



www.ipsicoc.com

**“PROGRAMA DE INTERVENCION EN
PREVENCION DEL SUICIDIO Y
PROMOCION PARA LA SALUD”**

**Mg. JORGE LUIS SHIMABUKURO KYAM
Psicólogo-psicoterapeuta**

2013

PROGRAMA DE INTERVENCION EN PREVENCION DEL SUICIDIO Y PROMOCION PARA LA SALUD

El Programa de intervención Preventivo – Promocional en el comportamiento suicida, está inspirado en los “**Lineamientos para la Acción en Salud Mental**” (Ministerio de Salud, 2004) y en la **Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz (MINSa, 2004)**, expone un conjunto de objetivos, resultados y actividades que constituyen una propuesta concertada de Plan Nacional de Salud Mental, el cual busca promover iniciativas sectoriales e intersectoriales del mayor impacto que trasciendan los límites de la enfermedad y generen entornos y estilos de vida saludables.

El Programa surge de la necesidad de contar con estrategias capaces de prevenir la consumación de la autoeliminación de la persona humana por muerte violenta específicamente el suicidio, y promover capacidad de goce y mejor calidad de vida de la población en el Perú.

Los lineamientos del Programa de intervención propone la estructura de las estrategias de prevención del acto o comportamiento suicida, por lo que se plantea la metodología correspondiente, así como las técnicas sugeridas, los instrumentos a emplearse

Borges , Rosovsky H, Caballero MA, Gómez C. (1994) recomiendan que para la mejor evaluación del problema de por sí complejo del suicidio se requiere de la integración de diferentes perspectivas además de la epidemiológica, pues ha sido ésta la que ha llevado a conocer las características de los individuos que se asocian con mayor probabilidad al comportamiento suicida: (1) ofrece información sobre variaciones entre países, cultura, edad, estado civil, condición laboral, trastornos psiquiátricos asociados; y, (2) es un punto de referencia para las estrategias de prevención e intervención.

De acuerdo a O'Carroll, P., Berman A., Maris R., Moscicki E., Tanney B., Silverman, M. (1996), uno de los problemas en el estudio del suicidio es que no hay un paradigma de amplia aceptación o un enfoque definido en la organización de la literatura, en la explicación o descripción de los resultados existentes, y en la definición de los problemas o fenómenos de interés. Además, no todos los comportamientos a los que se alude con los términos de "suicidio" y "suicida" han sido motivados por una decisión consciente de morir; en muchas ocasiones no pretenden ni siquiera generar un daño personal sino que son una expresión y comunicación de desesperanza, desesperación, frustración y enojo (Gould MS, King R, Greenwald S., 1998).

Borges, Anthony, y Garrison (1995) presentan los aspectos metodológicos más relevantes en la investigación epidemiológica de la conducta suicida en adolescentes; tales aspectos se clasifican en seis categorías:

- (1) diseño del estudio;
- (2) definiciones conceptuales para el suicidio y las conductas suicidas en el adolescente
- (3) la medición;
- (4) el muestreo;
- (5) la predicción y determinación del suicidio y conductas suicidas en el adolescente; y,
- (6) la optimación de la proporción riesgo/beneficio para la protección de los sujetos humanos.

Asimismo, desde la integración con la nomenclatura o definiciones conceptuales propuestas, se podrían distinguir en la investigación los:

- (1) suicidios completados/consumados;
- (2) intentos de suicidio;
- (3) gestos;
- (4) amenazas;
- (5) planes; e
- (6) ideación suicida (Borges, Anthony y Garrison, 1995).

I. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1 HISTORIA DEL SUICIDIO

El término **suicidio**, proviene del latín “**sui**” que significa **sí mismo** y “**cidium**” matar, es decir, **matarse a sí mismo**; fue empleado por primera vez por el abate Desfontaine, en el siglo XVIII. (Betancourt, 1951). Este acto autodestructivo, es una conducta humana compleja que han llevado a cabo individuos como vía de solución final a sus problemas.

Ruiz realiza una interesante recopilación histórica y muestra cómo con el inicio de la modernización en la mitad del Siglo XIX irrumpe colectivamente un actor: el suicida.

Evidentemente que el suicidio existió durante la Colonia, siendo entonces el chantaje máximo que podían realizar los negros en el Caribe, pero en Perú era algo excepcional. Incluso, se dieron casos de muertes pero con connotación diferente del suicidio en el Perú Prehispánico.

El escritor narra que en una comunidad caribeña donde existía la homosexualidad se produjo suicidios para impedir que los españoles negaran sus costumbres sexuales.

No existen estudios que expliquen lo poco frecuente del suicidio esclavo en Perú, sin embargo en Cuba se observó que los negros nacidos en África sin referentes culturales de esclavitud, eran los que se suicidaban. Estudios diversos muestran que los negros criollos, no nacidos en África eran los que predominaban en Perú entre 1800 y 1840.

Los chinos llegan a Perú como semiesclavos, pero son los principales actores suicidas entonces. Entre 1852 y 1854 sesenta obreros chinos burlaron la vigilancia y se suicidaron en las Islas guaneras. Pero suicidios de chinos también acontecieron en las panaderías y en las haciendas costeñas.

Las terribles condiciones de trabajo de los chinos en las Islas Guaneras y otros lugares han sido descritas por diversos autores. Estas condiciones más la concepción de la muerte como tránsito a las glorias celestiales, hacían atractivo el suicidio. Además, se conoce que la situación de los chinos era tan inferior que el esclavo o siervo podían tener familia pero esto era negado al culí. Por eso en las Islas Guaneras se pusieron guardianes especiales para impedir actos suicidas, en otros lugares se les daba 100 latigazos y otros concedores de la cultura asiática amenazaban con incinerar los cadáveres de los chinos suicidas ante sus connacionales para impedir otros hagan lo mismo.

Antes el suicidio fue castigado por la Iglesia con la privación de sepultura al cadáver del suicida. Pero en 1860 los cementerios pasan a ser del Estado y los suicidas pudieron ser enterrados. Sin embargo, en 1903 el Arzobispo de Lima protestó por el entierro del suicida Balbi y en 1861 el Progreso Católico propuso declarar traidores a la patria a los suicidas; y otras autoridades de la Iglesia afirmaron debiera cubrirse de infamia la memoria de los suicidas.

Un indicador del potencial peligro que representaba el suicidio es el hecho que mientras las diversas procesiones son muy alegres, sonoras, con figuras y danzas, la procesión del Señor de los Milagros que pasó a ser la más concurrida es descrita por Mariátegui con presencia de miedo, tristeza, sacrificio y autoagresión, aspectos propios del duelo y la melancolía según Freud. Sin embargo, hay muchos aspectos que analizar sobre este fenómeno siendo otros positivos. Sólo mostramos la acotación que Ruiz hace de este fenómeno para mostrar problemas emocionales presentes en la población que debían y deben ser abordados. Esto por supuesto, no cuestiona ninguna fe religiosa.

Pero en 1920 Ríos llega a la conclusión que la alienación mental es el factor preponderante en la producción del suicidio, lo cual refleja el giro en concepción a partir de entonces. Sin embargo, este médico identificaba los males de la sociedad moderna pero no los cuestionaba.

