

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Jorge D. Lemus

I - INTRODUCCION

Las conductas autoagresivas se han convertido en este siglo, y en las grandes urbes, en una afección endémica que se asocia a una morbimortalidad elevada. Son el producto de impactos multifactoriales sobre una salud mental cada día más inestable, en un medio ambiente cada día más alienante.

Si bien en la Capital Federal algunos autores han estudiado epidemiológicamente y psiquiátricamente el fenómeno suicida, se carecía de análisis multidisciplinarios, prospectivos, de larga duración y que coetáneamente eviten dos factores de error pocas veces resueltos: a) la exclusión de los intentos de suicidio -por estudiar retrospectivamente sólo los actos consumados- y b) el uso de casuística basada exclusivamente en ciertos datos de certificados de defunción, donde -por diversas razones y al igual que en otros países del orbe- se omite la referencia de suicidio y se la reemplaza por una amplia gama de patologías conexas, que producen necesariamente subregistros(1).

Dispuestos a estudiar los actos suicidas en todas sus connotaciones con el objeto de reformular, especialmente en el área de la Capital Federal, la prevención primaria, secundaria y terciaria aplicable a esta patología, decidimos:

- a) Utilizar como muestra representativa la del área programática del Hospital General de Agudos, "Juan A. Fernández", pues por análisis bibliográfico previo se sabía que la zona comprendida por sus límites geográficos aporta el 73.8% de los suicidios producidos en toda la Capital Federal(2) (3).
- b) Recoger los datos prospectivamente, en protocolos especiales: clínicos, terapéuticos, psiquiátricos, sociológicos, toxicológicos, epidemiológicos y médico-legales, completados directamente en el Departamento de Urgencia -lugar de la asistencia primaria- evitando el subregistro y utilizando un período de tiempo suficientemente extenso como para extraer conclusiones válidas y operativas.
- c) Aplicar un diseño de investigación confiable, métodos bioestadísticos adecuados y manejo de la casuística rápido y seguro por computadora, para conseguir resultados comparables a la amplia bibliografía internacional consultada.

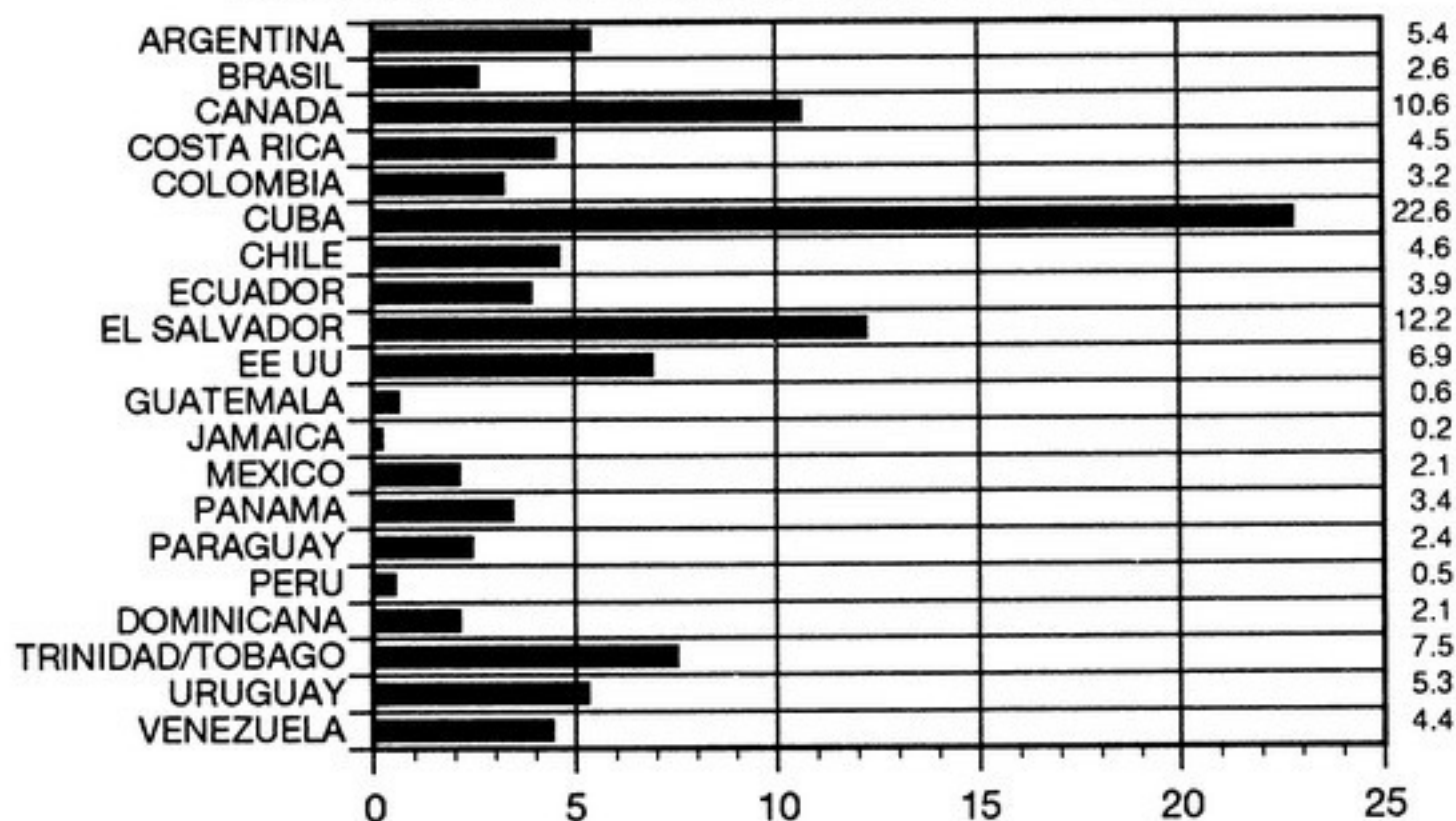
La complejidad del estudio, así planteado, requirió el apoyo de médicos de guardia, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, toxicólogos y sociólogos, como así también de visitadoras sociales, alumnos de la Facultad de Medicina local y anatomopatólogos.

24 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Los resultados obtenidos fueron analizados en base a la bibliografía nacional e internacional en la materia, discutidos y llevados a conclusiones operativas que puedan servir de base para lograr un cambio de mentalidad en nuestra joven y emprendedora sociedad y que se traduzcan en una mejor conducta de prevención, con mayor comprensión de los problemas de la salud mental, especialmente en las poblaciones de riesgo: adolescencia y tercera edad.

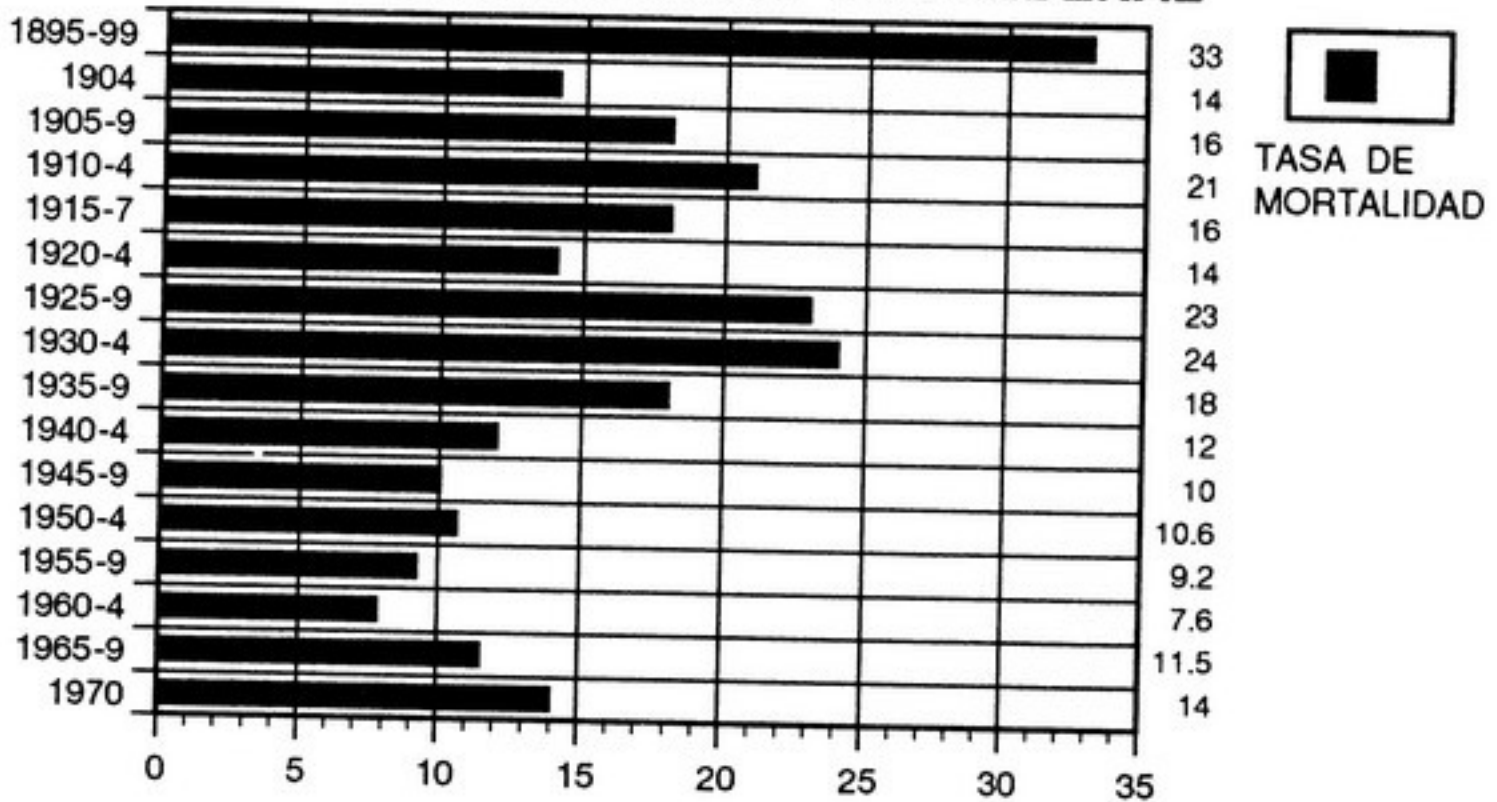
Al promediar el análisis de los datos obtenidos pudimos observar con placer cómo el tema de la salud mental, en el que está inmerso el acto suicida, era incluido dentro del área prioritaria, para lograr soluciones alternativas, eficientes y científicas, a los grandes problemas de nuestra comunidad(4): distribución de las enfermedades en la población de la ciudad de Buenos Aires; incidencia, prevalencia, morbilidad, mortalidad; evaluación epidemiológica, según los niveles en uso, de los servicios de atención médica; investigaciones epidemiológicas fundamentales en el concepto del enfoque de riesgo: hospital de día de psicopatología en un hospital general. Todo esto en el marco de brindar atención en salud a los grupos etáreos insuficientemente protegidos, promoviendo el abordaje de patologías sociales críticas y de alta prevalencia. Esperamos haber realizado con este trabajo un modesto aporte a tan loable emprendimiento.

SUICIDIO EN AMERICA TASAS DE MORTALIDAD AJT POR EDAD



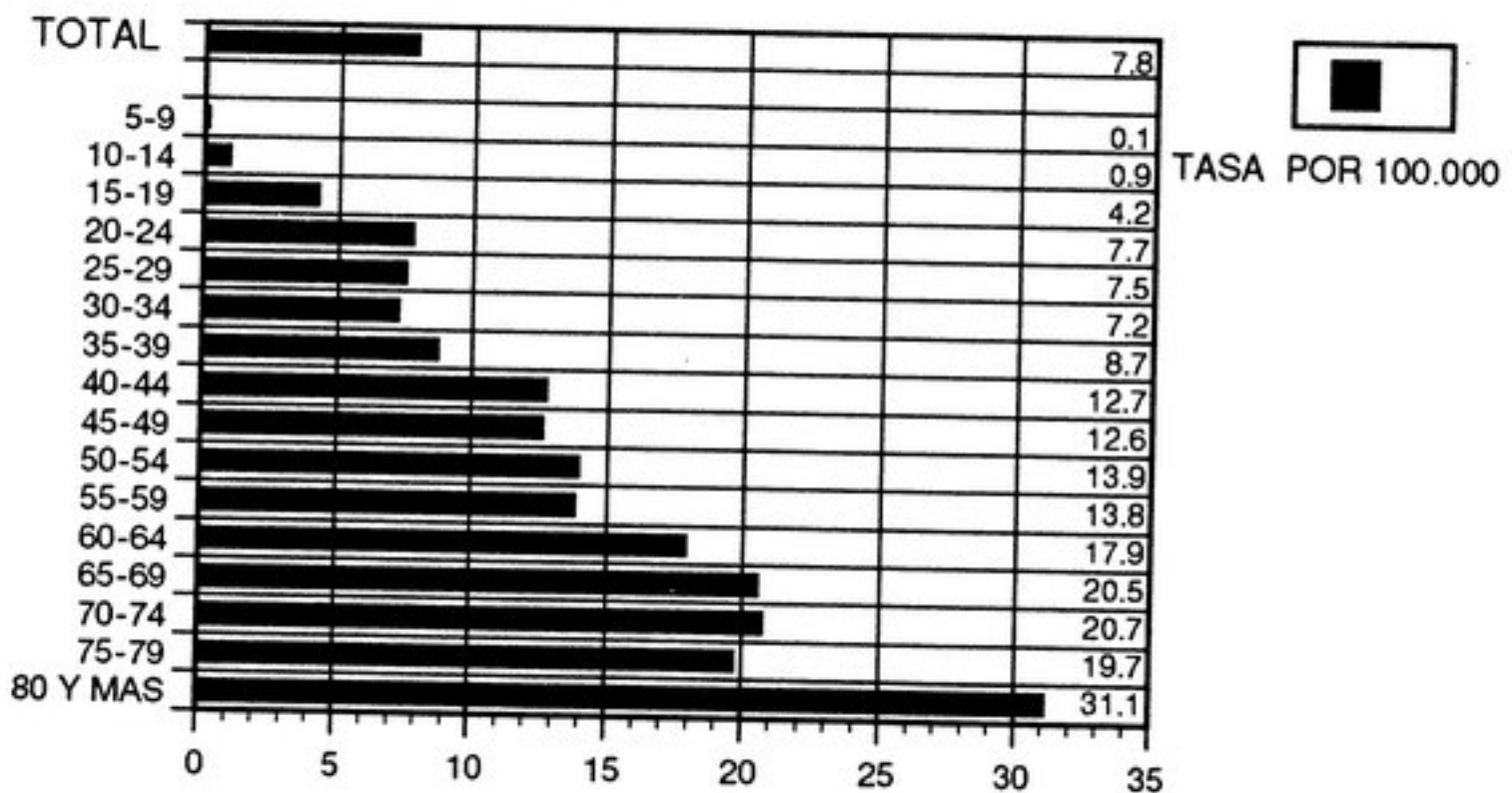
■ TASA POR MILLON

SUICIDIO EN ARGENTINA EVOLUCION EN CAPITAL FEDERAL



FUENTE: ABADI Y COL. 1973

SUICIDIO EN ARGENTINA TASAS AJUSTADAS POR EDAD



TASA POR 100.000 - 1981

II - MATERIAL Y METODOS

II - 1 - Objetivo de la investigación y tipo de estudio

En el año 1989 y luego de realizar experiencias de campo previas con suicidios e intentos de suicidio en la población general para evaluar hipótesis de observación, coordinar y corregir ideas sobre un proyecto de corta duración(5), decidimos utilizar un definido esquema de diseño de investigación(6) (7). El mismo fue seleccionado con el propósito de lograr determinados objetivos, fluctuando éstos dentro de los estudios definidos como básicos y aplicados; es decir: 1) **básicos**: proyectos orientados a incrementar el campo de conocimiento general existente en cierta disciplina, o a poner a prueba teorías o hipótesis que forman parte del conocimiento básico pero que, o no han sido investigadas, o conviene incrementar su grado de confirmación a través de la reaplicación en contextos diferentes al original. En este caso se deseaba incrementar el conocimiento de la epidemiología y de la prevención -primaria, secundaria y terciaria- de los suicidios e intentos de suicidio en el área del Hospital Fernández, poniendo a prueba teorías o hipótesis que, en la inmensa mayoría de los casos, provenían de la observación o de la revisión de una seleccionada bibliografía extranjera, habida cuenta de no tener conocimiento de experiencias de similar grado en el ejido de la Capital Federal. El proyecto era al mismo tiempo: por una parte, sustantivo, pues apuntaba a confirmar ciertas teorías acuñadas en otras latitudes y a crear otras con los propios hallazgos, y por otra, metodológico, pues desarrollaba y/o ponía a prueba instrumentos, técnicas y métodos de investigación aún no utilizados entre nosotros pluralmente y que, así experimentados, podían, de allí en más, servir a futuros investigadores para lograr un relevamiento general de un problema - el de la autoagresión- de tanta importancia epidemiológica, social, clínica y psiquiátrica; y 2) **aplicados**: proyectos orientados a aportar algún tipo de datos para resolver problemas concretos. En este caso, el demandante de la investigación era una población con alta tasa de autoagresión y que en base a nuestra experiencia personal -en el Departamento de Urgencia del Hospital Fernández, es decir, conviviendo diariamente con el problema- no tenía un tratamiento sanitario adecuado con respecto al riesgo potencial. En cierta manera, el estudio a desarrollar era **diagnóstico**, porque sus resultados debían proveer datos para actividades a realizar en el futuro (planeamiento de la prevención primaria, secundaria y terciaria; toma de decisiones, formulación de políticas; programas específicos a desarrollar). Este objetivo era el que primaba dentro del proyecto, y **para evaluar actividades ya realizadas**, este campo, aunque no específicamente, estaba incluido en el objetivo final, pues en forma indirecta se efectuaba una investigación evaluativa para determinar en qué medida el plan o programa que se implementó hasta el momento, resolvió o no el problema para el cual se realizó. En realidad, por lo ya adelantado en los estudios previos, se presumía un panorama no muy alentador en este terreno, pero en el ínterin se produ-

jo un cambio muy importante a evaluar sobre la práctica: la introducción del médico psiquiatra y del psicólogo en los Departamentos de Urgencia de los hospitales generales de agudos a partir de 1982. El hecho hizo crecer la importancia relativa de este acápite.

II 2 - Identificación y formulación del problema

a) Situación problema: el propósito general de la investigación era analizar epidemiológicamente el fenómeno de los suicidios y los intentos de suicidio en tres poblaciones: adolescentes y jóvenes adultos, adultos y población de la tercera edad. Las metas específicas se sintetizaban en: 1) cuantificar la magnitud y particularidades del problema sanitario, 2) establecer riesgos definidos con respecto a grupos controles, 3) estudiar el sustrato sociopsicológico en las motivaciones de las lesiones autoinfligidas y 4) definir el rol específico de cada rama de la medicina incluida en el problema.

b) Actividad o programa que trata de solucionar la situación problema: 1) advertir sobre los riesgos de conductas terapéuticas específicas (prevención secundaria) y 2) especificar el rol del Hospital General de Agudos en la urgencia multidisciplinaria que plantea la autoagresión en las poblaciones de riesgo.

c) Explicación alternativa: se explicitan las explicaciones halladas en las discrepancias entre teoría y realidad, especialmente en cuanto a registro, alternativas médico-legales e introducción de la guardia psiquiátrica.

II 3 - Marco conceptual

1) Revisión de la literatura nacional y extranjera: se realizó una prolija investigación bibliográfica en los temas estrechamente ligados al problema a investigar. Si bien ésta fue usada exhaustivamente para analizar los propios datos y fundar las conclusiones finales, se tuvieron necesariamente que omitir en las discusiones, por razones de espacio, 250 citas, por lo que figurarían, pues, las estrictamente seleccionadas para temas puntuales. 2) En cada capítulo, se decidió realizar un resumen concreto sobre los aspectos de la teoría general de los suicidios, y específicamente sobre los suicidios en adolescentes, jóvenes adultos, adultos y gerontes, sus confirmaciones empíricas y derivaciones, sustento del problema a estudiar. Este estudio se omitió, asimismo, por razones de espacio, aunque fue la base de nuestras interpretaciones, especialmente en cuanto a comparaciones con métodos de tratamiento sanitario en el exterior.

II 4 - Concepto y variables

1) Conceptos: es necesario definir previamente los principales conceptos a utili-

28 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

zar, a saber: a) Suicidio: acto voluntario e intencional de autodestrucción; violento, autoprovocado (o heteroprovocado, por ej., hacerse matar) y mortal. b) Intento de suicidio: acto no fatal de autoperjuicio que se lleva a cabo con una intención consciente -bien sea vaga o ambigua- de autodestrucción (mal llamado "suicidio no exitoso"). c) Acto suicida: suma de suicidios e intentos de suicidio, es decir suma de autoagresiones sin discriminar si terminó o no en óbito. d) Adolescente: todo paciente que tenga de 10 a 19 años de edad; inclusive, joven adulto: todo paciente que tenga de 20 a 29 años de edad, inclusive. e) Adulto: todo paciente que tenga de 30 a 59 años de edad, inclusive. f) Geronte o paciente de la tercera edad: todo paciente que tenga 60 o más años de edad.

La definición de estas tres poblaciones y sus límites de clase se basaron en criterios epidemiológicos y psiquiátricos, referidos y fundados por autores extranjeros que señalan, para el caso puntual del acto suicida, particularidades especiales que hacen imprescindible tal clasificación; es por ello que pueden no coincidir necesariamente con las definiciones clásicas de tales poblaciones(8, 9, 10, 11).

