar la propuesta del sistema de acciones para los pacientes con intento suicida, comorbilidad psiquiátrica y sus familiares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez MO. Salud Mental Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
2. Anónimo, el consumo de café y el suicidio, estudio prospectivo. Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. 1998; 120(6): 236-238.
3. Torre M, Gutiérrez C. Accidentes en pediatría. En: Pediatría. t2. La Habana :Editorial Pueblo y Educación; 1996.p. 21-32.
4. Valdez Pacheco E. Accidentes en los niños, un problema actual. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996: 279-283.
5. OMS. Glosario de Términos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
6. World Health Organization. World Health Report 2007. Shaping the Future. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007[citado: ene 2005]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf)
7. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. Ann Emerg Med. 2006; 46 (4):369-75.
8. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Hakimshooshtari M, Fleischmann A, Bertolote JM. Epidemiology of suicide attempters resorting to emergency departments in Karaj, Iran. 2003. Eur J Emerg Med. 2008; 15 (4):221-3.
9. Nogué S, Ruiz J, Carmona J, Millá J. Epidemiología de la tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias. Emergencias. 1989;1(9):5-8.

10. Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007; 26 (1):63-9.
11. Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. *Ann Emerg Med*. 2005; 46 (4):369-75.
12. Guibert Reyes W. La promoción de salud ante el suicidio. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2002[citado: 25 nov 2006]; 18(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
13. Vazquez Machado A, Rodríguez Rodríguez R, Olivera Martínez AM, Epidemiología del intento suicida en el servicio de Urgencia. *Rev Hosp Psiqui Habana [serie en Internet]*. 2009[citado: 14 feb 2009]; 6(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0209/hph11209.html>
14. Baker FM, Launer LJ, Brataller MM . Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]*. 2008[citado: 14 feb 2009]; Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Reich J. The relationship of suicide attempt orderline personality traits, and major depressive disorder in a veteran out patient population. *J Affect Disord*. 1998; 49(2):151- 6.
16. Nojomi M, Malakouti SK, Bolhari J, Hakimshoostari M, Fleischmann A, Bertolote JM. Epidemiology of suicide attempters resorting to emergency departments in Karaj, Iran. 2003. *Eur J Emerg Med*. 2008; 15 (4):221-3.
17. Steven J, Garlow MD. Age, gender, and ethnicity differences in patterns of cocaine and ethanol use preceding suicide. *Am J Psych*. 2007 April;159:615-619.
18. Orwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. *Emerg Med Clin North Am*. 2009;18(2):263-71.
19. Bethell J, Rhodes AE. Adolescent depression and emergency department use: the roles of suicidality and deliberate self-harm. *Curr Psychiatry Rep* . 2008 Feb; 10 (1):53-9.

**TABLA 1. GRUPO ETARIO Y SEXO.**

GRUPO ETARIO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 24	8	14.0	15	26.3	23	40.3
25 - 34	8	14.0	5	8.8	13	22.8
35 - 44	7	12.3	6	10.5	13	22.8
45 - 54	2	3.5	1	1.8	3	5.3
55 y más	3	5.3	2	3.5	5	8.8
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>49.1</b>	<b>29</b>	<b>50.9</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

*Fuente: Encuesta, Historias Clínicas*

**TABLA 2. METODO DE INTENTO SUICIDA EMPLEADO Y LETALIDAD.**

INTENTO SUICIDA	No.	%
<b>METODO EMPLEADO</b>		
Envenenamiento por psicofármacos	31	54.4
Envenenamiento por otras sustancias	2	3.5
Por disección de venas	3	5.3
Ahorcamiento	21	36.8
<b>LETALIDAD DEL METODO</b>		
Inocuo	7	12.3
Riesgoso no letal	4	7.0
Riesgoso potencialmente letal	24	42.1
Letal	22	38.6
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

*Fuente: Encuesta*

**TABLA 3. GRAVEDAD DE LA CIRCUNSTANCIA Y LA SERIEDAD DE LA INTENCIÓN.**

<b>INTENTO SUICIDA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>GRAVEDAD</b>		
Nula	7	12.3
Baja	32	56.1
Moderada	16	28.1
Alta	2	3.5
<b>SERIEDAD INTENCIÓN</b>		
No seria	7	12.3
Poco seria	31	54.4
Seria	9	15.8
Muy seria	10	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

*Fuente. Encuesta.*

**TABLA 4. CONDUCTA ADICTIVA.**

<b>CONDUCTA ADICTIVA</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Fármacodependencia	12	21.1	45	78.9
Alcoholismo	10	17.5	47	82.5
Otras drogadicciones	3	5.3	54	94.7
<b>Total de conductas adictivas</b>	<b>25</b>	<b>43.19</b>	<b>32</b>	<b>56.1</b>

*Fuente: Historias Clínicas*

**TABLA 5. TRASTORNO PSIQUIATRICO.**

<b>TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Trastornos mentales orgánicos	F.00 - F.09	1	1.75
Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias tóxicas.	F.10 - F.19	3	5.26
Trastornos psicóticos agudos y transitorios.	F.23	2	3.51
Trastorno afectivo.	F30 - F.39	5	8.77
Trastorno secundario a situaciones estresantes.		11	19.30
Trastorno de la personalidad y del comportamiento.	F.60 - F.69	29	50.88
Retraso mental	F.70 - F.79	6	10.53
<b>TOTAL</b>	<b>--</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

*Fuente. Encuesta.*