Mariátegui en un artículo mostraba cómo en cierta ocasión en que muere un caballo en el Hipódromo y al mismo tiempo se suicida un detenido por la policía, todos corren tras el animal y nadie tiene una sola palabra compasiva para el suicida. Ruiz señala a los médicos de entonces como los culpables de esta manera de pensar, repitiendo la frase: "ningún hombre ha renunciado a la vida si esta merecía conservarse".

1.2 DEFINICIÓN DE SUICIDIO

Se refiere a la muerte por herida, envenenamiento, o asfixia cuando existe evidencia (explícita o implícita) de que la lesión haya sido autoinfligida y que el suicida, en efecto, pretendía quitarse la vida (O'Carroll et al., 1996).

Es la "muerte por un acto infligido sobre uno mismo" (Rosenberg, Davidson, Smith, 1988).

Para la Organización Mundial de la Salud (modificado por Diekstra, 1985) el suicidio es definido como un acto con resultado fatal, que es deliberadamente iniciado por una persona en contra de sí misma y con el conocimiento o expectativa de que éste le causará la muerte.

Asimismo, el suicidio es una conducta agresiva, realizada con el propósito de la autodestrucción, con conciencia de ello, y con la finalidad de lograr la muerte (Bonger, 1992).

Finalmente, cabe señalar que el suicidio, implica la manifestación de elementos como:

a) Acto Suicida

Incluye el intento de suicidio y el suicidio

b) Amenaza Suicida

Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

c) Antecedentes Suicidas

Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

d) Circunstancias Suicidas

Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

e) Comunicación Suicida

Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

- Comunicación suicida directa verbal

Es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo: “Me voy a matar”, “Me voy a suicidar”, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.

- Comunicación suicida directa no verbal

Es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

- Comunicación suicida indirecta verbal

Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

- Comunicación suicida indirecta no verbal

Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

f) CONDUCTAS EN EL SUICIDA

- Conducta autodestructiva

Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

- Conducta suicida

Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

G) INTENTO DE SUICIDIO

Se trata de una conducta de auto lesión potencial con un desenlace no fatal para la cual existe evidencia (explícita o implícita de que la persona pretendía, en algún grado, matarse; un intento suicida puede o no resultar en lesiones (O'Carroll et al., 1996). Stengel (1965) define al intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque esa intención sea vaga o ambigua.

Respecto al deseo de morir, O'Carroll et al. (1996) mencionan que el 66% de los suicidas realmente no desean morir, sino comunicar un mensaje dramático respecto de su malestar; desde esta perspectiva, sus intentos tienen que ver con ingestión mínima de drogas con corte leve, donde normalmente se arreglan las cosas para que se puede intervenir a tiempo, ante algunas veces se salga de control la situación. No obstante, es necesario prestar atención a cualquier gesto suicida (Capuzzi y Golden, 1988).

Borges, Anthony y Garrison (1995) también comentan que un intento suicida que no resulta en la muerte es un comportamiento como tal. Kessel y McCulloch (1966) lo definen como aquel caso de conducta autolesiva, intencional, emprendida con el conocimiento de que puede ser potencialmente nocivo. En el intento no siempre existe un propósito consciente de morir; en ocasiones aparecen múltiples motivos aunados en un intento dificultando la comprensión del fenómeno (citado en Bancroft, 1979).

H) IDEACIÓN SUICIDA

Se trata de una idea recurrente e intrusa sobre quitarse la vida (Borges Anthony y Garrison, 1995). Rotheram-Borus (1993) señala que la ideación suicida es un constructo cognoscitivo directamente vinculado con el intento de suicidio, el cual se ha identificado como el mejor predictor del suicidio consumado entre adolescentes y población adulta; los pensamientos suicidas son comunes entre niños y adolescentes de ambos sexos y no precisamente siempre se asocian a otros rasgos de psicopatología.

Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges (1998) mencionan que la ideación suicida es un importante predictor del intento suicida. Borges y Garrison (1995) mencionan que es posible hacer la ideación suicida operacional como una variable latente, percibida subjetivamente como una idea pero observable indirectamente en la forma de mediciones comportamentales tales como autoreporte verbal durante una conversación, o medida de manera más formal mediante reactivos de una entrevista o cuestionario estandarizado o estructurado.

Para O'Carroll et al. (1996), se refiere a cualquier pensamiento o pensamientos auto reportados de involucrarse en conductas suicidas; no se incluyen aquellos pensamientos que solo refieran la idea de muerte o deseo de morirse sino pensamientos específicos de matarse.

La ideación suicida puede variar en tipos y grados y en muchas ocasiones no se acompaña de una planeación específica (Bancroft, 1979). La ideación suicida es considerada por Garrison et al. (1991) como el “tener

pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte”. Generalmente, llaman la atención del psicólogo clínico cuando éstos son anunciados como amenazas.

Los trastornos disruptivos incrementan el riesgo de ideación suicida en niños de 12 años o más jóvenes. Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Goldney et al., 1989).

i) PLAN SUICIDA

Se debe explorar hasta dónde el adolescente ha formulado y reportado un plan claro de cómo pretenden quitarse la vida (ver Jacobs, 1999); por ejemplo, si el plan incluye cómo se logrará el suicidio, la disponibilidad del método, la letalidad del método y el tiempo y momento propuestos (incluyendo la probabilidad de ser descubierto y detenido). Un aspecto muy importante es que, en general, el adolescente no es un buen estimador de la letalidad, particularmente de fármacos, por lo que la significancia del método o de la dosis no debe tomarse como un indicador confiable del grado del intento suicida (Myers et al., 1992). Kessler, Borges y Walters (1999) reportan que existe un aumento de las probabilidades acumuladas a 34% en la transición de la idea al plan, y de 72% del plan al intento; de la ideación al intento no planeado, la probabilidad acumulada es del 26%; es posible entonces abordar el problema desde la prevención del suicidio dirigida a quienes lo han planeado; la sola ideación no es un indicador fuerte de riesgo.

Se ha encontrado que los intentos, ideación y planes suicidas son más comunes que el suicidio consumado; por ejemplo, el porcentaje de aquellos que reportan ideación y plan suicida se ha incrementado en EU del 2 a por arriba del 50% entre la población adolescente (Borges et al., 1995).

J) PROCESO SUICIDA

Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

K) PSEUDOSUICIDIO

Suicidio que resulta de alteraciones sensoperceptivas (alucinaciones auditivas no conminativas al suicidio, sino que ordenan al sujeto a realizar determinados actos como: huye, salta y que las circunstancias que rodean al paciente facilitan su muerte. (“Huye” y es aplastado por un vehículo por encontrarse en una vía de alta velocidad, no en una casa en el campo. “Salta” y vive en un apartamento en el piso 20, no en el primero).

Otras veces pueden ser alucinaciones visuales terroríficas como en el delirio, que condicionan reacciones de huida o escape sin que el sujeto pueda protegerse de los peligros potenciales por los trastornos de la conciencia que están provocando los trastornos sensoperceptivos.

Se consideran también Pseudosuicidios aquellas muertes que responden a ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia, en las que el sujeto creyendo su “lógica delirante” se expone a situaciones peligrosas que le ocasionan la muerte como por ejemplo cruzar delante de un vehículo en marcha considerando que nada le va a ocurrir por su poderío, su incapacidad de morir.