2) Variables: entendimos por variable toda propiedad de alguna unidad de análisis, susceptible de asumir diferentes valores. Se realizó previamente una definición nominal, real y operacional, estableciendo las propiedades que se miden: a) individuales y b) colectivas. Se utilizaron los siguientes indicadores -variables que están en el nivel empírico, es decir, directamente mensurables-: estación del año, día de la semana, mes del año considerado, años de estudio, edad, sexo, nacionalidad, estado civil, domicilio, área geográfica, barrio, área policial involucrada, método suicida (OMS), potencial evaluado (utilizando varias escalas integradas: Kiev, A. "Cluster analysis profiles of suicide attempters", *Am J Psy* 133 2/2/76; Beck, A. y Lester, D. "Components of suicidal intent in completed and attempted suicides", *Journal of Psychology*, 92 (35-38), 1976; Ovenstone, I. y Kreitman, N. "Two syndromes of suicide", *Brit J Psychiat* 128 (336-345), 1974(12); Pierce(13); Pallis(14); Montgomery(15); Stengel y Cook(16); Arcan y Ciunageanu(17); y especialmente Pöldinger(18)), tratamiento realizado, destino, tipo de vivienda, convivientes, recursos, patología concurrente, religión, uso de psicodrogas, tratamiento psiquiátrico previo, depresión, causas probables de depresión, accidentes previos, insomnio, atención médica, cobertura social, reiteración del intento, historia familiar de suicidios, intenciones posteriores de repetir el intento (hasta un año de seguimiento), pérdidas cercanas al (los) intentos, contralor psiquiátrico post-intento, intervención policial o judicial.

Entre las variables multidimensionales se tuvieron en cuenta: a) historia clínica de guardia con protocolo especial, b) protocolo especial para intoxicaciones por psicofármacos, para psiquiatría -incluyendo tests de Zung, Wang y Rorschach, para sociología, para internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Por entendibles razones de espacio sólo se adjuntan los cuadros imprescindibles para fundar los resultados, citándose los demás sin referencias al texto.

II 5 - Hipótesis

Formulación: se estableció como hipótesis general para la problemática suicida (enunciado o proposición que relaciona variables entre sí) las siguientes: A. Sociológicas: falta de estudio y atención primaria de la problemática juvenil; creciente impacto en los adultos de problemas socioeconómicos y de relación, en el ámbito de zonas ciudadanas densamente pobladas con paradójico aislamiento individual; abandono progresivo del anciano en la sociedad contemporánea. B. Psiquiátricas: patología psiquiátrica previa, con sustrato de abandono familiar en adolescentes y jóvenes adultos; depresión reactiva y patología psiquiátrica, con sustrato de abandono del medio en adultos; cuadros de depresión, con sustrato de pérdidas recientes en gerontes. C. Terapéuticas: falta de ajuste terapéutico a la particular homeostasis geriátrica en las urgencias toxicológicas y falla global del seguimiento psiquiátrico -intra y post episodio, tanto inmediato como alejado- en todas las poblaciones. D. Asistenciales: falta de un plan coherente de salud mental, que integre satisfactoriamente la prevención primaria, secundaria y terciaria de la autoagresión, utilizando eficientemente el departamento de urgencia hospitalario (prevención secundaria) general y/o especializado, los servicios externos adecuados a la edad (prevención primaria y terciaria) y los judiciales (prevención terciaria).

II 6 - Tipo de diseño

Se optó por los estudios comparativos (comparación de grupos medidos en intervalos de tiempo) y de seguimiento.

II 7 - Definición y selección de unidades

1) **Naturaleza del caso:** se trataban de estudiar multidisciplinariamente los suicidios e intentos de suicidio en un área determinada de la Ciudad de Buenos Aires, zona que, por la frecuencia de aparición del fenómeno, puede ser considerada como endémica para esta patología. Las expresiones "suicidio" e "intentos de suicidio" se utilizaron para designar diversos actos cometidos en perjuicio de quien los ejecuta, con distintos grados de intención letal y de conocimiento de las posibles consecuencias. No siempre se puede estar seguro de si la verdadera finalidad del acto cometido ha sido quitarse la vida o, simplemente, atraer la atención. Tampoco se ha de descartar la posibilidad de que el supuesto acto suicida sea, en realidad, un accidente. Por no haber acuerdo general sobre el significado de las palabras anteriormente citadas, en este trabajo, se emplea la expresión "acto suicida" con referencia a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. Para los fines de este trabajo, "suicidio" significa un acto suicida con desenlace mortal e "intento de suici-

30 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

dio" el mismo acto cuando no causa la muerte. La unidad fue definida como el joven, adulto o geronte que realizó el "acto suicida"(19).

2) **Definición de la población, institución, etc. en estudio:** denominamos "población" a cualquier conjunto de personas que poseen en común alguna característica observable y que nos interesa estudiar. Definimos la nuestra como todos los pacientes que realizaron un "acto suicida" en la zona de influencia del Hospital General de Agudos, "Juan A. Fernández". Por la investigación bibliográfica realizada se decidió que el medio más idóneo para la recolección de datos era el Departamento de Urgencia de un Hospital General de Agudos, tanto en la atención de guardia, internación, terapia intensiva y auxilios domiciliarios o en la vía pública, ya que: a) los estudios catastrales policiales o judiciales sólo tienen datos de los suicidios y no de los intentos de suicidio, b) la gran mayoría de las intervenciones policiales en los intentos de suicidio no son clasificadas y ordenadas en ningún catastro: sólo se pueden constatar en las guardias de los centros de atención de urgencia o donde son derivados en primera instancia los actos suicidas(20) (este mismo hecho fue un objetivo de investigación accesoria), c) existe un subregistro de los intentos de suicidio y aun de los suicidios, fenómeno que acontece tanto en nuestro país como en otras latitudes(21), d) no es posible tomar datos solamente de los actos suicidas que ingresen al servicio de urgencia, pues se produce un subregistro -ahora de las muertes consumadas- sean en domicilio, vía pública, etc. defecto éste que disminuye la validez de algunos trabajos(12). Se utilizó al Hospital Fernández por haberse demostrado epidemiológicamente, y en forma previa, que su zona de influencia es la de mayor prevalencia en actos suicidas dentro de la Capital Federal, en relación a su población. Se seleccionaron específicamente las fuentes de registro a utilizar, asegurando una supervisión personal de profesionales con previa experiencia en el tema y manejo adecuado de los protocolos a utilizar (psiquiatras, clínicos, terapeutas, toxicólogos, sanitaristas y especialistas en medicina preventiva y social en su caso).

3) **Técnicas de medición:** las variables acotadas en el punto anterior fueron medidas y evaluadas prolijamente en los protocolos señalados, que en la gran mayoría de los casos utilizaban una definición de tipo respuesta sí-no. La variable potencial evaluada, cualitativa, fue definida en base a la bibliografía consultada(12, 22, 14) en una escala de 1 a 5 puntos (score)(13, 18, 16, 23), a saber: 1) pedido de ayuda o llamado de atención sin riesgo evidente aun para el propio paciente, en el caso de ingestiones, drogas sin valor de veneno; 2) intentos francamente asociados con ideas de autoagresión, esto es, drogas con valor de veneno para el paciente; 3) intentos muy elaborados pero sin riesgo de perder la vida, no sabiendo eso el paciente, por lo menos conscientemente, y asociados con algún tipo de aviso o pedido de auxilio, consciente o inconsciente; 4) riesgo cierto de perder la vida si no se hubiera aplicado la terapéutica adecuada; 5) muerte: a) las medidas de resumen empleadas fueron absolutas y relativas según la necesidad, b) se usaron intervalos de clase de cinco

años para tabular las edades, c) división de grupos preestablecidos para la ocupación (seg./grupo), d) división en grupos por nacionalidad, e) división en tres grupos según el estado civil (casados, viudos, otros), f) división en nueve grupos (según OMS) para los métodos suicidas (ver cuadro 6), g) división en cuatro grupos para la variable destino: 1. alta en el servicio de guardia, 2. internación en sala general, 3. internación en terapia intensiva y 4. óbito.

3.1) Medidas tomadas para asegurar la validez y confiabilidad de la investigación: en todos los casos se evitaron pérdidas de datos o protocolos incompletos y se tuvo un plan previo conocido y meditado por todos los intervinientes.

3.2) Reparos que merecen los datos obtenidos: dentro de amplios límites de confiabilidad, se puede decir que los datos obtenidos no ofrecen reparos. Sólo el estado civil real y el domicilio habitual permiten sugerir algunas dudas: a) estado civil: se individualizó un pequeño número de separados -para las expectativas acumuladas- entendiéndose que es muy probable que haya un subregistro especialmente entre los adolescentes y jóvenes adultos, b) domicilio del acto: este dato fue exactamente acumulado en cuanto al lugar de cometerse el acto suicida pero en algunos pocos casos se plantea la duda sobre el domicilio habitual o real del paciente. Esto, con todo, no alterará la fidelidad de la comparación con la bibliografía extranjera en el momento de probar que el acto suicida se realiza generalmente en el domicilio habitual del paciente.

II 8 - Análisis de los datos

1) Forma de presentación: se decidió presentar los resultados de la investigación en forma tabular, gráfica o ambas. En general, se acordó preferir las formas tabulares a las gráficas. 2) Plan de análisis: se realizó un plan previo y ordenado de análisis de datos que incluía: 2.1. el plan de tabulaciones, derivado de las hipótesis planteadas; 2.2. el listado de las variables marginales consideradas, con el fin de describir la información obtenida y observar cuáles, por su distribución, no tenía sentido entrecruzar; 2.3. la síntesis de tablas y resultados para adaptar el trabajo al número de hojas autorizada por el reglamento existente. 3) Tablas e hipótesis: se trató de que los datos confirmaran la hipótesis o la refutaran con la mayor eficiencia y economía de espacio posibles. 4) Herramientas de análisis: se usaron las diferencias porcentuales y otros coeficientes bioestadísticos adecuados. En el caso de requerirse, se aplicaron niveles de significancia estadística. Todos los datos fueron procesados con una computadora IBM compatible con un hardware de 360 Kb, 40 Mb e impresora Panasonic, utilizando dos programas adecuados. 4.1. Banco de datos: se construyó un formato de registro que incluyera las variables previamente establecidas y que pudiera ser operado en forma relativamente sencilla por los encargados de transcribir la información recogida en los protocolos diseñados. 4.2 cálculo bioestadístico: se utilizó un programa Epiinfo /5 que incluía: desvío standard, regresión, tendencia, chi cuadrado y confección de gráficos.

II 9 - Limitaciones

No las hubo en cuanto a la confiabilidad y validez de los datos y reparos usados. Resta por establecer sobre la base de estudios retro y prospectivos, a llevarse a cabo en otras áreas de la ciudad y el interior del país, si las conclusiones sólo son válidas en la población del campo estudiado.

II 10 - Conclusiones

Se establecieron sobre la base de la aprobación o rechazo de las hipótesis generales y especiales referidas en el acápite 5, consignando coetáneamente las probables líneas de investigación que se originan en estas conclusiones.

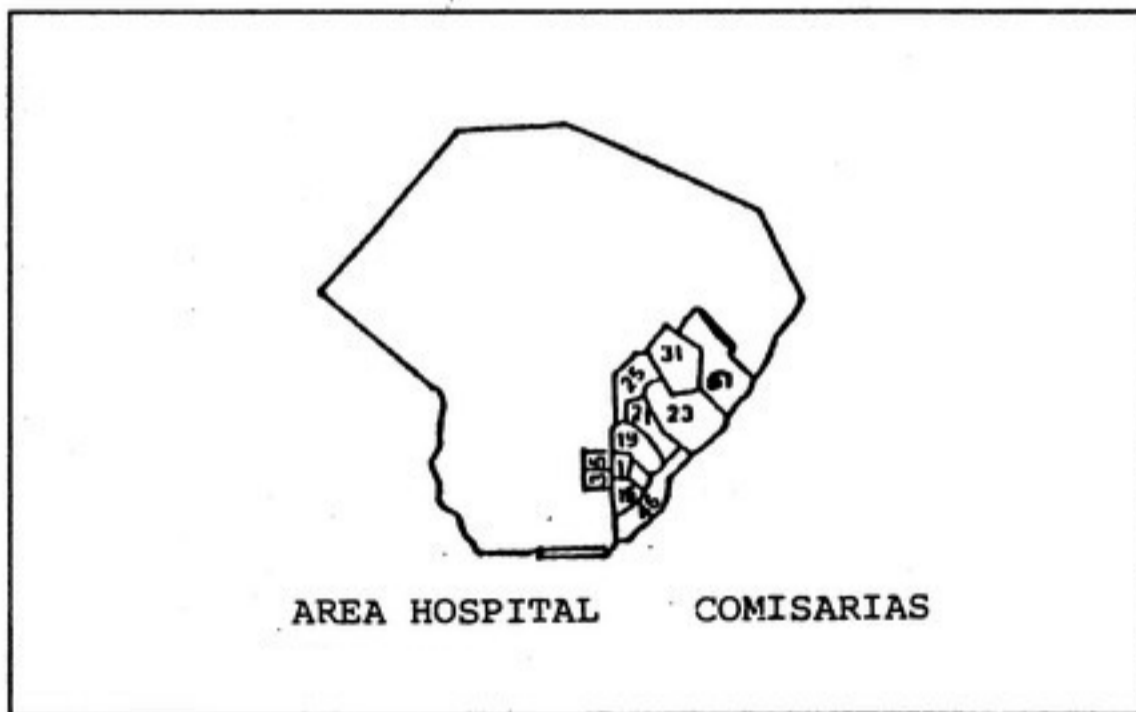
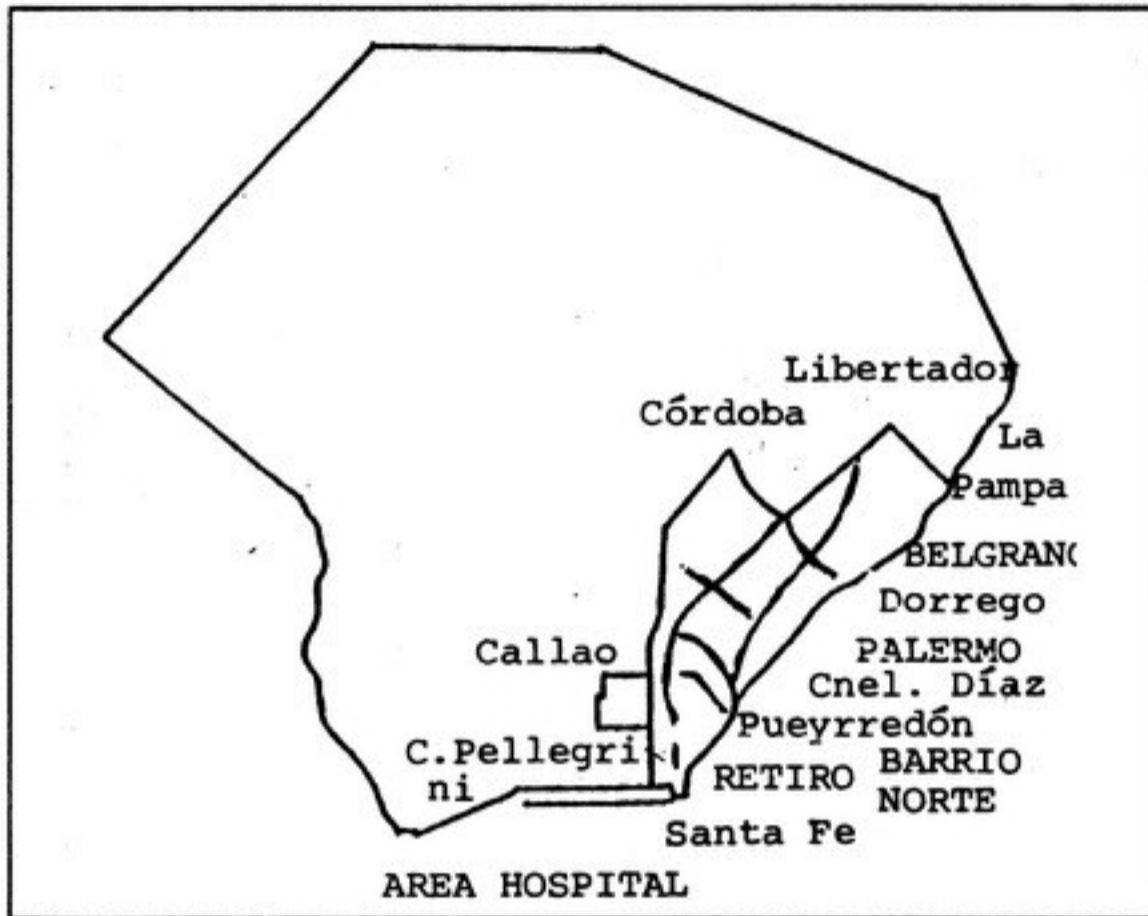
II 11 - Aspectos técnicos

1. Técnicas: 1.1. información a obtener: se realizó una lista detallada de las características que se considerarían en la población en estudio; con estas listas se elaboraron las unidades de medida comentadas. 1.2. Fuente: se obtuvieron datos por: 1.2.1. Registro sistemático de protocolos, 1.2.2. encuestas sociológicas realizadas por encuestadores de nivel terciario entrenados exprofeso, 1.2.3. tests psicológicos, 1.2.4. obtención de datos en registros oficiales, 1.2.5. estudios anteriores sobre datos utilizables. 1.3. Procedimientos de recolección: Se desarrollaron formularios específicos para cada caso. 1.4. Forma de procesamiento de datos: manual y por computadora.

2. Marco: la investigación se realizó tomando como cabeceras de tareas:

- a) La división Area Programática del Hospital General de Agudos Juan A. Fernández.
- b) El Centro de Investigación y Docencia en Epidemiología (CIDES/EPIAM).
- c) El Area de Salud Pública de la Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador.

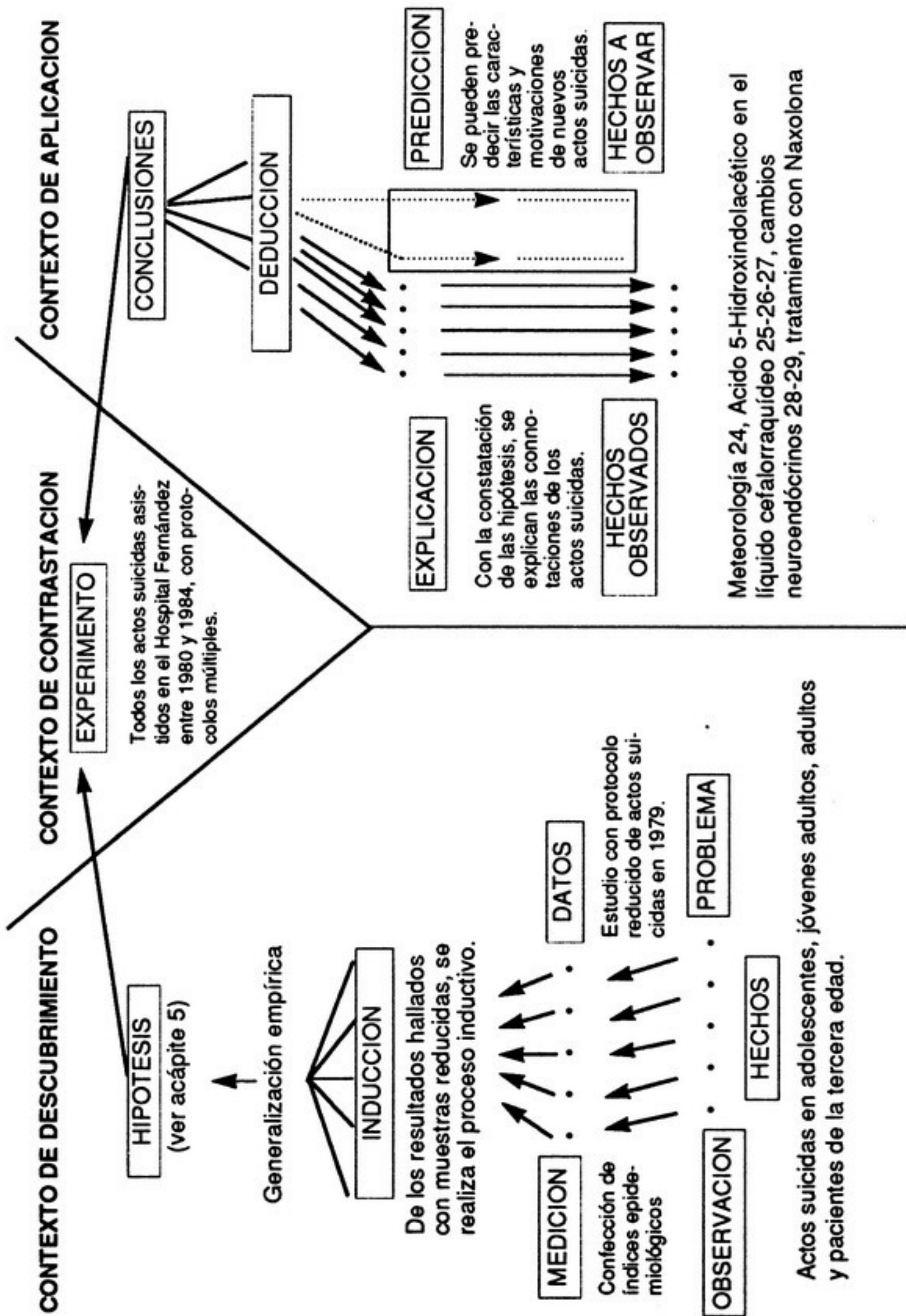
El área comprendida era la siguiente:

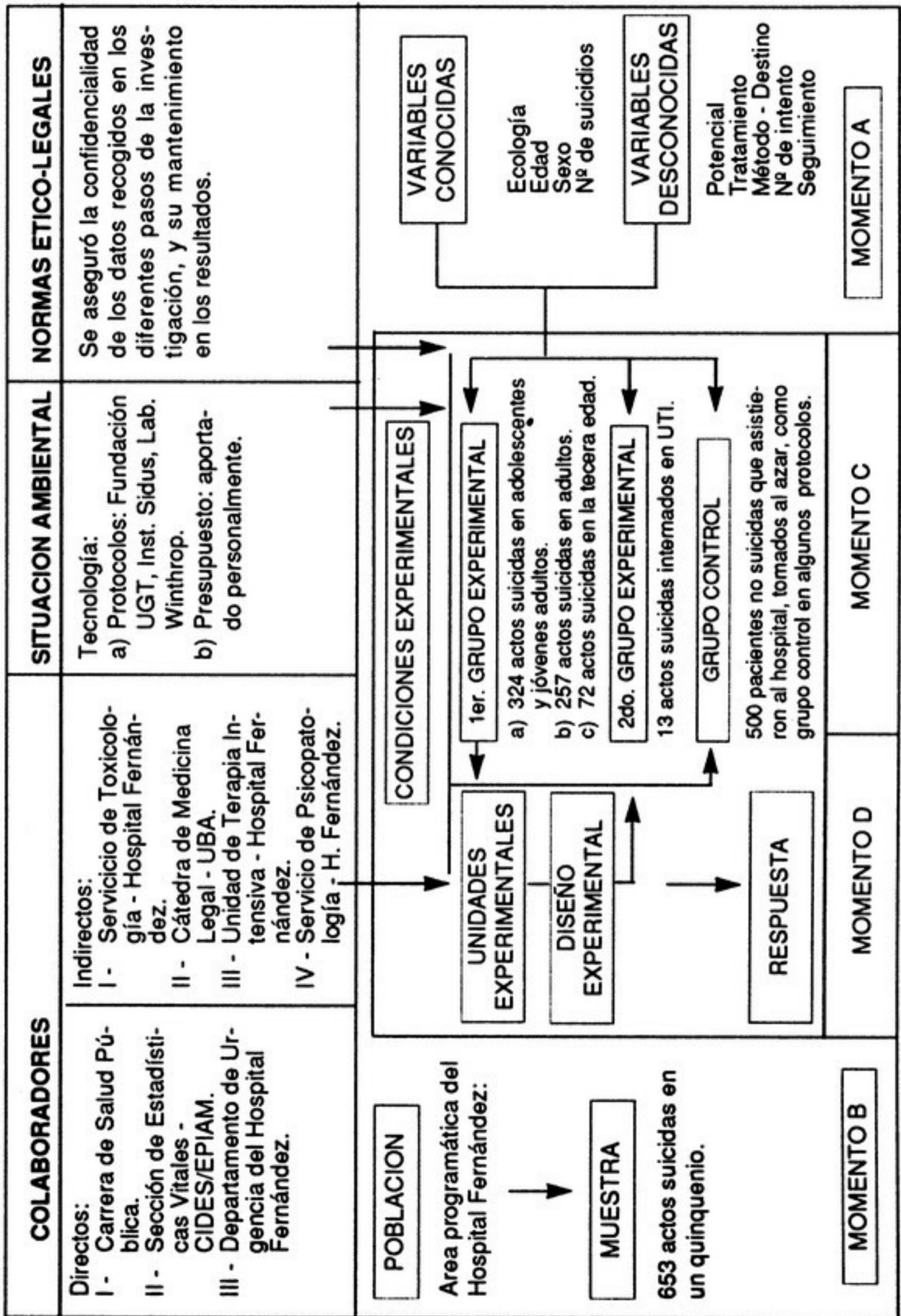


2.2 Cronograma y pasos: se realizaron los siguientes diagramas secuenciales de tareas:

- A - Modelo del método hipotético-deductivo aplicado al plan de investigación (Popper).
- B - Plan experimental utilizado.