1. 3 LA CONDUCTA SUICIDA Y EL DSM-IV

De acuerdo al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), el comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de

ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios y trastornos psicóticos; asimismo, se ha asociado a:

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con una frecuencia superior a la esperable en los trastornos de conducta [312.8]. Los adolescentes están predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio en el trastorno de la identidad sexual [302.x].

El trastorno depresivo mayor [296.x] se asocia a ideas, intentos y consumaciones de suicidio. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas (Criterio A9, Episodio depresivo mayor). Estas ideas varían desde la creencia consistente en que los demás estarían mejor si uno muriese hasta los pensamientos transitorios, pero recurrentes, sobre el hecho de suicidarse, o los auténticos planes específicos sobre cómo cometer el suicidio. La frecuencia, intensidad y letalidad de estas ideas pueden ser muy variables. Los sujetos con menos riesgo suicida pueden referir pensamientos transitorios (1 ó 2 minutos) y recurrentes (una o dos veces a la semana). Los sujetos con más riesgo suicida pueden haber comprado materiales (p. Ej., una cuerda o un arma) para usarlos en la tentativa de suicidio y pueden haber fijado un lugar y un momento en el que saben que estarán solos y podrán así suicidarse.

Si bien estos comportamientos están asociados estadísticamente con las tentativas de suicidio y pueden ser útiles para la identificación del grupo de alto riesgo, muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar el suicidio. Los motivos para el suicidio pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que es percibido como obstáculos insalvables o un intenso deseo de acabar con un estado emocional enormemente doloroso, que es percibido como interminable.

Los trastornos adaptativos [309.x] están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La mortalidad a largo plazo en personas hospitalizadas por anorexia nerviosa [307.1] en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Algunas personas presentan amnesia disociativa [300.12] en episodios de automutilación, de explosión de violencia o de intentos de suicidio. La intoxicación o abstinencia (en trastornos relacionados con sustancias) pueden aumentar también el riesgo de suicidio, la violencia y el comportamiento impulsivo en sujetos con un trastorno antisocial o límite de la personalidad previo.

Finalmente, los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad [301.7] tienen más probabilidades que la población general de morir prematuramente por causas violentas (p. Ej., suicidio, accidentes y homicidios). Pueden existir comportamientos impulsivos y antisociales, amenazas e intentos de suicidio y conflictos matrimoniales como síntomas/trastornos asociados a trastornos somatomorfos [300.x].

De igual manera, en la esquizofrenia [295.x] el suicidio es un factor importante, porque aproximadamente el 10 % de los sujetos se suicidan. Los factores de riesgo para el suicidio incluyen el sexo masculino, edad inferior a 30 años, síntomas depresivos, desempleo y alta hospitalaria reciente. De los individuos en tratamiento por juego patológico [312.31], el 20% ha hecho un intento de suicidio (APA, 1995).

1.4 TIPOLOGÍAS SUICIDAS

Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes.

Para Durkheim son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto.

Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico.

Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc.

Shneidman los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Murray, H. en su libro "Exploración de la Personalidad" y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc.

Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente).

Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

1. 5 FACTORES PRECIPITANTES DEL SUICIDIO

A. ESTRESORES AGUDOS

Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar

dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

B. ESTRESORES CRÓNICOS

Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Pueden considerarse como aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida (la paja que quiebra o rompe la columna vertebral del camello que venía cargado)

1. 6 TEORIAS QUE EXPLICAN EL SUICIDIO

A. TEORÍA BIOLÓGICA DEL SUICIDIO

La Psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados, ha sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Se asocian estas conductas en las que el denominador común es un trastorno del impulso con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones

de ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera para algunos investigadores un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Baja actividad de la enzima monoaminoxidasa plaquetaria, ha sido encontrada en personas con intentos de autoeliminación y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis- suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

B. TEORÍA PSICOLÓGICA

Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida la incapacidad poco común de amar a otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte. Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestima claramente baja, egocéntrica y agresiva velada o abiertamente. Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. Huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. Susto; en la que se incluyen los significados de

desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. Carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

C. TEORÍA PSIQUIÁTRICA

Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

D. TEORÍA SOCIOLÓGICA DEL SUICIDIO

Entre ellas tenemos la de Durkheim, quien hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente. Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios.

1. 7 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia. Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxificación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo.

1.7.1 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

A. PREVENCIÓN DIRECTA

Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

B. PREVENCIÓN INDIRECTA

Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

C. PREVENCIÓN GENERAL

Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológico, social, institucional, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

II. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Sabido es que la epidemiología estudia los factores de riesgo que previenen la aparición de la enfermedad y que contribuyen de manera positiva a un mejor estado de salud de la población, para ello se debe tomar en cuenta los diversos factores de riesgo que están presentes. En el caso del suicidio es importante destacar que en cada ciudad o país, el número de suicidios tiene que ver con la idiosincrasia de los grupos socioculturales y con los factores que provocan la desorganización social (Durkheim, 1897, 2002).

Lamentablemente no existen en nuestros países Latinoamericanos estudios epidemiológicos que den una idea clara del fenómeno del suicidio.

Esto hace que tengamos que recurrir a las investigaciones de otros países, las cuales, si bien nos orientan, no pueden insertarse totalmente dentro de nuestro contexto sociocultural, totalmente diferentes al de los países desarrollados.

Así Stengel, en Inglaterra, manifiesta que el suicidio se correlaciona positivamente con “sexo masculino, edad avanzada, viudez, soltería y divorcio, carencia de hijos, alta densidad de población, residencia en grandes ciudades, alto estándar de vida, crisis económica, alcoholismo, historia de un hogar roto en la infancia, desorden mental y enfermedad física.

Entre los factores inversamente correlacionados están: sexo femenino, juventud, baja densidad de población (aunque no debe ser demasiado baja), ocupación rural, religiosidad, estado matrimonial, gran número de hijos, pertenencia a las clases socioeconómicas mas bajas, guerra”.

Los países latinoamericanos tienen en general tasas bajas de suicidio; sin embargo, éstas tienden a aumentar progresivamente. En relación al sexo, son los hombres los que cometen más suicidios: en cambio las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. La relación hombre mujer varía de acuerdo con los países.

En la mayoría de países Latinoamericanos, las tasas de suicidio en los hombres aumentan con la pérdida de la salud; sólo disminuyen en Colombia, Ecuador, Nicaragua, El Salvador y Panamá. En las mujeres, las variaciones son caprichosas: en la mayoría de los países las tasas bajan con la edad. En Argentina, Cuba y Venezuela bajan entre los 35 y 54 años y aumentan en las edades extremas; en Canadá, EE.UU. y Puerto Rico sucede lo contrario a lo anterior y sólo en Uruguay las tasas aumentan con la edad.

La Media en los hombres-de acuerdo con estadísticas disponibles- está en la mayoría de los países entre los 15 y 25 años; en Cuba y EEUU., por ejemplo entre 25 y 35 años, y en Uruguay entre los 55 y 64 y en el resto de los países, entre 15 y 24 años.

Son frecuentes los actos suicidas en adolescentes. En Venezuela y EEUU representan la segunda causa de muerte después de los accidentes.

Tanto en México como en otros países, los suicidios en niños y adolescentes se han incrementado notablemente en las últimas décadas, según indican las estadísticas. Se trata, indudablemente, de un problema enfrentado con frecuencia por pediatras y médicos de servicios de urgencia, así como por expertos en salud mental (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales).

Dado que los niños que intentan suicidarse suelen ser ingresados por los servicios de urgencia, Saucedo-García et al. llevaron a cabo una investigación en 21 pacientes atendidos consecutivamente durante 1995 en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXII, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, en México, D.F. Los casos fueron estudiados clínicamente y con escalas psicométricas para determinar variables sociodemográficas, circunstancias del intento, métodos empleados y tipos de trastornos psicológicos, partiendo de la hipótesis de una preponderancia de la impulsividad en un trasfondo depresivo.

Se estudió a 21 pacientes entre las edades de 7 y 15 años, con un predominio de mujeres (razón de mujeres: hombres, 6:1) y de primogénitos. Los factores precipitantes más comunes fueron los conflictos familiares, que ocurrieron siempre en contextos de disfuncionalidad. Se trató de un primer intento en 13 pacientes y del segundo en los ocho restantes. Entre los métodos utilizados predominaron las intoxicaciones medicamentosas (con benzodiazepinas en primer término) y químicas (dos muertes se debieron a complicaciones tardías por ingestión de ácido muriático y de talio). De los 21 pacientes, 10 padecían de depresión, seis mostraban tendencias impulsivas y agresivas, y los cinco restantes tenían síntomas compatibles con dos o más diagnósticos psiquiátricos.

Las respuestas de los 20 progenitores que respondieron al interrogatorio revelaron que 17 pacientes (85%) tenían antecedentes de síntomas clínicos. Al aplicarse la prueba de ji cuadrado no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre la depresión y la conducta impulsiva o agresiva como factor conducente al intento de suicidio, aunque fue mayor el número de pacientes deprimidos. En todos los pacientes se había establecido un diagnóstico psiquiátrico, lo cual confirma que el riesgo de suicidio en este grupo es 200 veces mayor que en la población en general.

Los autores concluyen que la determinación clínica de los estados depresivos e impulsivos subyacentes en pacientes que han intentado suicidarse tiene relevancia desde el punto de vista terapéutico, una vez que se hayan tratado las lesiones físicas provocadas por el método empleado. Aunque en todo niño o adolescente que intenta suicidarse se impone un tratamiento psicológico, los deprimidos graves pueden beneficiarse de la administración de fármacos antidepresivos, y los que sufren de impulsos agresivos, del uso de medicamentos psicoestimulantes o reguladores de la agresividad. (Sauceda-García, Montoya-Cabrera, Higuera-Romero, Maldonado-Durán, Anaya-Segura, Escalante-Galindo, 1997)

Se estima que la tasa de suicidio mundial es aproximadamente de 15 por 100000 habitantes según OMS del año 2002. Los países de América latina

con mayor prevalencia de suicidio son Cuba con 11 por 100000 y Puerto Rico con 10 por 100000 habitantes. (OMS, 2000)

El MINSA en el año 2000 reporta 228 suicidios consumados, de los cuales el 63% eran varones. En el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao en el año 2002 realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", en lo referente a la prevalencia de vida de pensamiento suicida es de 30.3% con predominio del sexo femenino. La prevalencia de vida de conductas suicidas con referencia al intento es 5.2% con predominio del sexo femenino. (Delgado y Noguchi, 2002)

En el estudio Epidemiológico de salud Mental realizado en la Sierra peruana en el año 2003 por el IESM "H.D-HN", encontramos que la prevaecía anual de deseos de morir esta en 34.2%, y la prevalencia de vida del intento suicida esta en 2.9% (Delgado y Noguchi, 2003)

En análogo estudio en la selva del Perú, 2004 no se observa mayor diferencia en cuanto a los porcentajes de los estudios anteriores. (Anales de Salud Mental, 2005).

Pasan del pensamiento a la concreción suicida en un 34% y de la planificación al intento en 72%, según investigaciones foráneas (Ladame, Laederach et al, 1998).

El Instituto de Medicina Legal en el 2001, refiere que el suicidio, asociado a diferentes cuadros, ocupa el cuarto lugar como causa de muerte violenta en Lima, constituyendo el 8% de éstas en una relación de 2:1 entre hombres y mujeres.

Por otro lado, el suicidio, en un estudio realizado por el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Se mencionan los motivos más frecuentes asociados al suicidio: conflictos conyugales (29.6%), conflictos familiares (27.6%), conflictos sentimentales (22.1%), etc. Tres cuartas partes de los suicidios están

relacionados a alguna forma de depresión: trastorno depresivo mayor (39.4%) y trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5%); un 23% está asociado también, con abuso de alcohol y sustancias.

En otro estudio posterior de esta misma institución (2002), se han encontrado consideraciones o pensamientos suicidas en el 30.3% de la población encuestada; este tipo de pensamiento es más entre las mujeres (40.3%) que entre los varones 19.6%, a diferencia del suicidio consumado. En este mismo estudio, se observa una tendencia generacional al incremento de indicadores suicidas. La prevalencia de vida de los deseos de morir en el adulto, adolescente y adulto mayor es de 30.3%, 29.1% y 27.8%., respectivamente. Si bien la prevalencia de vida en el adulto es mayor que en los adolescentes, la prevalencia anual en los adolescentes es mayor respecto a los adultos (15.3% y 8.5% respectivamente), lo cual pone al suicidio y la depresión entre las prioridades de la salud mental durante la infancia y adolescencia.

En el estudio realizado en la sierra peruana (2003), para el grupo de mujeres unidas –o alguna vez unidas- se encontró una prevalencia de vida del deseo de morirse del 45.5%. La prevalencia de vida de la conducta suicida es mayor en las mujeres: 3.6% contra 1.7% de los varones. En este mismo estudio, encontramos una prevalencia de vida del deseo de morir del 34.2% en adultos, ligeramente superior a los datos anteriores.

Con referencia al suicidio se señala lo siguiente: alguna vez han pensado en suicidarse 29.1%, lo ha considerado en el último año 15.3%, lo ha considerado en el último mes 6.9%, ha intentado suicidarse alguna vez 3.6%, ha intentado suicidarse en el último año 2.4%, adolescentes que intentaron hacerse daño y que consideran volverlo a hacer 28%. En relación a la conducta sexual se ha reportado que el 60% de embarazos en adolescentes se origina por incesto o la violación y se estima que 8 de cada 10 casos de abuso sexual tienen como agresor a un miembro del entorno familiar. (Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002)

**ESTADÍSTICAS DE SUICIDIO EN EL PERÚ
(2,000)**

Departamentos	Nro de Suicidios	% Nacional	Ranking
Amazonas	3	1.31	
Ancash	7	3.07	
Apurímac	4	1.75	
Arequipa	18	7.89	5
Ayacucho	2	0.87	
Cajamarca	16	7.01	6
Callao	4	1.75	
Cusco	30	13.15	2
Huancavelica	4	1.75	
Huánuco	27	11.84	3
Ica	2	0.87	
Junín	13	5.7	7
Libertad	6	2.63	
Lambayeque	4	1.75	
Lima	6	2.63	
Loreto	5	2.19	
Madre de Dios	2	0.87	
Moquegua	6	2.63	
Pasco	3	1.31	
Piura	2	0.87	
Puno	39	17.1	1
San Martín	20	8.77	4
Tacna	2	0.88	
Tumbes	1	0.43	
Ucayali	2	0.88	
Total	228	100	

**INCIDENCIA DE SUICIDIO POR GRUPOS DE EDAD EN LIMA
METROPOLITANA
AÑO 2000**

SUICIDIO	%	UNIVERSO	INDICADOR	AÑO
SUICIDIO	8,08	TOTAL DE MUERTES	Incidencia	2000
SUICIDIO VAR	5,61	VIOLENTAS, LIMA		
SUICIDIO MUJ	2,47			

Fuente: Ministerio Público (2001) Muerte violenta agente causante, en el año 2000.