34 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES





36 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

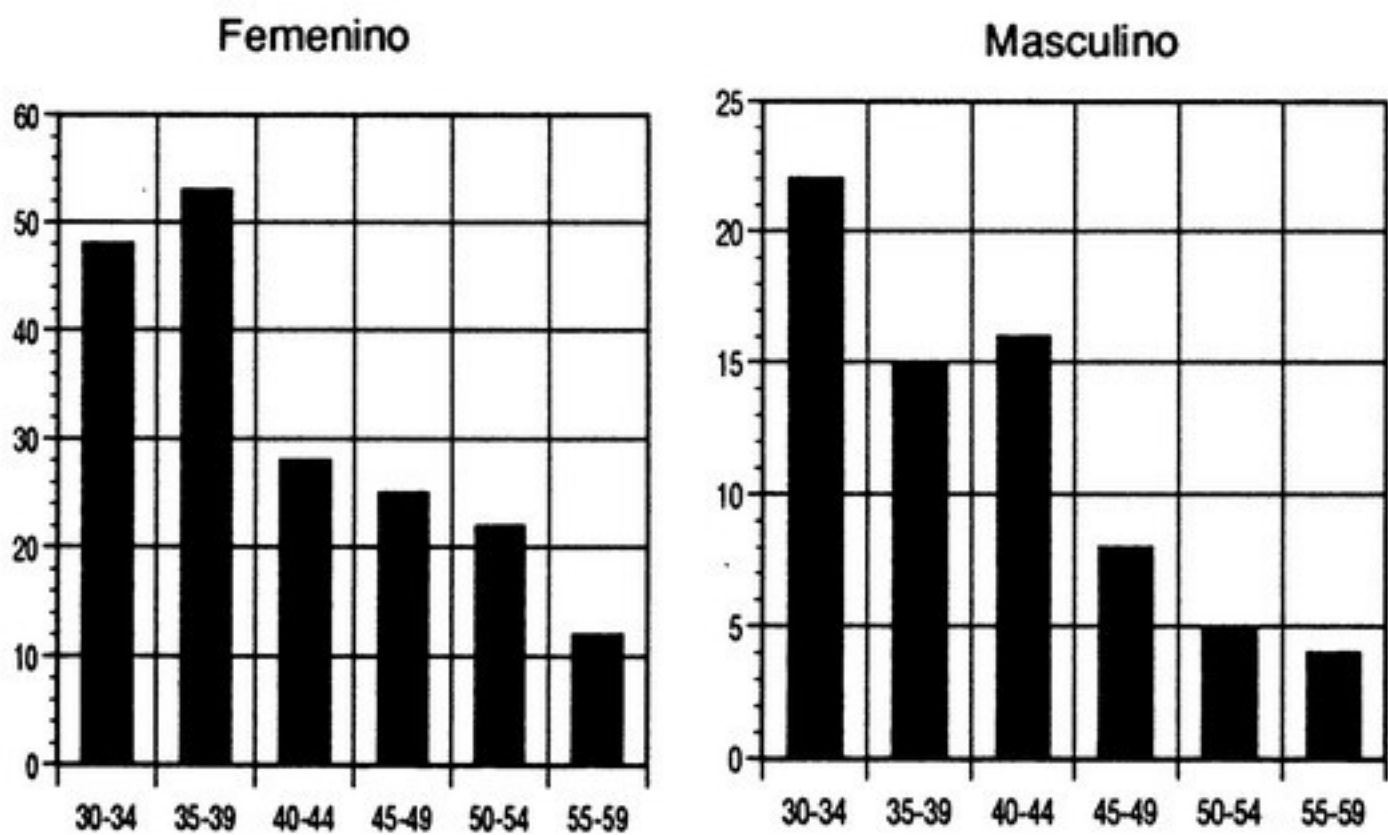
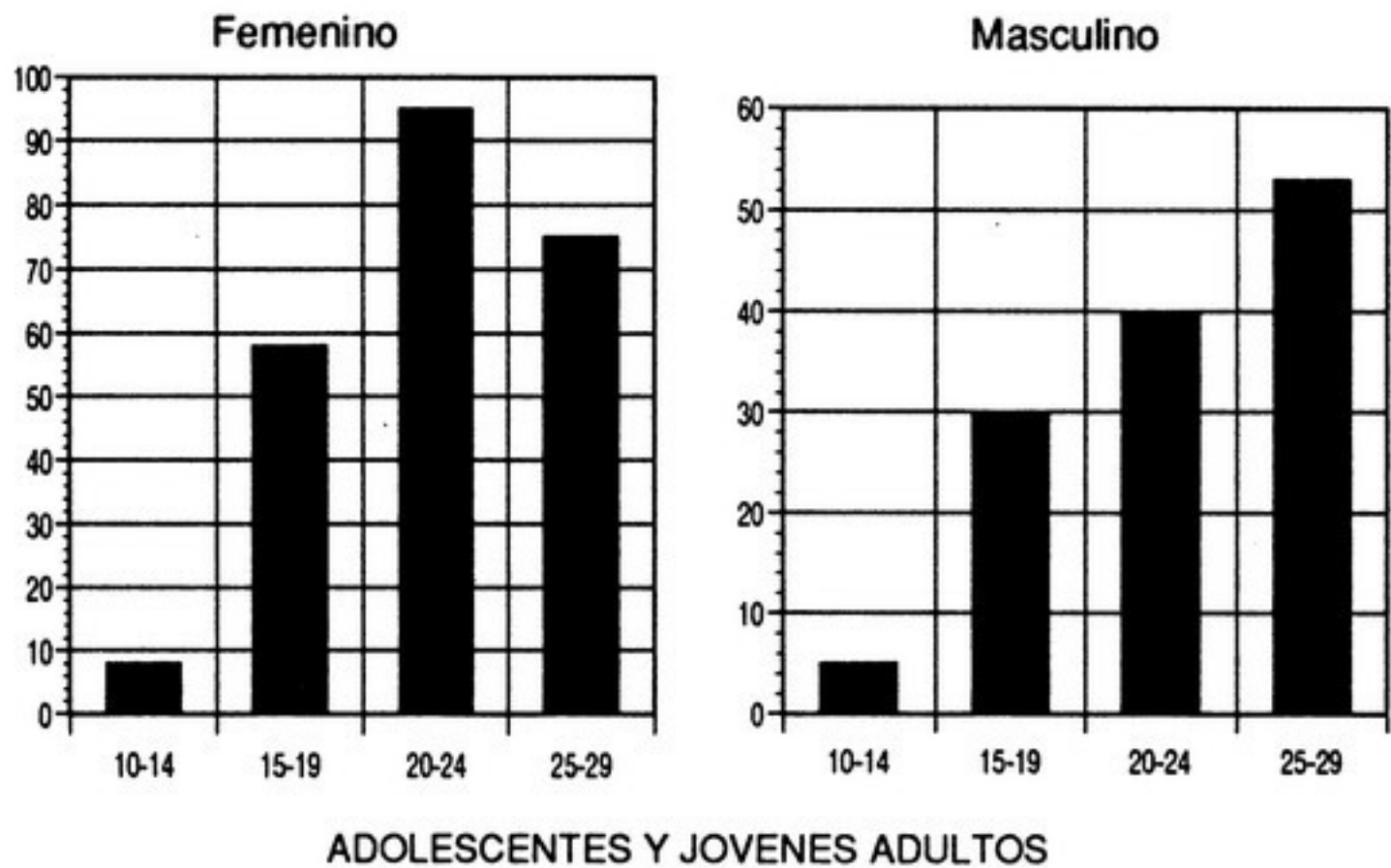
CUADRO I - RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOCIOPSIQUIATRICA (n: 653)			
AREA INTERROGADA	PROPORCION DE CASOS		
	GERONTES	AD. Y JA.	ADULTOS
1) Interrogatorio			
a - Directo	33,33	72,4	40,0
b - Indirecto	66,67	27,6	60,0
2) Tipo de Vivienda			
a - Departamento	80,0	76,0	88,0
b - Casa	20,0	24,0	12,0
3) Vivienda propia			
a - sí	40,0	77,0	20,0
b - no	60,0	23,0	80,0
4) Convivientes			
a - no	40,0	1,0	2,0
b - sí	60,0	99,0	98,0
5) Recursos			
a - Propios sí (*)	100,0	90,0	80,0
no		10,0	20,0
b - periodicidad sí	87,0	98,0	90,0
no	13,0	2,0	10,0
6) Patología concurrente			
a - sí	67,0	15,0	25,0
b - no	33,0	85,0	75,0
7) Religión			
a - católica	93,3	85,0	75,0
b - no católicos	6,7	15,0	25,0
8) Uso de psicodrogas			
a - sí	40,0	22,0	25,0
b - no	60,0	78,0	75,0
9) Tratamiento psiquiátrico previo			
a - sí	6,6	32,0	21,0
b - no	93,4	68,0	79,0
10) Depresión			
a - sí	80,0	58,0	78,0
b - no	20,0	42,0	22,0
11) Causas de la depresión			
a - fundamentalmente exógenas	84,5	56,0	45,0
b - fundamentalmente endógenas	15,5	44,0	55,0
12) Accidentes previos			
a - sí	26,6	23,4	14,0
b - no	73,4	76,6	86,0

(*) De sus familiares.

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 37
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

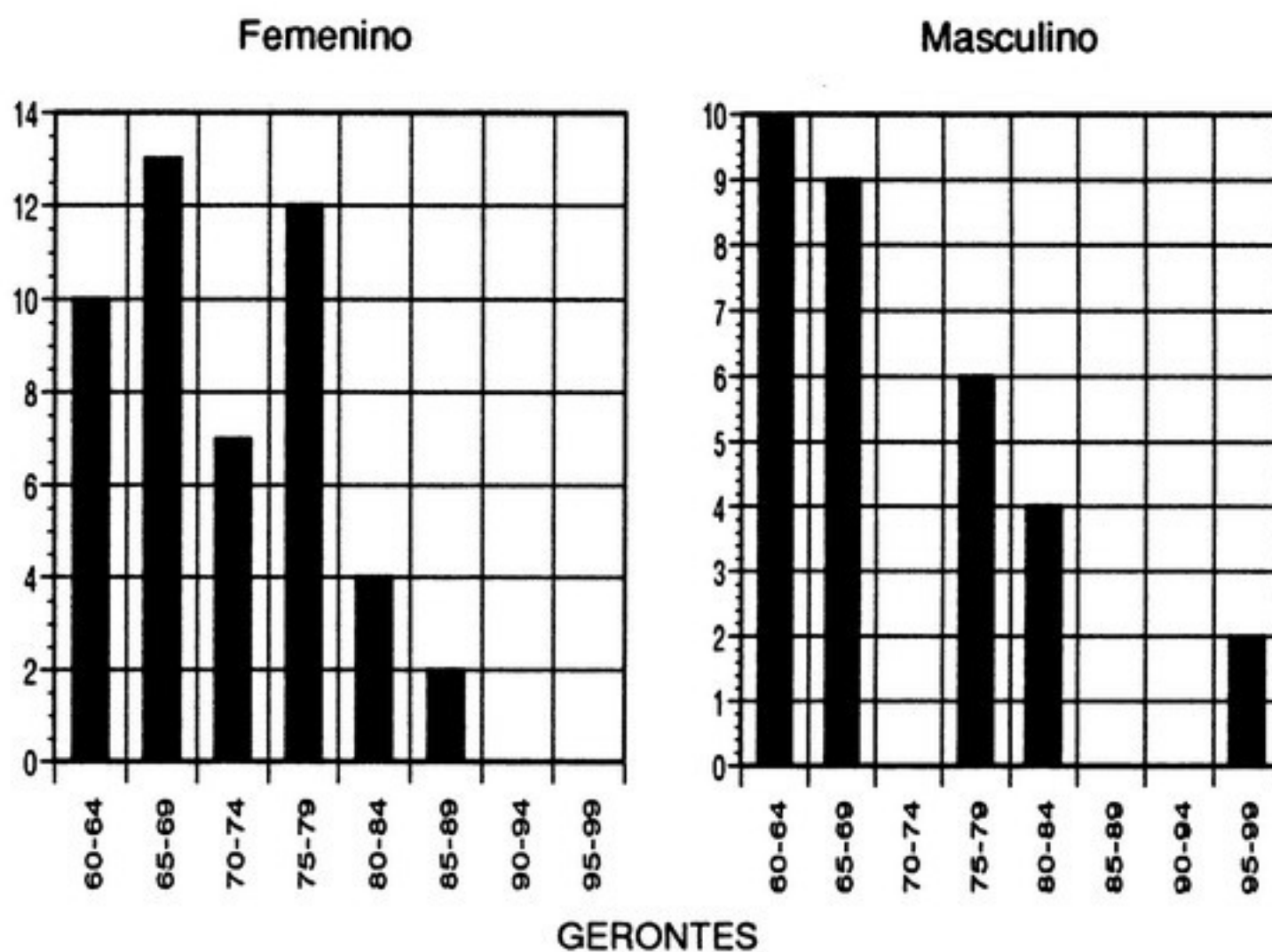
CUADRO I - RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOCIOPSIQUIATRICA (n: 653)			
AREA INTERROGADA	PROPORCION DE CASOS		
	GERONTES	AD. Y JA.	ADULTOS
13) Insomnio a - sí b - no	86,70 13,30	61,30 38,70	74,0 26,0
14) Atención médica a - periódica b - sintomática c - esporádica	53,3 13,3 33,4	21,30 60,20 18,50	51,2 26,4 22,4
15) Cobertura Social a - no b - sí	26,6 73,4	63,4 36,6	66,7 33,3
16) Repetición del intento a - sí b - no	6,0 94,0	43,3 56,7	15,0 85,0
17) Historia familiar de suicidios a - sí b - no	30,0 70,0	22,0 78,0	48,0 52,0
18) Intenciones posteriores de repetir el intento a - sí b - no	32,9 67,1	51,1 48,9	18,3 81,7
19) Pérdidas cercanas al (los) intentos a - sí b - no	46,6 53,4	36,2 63,8	38,4 61,6
20) Contralor psiquiátrico posterior a - sí b - no	14,0 86,0	45,5 54,5	28,0 72,0
21) Si fue citado posteriormente al intento por la policía o Justicia a - sí b - no	7,0 93,0	12,0 88,0	16,0 84,0

**CUADRO 2 - RELACION GRAFICA COMPARATIVA ENTRE ACTOS
SUICIDAS POR EDAD Y SEXO EN NUMEROS ABSOLUTOS (n: 653)**



ADULTOS

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 39
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



CUADRO 3 - RELACIONES ENTRE LA EDAD,
POR INTERVALO DE CLASE Y OCUPACION

EDAD	OCUPACION													T
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	LL	
10-14	1	1	4											6
15-19	9	12	45	3	2		1				2	1		75
20-24	37	21	25	7	9	7	1	2	5	2	4	3	3	126
25-29	32	17	11	13	9	14	3	7	1	4	2	2	2	117
	79	51	85	23	20	21	5	9	6	6	8	6	5	

ADOLESCENTES Y JOVENES ADULTOS

A: empl. general de oficina. B: doméstica. C: estudiante. D: por cuenta propia. E: sin ocupacion. F: ama de casa. G mozo. H: prof. ciencias de la salud (médico, encólogo, enfermera, etc.). I: otros profesionales. J: artista. K: operario. L: profesiones varias. LL: docente.

40 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 3 - RELACIONES ENTRE LA EDAD, POR INTERVALO DE CLASE Y OCUPACION											
EDAD	SEXO	OCUPACION									T
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
30-34	F	17	8	2	9	6	3	4			49
	M	11		1			3	7	1		
35-39	F	24	5		15	4	1	2			51
	M	10	2					4			
40-44	F	4	3		15	3				1	26
	M	11	1	2				3	1		
45-49	F	3	4		10	3		1	2		23
	M	5						3			
50-54	F	4	2		10	2		2		2	22
	M	2		1				1			
55-59	F				7					5	12
	M	1						3		1	

ADULTOS

1. empl. 2. profs. 3. portero. 4. ama de casa. 5. mucama. 6. estudiante. 7. empresario. 8. de-
socupado, indigente. 9. jubilado.