Instituto de Medicina Legal. Lima-Perú

**TASA DE SUICIDIO MUNDIAL
JUNIO DE 2004**

País	Año	Hombres	Mujeres
ALBANIA	01	5.5	2.3
ANTIGUA AND BARBUDA	95	0.0	0.0
ARGENTINA	96	9.9	3.0
ARMENIA	02	4.0	0.7
AUSTRALIA	01	20.1	5.3
AUSTRIA	02	30.5	8.7
AZERBAYAN	02	1.8	0.5
BAHAMAS	95	2.2	0.0
BAHRAIN	88	4.9	0.5
BARBADOS	95	9.6	3.7
BELARUS	01	60.3	9.3
BELGICA	97	31.2	11.4
BELICE	95	12.1	0.9
BOSNIA AND HERZEGOVINA	91	20.3	3.3
BRASIL	95	6.6	1.8
BULGARIA	02	25.6	8.3
CANADA	00	18.4	5.2

CHILE	94	10.2	1.4
CHINA	99	13.0	14.8
CHINA (Hong Kong SAR)	99	16.7	9.8
COLOMBIA	94	5.5	1.5
COSTA RICA	95	9.7	2.1
CROACIA	02	30.2	10.0
CUBA	96	24.5	12.0
REPUBLICA CHECA	01	26.0	6.3
DINAMARCA	99	21.4	7.4
REPUBLICA DOMINICANA	94	0.0	0.0
ECUADOR	95	6.4	3.2
EGIPTO	87	0.1	0.0
EL SALVADOR	93	10.4	5.5
ESTONIA	02	47.7	9.8
FINLANDIA	02	32.3	10.2
FRANCIA	99	26.1	9.4
GEORGIA	00	4.8	1.2
ALEMANIA	01	20.4	7.0
GRECIA	99	5.7	1.6
GUATEMALA	84	0.9	0.1
GUYANA	94	14.6	6.5
HONDURAS	78	0.0	0.0
HUNGRIA	02	45.5	12.2
ISLANDIA	99	17.3	5.1
INDIA	98	12.2	9.1
IRAN	91	0.3	0.1
IRLANDA	00	20.3	4.3
ISRAEL	99	9.8	2.3
ITALIA	00	10.9	3.5
JAMAICA	85	0.5	0.2
JAPON	00	35.2	13.4
JORDANIA	79	0.0	0.0
KAZAJISTAN	02	50.2	8.8

KUWAIT	01	1.9	0.9
KYRGYZSTAN	02	19.1	4.0
LATVIA	02	48.4	11.8
LITUANIA	02	80.7	13.1
LUXEMBURGO	02	28.6	10.2
MALTA	02	5.6	4.0
MAURITANIA	00	18.8	5.2
MEXICO	95	5.4	1.0
HOLANDA	00	12.7	6.2
NUEVA ZELANDA	00	19.8	4.2
NICARAGUA	94	4.7	2.2
NORUEGA	01	18.4	6.0
PANAMA	87	5.6	1.9
PARAGUAY	94	3.4	1.2
PERU	89	0.6	0.4
FILIPINAS	93	2.5	1.7
POLONIA	01	26.7	4.3
PORTUGAL	00	8.5	2.0
PUERTO RICO	92	16.0	1.9
REPUBLICA DE KOREA	01	20.3	8.6
REPUBLICA DE MOLDAVIA	02	27.9	5.2
RUMANIA	02	23.9	4.7
FEDERACION RUSA	02	69.3	11.9
SAINT KITTS AND NEVIS	95	0.0	0.0
SANTA LUCIA	88	9.3	5.8
SAN VICENTE Y LAS GRANADINA	86	0.0	0.0
SAO TOME AND PRINCIPE	87	0.0	1.8
SEYCHELLES	87	9.1	0.0
SINGAPUR	01	11.5	6.9
ESLOVAQUIA	01	22.2	4.0
ESLOVENIA	02	44.4	10.5
ESPAÑA	00	13.1	4.0
SRI LANKA	91	44.6	16.8

SURINAM	92	16.6	7.2
SUECIA	01	18.9	8.1
SUIZA	00	27.8	10.8
SIRIA	85	0.2	0.0
TAJIKISTAN	99	4.2	1.6
TAILANDIA	94	5.6	2.4
MACEDONIA	00	10.3	4.5
TRINIDAD Y TOBAGO	94	17.4	5.0
TURKMENISTAN	98	13.8	3.5
UCRANIA	00	52.1	10.0
REINO UNIDO	99	11.8	3.3
USA	00	17.1	4.0
URUGUAY	90	16.6	4.2
UZBEKISTAN	00	11.8	3.8
VENEZUELA	94	8.3	1.9
ZIMBAWE	90	10.6	5.2

2.1 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SUICIDIO

- **Género:** Los intentos de suicidio son mas frecuentes en las mujeres en relación de 3: 1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones, en general, en la misma relación. (Angst, Sartorius, 2001).
- **Edad:** En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en las poblaciones de la tercera edad. (Angst , Sartorius, 2001 en Pearson, 1996)
- **Estado Civil:** Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención

de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” se encontró que el 62.2% pacientes con intento de suicidio eran solteros(Vázquez y cols 2005)

- **Ocupación:** Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales. (Vásquez y cols, 2005)
- **Condiciones Socioeconómicas:** Es mayor en el estrato social bajo, relacionándose con la frustración y carencias. El hecho de vivir solo es otro elemento de importancia.
- **Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental:** La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de dependencia a alcohol y drogas y luego esquizofrenia. (Kruger, 1998).
- **Antecedentes Familiares de Conducta Suicida:** Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) (Delgado y Noguchi, 2003)
- **Enfermedades Físicas y/o Mentales:** En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, Trastornos de la conducta

Alimentaria en un 15 %, (Bulimia Nervosa), de acuerdo a la fuente anteriormente citada. (Vásquez y cols, 2002)

- **Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas:** Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general.
- **Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico:** Son factores directamente vinculados a las conductas suicidas, ya sea como antecedentes o recientes (Lin y Korff, 1989).
- **Conflictos Familiares y/o Pareja:** Se les considera los estresores psicosociales mas fuertemente vinculados con la conducta suicida
- **Pérdida Parental:** Se ha encontrado que las féminas son mas vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida, según los estudios realizados por el PPS del IESM"HD-HN", 2003.(citado en Vásquez, 2005)
- **Carencia de Soporte Socio-Familiar:** La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte sociofamiliar, (Anticon, 1999).
- **Intentos Suicidas Previo:** Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor predictor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas. (Vásquez, 2003).
- **Problemas de Identidad Sexual:** Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de auto agresión. (Isometsâ y Henriksson ,1996)

- **La difusión mediática alarmista o distorsionada** puede influir en las personas proclives, ya sea en el método o en algún otro aspecto. El uso inapropiado de la tecnología, como por ejemplo el Internet viene siendo otro factor de importancia vía la globalización (Mann, 1997).

III. DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Diariamente se producen en el mundo entre 8.000 a 10.000 intentos de suicidio, de los que 1.000 lo consiguen.

En nuestro país, el Ministerio de Salud (Minsa, 2006) informó que entre enero y junio del presente año se han registrado 18 suicidios en menores de 18 años, cifra que representa el 10% del total de casos registrados en el país.

Así mismo, el Programa de Prevención del Suicidio del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, señala que, por lo general los niños y adolescentes adoptan medidas radicales contra sus vidas debido a que son sometidos a maltrato físico y psicológico por sus padres o familiares cercanos, así como también, la procedencia de hogares disfuncionales, fallas escolares, aislamiento social, etc.

Cualquier sujeto puede, en un determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos.

En tal sentido, el comportamiento suicida posee características que van desde la ideación en sus diferentes expresiones hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

IV. IDENTIFICACION DE LA POBLACION AFECTADA:

A. GRUPO DE RIESGO SUICIDA

Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

B. GRUPOS VULNERABLES

Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

V. ANTECEDENTES:

Jiménez, Lozano, Rodríguez, Vargas, Rubio y López (2005) En México, el suicidio es la decimoctava causa de muerte, con impactante aumento del 200% en los últimos 30 años. Asimismo, el consumo de alcohol y drogas también se ha intensificado. Los objetivos fueron: Establecer la relación del consumo de alcohol y drogas como factor independiente que predispone al intento suicida. El método utilizado fue: Casos y controles. Se estudiaron 126 pacientes, 63 casos (pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida a hospitales de la SSDF de marzo del 2001 a Marzo del 2002) y 63 controles pareados. Se excluyeron los casos que tenían previamente el diagnóstico de depresión. Los resultados nos muestran que de los 63 casos, 65% fueron mujeres. La edad en que se registraron más intentos suicidas fue el 15 a 26 años. La media de consumo de alcohol de los casos fue de 3,5 veces por semana y la de los controles de 1,26. La razón de momios para el consumo de alcohol fue de 3,7 y para el de drogas de 3,1. El análisis de Xmh para el

consumo de alcohol fue de 3,6 (IC 95%: 2,7 a 4,6) y para el de drogas de 2,56 (IC 95%: 1,6 a 3,4) La prueba de la t Student para el consumo de alcohol fue de 3.3 y para el de drogas de 3.2 con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para el grupo de casos en comparación con los controles. Conclusiones: El consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgos independiente al diagnóstico de depresión que aumenta las probabilidades de intento suicida hasta 3,7 veces más que en las personas que no los consumen. Las adicciones pueden sugerir una tendencia autodestructiva, que afecta principalmente a individuos jóvenes.

Shere, Beautrzis, Fergusson (2005) examinaron los intentos suicidas y la mortalidad en los 10 años posteriores a un intenso de suicidio que requirió ingreso hospitalario. Los participantes fueron una serie consecutiva de individuos internados en el hospital de Christchurch por intento de suicidio durante el período de 10 años 1993-2002. La información fue obtenida en admisiones del hospital de Cristchurch por intentos de suicidio durante el periodo de estudio. La mortalidad subsecuente al índice de intento de suicidio fue establecida por datos de mortalidad nacional. Se examinaron la influencia de la edad, el género y el método utilizado en el intento de suicidio y posteriores intentos de suicidio. Resultados: En 10 años, el 28,1% de aquellos que habían sido admitidos por un intento de suicidio fueron readmitidos por otro intento de suicidio no fatal, y el 4,6% murieron por suicidio. Riesgos y tasas de readmisión fueron mayores en: mujeres menores de 55; y aquellas cuyo índice de intento de suicidio involucra un método de baja letalidad. Riesgo y tasa de suicidio fue mayor en: hombres de 25 años de edad y mayores; y aquellos que utilizaron un método de intento de suicidio de alta letalidad. Riesgos y tasas de readmisión y mortalidad por suicidio fueron más altos en los dos primeros años tras el intento. Conclusiones: Aquellos pacientes cuyos intentos de suicidio requirieron admisión hospitalaria tuvieron un riesgo mayor de otras hospitalizaciones por intento de suicidio y de muerte por suicidio. Estos hallazgos sugieren una necesidad de soporte actual y monitoreo, y de aumentar el tratamiento de todos aquellos con intentos de suicidio que requieren admisión hospitalaria en un esfuerzo por reducir los riesgos de más conductas suicidas.

Coronado, Díaz, Vargas, Rosado, Zapata y Talavera (2004) realizaron un estudio retrospectivo en el Servicio de Urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'horán de Enero de 1998 a diciembre del 2003. Se realizó un registro de libretas de trabajo social de los reportes hechos al ministerio público, así como de los expedientes de todos los pacientes mayores de 10 años, que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General O'Horán por intento de suicidio. Se obtuvo un total de 713 consultas atendidas de las cuales el 47,4% (n=338) corresponden al sexo masculino y 52,6% (n=375) al sexo femenino. El inventario de edad más afectado es de 15 a 24 años. No se observó distribución específica por mes del año. En la mayoría de los casos el mecanismo utilizado para el intento de suicidio no se reportó. El 3,5% falleció a consecuencia de dicho intento.

Mosquera (2003), realizó un Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, cuyo objetivo fue determinar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital "Hermilio Valdizán" durante el período febrero 2000 a enero 2001. La muestra del presente estudio la conformaron 67 pacientes, en su gran mayoría de sexo femenino (76.12 %) con una relación mujer/hombre de 3.1 a 1. Entre los resultados obtuvimos que el grupo etáreo más afectado fueron jóvenes entre los 14 y 25 años, es decir, el 58.21 de la muestra, seguido del grupo entre los 26 y 30 años, siendo en ambos grupos las mujeres las más afectadas. En el rubro de ocupación, la mayoría de los casos (47.76 %) resultaron ser personas desocupadas. En el rubro grado de instrucción el 68.21% de los casos terminó la secundaria, habiéndola completado solo el 20.90 %, mientras que el 37.31 % cursaba educación superior y un 10.45 % la había terminado. La mayoría de los pacientes (55.23 %) había registrado algún intento suicida previo, el 17.91 % dos intentos y el 10.45 % tres intentos. La modalidad de suicidio más utilizada por las mujeres (53.73 %) fue la ingesta de fármacos (benzodiazepinas) y los insecticidas; mientras que el 45 % de los varones utilizaron los métodos mecánicos (cortes con arma blanca). Se encontró que el 67 % de los pacientes declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, el 16.42 % para llamar la atención y el 8.96 % declaró haberlo hecho obedeciendo algún impulso. El 46.27 % principalmente mujeres, tuvieron como

motivación principal los conflictos de pareja, el segundo motivo importante fueron los conflictos con los padres (20.90 %), mientras que los problemas psicopatológicos, registrados en la mayoría de varones, registraron un 19.40 %. El diagnóstico más frecuente fue la depresión (56.95 %), seguido de las psicosis esquizofrénicas (16.67 %).