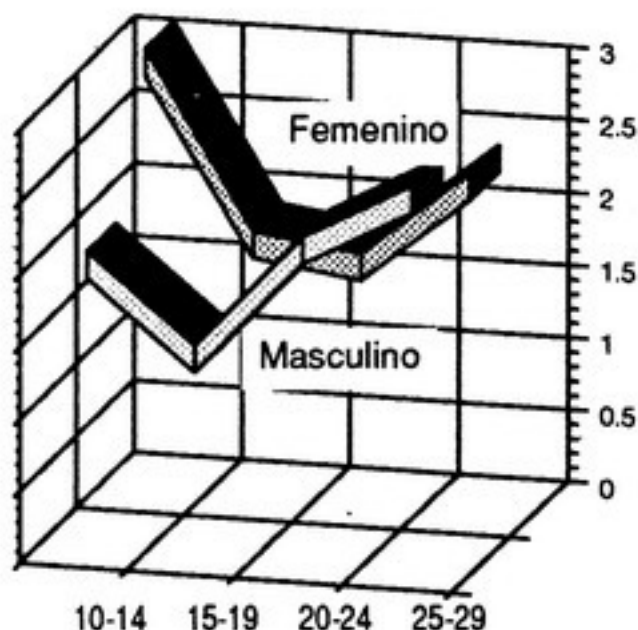
CUADRO 3 - RELACIONES ENTRE LA EDAD, POR INTERVALO DE CLASE Y OCUPACION							
EDAD	SEXO	OCUPACION					
		A	B	C	D	E	T
60-64	F	-	1	6	3	-	10
	M	8	2	-	-	-	
65-69	F	-	4	5	4	-	13
	M	-	6	-	-	2	
70-74	F	-	2	3	2	-	7
	M	-	-	-	-	-	
75-79	F	1	2	5	4	-	12
	M	-	6	-	-	-	
80-84	F	-	1	1	-	-	2
	M	-	2	-	-	-	
85-89	F	-	-	-	1	-	1
	M	-	-	-	-	-	
90-94	F	-	-	-	-	-	-
	M	-	-	-	-	-	
95-99	F	-	-	-	-	-	-
	M	-	1	-	-	-	

GERONTES

A. comerciante. B. jubilado. C. pensionado. D. ama de casa. E. empleado.

n; 653

CUADRO 4 - RELACIONES GRAFICADAS ENTRE EDAD, SEXO Y POTENCIAL SUICIDA EVALUADO EN LAS TRES POBLACIONES



POTENCIAL SUICIDA FEMENINO

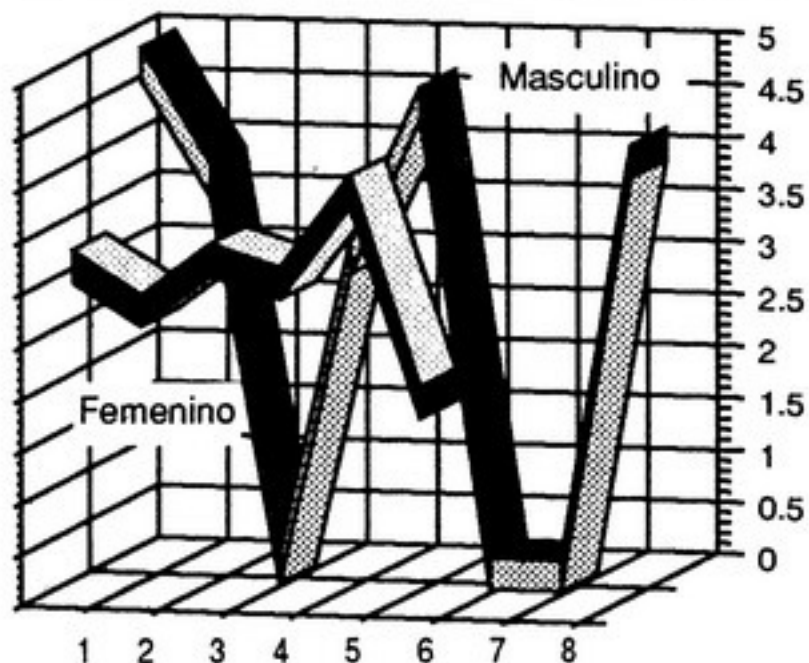
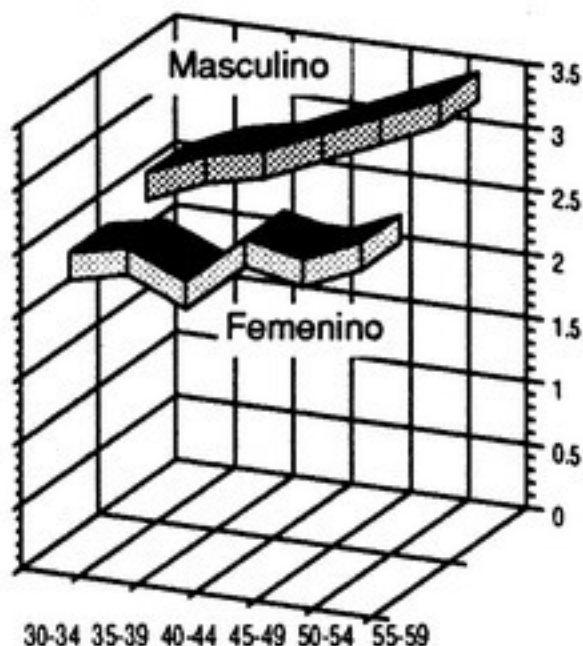
Edad por intervalo de clase n: 324

ADOLESCENTES Y JOVENES ADULTOS

POTENCIAL SUICIDA PROMEDIO

Edad por intervalo de clase n: 257

ADULTOS



POTENCIAL SUICIDA PROMEDIO

- 1: 60-64
- 2: 65-69
- 3: 70-74
- 4: 75-79
- 5: 80-84
- 6: 85-89
- 7: 90-94
- 8: 95-99

Edad por intervalo de clase n: 72

GERONTES

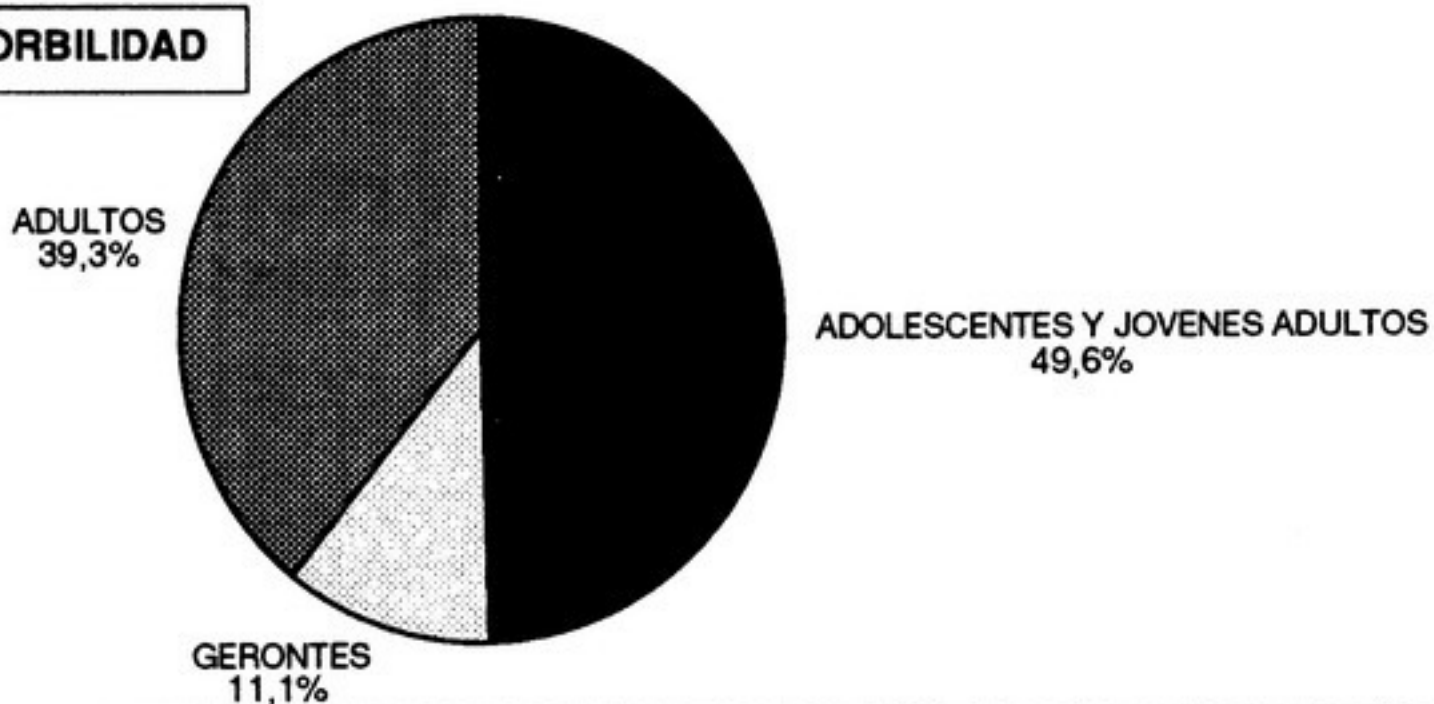
42 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**CUADRO 5 - MORBILIDAD Y LETALIDAD RELATIVA DE LOS
ACTOS SUICIDAS DE LAS TRES POBLACIONES CONSIDERADAS**

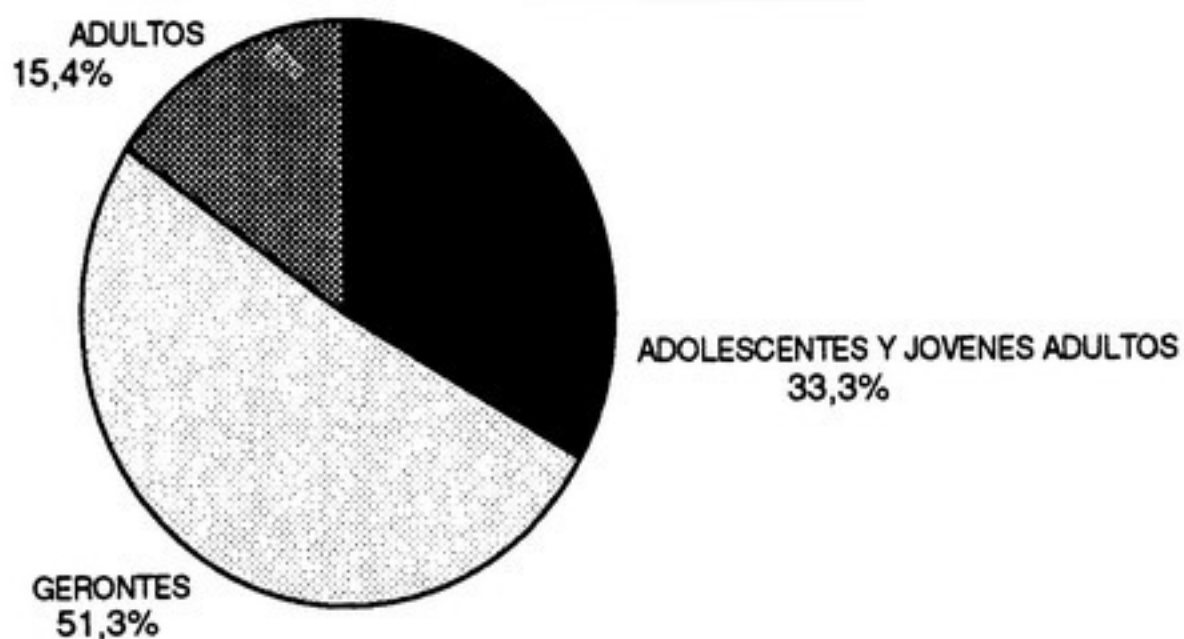
	TOTAL DE AUTOAGRESIONES	CASOS LETALES	%
Gerontes	72	20	27,78 OR 9.20 IC 4.07 - 21.02 MANTEL-HAENSZEL 43.45
Jóvenes, adultos y adolescentes	324	13	4,01 OR 1.75 IC 0.61 - 5.24 MANTEL-HAENSZEL 1.27
Adultos	257	6	2,33 OR 16.09 IC 5.74 -47.33 MANTEL-HAENSZEL 49.87
Totales	653	39	5,97

* (Cálculo de probabilidades página siguiente)

MORBILIDAD



MORTALIDAD



CUADRO 6 - DIAGRAMA DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE METODOS DE LOS ACTOS SUICIDAS USADA EN ESTE TRABAJO

E955	Suicidio y lesión autoinfligida por armas de fuego y explosivos.
E955.0	Arma de fuego de cañón corto.
E955.1	Escopeta.
E955.2	Fusil de caza.
E955.3	Arma militar de fuego.
E955.4	Otras armas de fuego y las no especificadas.
Balazo SAI	Disparo SAI
E955.5	Explosivos.
E955.9	Sin especificación.
E956	Suicidio y lesión autoinfligida por instrumentos cortantes y punzantes.
E957	Suicidio y lesión autoinfligida por precipitación desde lugar elevado.
E957.0	Predios residenciales.
E957.1	Otras estructuras hechas por el hombre.
E957.2	Lugares naturales.
E957.9	Sin especificación.
E958	Suicidio y lesión autoinfligida por otros medios y por lo nos especificados.
E958.0	Colocación o salto delante de objeto móvil.
E958.1	Quemadura, fuego.
E958.2	Escaldadura.
E958.3	Exposición al frío extremo.
E958.4	Electrocución.
E958.5	Estrellamiento de vehículo de motor.
E958.6	Estrellamiento de aeronave.
E958.7	Sustancias cáusticas, excepto envenenamiento.
E958.8	Otros medios especificados.
E958.9	Medio no especificado.
E959	Efectos tardíos de lesiones autoinfligidas.

NOTA: Esta categoría se usa para indicar que las circunstancias clasificables en E950-E958 son causas de muerte o de incapacidad por sus efectos tardíos en forma de elecciones que por sí mismas se clasifican en otra parte. Por "efectos tardíos" se entienden los así especificados o los que ocurren como secuelas un año o más después de ocurrido el intento de suicidio o de la lesión autoinfligida.

Suicidio y lesiones autoinfligidas (E950-E959)	
Incluye:	Lesiones autoinfligidas informadas como intencionales de suicidio e intento de suicidio.
E950	Suicidio y envenenamiento autoinfligido mediante sustancias sólidas o líquidas.
E950.0	Analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos.
E950.1	Barbitúricos.
E950.2	Otros sedantes e hipnóticos.
E950.3	Tranquilizantes y otros agentes psicotrópicos.
E950.4	Otras drogas y medicamentos especificados.
E950.5	Drogas o medicamentos no especificados.
E950.6	Preparados químicos y farmacéuticos para uso en agricultura y horticultura distintos de los fertilizantes y de los alimentos para plantas.
E950.7	Sustancias corrosivas y cáusticas.
Envenenamiento autoinfligido y suicidio por sustancias clasificables en E604.	
E950.8	Arsénico y sus compuestos.
E950.9	Otras sustancias sólidas o líquidas y las no especificadas.
E951	Suicidio y envenenamiento autoinfligido mediante gases de uso doméstico.
E951.0	Gas distribuido por tubería.
E951.1	Gas licuado derivado del petróleo distribuido en recipientes móviles.
E951.8	Otro gas de uso doméstico.
E.952	Suicidio y envenenamiento autoinfligido mediante otros gases y vapores.
E952.0	Gas de escape de vehículo de motor.
E952.1	Monóxido de carbono de otro origen.
E952.8	Otros gases y vapores especificados.
E952.9	Gases y vapores no especificados.
E953	Suicidio y lesión autoinfligida por ahorcamiento, estrangulación y sofocación.
E953.0	Ahorcamiento.
E953.1	Sofocación por bolsa de plástico.
E953.8	Otros medios especificados.
E953.9	Medios no especificados.
E954	Suicidio y lesión autoinfligida por sumersión (ahogamiento).

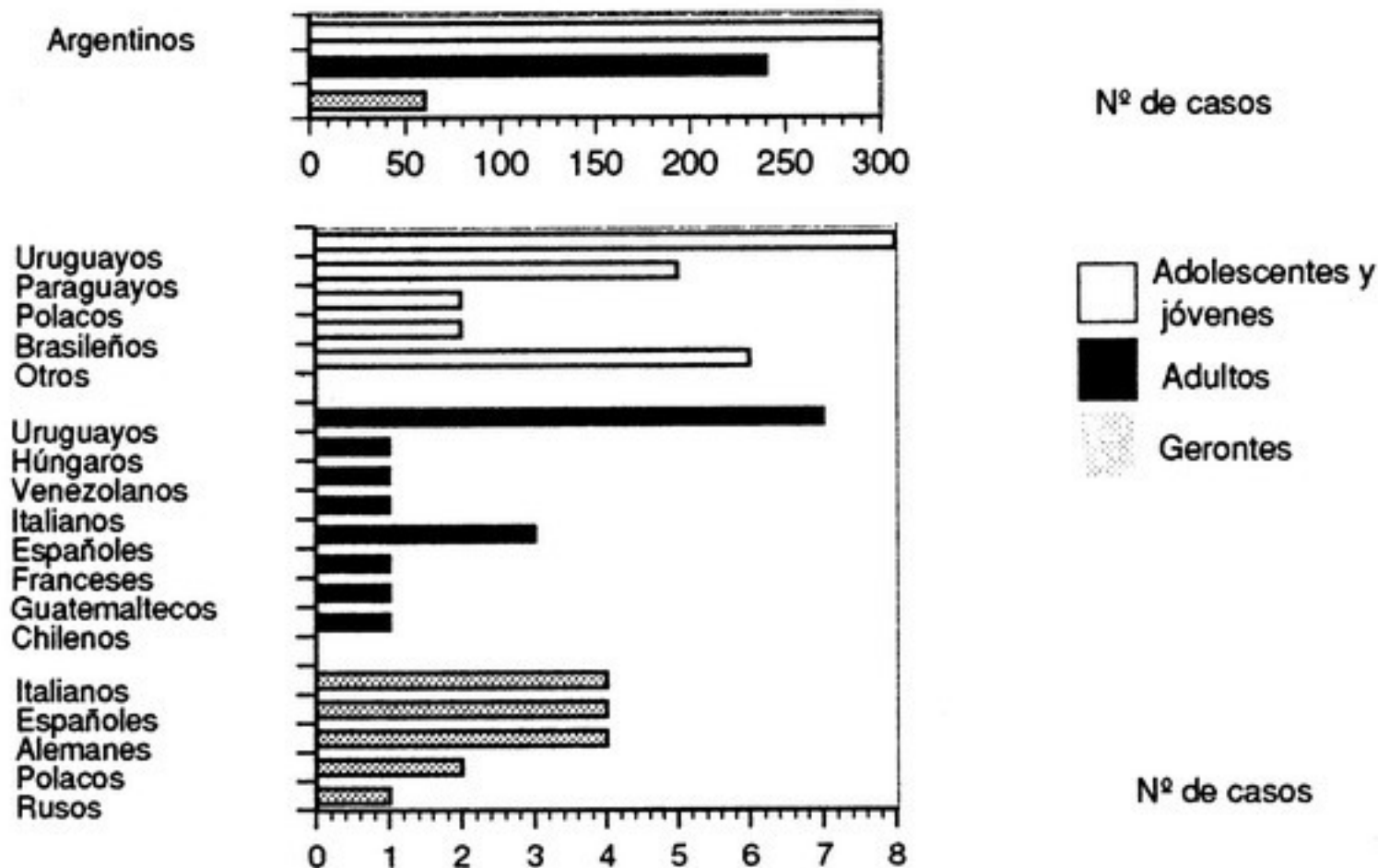
44 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 7 - A: UTILIZACION DE METODOS SUICIDAS (OMS) EN LAS TRES POBLACIONES / COMPARACION GRAFICA DE LA NACIONALIDAD (n: 653)

A

METODO	GRUPOS ETARIOS					
	ADOLESCENTES Y JOVENES ADULTOS		ADULTOS		GERONTES	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
E 950	213	85	177	69	36	9
E 951	3	3	-	-	-	3
E 952	-	-	-	-	-	-
E 953	-	1	-	-	-	4
E 954	-	-	-	-	1	-
E 955	-	3	1	2	1	7
E 956	5	5	3	1	2	2
E 957	4	2	2	2	5	2
TOTALES	225	99	183	74	45	27

B



CUADRO 8 - METODO SUICIDA UTILIZADO SEGUN LA CLASIFICACION DE SUICIDIOS E INTENTOS DE AUTOAGRESION DE LA OMS - ANALISIS PARA LAS TRES POBLACIONES - AREA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n:653)

ADOLESCENTES Y JOVENES ADULTOS			
Método empleado	Elemento	Nº casos	Totales %
E 950	Psicofármacos Psicofármacos + alcohol Psicofármacos combinados	210 16 8	91,98
E 951	No psicofármacos	6	1,85
E 952	1) Agua blanca del Códex 2) Warfarina 3) Antialérgicos 4) Ac. muriático 5) Insect. clorados 6) Perfume 7) Pintura 8) Drogas homeopáticas 9) Cianuro 10) Amoniaco 11) Organofosforados 12) Formol	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	- 0,31 -
E 953		1	0,31
E 954		-	-
E 955		3	0,93
E 956		10	3,08
E 957		6	1,85
Totales		324	100%

ADULTOS			
Método empleado	Elemento	Nº casos	Totales %
E 950	Psicofármacos Psicofármacos + alcohol Psicofármacos combinados	210 16 8	95,7
E 955		3	1,1
E 956		4	1,6
E 957		4	1,6
Totales		257	100%

* METODO EMPLEADO: Sg. Clasificación Internacional de Métodos de Actos Suicidas, OMS.

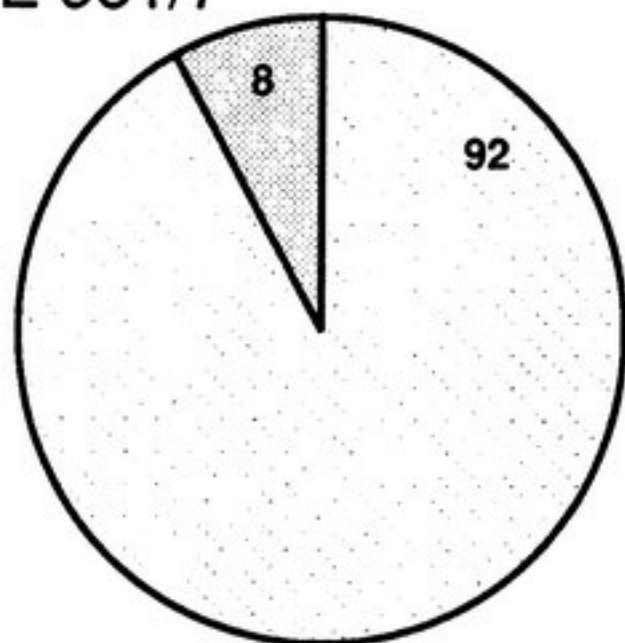
46 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

GERONTES

Método empleado	Elemento	Nº casos	Totales %
E 950	Otros picof.	22	62,5
	Lexotanil	1	
	Mogaran	3	
	Lexotanil + aspirina	1	
	Valium	4	
	Lembrol	2	
	Rohypnol	6	
	Tofranil	1	
	C. de Etilfrina	1	
	Trapax	1	
	Nozinan	1	
	Tavendiamina	1	
	Nystenol	1	
E 951	Co	1	4,2
	Natural	2	
E 953		3	5,5
		4	
E 954		1	1,4
E 955		8	11,1
E 956		4	5,5
E 957		7	9,8
Totales		72	100%

CUADRO 9 - COMPARACION GRAFICA ENTRE METODOS DE AUTOAGRESION EN ADOLESCENTES, JOVENES ADULTOS, ADULTOS Y GERONTES - CLAVES DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL (OMS) (n: 653)

E 951/7



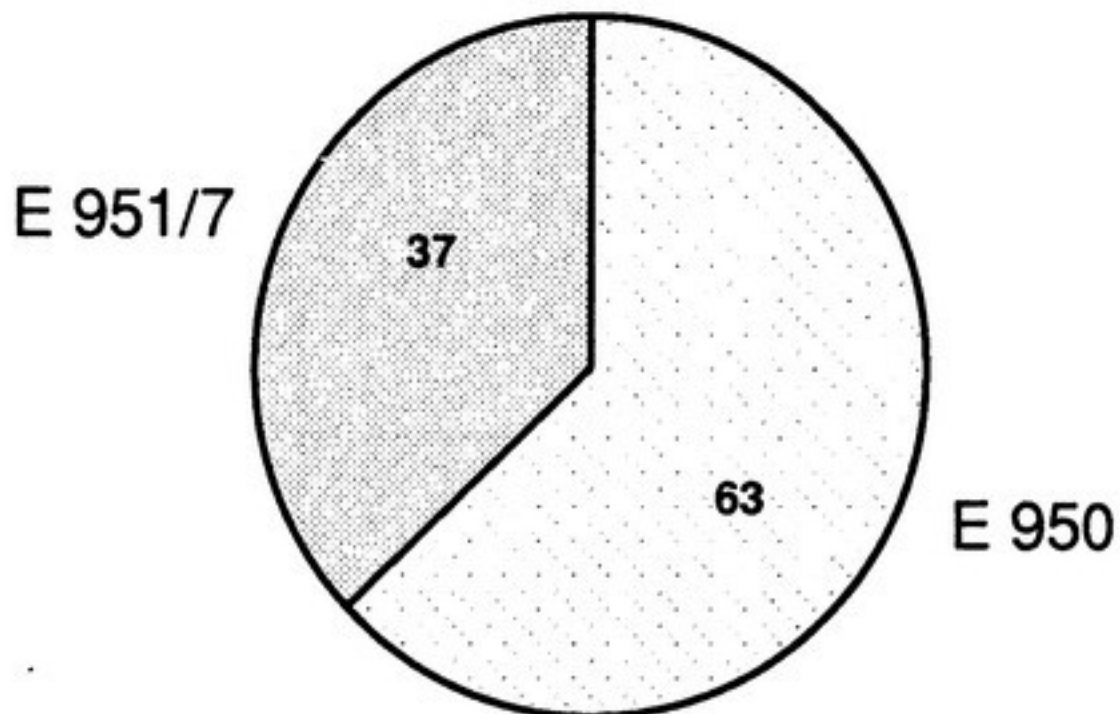
Adolescentes-jóvenes
Adultos

%

E 950

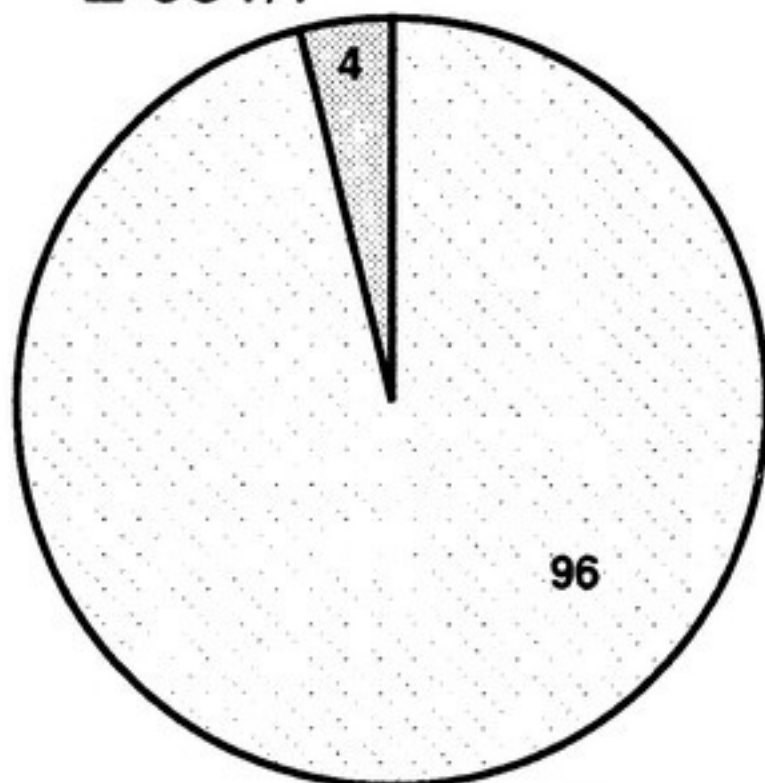
CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 47
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Gerontes



%

E 951/7



Adultos

E 950

48 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**CUADRO 10 - ANALISIS ESPECIAL DE LA SUBCLASIFICACION DEL
ACAPITE E 950 (OMS) EN LAS DOS POBLACIONES QUE UTILIZARON
RELATIVAMENTE MAS ESTE METODO**

Subgrupo	Asociaciones	Nº casos	T
Psicofármacos	Solos	231	298
	± Alcohol Et.	21	
	Combinados con drogadas diversas	15	
Drogas varias de uso medicamentoso		11	
Raticidas, insecticidas (organofosforados, Warfarin, Talio, etc.)		17	
Alcohol metílico		1	
Lavandina		1	
Cianuro		1	A

Adolescentes y jóvenes adultos

Subgrupo	Nº casos	Destino	T
Psicofármacos	210	Muerte = 1 Internación clínica = 9 Internación terapia = 5 Alta = 195	246
Psicofármacos + Alcohol	16	Muerte = 0 Int. clínica = 3 Int. terapia = 2 Alta = 11	
Psicofármacos combinados	8	Muerte = 0 Int. clínica = 2 Int. terapia = 2 Alta = 6	
No Psicofármacos	12	Muerte = 0 Int. clínica = 2 Int. terapia = 1 Alta = 9	

Adultos

CUADRO 11 - DESTINO PORCENTUAL Y POR SEXO DE LOS PACIENTES ADMITIDOS POR ACTOS SUICIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n: 653)

A) DESTINO SEGUN GRUPOS ETARIOS				B) DESTINO SEGUN SEXO					
Destino	Grupos etarios (%)			Adolescentes y jóvenes adultos		Adultos		Gerontes	
	Adolescentes y jóvenes Adl.	Adultos	Gerontes	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Obito	13 (4,0)	6 (2,3)	20 (27,8)	4	9	2	4	6	14
Uti	12 (3,7)	9 (3,5)	5 (6,9)	11	1	3	6	4	1
Internación en sala general	26 (8,0)	16 (6,3)	10 (13,9)	15	11	12	4	8	2
Alta por guardia	273 (84,9)	226 (87,9)	37 (51,4)	195	78	166	60	27	10
Totales	324 (100,0)	257 (100,0)	72 (100,0)	225	99	183	74	45	27

50 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**CUADRO 12 - METODO DE AUTOAGRESION UTILIZADO (OMS)
REFERIDO A LA EDAD POR INTERVALOS DE CLASE (n: 653)**

Método de acto suicida, OMS							
Edad	T	E950	E951	E953	E955	E956	E957
10-14	6	6	-	-	-	-	-
15-19	75	72	2	-	-	1	-
20-24	126	117	2	-	-	6	1
25-29	117	103	2	1	3	3	5
Total	324	298	6	1	3	10	6

Adolescentes y jóvenes adultos

Método de acto suicida, OMS					
Edad	T	E950	E955	E956	E957
30-34	72	70	-	1	1
35-39	67	67	-	-	-
40-44	44	41	1	2	-
45-49	31	28	2	-	1
50-54	26	25	-	1	-
55-59	17	15	-	-	2
Total	257	246	3	4	4

Adultos

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 51
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Método de acto suicida, OMS								
Edad	T	E950	E951	E953	E954	E955	E956	E957
60-64	20	9	2	3	-	3	2	1
65-69	21	16	-	-	1	3	1	-
70-74	7	5	-	-	-	-	-	2
75-79	18	13	-	-	-	2	-	3
80-84	4	1	-	1	-	-	1	1
85-89	1	1	-	-	-	-	-	-
90-94	-	-	-	-	-	-	-	-
95-99	1	-	1	-	-	-	-	-
Total	72	45	3	4	1	8	4	7

Gerontes

CUADRO 13 - METODO AUTOAGRESIVO UTILIZADO (OMS) SEGUN EL SEXO DEL PACIENTE ADMITIDO - ANALISIS COMPARATIVO (n: 653)

Método	Femenino	Masculino	Total
E950	213	85	298
E951	3	3	6
E952	-	-	-
E953	-	1	1
E954	-	-	-
E955	-	3	3
E956	5	5	10
E957	4	2	6
	225	99	324

Adolescentes y jóvenes adultos

52 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 13 - METODO AUTOAGRESIVO UTILIZADO (OMS) SEGUN EL SEXO DEL PACIENTE ADMITIDO - ANALISIS COMPARATIVO (n: 653)

Método	Femenino	Masculino	Total
E950	177	69	246
E955	1	2	3
E956	3	1	4
E957	2	2	4
	183	74	257

Adultos

Método	Femenino	Masculino	Total
E950	36	9	45
E951	-	3	3
E953	-	4	4
E954	1	-	1
E955	1	7	8
E956	2	2	4
E957	5	2	7
	45	27	72

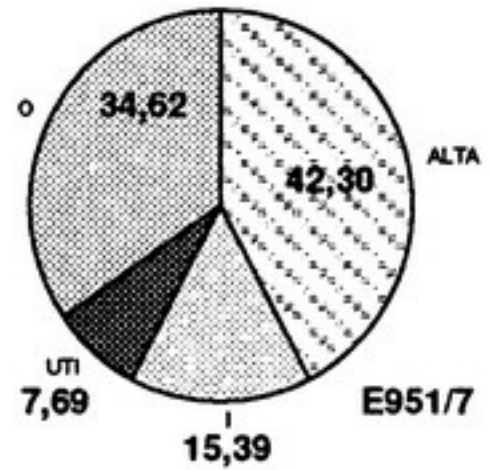
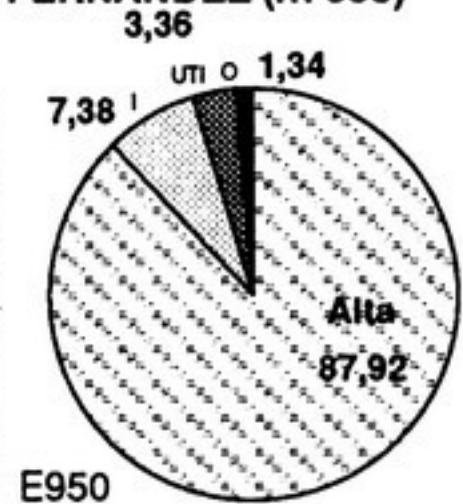
Gerontes

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 53
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 14 - METODO SUICIDA O DE AUTOAGRESION (OMS) EN RELACION AL DESTINO - AREA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n: 653)

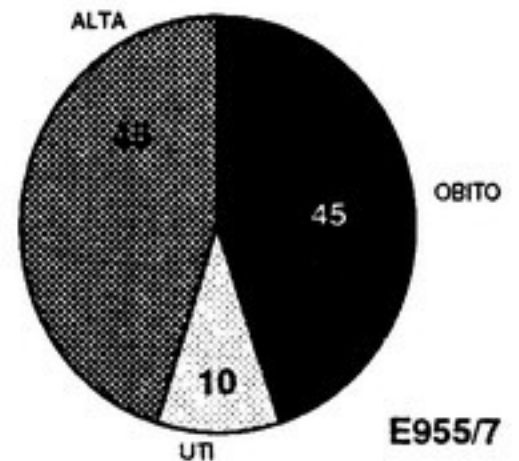
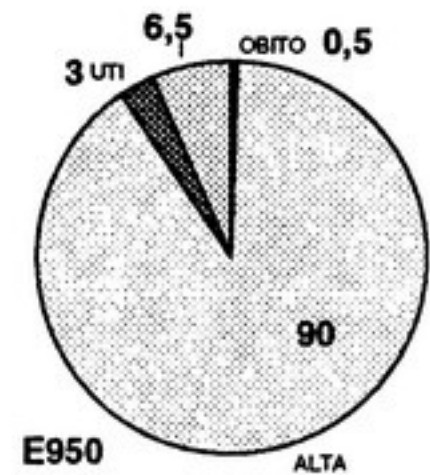
Método de acto suicida, OMS									
Destino	E950	1	2	3	4	5	6	7	T
Obito	4	2	-	1	-	2	-	4	13
Alta guardia	262	2	-	-	-	-	9	-	273
Inter-nación	22	-	-	-	-	1	1	2	26
Uti	10	2	-	-	-	-	-	-	12
	298	6	-	1	-	3	10	6	324

Adolescentes y jóvenes adultos



Método de acto suicida, OMS					
Destino	E950	E955	E956	E957	T
Obito	1	3	-	2	6
Alta guardia	221	-	4	1	226
Inter-nación	16	-	-	-	16
UTI	8	-	-	1	9
	246	3	4	4	257

Adultos

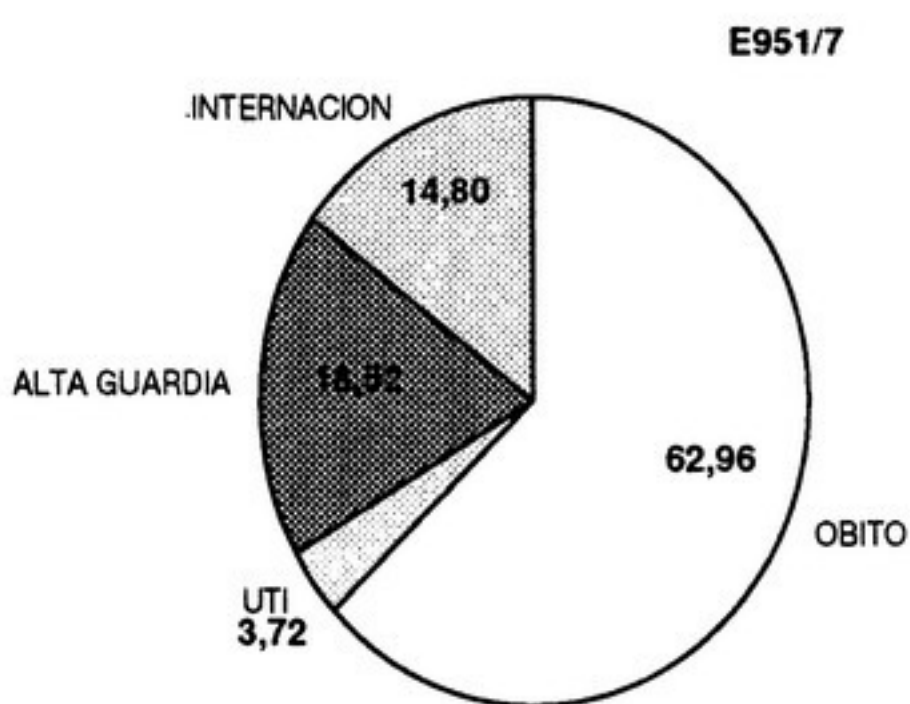
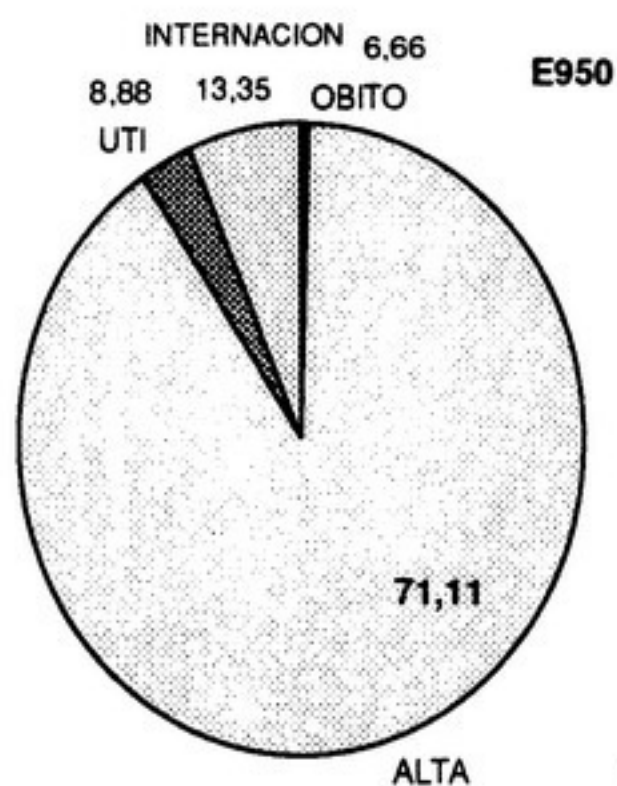


54 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**CUADRO 14 - METODO SUICIDA O DE AUTOAGRESION (OMS) EN
RELACION AL DESTINO - AREA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n: 653)**

Método de acto suicida, OMS								
Destino	E950	E951	E953	E954	E955	E956	E957	T
Obito	3	1	4	-	6	-	6	20
Alta guardia	32	1	-	-	-	4	-	37
Internación	6	-	-	1	2	-	1	10
Uti	4	1	-	-	-	-	-	5
	45	3	4	1	8	4	7	72

Gerontes

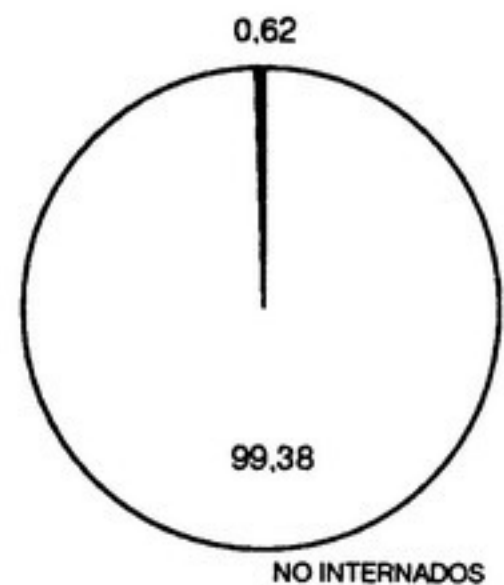


CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 55
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 15 - RELACION ENTRE EL DESTINO DEL PACIENTE Y LA EDAD DEL MISMO -ACTOS SUICIDAS EN EL AREA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n:653)

Destino del paciente				
Edad	Obito	Alta	Internación	Uti
10-14		4	2	
15-19		64	8	3
20-24	3	110	8	5
25-29	10	95	8	4
Totales	13	273	26	12

Adolescentes y jóvenes adultos



Internaciones
psiquiátricas

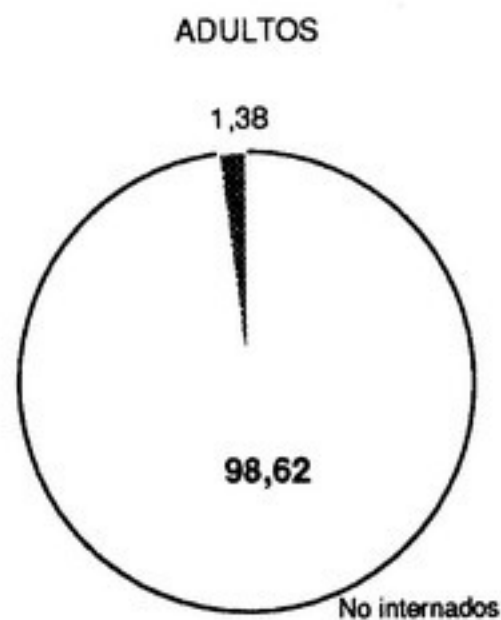
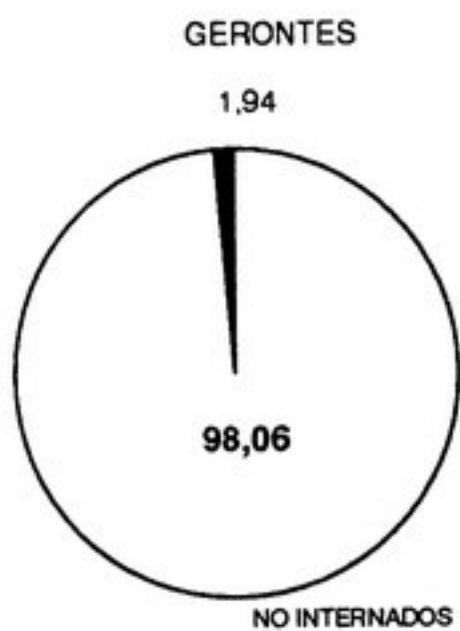
Destino del paciente				
Edad	Obito	Alta	Internación	Uti
30-34	1	62	4	5
35-39	-	61	5	1
40-44	1	39	4	-
45-49	2	20	1	2
50-54	-	25	1	-
55-59	2	13	1	1
Totales	6	226	16	9

Adultos

56 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUADRO 15 - RELACION ENTRE EL DESTINO DEL PACIENTE Y LA EDAD DEL MISMO -ACTOS SUICIDAS EN EL AREA DEL HOSPITAL FERNANDEZ (n: 653)

Destino del paciente				
Edad	Obito	Alta guardia	Internación	Uti
60-64	10	8	-	2
65-69	4	14	2	1
70-74	1	3	2	1
75-79	3	9	5	1
8-84	2	1	1	-
85-89	-	1	-	-
90-94	-	-	-	-
95-99	-	1	-	-
Totales	37	10	5	72



CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 57
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

**CUADRO 16 - METODO AUTOAGRESIVO (OMS) RELACIONADO
CON EL POTENCIAL EVALUADO DEL ACTO SUICIDA (n:653)**

Método OMS	1	2	3	4	5	X	Total
E950	156	61	44	33	4	1,89	298
E951		1	1	2	2	3,83	6
E952							
E953					1	5,00	1
E954							
E955				1	2	4,67	3
E956	1	5	3	1		2,40	10
E957				2	4	4,67	6
	157	67	48	39	13		324