Vilchez (2000), pretende establecer una relación entre la red social y el intento suicida de los pacientes que acudieron a la emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera" de setiembre de 1999 a febrero del 2000. El estudio incluyó a 38 pacientes, siendo la forma de intento suicida más frecuente la ingesta de sustancias (órgano-fosforados/benzodiazepinas) con 73,53 % el estresor principal los "problemas de pareja" con 44,74 %; el principal diagnóstico los trastornos de mayor personalidad con 21,05 % seguido de los trastornos ansioso-depresivos, de adaptación y depresión mayor con 10,53 % cada uno. La Escala de Apoyo Social Familiar mostró que el 42.11 % tenía una red social "presente y confiable". Entre los hallazgos encontramos en la Clasificación Riesgo Rescate, que los pacientes tenían un "bajo riesgo" de intentar suicidarse (81,58 %), y una gran probabilidad de ser rescatados (76.31 %), con lo que su potencial suicida era muy bajo (CRR % de 27,7 a 36,78 en el 88,23 %). Finalmente, el puntaje en la Escala de Beck para intentos suicidas no superó los 30 puntos (que sería el indicador de real severidad del intento) en ninguno de los casos. Se concluye que los pacientes del estudio tenían una red social "presente y confiable" que podría haber permitido que los intentos suicidas sean de bajo riesgo para la vida del paciente.

Anticona (1999), en un estudio por conocer las características epidemiológicas del intento de suicidio del servicio de emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera". Atendió 94 pacientes, de los cuales 29 fueron hospitalizados y se identificó los siguientes factores de riesgo: sexo femenino (62 %), conflictos familiares (36 %), conflictos de pareja (30 %). En los pacientes hospitalizados solteros (70 %) desocupados (52 %), ingresos económicos bajos (0-399 soles – 44 %). El método más usado fue la ingesta de fosfatos orgánicos (46,8 %). La Depresión (28 %) fue el diagnóstico más

frecuente en el total de pacientes y la Esquizofrenia (48 %) en los hospitalizados. Se evidencia un especto en relación a la severidad del intento de suicidio teniendo en un extremo a los Trastornos de Adaptación, que fueron tratados en forma ambulatoria, y en el otro a los Trastornos Esquizofrénicos, que necesitaron ser hospitalizados. Se recomienda un Sistema de Vigilancia Epidemiológica para delinear actividades de capacitación e investigación estableciendo políticas y programas.

En 1999, Duran, realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico de 62 pacientes que acudieron con historia de intento de suicidio al servicio de emergencia del Hospital General "Arzobispo Loayza" (HAL). Se efectuó por medio de una entrevista que consistió en la aplicación de dos encuestas; la primera constó de tres partes: filiación, episodio actual y antecedentes; y la segunda fue el SCID-I (DSM-IV). Se determinó las características sociodemográficas, motivaciones, antecedentes y la prevalencia de episodio depresivo mayor en la población de estudio. Se concluye que el paciente que acude con historia de intento de suicidio a la emergencia de un hospital general en nuestro país suele ser de sexo femenino, joven, soltera, con grado de instrucción secundaria, desempleada, católica, de procedencia urbana, que llega a la emergencia somnolienta por la ingesta de raticidas o sobredosis de fármacos, motivada por un problema familiar o de pareja. La prevalencia de episodio depresivo mayor en esta población fue de 41.9 %. La presencia de episodio depresivo mayor estuvo asociada con sexo femenino, edad mayor de 35 años y antecedente personal de enfermedad psiquiátrica.

Alegre (1999), refiere en un estudio sobre Factores de riesgo asociados al intento de suicidio que Las mujeres tuvieron mayores cifras de intento de suicidio en relación a los varones, siendo la relación de 1.2. El grupo etáreo mas afectado correspondió a la población joven 34 por ciento en edades comprendidas entre los 21 a 30 años. El grupo de adolescentes comprende el 14 % de los que tuvieron a la emergencia por intentos de suicidio. El estado civil predominante en los intentos de suicidio fueron solteros 64 %, seguidos de los casados 24 % correspondiendo el 12 % a los separados y viudos. Los pacientes del sexo femenino optaron por medios menos drásticos

(psicofármacos). Los pacientes de sexo masculino optaron por medios más drásticos (ahorcamiento y precipitación). Los motivos desencadenantes principales en psicóticos fueron el abandono, aislamiento y soledad. Los motivos desencadenantes principales en depresión situacionales fueron los disgustos amorosos y los problemas familiares. La tentativa de suicidio por adolescentes fueron de tipo situacional.

Vásquez (1998), En un estudio prospectivo de pacientes que intentaron el suicidio y fueron atendidos en el período 1996 - 1998, en el Servicio de Emergencia del INSM H. Delgado - H. Noguchi. Se consideraron una serie de variables sociodemográficas y clínicas, destacando los siguientes hallazgos: de un total de 358 casos estudiados, predominaron las damas (77.9%) sobre los varones (22.1 %); con un rango de edades entre 13 a 64 años. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años, destacando de manera preocupante el grupo de edades menores de 20 años (19.5 %). Los motivos que precipitaron el intento suicida fueron: conflictos conyugales (29.6 %), conflictos familiares (27.6 %), conflictos sentimentales (22.1 %) y problemas psicopatológicos (17.6 %). Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: trastorno depresivo mayor (39.4 %); trastorno reactivo con síntomas depresivos (35.5 %); distimia (11.2 %); trastornos psicóticos (11.4 %) y otros (2.4 %). Se describe diagnósticos asociados en casi 40 por ciento de los casos, destacando los trastornos diversos de personalidad (57.5 %) y abuso de alcohol y sustancias (23.8 %). Asimismo, se encontró que el 34 por ciento de pacientes recibía algún tipo de tratamiento al momento de la tentativa. El método utilizado para el intento suicida más frecuente fue la sobredosis de benzodiazepinas (48 %), seguida de intoxicación por organofosforados y otras sustancias; inferirse cortes en el cuerpo (12.0 %), intento de arrollamiento, auto estrangulación y lanzamiento al vacío (6.7 %); y uso de arma de fuego (0.8 %). El 44.4 % de los pacientes estaba reiterando el intento. De otro lado, se registró que cerca del 30 % de los atendidos planificó el intento suicida. Se enfatiza la necesidad de ampliar los estudios prospectivos, el seguimiento y la vigilancia epidemiológica, establecer mejor la relación entre el intento y suicidio consumado, formular planes y programas de prevención de estos fenómenos.

Arlaez, Hernández, Álvarez y Cañizares (1998) realizan un estudio retrospectivo de casos y controles sobre la conducta suicida en el municipio Sancti Spiritus desde octubre 1995 a noviembre 1996; los casos fueron tomados de las tarjetas de enfermedades de declaración obligatoria y a cada uno se le asignó un control, pareando la edad, el sexo y el lugar de residencia. Se obtuvo como resultado que la conducta suicida predominó en los grupos de 25 a 34 años, el intento fue más frecuente en el sexo femenino y el suicidio consumado, en el masculino, la ingestión del psicofármaco fue el método más empleado. Se halla en el análisis estadístico relación causal con los factores de riesgo personales: pacientes sin apoyo familiar, deprimidos y alcohólicos. Dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran antecedentes familiares de conducta suicida, familiar con problemas sociales, alteraciones en su dinámica, alteración en la relación entre sus miembros y bajo ingreso per cápita. Se informa que otras variables analizadas también mostraron relación causal, como el tener escolaridad de secundaria básica o menos, tener pareja, no poseer vínculo laboral y la presencia de factores de riesgo familiares. Los métodos suaves predominaron sobre los duros en los intentos y mantuvieron similar comportamiento en el suicidio como tal.