Adolescentes y jóvenes adultos

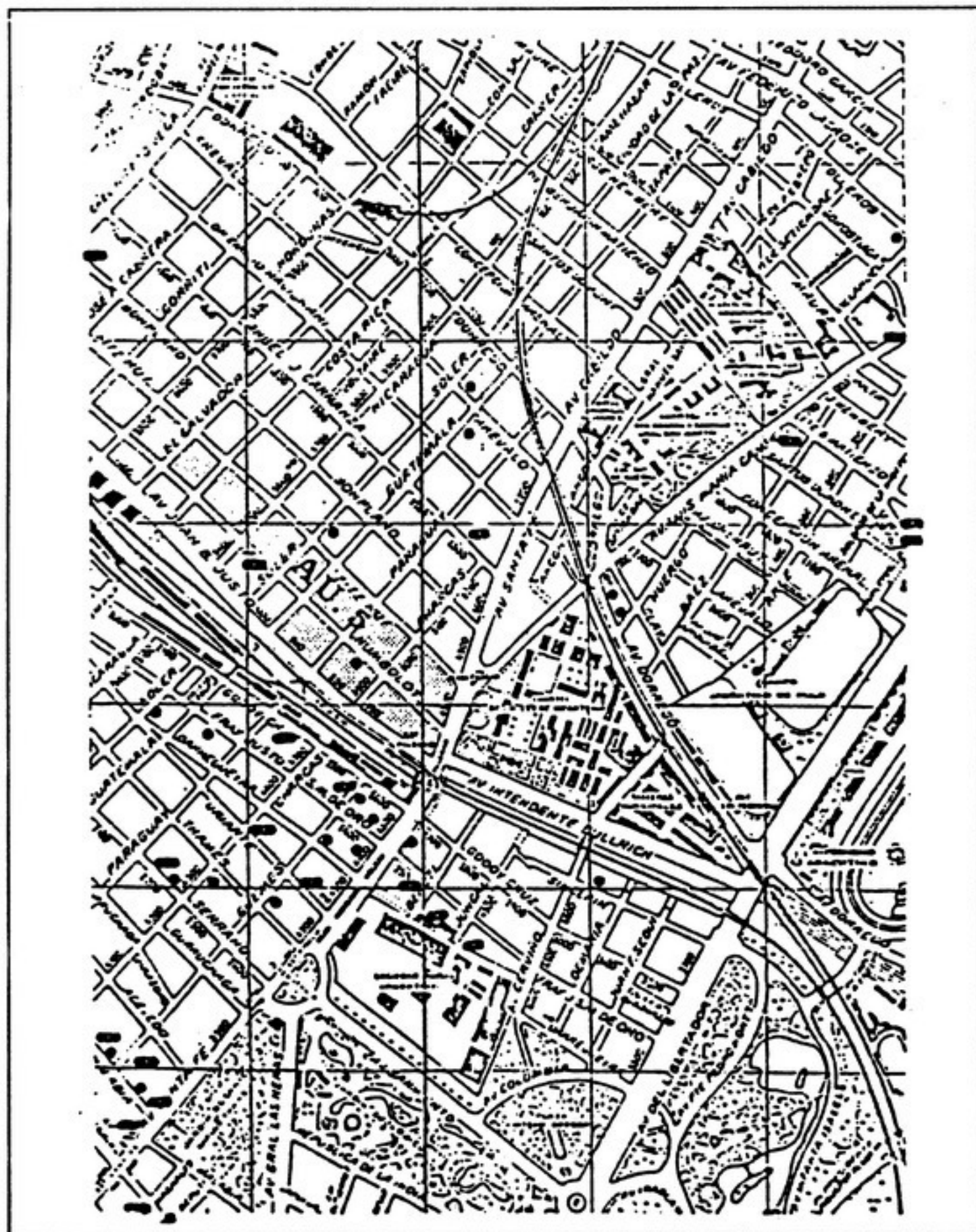
METODO OMS	1	2	3	4	5	X	TOTAL
E950	48	92	83	22	1	2,33	246
E955					3	5,50	3
E956		4				2,98	4
E957				2	2	4,50	4
TOTAL	48	96	83	24	6		257

Adultos

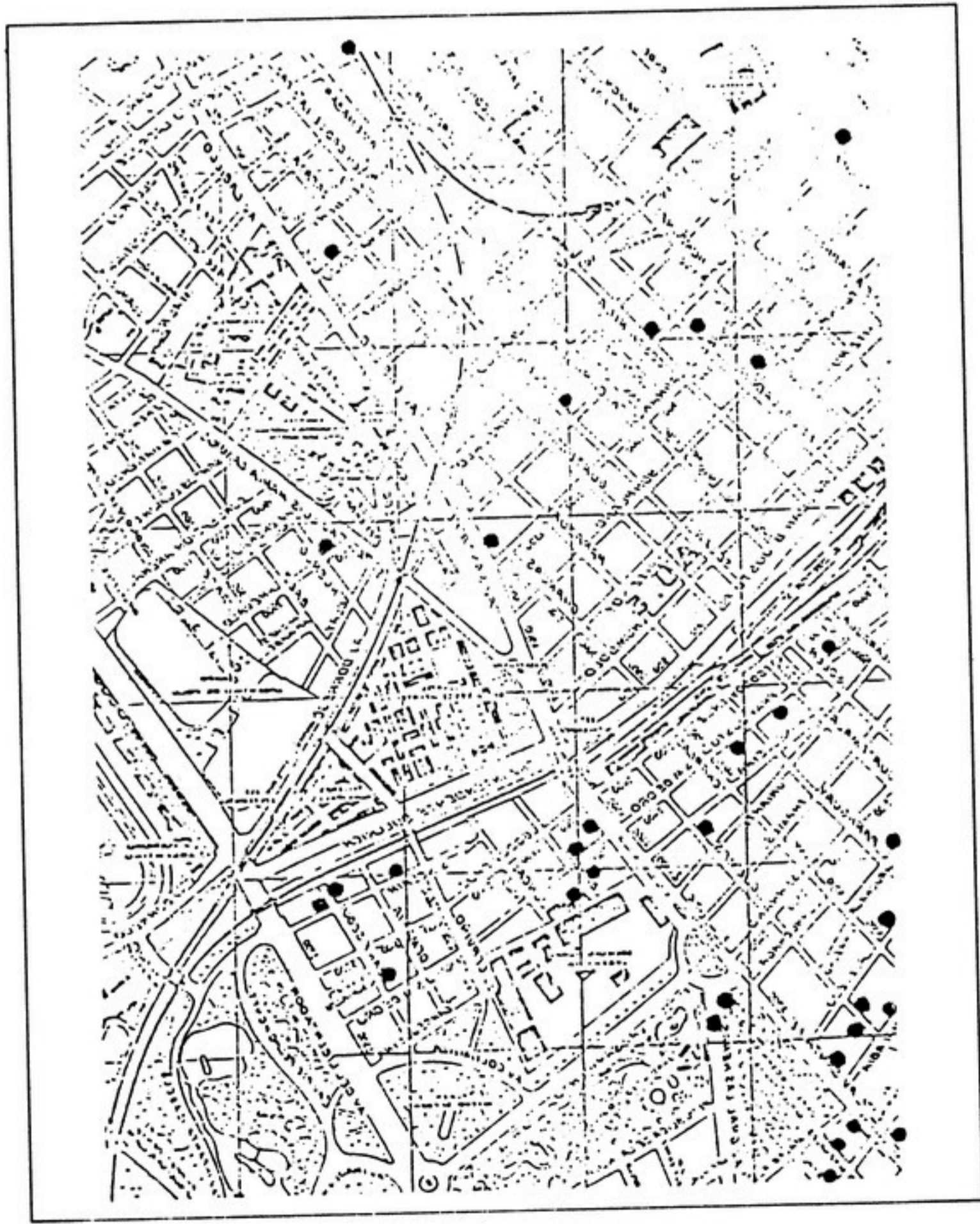
Método suicida	1	2	3	4	5	X	Total
	Potenciales						
E950	7	13	13	9	3	2,73	45
E951				2	1	4,33	3
E953					4	5,00	4
E954				1		4,00	1
E955				2	6	4,75	8
E956			1	3		3,75	4
E957				1	6	4,85	7

Gerontes

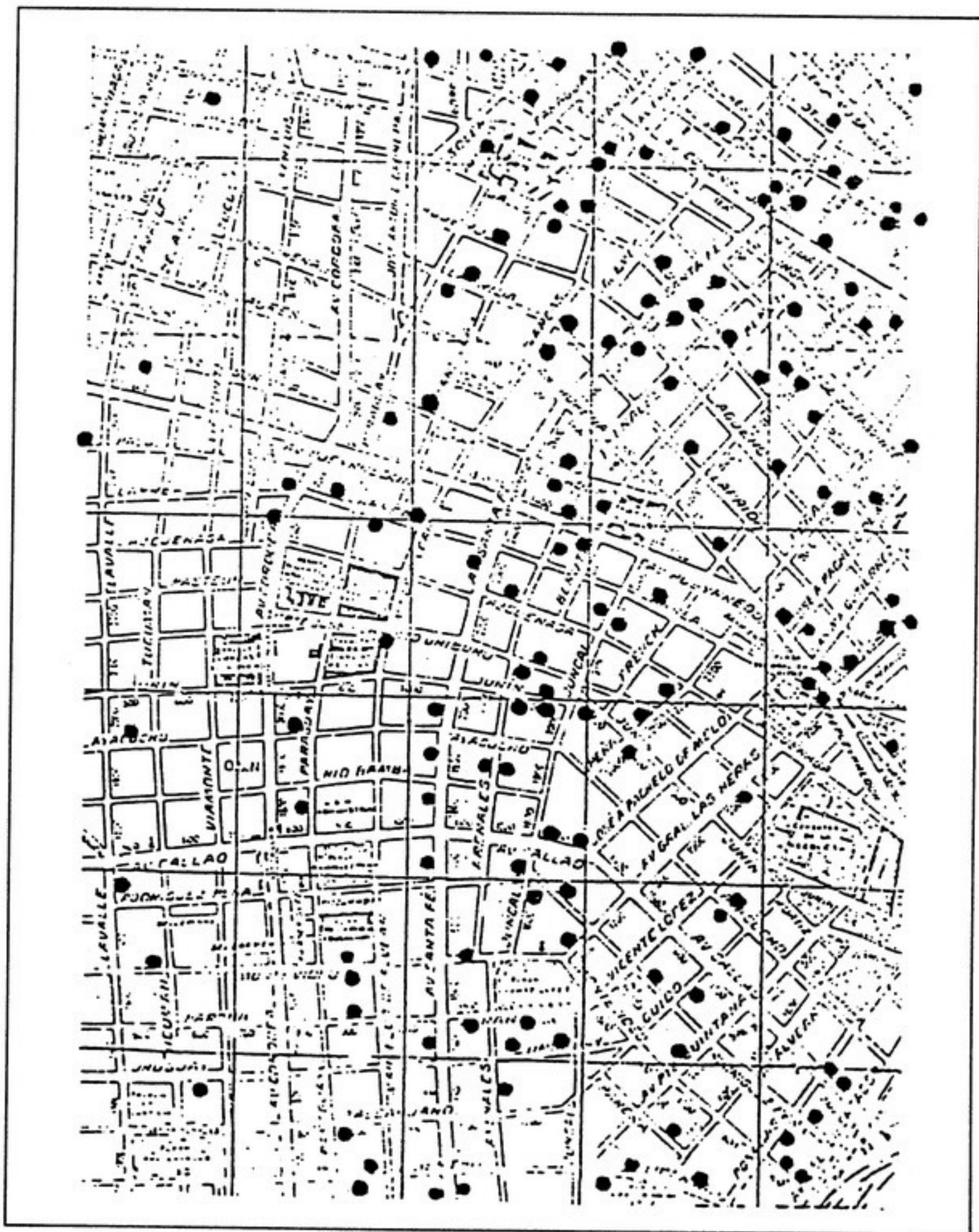
**CUADRO 17 - DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
LUGARES DONDE SE COMETIERON ACTOS SUICIDAS -
BANDA ENDEMICA DE CIRCUNSCRIPCIONES
RECOLETA-BARRIO NORTE-PALERMO (n: 653)**



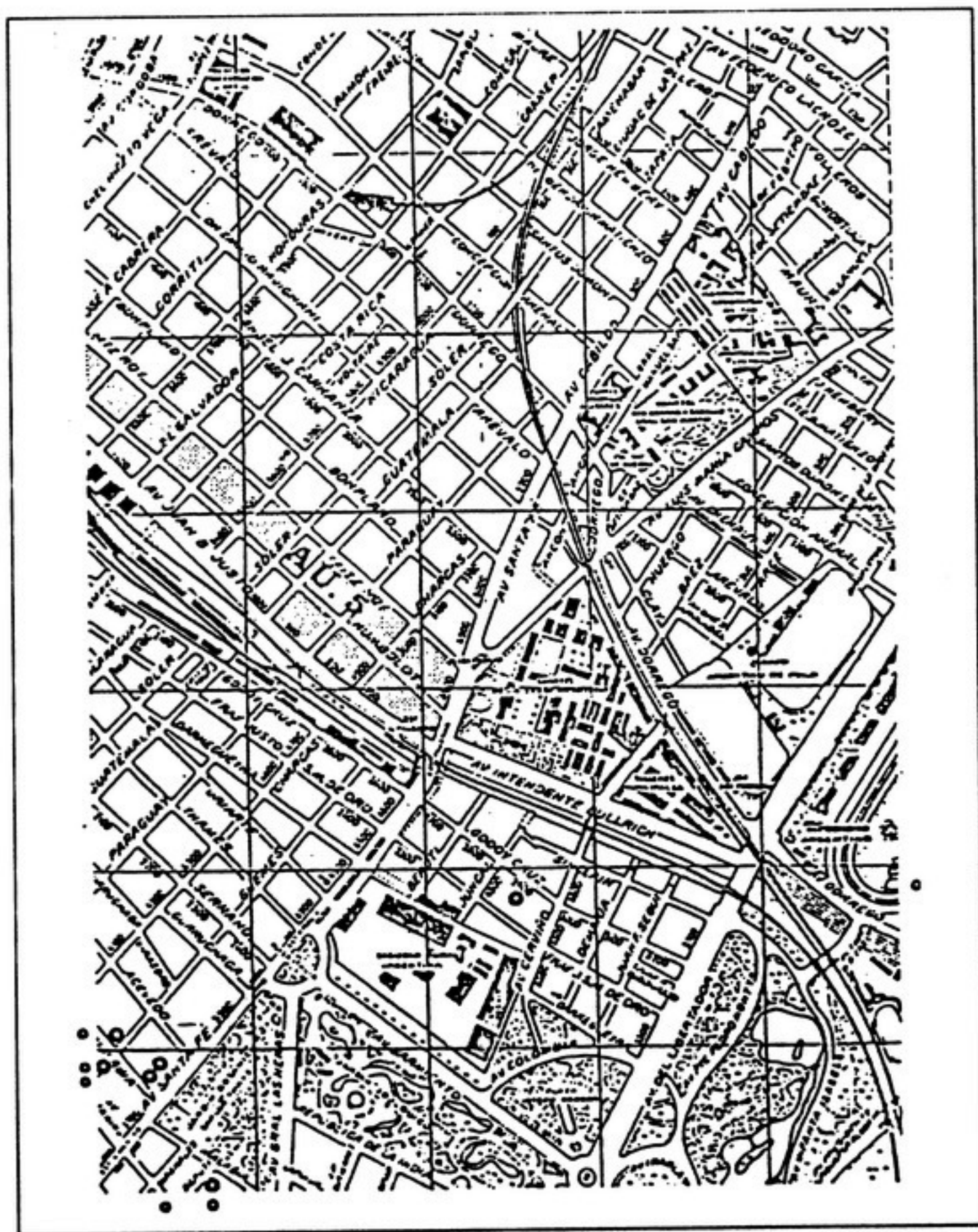
**CUADRO 17 - DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
LUGARES DONDE SE COMETIERON ACTOS SUICIDAS -
BANDA ENDEMICA DE CIRCUNSCRIPCIONES
RECOLETA-BARRIO NORTE-PALERMO (n: 653)**



**CUADRO 17 - DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
LUGARES DONDE SE COMETIERON ACTOS SUICIDAS -
BANDA ENDEMICA DE CIRCUNSCRIPCIONES
RECOLETA-BARRIO NORTE-PALERMO (n: 653)**



**CUADRO 17 - DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
LUGARES DONDE SE COMETIERON ACTOS SUICIDAS -
BANDA ENDEMICA DE CIRCUNSCRIPCIONES
RECOLETA-BARRIO NORTE-PALERMO (n: 653)**



**CUADRO 17 - DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS
LUGARES DONDE SE COMETIERON ACTOS SUICIDAS -
BANDA ENDEMICA DE CIRCUNSCRIPCIONES
RECOLETA-BARRIO NORTE-PALERMO (n: 653)**

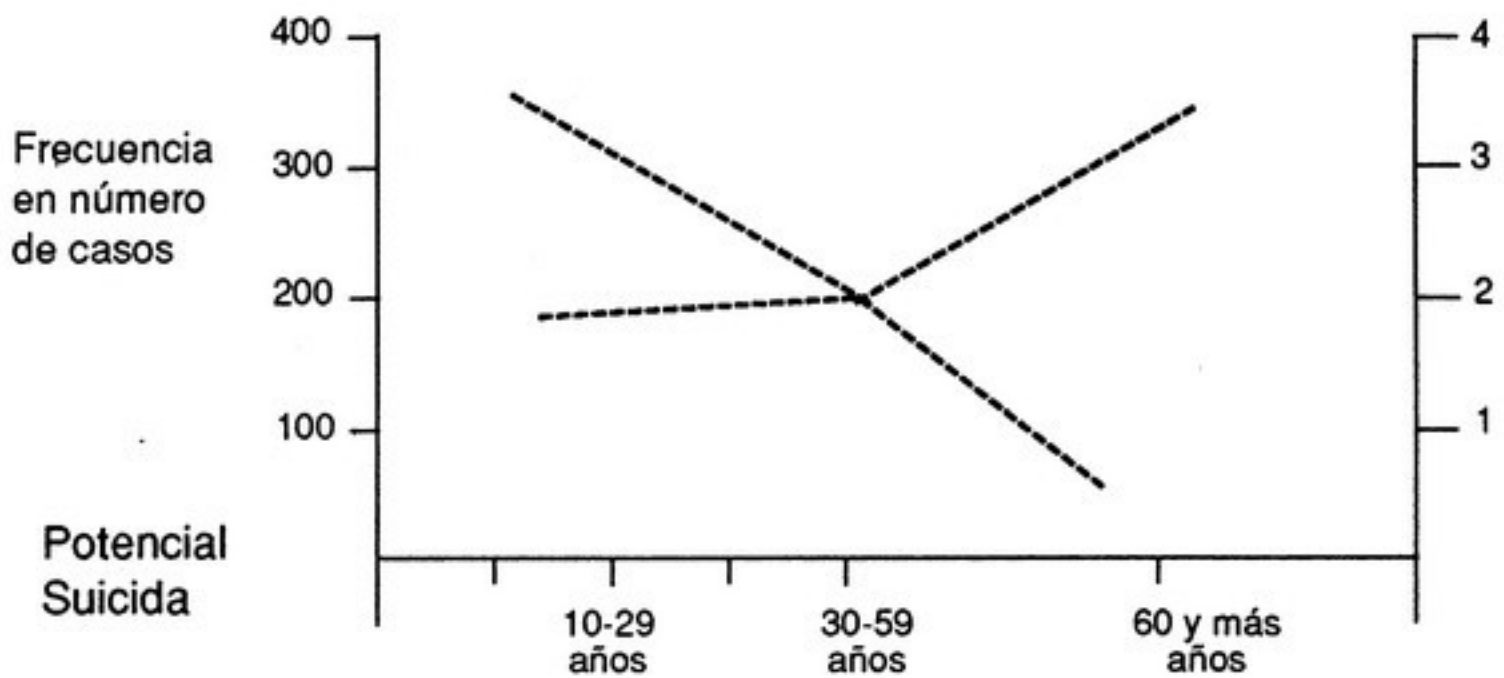


RESULTADOS

El análisis exhaustivo del material casuístico comprendía: 324 adolescentes y jóvenes adultos [56 adolescentes femeninas ($17,07 \pm 1,49$ años de edad) y 25 masculinos ($16,84 \pm 2,10$ años de edad)]; 169 jóvenes adultas femeninas ($24,30 \pm 2,91$ años de edad) y 74 masculinos ($25,01 \pm 2,89$ años de edad)]; 257 adultos [183 mujeres ($40,59 \pm 8,10$ años de edad) y 74 hombres ($39,85 \pm 7,74$ años)] y 72 gerontes [45 mujeres ($70,18 \pm 6,62$ años de edad) y 27 hombres ($69,59 \pm 8,73$ años de edad)]. Ello se obtuvo con gran esfuerzo y paciencia; adviértase que hubo que realizar seguimientos domiciliarios de los pacientes. El cuadro 1 permitió obtener un corte longitudinal y transversal del fenómeno de la autoagresión en el área programática involucrada. La información que esta investigación permite manejar excede forzosamente el marco de límites impuestos, ya que significó el cruce de casi 50 variables en tres poblaciones diferentes. Por ello, nos referiremos sólo a resultados que impliquen posibilidad de soluciones operativas para la realidad hallada. Por idénticos motivos, y salvo en casos muy excepcionales, se ha tenido que prescindir de la interesante oposición de nuestros hallazgos con la realidad de otros países. A los efectos de reducir el texto, agilizar la lectura y sistematizar al lector, se han dividido las conclusiones según las ramas de la medicina involucradas; esta agrupación es meramente didáctica, ya que el fenómeno analizado es forzosamente multifactorial y necesita un tratamiento pluridisciplinario. La visión parcializada del mismo atentaría contra la eficiencia de su control sanitario.

Nuestros resultados permiten aceptar el crecimiento, en frecuencia, de los actos suicidas hasta 1983; también que, de allí en más, comenzaron a descender poco sensiblemente, salvo en gerontes, en los cuales la caída fue abrupta y en los adolescentes, donde sólo descendió el número de muertes. El potencial suicida expresado anualmente no tuvo modificaciones significativas. Los meses de mayor prevalencia, en números absolutos, eran los de primavera y verano, lo que permite hacer una curva epidemiológica estacional de la endemia, con ápice en el mes de noviembre y descenso hacia el invierno. Paradójicamente, en los meses de menor prevalencia, aumenta el potencial suicida de los intentos (julio y agosto en adolescentes y jóvenes adultos). De tal modo, a partir del mes de octubre de cada año, los actos suicidas se convierten en un real problema sanitario, con una asistencia media al servicio de emergencia de un paciente cada 48 horas, cifra ésta que supera en mucho a otras patologías que cuentan con mejores y más eficientes sistemas de internación y derivación, con igual o aún menor riesgo de complicaciones y muerte. El potencial suicida general y la frecuencia absoluta permitían separar significativamente las tres poblaciones estudiadas: los pacientes de la tercera edad tenían la menor frecuencia (aun corregida por los valores de decrecimiento poblacional por la edad), junto con el mayor potencial suicida, siendo justamente inversa esa relación en los adolescentes. Este hallazgo se puede graficar en una curva de relación inversa:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 65
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



Asimismo, se manifestaron dos ápices de frecuencia en cuanto a la edad: las correspondientes a los intervalos de clase de los 20-24 y 65-69 años, respectivamente. Estos índices, similares a los de otras latitudes, permiten plantear una reformulación del score de Pöldinger, y cumplen con el objetivo metodológico explicitado en II.1.a. El acto suicida era, además, raro en la adolescencia temprana, por lo que habría que estudiar su comportamiento, al igual que en la infancia, bajo la forma de parasuicidio. Es sintomático en ese grupo etéreo el uso exclusivo, como agente autoagresivo, de la ingestión de drogas u otras sustancias químicas. El "comportamiento oral" del ambiente social y familiar incide en la accesibilidad, siendo ésta un extraordinario factor de riesgo, tanto en las intoxicaciones accidentales infantiles como en la autoagresión(32). El sexo con mayor frecuencia absoluta era el femenino en una relación de 2,5:1 con el masculino. Este último crecía en frecuencia constantemente hasta la edad adulta (Cuadro 2). Todo ello permite inferir que los intentos serios se dan en igual número entre hombres y mujeres, ascendiendo la casuística en mujeres a predominio de los tipos 1 y 2 de potencialidad. El análisis del empleo (Cuadro 3) muestra resultados inéditos: la relativamente importante cantidad de empleadas domésticas involucrada con diferencias muy significativas para la población control ($X^2 = 9,78$ para $p < 0,005$) y, asimismo, una alta prevalencia de empleados de edificios de propiedad horizontal, profesionales de ciencias de la salud ($X^2 = 4,83$ para $p < 0,05$) y comerciantes o empresarios cuenta-propistas. Los dos primeros hechos fueron explicados, merced a las encuestas sociopsiquiátricas, como productos del desarraigo y de las adversas condiciones socioeconómicas. En efecto, especialmente en el personal doméstico, predominaban las pacientes provenientes del interior del país, solas, en un ambiente indiferente y que les permitía objetivar las insalvables diferencias económicas y culturales existentes. El segundo resultado

hablaba de la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en los profesionales de la salud y su mayor accesibilidad a los psicofármacos: en este grupo la reiteración de intentos era muy importante y, en general, su comportamiento era similar a las estadísticas internacionales(18) (sustrato socio-psicológico motivacional). El potencial suicida entre los jóvenes era globalmente 20% menor que en los adultos y 45% menor que en los gerontes ($X^2 = 9,80$ para $p < 0,005$). Asimismo, la letalidad en la población juvenil resultó significativamente mayor que la adulta ($X^2 = 9$ para $p < 0,005$) pero mucho menor que la geronte ($X^2 = 20,57$ para $p < 0,001$) (Cuadros 4 y 5). Ello indica que en este fenómeno existen dos poblaciones de riesgo claramente diferenciables: los adolescentes y jóvenes adultos y los gerontes. Ellos poseen, respectivamente, un índice de riesgo de los factores de riesgo 2 y 15 veces mayor, lo que sugiere un tratamiento muy especial, acorde con la gravedad relativa y que comentaremos más adelante.

La reiteración de actos suicidas era máxima entre los jóvenes (43%) y mínima en los viejos (6%) (Cuadro 1), cercana al 13% en los casos letales, sin diferencias significativas, en este sentido, entre las tres poblaciones ($X^2 = 0,33$ para $p > 0,05$). Extrañamente, sólo se observaron en la población joven casos de actos suicidas pactados (*folie à deux*) con un 1% del total individual, cifra similar a las detenciones policiales post-intento. Sólo en dos oportunidades se hallaron intentos criminales asociados a la autoagresión o fugas del servicio de guardia. El embarazo estuvo presente en una sola oportunidad. Es esclarecedor, y tiene gran importancia médico-legal, señalar que los actos criminales asociados al suicidio sólo involucraban a la madre y su(s) hijo(s) de corta edad, lo que asociaría en forma equivalente el infanticidio con la autoagresión. Este hallazgo no ha sido citado anteriormente entre nosotros. La nacionalidad más trascendente era, con mucho, la nativa, pero objetivándose una importante diferencia (cercana al 20%-Cdo7B) entre adolescentes y gerontes. Estos últimos tienen una mayor proporción de extranjeros, lo que confirmaría la teoría de Garma y col.(33) sobre la "importación de conductas suicidas" desde sus países de origen. La tasa de suicidios consumados aumentó significativamente luego de los años de máxima inmigración. Esta teoría explicaría también la ausencia de uruguayos entre los gerontes de nuestra casuística.

El método suicida preferido, al igual que en todo el mundo, fue la ingestión de sustancias sólidas o líquidas. Empero, se hallan diferencias sustanciales en cuanto a su importancia relativa en las diferentes poblaciones (cuadros 7A, 8 y 9): entre los jóvenes y gerontes, su participación es menor. Este comportamiento es máximo en la tercera edad, donde alcanza tan sólo un 63% ($X^2 = 15,36$ para $p < 0,001$) (Cuadro 12). Estos resultados se correlacionan positivamente con la mayor letalidad y peligrosidad de estos grupos etéreos, y viene en abono de nuestra hipótesis de considerarlos entre nosotros como de riesgo elevado, cambiando las pautas preventivas y terapéuticas aplicadas hasta el presente (riesgo definido en base a grupos controles). En los gerontes, predominaban los suicidios por armas de fuego ($X^2 = 38,55$ para p

< 0.001) y por precipitación ($X^2 = 38,55$ para $p < 0,001$). Sólo se produjo -y en este último grupo- un intento por sumersión, hecho, al parecer, extremadamente raro en nuestro medio (2). Algunos autores ensayan una teoría para explicar el uso incrementado de métodos muy letales en el anciano. Sugieren que la población geronte y los niños no suponen el acto suicida como un proceso terminal o definitivo. Lo ven como un proceso de castigo, o bien, como una manera de ganarse afecto o amor, o aun aliviarse de una pena. Los métodos suicidas tienden a ser similares en estos dos grupos. Gran parte de las personas añosas, como viviendo en una segunda infancia, expresan en el suicidio la violencia de los chicos (cuando éstos son rechazados, no queridos o traumatizados) ante una pérdida de algo que quieren, comportándose de una forma violenta. Por lo tanto, también tratan de que sus muertes sean del modo más agresivo posible. Se precipitan desde ventanas, se ahorcan, se dejan arrollar por trenes o móviles, etc.(34). Por otra parte, tanto en la bibliografía nacional como internacional, las drogas son el método más frecuentemente usado en la autoagresión (22, 35, 36). Asimismo, la suma de alcohol y psicofármacos como instrumento autodestructivo es una observación frecuente y progresiva internacionalmente, y es orientadora de la existencia de un hábito mixto. Esta asociación agrava la evolución y ensombrece el pronóstico, por la mayor frecuencia y magnitud de depresión respiratoria (37, 38). Estos datos nos deben llamar a la reflexión sobre los errores que comete el médico frente a los actos suicidas. Estos son de dos tipos: a) por omisión: no evaluar con cuidado los cuadros melancólicos objetivables o presuntos (en nuestros pacientes entre el 60 y el 80% del total) y b) por comisión: Murphy ha probado que más de la mitad de los pacientes que mueren por sobredosis medicamentosa (E 950) había recibido una prescripción una semana o menos antes del acto suicida y, generalmente, ésta era una prescripción poco limitada de la sustancia suicida (40). En nuestra casuística entre el 20 y 40% del total poblacional (cuadro 1) estaba medicado, y aun sobremedicado, sin tener un control de dosis o administración, por algún allegado al paciente, sin contar con que el insomnio causado por depresión no cede con hipnóticos, si con antidepresivos, y es agravado por ellos. Todo lo comentado es particularmente grave en los ancianos que viven solos y reciben recetas con dosis potencialmente letales, por la cronicidad de sus afecciones psiquiátricas, tratamientos prolongados con envases multidosis (39, 40). Desafortunadamente, es probable que aumente esta tendencia. Hirsch (34) estimaba que una de cada siete personas en EE.UU. ingería alguna forma de tranquilizante. El Instituto de Medicamentos, organización que estudia la comercialización de drogas, supone en 36 millones las prescripciones anuales de tranquilizantes, equivalente a 300 toneladas. Estos son aceptados ampliamente por pacientes y profesionales, e incrementan, gracias al aumento de las comunicaciones sociales, su popularidad como drogas suicidas (41, 42), de tal manera que han, prácticamente, desplazado la ingestión de otros líquidos o sólidos como método de autoagresión. En nuestra serie, predominaban los agentes causales químicos de toxicidad 3 de la escala de Gleason (moderadamente tóxicos; DLH 0,5

68 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- 5 mg/Kg). Los productos de mayor toxicidad, en general, eran seleccionados por el sexo masculino.

Del examen de los tratamientos aplicados en la urgencia, resulta que se ha utilizado rutinariamente la diuresis forzada (del 75 al 85% de los casos de ingestión de sustancias sólidas o líquidas). Es probable que esta actitud explique, junto a la labilidad general del viejo, la diferencia de la letalidad entre los gerones y no gerontes (6 a 1% aproximadamente). Asimismo, se necesitó más veces internar en la sala general o en UTI a los gerontes con ese método suicida (cuadro 14). Todo esto puede ser meditado a través de la existencia de patrones excesivamente fijos de tratamiento para todas las intoxicaciones con psicodrogas. Debe repararse, por ejemplo, en el hecho de que, en el tratamiento de algunas intoxicaciones, está formalmente contraindicada la diuresis forzada, pues la eventual acción capilarotóxica de la droga a nivel pulmonar puede manifestarse y desencadenar un edema agudo de pulmón (22, 43 y 44). Esto es particularmente válido para los gerontes. No siempre se consulta a un centro de referencia y, cuando se consulta, éstos pueden no tener experiencia geriátrica. A nivel de la prevención secundaria, tampoco se deben olvidar los casos de lavado gástrico a pacientes en coma objetivados en la casuística. Aunque el coma sea mínimo, existe el peligro cierto de aspiración pulmonar de contenido gástrico (45, 46). En la intoxicación por derivados tricíclicos los procedimientos terapéuticos deben limitarse al mantenimiento de funciones vitales y a vigilar la aparición de taquiarritmias. No son de utilidad la diuresis forzada o métodos dialíticos. Lo planteado es coincidente con la opinión de Summa y col. (8), quienes, en su trabajo de 1982 (los únicos que parecen reparar en el problema), refieren que casi la mitad de todos los pacientes gerontes tenían a su ingreso signos claros de bronconeumonía por aspiración, y una tercera parte presentaba signos de disminución de las funciones vitales, signos de insuficiencia cardíaca, hipotensión amenazante o shock. Debemos agregar aquí que, para la mejor evaluación de todas las poblaciones, se debe comenzar a consignar el índice de Glasgow al ingreso.

Es también destacable la asociación de otras drogas a la sustancia central suicida. Esto habla de la probabilidad de que, en el trasfondo de muchos de estos pacientes, se halle escondida la drogadicción. Referiremos más adelante el planteo global que asocia a ambos grupos. Destaquemos aquí que este hecho es común a otras series, según acepta Penn en el estudio para el Lincoln Country Hospital (47). La asociación con alcohol es sumamente peligrosa y frecuente (10% de las intoxicaciones en jóvenes) aumentando cuatro veces el riesgo de internación en terapia intensiva y en sala general (cuadro 10). Jóvenes y adultos diferían en forma importante con los gerontes en cuanto al destino post-acto. Además del claro aumento de la letalidad en estos últimos, se podía apreciar una mayor frecuencia de internaciones (cuadro 11) a costa de mayor prevalencia de neumonías aspirativas. Al respecto, y muy recientemente (48), se pudo explicar esta situación: algunas psicodrogas producirían una incoordinación cricofaríngea que puede, en los gerones, actuar sola o potenciando la

producida por ciertas afecciones comunes a esa edad, como el Parkinson, la neuropatía diabética periférica, la polimiositis, el divertículo de Zenker y la distrofia oculofaríngea. Este descubrimiento obliga a ser extremadamente cuidadoso con las altas por guardia de los ancianos con intentos de suicidio por psicodrogas. En cuanto a la letalidad por sexo (cuadro 11), resultaba más que evidente que el masculino poseía un riesgo doble de muerte. Este comportamiento era común a las tres poblaciones, pero debe advertirse que esconde un importante factor de error: las mujeres tienen un riesgo doble de ser internadas en terapia intensiva, lo que significa que la diferencia estriba en el método suicida usado y no en la intencionalidad autoagresiva. El sexo femenino, al utilizar más la ingestión de sustancias tóxicas, permite un eficaz tratamiento toxicológico posterior, en cambio su opuesto prefiere métodos que hacen imposible cualquier terapia. La diferencia podría estribar en la búsqueda de una muerte menos dolorosa o agresiva (cuadro 13). Habría que hablar, pues, de "letalidad del método". En el cuadro 14 se objetiva que los comprendidos en los rubros E 951/7 de la clasificación de la OMS conllevan una letalidad del 30 al 60%, aproximadamente, según la población analizada, con un 15 al 45% de internación, contra un 1 al 6% y un 10 al 17%, respectivamente, para el E 950. El potencial evaluado sigue similar distribución: mientras el E 950 no pasa de 3, los comprendidos entre el E 951/7, desagregando el E 956, no bajan de 4 aproximadamente (cuadro 16). Un tema especialmente trascendente es el de la internación especializada post-intento. En ningún caso, ésta fue superior al 2% de la población total (cuadro 15; adolescentes y jóvenes adultos 0,62%, adultos 1,94% y gerontes 1,38%). Dato especialmente sugestivo es el de la población juvenil internada en terapia intensiva. Su promedio de internación fue de 3 a 7 días. Casi la mitad de los pacientes poseía antecedentes de otros actos y, en el total, se habían pesquisado alteraciones psiquiátricas en el examen correspondiente a la confección de la historia clínica de ingreso. Con todo, sólo en los dos tercios se llegó a un diagnóstico psiquiátrico en la internación y exclusivamente el 25% fue seguido post-alta psiquiátricamente.

Los casados y separados tenían mayor morbimortalidad y usaban, asimismo, métodos de mayor letalidad, aun cuando deben aplicarse en este caso las limitaciones explicitadas en el acápite II. A pesar de las estimaciones empíricas de los médicos del staff de guardia, no había diferencias significativas en cuanto a la prevalencia por días de semana, salvo la disminución en los días viernes para los gerontes, de muy difícil explicación científica.

70 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Adolescentes y Jóvenes Adultos			Gerontes		
Día	X ²	Significancia	Día	X ²	Significancia
Domingo	0,27	NS	Domingo	3,39	NS
Lunes	0,33	NS	Lunes	0,56	NS
Martes	0,06	NS	Martes	0,68	NS
Miércoles	0,00	NS	Miércoles	0,14	NS
Jueves	0,00	NS	Jueves	0,20	NS
Viernes	1,78	NS	Viernes	7,14	P 0,05
Sábado	1,14	NS	Sábado	0,63	NS

El resultado del protocolo referido en el cuadro 1 fue particularmente interesante e ilustrativo. Con todo, y por razones de espacio, nos referiremos sólo a los hallazgos que funden luego conclusiones, particularizando las dos poblaciones de mayor riesgo relativo. Aquel fue contestado en forma directa (pacientes) o indirecta (familiares convivientes) en número suficiente como para aceptarse su validez por el indicador de Máximo error posible:

$$E (\%) = \sqrt{\frac{P (100-P)}{n} \frac{1 - n}{N}}$$

en donde: E (%) es el máximo error posible; PN es el porcentaje de datos obtenidos de la muestra; N es el tamaño de la población a estudiar; n es el tamaño de la muestra. Las cifras obtenidas eran del 1,90% para adolescentes, 2,05% para adultos y 4,12% para gerontes. Tomando como referencia a los jóvenes, vemos que: 1) existía un mayor porcentaje de no católicos (X² = 9,14 para p < 0,005) aunque esta confesión predominaba largamente; 2) era significativamente menor el uso habitual de psicodrogas (X² = 8,1 para p < 0,005), pese a lo cual en las tres poblaciones este índice estaba, entre el 20 y el 40%, alejado de la población control (3%); 3) ambas poblaciones diferían grandemente en los antecedentes psiquiátricos previos. En los jóvenes alcanzó al 32%. Este dato, como veremos, permitió extraer importantes conclusiones, siendo muy significativo estadísticamente (X² = 89,29 p < 0,001); 4) los signos y síntomas de depresión eran inferiores en los jóvenes comparados con los gerontes y adultos. Esta diferencia se reducía sensiblemente al aplicar el test de Zung y no era significativa en el de Wang. Analicemos, por ejemplo, las dos poblaciones de riesgo involucradas:

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 71
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Tipo	Jóvenes	Gerontes	X ²	Probabilidad	Significancia
Depresión	58	80	6,05	p 0,05	S
Zung	64	84	4,76	p 0,05	S
Wang	62	72	1,38	p 0,05	NS

5) en los gerontes predominaban las causas exógenas de depresión; 6) en la población control había una menor frecuencia de accidentes previos ($X^2 = 5,78$ $p < 0,05$); 7) no había diferencias significativas entre los antecedentes de insomnio con la población adulta, pero sí con la geronte ($X^2 = 2,28$ $p > 0,05$ y $X^2 = 7,26$ $p < 0,05$); 8) los antecedentes de repetición de los intentos eran increíblemente altos (esto probaría la posición de Pöldinger al respecto), sea para los gerontes o los adultos ($X^2 = 228,16$ para $p < 0,001$ y $X^2 = 5,4$ para $p < 0,05$). Lo mismo se constataba con las intenciones o fantasías a posteriori del intento; 9) había pérdidas afectivas o sociales cercanas a los intentos en los tres grupos; 10) el 54% de los jóvenes no había tenido ningún seguimiento posterior, cifra baja pero bastante aceptable, si se la compara con la de los adultos y gerontes y 11) no hubo en todas las poblaciones diferencias en cuanto a consecuencias trascendentes a partir de la intervención policial.

V - CONCLUSIONES

Desde el punto de vista epidemiológico y sanitario, el acto suicida se ha convertido en una patología endémica y de gran importancia para la salud pública, en la zona comprendida por las circunscripciones de Recoleta-Barrio Norte y Palermo: es más, dentro de esa área adopta una relativamente estrecha banda que tiene por centro la Avda. Santa Fe y, por extremos las Avdas. Córdoba y Las Heras (cuadro 17). Esta zona, por sus características educacionales y socioeconómicas, es una ciudad dentro de la ciudad. Epidemiológicamente hemos probado que: aumenta su prevalencia en primavera y verano; es más frecuente en mujeres que en hombres; más letal en hombres que en mujeres; y especialmente pueden describirse dos poblaciones de elevado riesgo: adolescentes-jóvenes adultos y gerontes. Otro hallazgo de singular relevancia es su gran prevalencia entre el personal doméstico juvenil y en los propiacuentistas de la tercera edad, cuyas condiciones socio-psicológicas merecen, de aquí en más, un estudio particular y profundo (cuadro 3). Puesta nuestra óptica en las dos poblaciones comentadas, vemos que entre los jóvenes tiene gran trascendencia la influencia de la familia, de las estructuras sociales con las que el adolescente se confrontará, sea en forma directa o indirecta, a través de la enfermedad mental que pueden generar (3). Para el primer componente se estima que la tentativa de suicidio es, frecuentemente, no sólo el síntoma de una alteración del indivi-

duo, sino de una desorganización de la familia. En el ámbito ciudadano considerado, y como en regiones equivalentes del planeta, la familiar nuclear ha hecho crisis. El medio en el cual los jóvenes evolucionan en el seno de una micro-sociedad constituida por el entorno físico y social ejerce sobre ellos una fuerte influencia. Se ha probado una fuerte conexión entre la pérdida parental y otras formas relacionadas de desorganización familiar, y el desarrollo de la depresión y de comportamientos suicidas. En nuestra casuística las anomalías de la estructura familiar eran la regla; falta de padre o madre, abandono, divorcio, concubinato, etc. Fuera de ellas (factores que llamaríamos "civiles") se hallan las alteraciones intrafamiliares: enfermedad mental de uno o ambos progenitores, falta de "rapport", etc. A través de un gesto suicida el individuo, frecuentemente, pone en tela de juicio todo el sistema relacional en el que está inmerso (49). La eventual indisponibilidad de la familia -por falta o abandono- y la incapacidad de los padres para servir de continente a las emociones, problemas y conflictos de los adolescentes, puede ser un factor favorable para llegar a este tipo de comportamiento (50). Los jóvenes autoagresivos no se integran a los procesos de socialización característicos de su grupo de edad. No disponen correctamente de apoyo, de referencias y recursos, ni de equipamiento afectivo y simbólico de los que puedan hacer uso en las nuevas circunstancias de su vida. A la crisis propia de la edad se articula una crisis generacional que, a su vez, se refiere a una crisis social. Es sumamente trascendente haber probado, con este trabajo y otro relacionado con el joven drogadicto (51), que las mismas causas generan tanto la drogadicción como la autoagresión, y que ambas se hallan a poco de interrogar los antecedentes de cualquier paciente de ambas patologías que ingresa en el servicio de emergencia.