Otárola (1997), examinó algunas características epidemiológicas del suicidio en Lima Metropolitana durante 1997. El método usado fue descriptivo, retrospectivo y transversal, examinando los Atestados de la División Homicidios de la Policía Nacional para Lima Metropolitana. Se aplicó la prueba de odds ratio como prueba de asociación. Los resultados indican una tasa baja para Lima Metropolitana: 2,97 por 100 000 hab. La tasa de suicidios en varones: 3,6 por 100, 000 habitantes fue mayor que en mujeres. Las diferencias entre varones y mujeres fueron importantes. En los varones el promedio de edad 37,2 años, el móvil más frecuente los problemas laborales y la modalidad preferida el arma de fuego. Entre las mujeres el promedio de edad fue 24,7 años, siendo los móviles más frecuentes los problemas laborales y los problemas de pareja, la modalidad preferida entre las mujeres fue la sustancia tóxica. El 48 % de los casos eran solteros y se halló diferencias importantes sobre todo entre casados y conviviente. Los desocupados

representan el 16.8 % de los casos y entre los ocupados los comerciantes independientes y los estudiantes fueron los más frecuentes. La enfermedad mental fue relacionada en cerca de 30 % por ciento de los casos, la más frecuente fue la depresión.

Finalmente, Pando (1994), presenta la siguiente investigación, con el fin de determinar las características clínicas y Epidemiológicas del Intento de suicidio en pacientes que concurren al servicio de Emergencia del Hospital Regional Docente "Las Mercedes" de Chiclayo. Se trata de un estudio descriptivo, realizado entre el 10 de mayo y el 31 de julio de 1994, habiéndose captado 41 pacientes. Los resultados fueron los siguientes: el 82.93 % de los pacientes son mujeres y el 17.07 %, hallándose una relación varón: mujer de 1 a 5. Predominaron los sujetos jóvenes en el 80.48 %, cuyas edades fluctúan entre los 12 y 25 años. El estado civil más frecuente es el de convivencia en el 48.79 % de los casos. El 46.34 % son amas que el 60.98 % de pacientes que percibían ingresos vivían económicamente con grandes limitaciones. El nivel de instrucción mayormente referido en el 48.79 %, nivel medio. El 95.12 % se declararon como católicos romanos. Se halló que el 90.24 % no padecía de patología orgánica asociada. En lo referente a hábitos nocivos el 34.15 % refirió algún hábito nocivo. Respecto a antecedentes de conducta suicida, ésta se encontró en el 26.83 % de los pacientes. Se encontró pérdida parental en el 31.71 % de los pacientes y entre los que refirieron tener sus padres vivos el 71.42 % refirió separación o divorcio en los mismos. El 58.54 % carecía de descendencia. Sólo el 12.19 % refirió antecedentes familiares de conducta suicida. La mortalidad usada con mayor frecuencia en el intento suicida fue la ingesta de órgano fosforados de uso doméstico (70.75 %). Se determinó que en el 68.29 % de pacientes, la conducta suicida fue producto de actos impulsivos no premeditados con un tiempo promedio de ideación suicida de menos de 30 minutos. Dentro de los motivos aparentes referidos como causa del intento suicida fueron los conflictos conyugales en el 48.78 % y el maltrato familiar en forma de agresión verbal y/o física en el 24.39 %. Significativamente en el 87.80 % de paciente la conducta suicida estuvo asociada a trastornos de adaptación.

Referencias Bibliográficas

1. Angst J., Sartorius N, 2001, Suicide-The Differences in Age and Gender, Internat Clinical Psychopharmacol. Vol 16 (2).
2. Bonger B. (1992). Suicide Guidelines for Assessment, Management and Treatment. Reino Unido: Oxford University Press.
3. Borges G, Rosovsky H, Caballero MA, Gómez C. (1994). Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991.
4. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Anales 5:15-21
5. Borges G, Anthony J, Garrison C. (1995). Methodological issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. Epidemiologic Reviews 17:228-239
6. Bruce M.L Pearson JL. 1999, Designing an intervention to prevent suicide-PROSPECT (Prevention of suicide in primary care elderly: collaborative trial) Dialogues Clin Neurosci 1: 100-112.
7. Capuzzi D, Golden L. (1988). Preventing Adolescent Suicide. Estados Unidos: Accelerated Development Incorporated
8. Diekstra R. (1985). Suicide and suicide attempts in the European Economic Community: an analysis of trends with special emphasis upon trends among the young. Suicide and Life-Threatening Behavior 5:27-42
9. Durkheim E. (1897/2002). El suicidio. México: Ediciones Coyoacán.

10. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado-H. Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.
11. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM .H. Delgado - H. Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.
12. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana. Anales de Salud Mental, 2005, Ed. Especial, Lima Perú.
- 13.14. MINSA, Protocolo Integral para la atención de la conducta Suicida, 2004. Cuaderno de Trabajo-
14. Gould MS, King R, Greenwald S et al. (1998). Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 31 S\5-323
15. IESM "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. En: Anales de Salud Mental, Vol.XVIII, Nos. 1 y 2, 2002.
16. Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado - H. Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
17. Kruger H., 1998, Atención médica y prevención de depresión en un hospital nacional Diagnostico: 37 (3)174-182.
18. Ladame F. Laederach J. et al, 1998, La Depresión y el suicidio antes de los 20 años, Neuropsych, Jan, pp.41-46.
19. Lineamientos para la acción en salud mental. Dirección General de Promoción de la Salud. MINSA 2004

20. MINSA Estadísticas e Indicadores Básicos de Salud, 2003. Perú.
21. O'Carroll P, Berman A, Maris R, Moscicki E, Tanney B, Silverman M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 26:237-252
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS | Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Oct. 2000.
23. Rihner Z. 1996 Strategies of suicide prevention: focus on health care. *J. Affect Disord* 39: 83-91
24. Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, et al. (1988). Operational criteria for the determination of suicide. *Journal of Forensic Science* 33:1445-56.
25. Scielo , Revista Cubana de medicina General Integral Vol. 14 N° 2 Vidal-Alarcón (1986) *Psiquiatría*
26. Stengel E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Hormé
27. Vásquez, Freddy: Seguimiento de pacientes que presentaron intento de suicidio atendidos en el servicio de emergencia del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. En: *Anales de Salud Mental* (1998) XIV: 65-76.
28. Vásquez F. Y cols. *El Panorama de los suicidios en el Perú durante el año 2003*. Programa de Prevención del Suicidio IESM H. Delgado -H. Noguchi, Lima. Perú.
29. Vasquez F., Coronado O, Morocho V, Salgado V., 2002, A contribution to genetic factor in suicidality base don family history, *American Journal of Medical Genetics*, Vol 114, Number 7 pp 776.

30. Vázquez F. Y cols. El perfil del intentador de suicidio atendido en el IESM H. Delgado - H. Noguchi 2003, Rev. de Neuro-Psiquiat.68 (1-2) 2005...Lima-Perú.
31. Vázquez F. y cols. Análisis de la conducta suicida en el Perú año 2004. .Rev. Española. Ed. Especial Centenario JJ López Ibor, Abril 2006. España.