Entre los gerontes los hechos son aún más claros. La población de Buenos Aires creció entre 1933 y 1982 un 22%. En este lapso, la tasa de suicidios disminuyó un 46,4%, pero va paulatinamente aumentando la edad (mediana para 1933; 36 años, para 1982, 56 años). A nivel internacional, ya Durkheim (52) establecía que la muerte por suicidio era rara en la infancia y frecuente en la vejez. En nuestra serie, resulta particularmente peligroso el ingreso a la tercera edad, por eso se ha tomado como límite los 60 años, ya que se estima que a partir de esa edad comienzan a predominar conductas de "balance existencial", el cual, ocasionalmente, se vuelve crítico ante la imposibilidad de calmar determinados anhelos o de superar frustraciones graves(33). Debemos aquí incluir también las frustraciones económicas del duro quinquenio considerado, habida cuenta de que existió un 40% de comerciantes en la población de más edad analizada. Como en los jóvenes, en los que se evidencia un sustrato de "abandono familiar", en los adultos, en los que existe un sustrato de "abandono del medio" (sea éste económico, relacional o ambos), en los gerontes constatamos un abandono bio-psico-social. Los cambios en el talante, la conducta y la ideación, a menudo, son frecuentes en la tercera edad. Casi todas las personas se adaptan a la senectud. Pero una combinación de menor función cognoscitiva, aisla-

miento y cambios drásticos en las pautas establecidas por el estilo de vida pueden originar diversos trastornos. En estos individuos suele ser difícil separar los cambios que resultan de causas orgánicas, de los que tienen causas psicológicas. Por estas razones, es esencial, antes de planear un tratamiento, hacer la valoración cuidadosa de las circunstancias médicas, psicológicas y sociales. La prioridad absoluta, cuando se valora un individuo con cambios recientes de la personalidad, es tratar de definir si existe el peligro de suicidio al cual, como hemos probado, los ancianos tienen una vulnerabilidad especial.

Desde el punto de vista psiquiátrico y por los tests aplicados, concluimos que tanto en jóvenes como en adultos y gerontes la presencia de depresión era una constante. No brindó en cambio utilidad ni pareció confiable el Rorschach para predecir el riesgo; ya que brinda patrones o signos aislados, sin valor definitivo. Esto parece repetirse en las aplicaciones que existen de esa técnica en actos suicidas(53, 54, 55). Una conducta suicida impulsiva (delincuencia, violencia) o una adicción a las drogas pueden servir como medios para dominar la depresión, ya que estos trastornos representan maneras diferentes de alcanzar el mismo fin: la provisión de los suministros narcisísticos necesitados. Es por ello que hallamos cierta relación entre la autoagresión y la drogadicción. Con todo, en los gerontes parece predominar más la depresión, habiendo ingerido psicodrogas, antes, durante y aun después del intento, indicadas por su médico de cabecera y sin poseer tratamiento psiquiátrico previo. Mientras, en los jóvenes, y especialmente en los de gran potencialidad, predominan otras patologías psiquiátricas que llevaron a intentar tratamientos especializados, años antes del acto suicida actual. Estos resultados son similares a los de Rosnati(36): 40% de depresiones y 60% de otras neurosis, psicosis, esquizofrenias y psicopatías en una población de 5 varones y 17 mujeres jóvenes asistidos en el Centro de Salud de San Isidro (88% por ingestión de drogas con valor de veneno para el suicida; 10% eran intentos repetidos y uno falleció). Este autor refiere que en casi todos los casos fue posible diagnosticar afección mental. Lemperiere y Kielholz van más allá cuando expresan que hasta las depresiones reactivas de los jóvenes alcanzarían un comportamiento suicida sólo si existe como base una personalidad patológica. Asimismo, nuestros descubrimientos ponen muy en tela de juicio la premisa de que la depresión rara vez ocurre en la adolescencia temprana. En general, todas las poblaciones estudiadas, un acontecimiento externo del tipo pérdida objetal significativa fue el desencadenante de la catástrofe existencial que es el acto suicida. Todos estos conceptos nos hablan tanto de la importancia de la prevención primaria, es decir, investigar y tratar la patología mental en un tiempo útil, como de remover las causas socioeconómicas que la alteran. Se debe reparar en que el intento de suicidio es frecuente y plantea un grave problema de medicina preventiva. Es preciso mejorar los conocimientos del personal sanitario sobre esta importante cuestión, pues en la tentativa de suicidio hay que oír un grito de alarma y no, como creen todavía algunos médicos, una irritante comedia para llamar la atención(56). Se debe-

ría tener en cuenta la aparición de los síntomas cardinales: 1) insomnio, 2) pérdida del apetito, 3) disminución de peso, fatiga o pérdida de energía, 4) agitación o letargia, 5) pérdida de interés, 6) sentimientos de culpa, 7) disminución de la habilidad para pensar o concentrarse y 8) ideas de muerte o autoagresión francas(9, 57, 58). No se debe obviar el interrogatorio familiar y personal y, sobre todo, no reemplazar todo esto por un tranquilizante, que eventualmente sólo servirá para brindar el método de autoagresión(23).

Hemos también probado que la prevención secundaria merece correcciones específicas. La diuresis forzada se utiliza rutinariamente con patrones excesivamente rígidos, sin constatar la vía de excreción del fármaco. Muchas adquisiciones del arsenal terapéutico o diagnóstico, como el uso de la escala de Glasgow o la naloxona para indicar un recurso clínico y otro farmacológico, no son aplicadas. Al utilizar el lavado gástrico muchas veces no se repara en el coma, ni en la incoordinación del cricofaríngeo producida por algunas psicodrogas con lo que se aumenta el riesgo de bronconeumonías aspirativas de gran morbimortalidad, especialmente en el anciano. La investigación llevada a cabo para constatar los frutos de la intervención policial, obligatoria por el at. 164 y 165 del Código de Procedimientos(59, 22, 60, 61), nos lleva a la conclusión que en ningún caso coadyuva para lograr una prevención terciaria de la epidemia. Las diferencias religiosas parecen ser atribuibles al lugar del estudio. Similares conclusiones obtiene Balfour Sclare y col.(62): no existen diferencias significativas entre una religión y otra en este problema. En los últimos 20 años hubo en todo el mundo un cambio en cuanto a la influencia que pudieron haber tenido las ideas religiosas, y aun estas mismas ideas cambiaron con respecto al acto suicida(63).

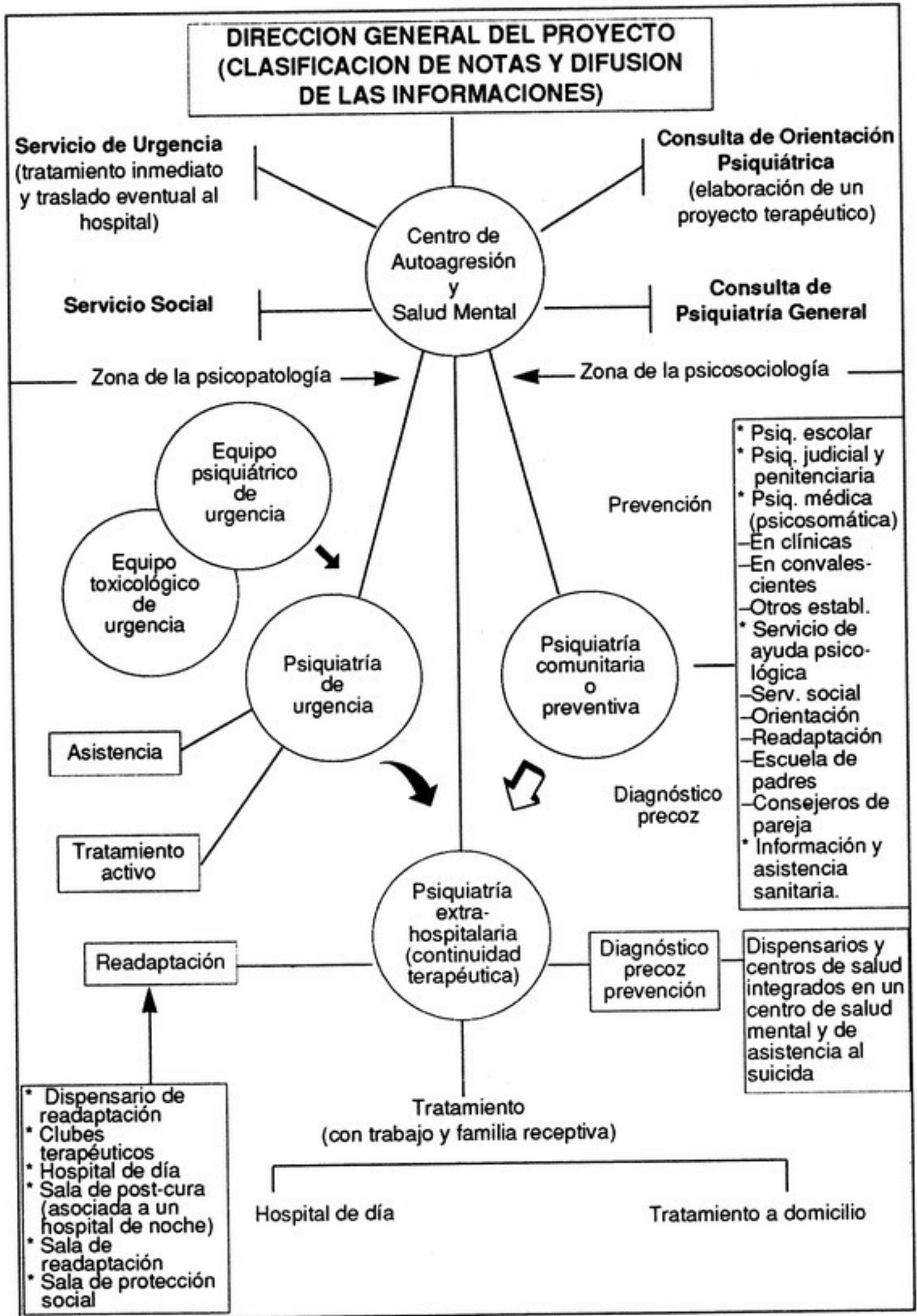
Por último, y le hemos asignado este lugar ex profeso, tenemos el problema de la prevención terciaria. Este es, a nuestro parecer, el resultado más importante de nuestro trabajo. Hemos probado suficientemente que, el paciente, una vez ingresado en el Departamento de Urgencia, habiendo sido tratado y fuera ya de peligro toxicológico, es devuelto al medio, a la familia o a la enfermedad mental que causará su pronto regreso. Existen, quizá, creencias y prejuicios en el ambiente médico que llevan a no considerar al acto suicida como enfermedad, por lo que se convierte en excepcional el pedido de consulta especializada(64, 65) y aún más la internación. La introducción del psiquiatra y psicólogo de guardia no ha modificado sustancialmente esta última situación, entre otras cosas, porque no existe un sistema sanitario que absorba estas internaciones, especialmente en las horas de la noche, cuando es aún más frecuente la prevalencia de actos suicidas. La necesidad de internación se justifica por razones terapéuticas, preventivas y hasta medicolegales. Esta podrá realizarse sólo ante la sospecha de peligro de intento (no habiendo sido éste un hecho consumado) cuando: 1) el riesgo inminente fuera grande, por ejemplo, amenazas concretas o planes explicitados (ya habrá tiempo para analizar las características de las mismas y su seriedad); 2) la condición psiquiátrica del paciente requiera trata-

miento hospitalario, inclusive si la posibilidad de suicidio es remota, por ejemplo, pacientes alcohólicos o esquizofrénicos; 3) el medio ambiente y social que rodea al individuo es insuficiente para brindarle cuidados, por ejemplo, pacientes aislados, separados, que viven solos. La decisión debe ser presentada al paciente o a sus familiares con firmeza y autoridad profesional(66, 19). La hospitalización, aunque sea corta, es la única medida que permite al médico tomar precauciones efectivas(67). Como podemos apreciar, hablamos de internación preventiva, es decir, antes del episodio autoagresivo, mientras en nuestra casuística observamos entre el 50 y el 80% de altas por guardia, inmediatas a un intento consumado. Esta realidad impide una prevención terciaria efectiva y sumerge al paciente en la misma problemática suicida que le trajo al servicio de urgencia. En descargo de esta actitud se cuenta la extrema dificultad de los profesionales de los servicios de urgencia para llevar a la práctica estos consejos. El alta debe ser cuidadosa. Tanto Midenet y col.(68) como Kammerer(69), estudiando el comportamiento de los intentos suicidas en el período post-alta, hallan enorme resistencia a las drogas antidepresivas y al tratamiento psiquiátrico, especialmente en los cuadros de alcohólicos y de adictos leves a moderados, por lo menos en el primer año posterior al episodio autoagresivo. Es por ello que en algunos centros del exterior, por la gran correlación entre la incidencia de un intento y su repetición(70, 16), es obligatorio que todo paciente reciba, por lo menos, un año de seguimiento psiquiátrico adecuado. Esta post-prevención se realiza en equipo, entre el hospital, el servicio de psicopatología, la policía y los magistrados(5, 71). Entre nosotros ya hemos analizado los resultados de la intervención policial. En la mayoría de los casos, se limita a investigar las muertes para descartar un accidente o individualizar a quien instiga o ayuda al suicida. No se hace una labor coadyuvante de prevención terciaria, cuando ésta sería la actividad más lógica y eficaz para nuestra comunidad.

En nuestro medio, el paciente suele ser dado de alta luego de ser resuelto su problema biológico lo que, en algunos casos, puede ser casi igual a un abandono de persona, ya que el médico es responsable de completar la asistencia integral del suicida. Así, en otros centros de emergencias psiquiátricas de otros países, hasta el 60% de los intentos de suicidio se interna(73, 74).

El tratamiento ideal del problema del acto suicida endémico sería una combinación eficaz de las tres prevenciones. A través de un equipo con continuidad terapéutica. Al respecto, incluimos un plan general, que podría coadyuvar a solucionar este problema, a todas luces fundamental en el tratamiento de la emergente situación sanitaria.

76 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



Finalizamos este estudio expresando que el suicidio, como otros problemas fatales en medicina, sólo tiene como tratamiento la prevención(75, 56). Creemos que estos resultados pueden aportar hallazgos que permitan desarrollar ésta en sus tres concepciones clásicas, definiendo, simultáneamente, el papel que debe asumir la emergentología hospitalaria en un tema que le compete tan extraordinariamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Richa, Ch.L.; Young, D.; Fower, R.C. y Rosenfeld, S.K.S. "The difference between date of suicidal act and recorded death certificate date in 204 consecutive suicides". **American Journal of Public Health**, 75 (7) 778-779, 1985.
- 2) Pellicari, A.; Kvitkd, L.A.; Ferriols, A.M.; Barral, E.E.; Chevarlzk, R. y Calzón, F.L. **El suicidio en la Ciudad de Buenos Aires. Estudio Médico Legal**, Bs. Aires, Premio Bienal de Medicina Legal, Facultad de Medicina, 1982.
- 3) Escudero, P.I. y Prado, G.E. **Epidemiología del suicidio en la Ciudad de Buenos Aires**, Bs. Aires, monografía, Cátedra de Salud Pública, 1982.
- 4) Secretaría de Salud Pública y Medio Ambiente. MCBA. "Areas prioritarias de investigación". **Boletín de Salud**, Buenos Aires, N° 3, I, Diciembre (3-4), 1984.
- 5) Miller, H.L.; Coombs, D.W.; Leeper, J.D. y Barton, S.N. "An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States". **American Journal of Public Health**, 74 (4) 340-343, 1984.
- 6) Questa, U. **La investigación científica**, Indto., 1983.
- 7) Bazerque, O. y Tessler, J. **Método y Técnicas de la Investigación clínica**, Buenos Aires, Ed. Toray, 1982.
- 8) Summa, J.D.; Platt, D.; Maywald, M. y Muhlberg, W. "Suizid und alter". **Med Welt Bd**, 33 (15) 566-569, 1982.
- 9) Batchelor, I.R.C. "Management and prognosis of suicidal attempts in old age". **Geriatrics**, 54, 291-293, 1955.
- 10) López, A. y Hanada, K. **World Health Statistics Quarterly**, 35, 203-224, 1982.
- 11) Meegama, S.A. "Aging in developing countries". **World Health Statistics Quarterly**, 34, 235-245, 1982.
- 12) Bianco, M.B. **Intentos de Suicidio. Sus factores condicionantes**, Indto, mayo 1981.
- 13) Pierce, D.W. "The predictive validation of a suicide intent scale; a five year follow-up". **Brit J. Psychiat**, 139, 391-396, 1981.
- 14) Pallis, D.J. "Estimating suicide risk among attempted suicides: I. The development of new clinical scales". **Br J Psychiatry**, 141, 37-44, 1982.
- 15) Montgomery, S.A. "Management of suicide risk". **Brit J Psychiatry**, 138, 81, 1981.
- 16) Pokorhe, A.D. "A follow-up study of 618 suicidal patients". **American Journal of Psychiatry**, 122 (10) 1109-1116, 1966.
- 17) Arcan, R. y Ciumageanu, D. "Cercetarea potentialului scuidal la adolescenti". **Neurologia, Psihiatria, Neurochirurgia**, XXIV, (1) 51-56, 1979.
- 18) Poldinger, W. **La tendencia al suicidio**. Ed. Verlag, 1968.
- 19) Organización Mundial de la Salud. "Prevención del Suicidio". **Cuadernos de Salud Pública**, Ginebra, N° 35, 1969.

78 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- 20) Brahe, U. "The suicidal patient as client at the Public Assistance Office". *Ugeskr Laeger*, 144, (36) 2667-2671, 1982.
- 21) Organización Mundial de la Salud. "El suicidio y los intentos de suicidio". *Cuadernos de Salud Pública*, Ginebra, N° 58, 1976.
- 22) Lemus, J.D. y col. "Comportamiento suicida en el Area del Hospital Fernández, Análisis de los ingresos en Guardia entre los años 1978 y 1980". *Ambiente Médico*, Bs. Aires, 111, (6) 14-17, 1980.
- 23) Goldney, R.D. "Management of suicide risk". *Brit J Psychiatry*, 125, 35-373, 1974.
- 24) Dixon, K.W. "A statistical investigation into the relationship between meteorological parameters and suicide". *Int J Biometeorol*, 27 (2), 1983.
- 25) Banki, C.M.; Arato, M.; Papp, Z. y Kurcz, M. "Cerebrospinal fluid amine metabolites and neuroendocrine changes in psychoses and suicide". *Therapeutic aspects*, 3, 153-159, 1984.
- 26) Asberg, M.; Bertilsson, L. y Martensson, B. CSF monoamine metabolites depression an suicide. *Frontiers in biochemical and pharmacological research in depression*. Ed. Usdin et. al. Raven Press (87-97), 1984.
- 27) Branchey, L.; Branchey, M.; Shaw, S. y Lieber, C.S. "Depression, Suicide and aggresion in alcoholics and their relationship to plasma amino acids". *Psychiatry Research*, 12, 219-226, 1984.
- 28) Hollister, L.E. "Drugs for mental disorders of old age - Trends in therapy". *Jama*, 234 (2) 195-293, 1955.
- 29) Batchelor, I.R.C. "Management and prognosis of suicidal attempts in old age". *Geriatrics*, 54, 291-293, 1955.
- 30) Martin, W.R. "Naloxone". *Ann Intern Med*, 85 (6), 765-768, 1976.
- 31) Bell, E.F. "The use of naloxone in the treatment of diazepam poisoning". *J Pediatr*, 87, 803-804, 1975.
- 32) Lemus, J.D. y col. "Epidemiología de la ingesta de benzodiacepinas". *Ambiente Médico*, sP 6 (21), 1987.
- 33) Abadi, M.; Garma, A.; Garma, E.; Gazzano, A.J.A.; Rolla, E.H. y Yampey, N. *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1973.
- 34) Hirsh, J. "Methods and fashions of suicide". *Mental Hyg* 44, 3-11, 1960.
- 35) Lundberg, G.D. "Antidepressive drugs as a cause of death". *JAMA*, 248 (15), 1879, 1982.
- 36) Rosnati, E. *Estudio psiquiátrico del suicidio y los intentos de suicidio (50 casos)*, Trabajo de Adsc. a la Docencia, 1979.
- 37) Thrston, G. *Alcoholism and suicide*. *Med J Aust*, 1, 620-621, 1971 (Editorial).
- 38) Trinkoff, A.M. y Baker, S.P. "Poisoning hospitalizations and deaths from solids and liquids among children and teenagers". *American Journal of Public Health*, 76 (657-600), 1986.
- 39) Lemus, J.D.; Lucioni, M.C. y col. *Estudio de la Autoagresión en Geriatria*. III Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria, 1982.
- 40) Murphy, G.E. The Physician's responsibility for suicide. I. An error of commission. *Annals of Internal Medicine*, 82, 301-304, 1975.
- 41) "Impact of a suicide inquest". *Lancet*, Sept. 23, 1240, 1978 (Editorial).
- 42) Farberow, N.L.; Shneidman, E.S. y Leonard, C. "Suicide among general medical and sur-

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES - 79
DEL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- gical hospital patients with malignant neoplasms". **Veterans Administration Medical Bulletin**, 9, 1-11, 1963.
- 43) Caprile, A.W.; Gherardi, R.; Jorge, M.A. y Caubet, J.C. "Evaluación del tratamiento de la intoxicación por depresores del SNC". **Rev. del Hospital de Clínicas**, 1979.
- 44) Caprile, A.W.; Gherardi, R. Jorge, M.A. y Martínez, J. Intoxicación por antidepresivos tricíclicos. **Rev. del Hospital de Clínicas**, 1979.
- 45) Proudfoot, A. **Diagnosis and management of acute poisoning**. Oxford, Melbourne, Ed. Blackwell Sci Pub, 1982.
- 46) Nicholson, D.P. "Tratamiento inmediato de las sobredosis de fármacos". **Clin Med de EE.UU.**, 6, 1295-1311, 1983.
- 47) Penn, C.R.H. "Management of acute poisoning". **British Medical Journal**, 5545, 179, 1967.
- 48) Wyllie, E.; Wyllie, R.; Cruse, R.P.; Rothner, D. y Erenberg, G. "The mechanism of nitrazepan-induced drooling and aspiration". **N Engl J Med**, 314 (1), 35-38, 1986.
- 49) Skutsch, G.M. "Sex difference in seasonal variations in suicide rats". **Brit J Psychiat**, 139, 8081, 1981.
- 50) Toolan, J.M. "Suicide and suicidal attempts in children and adolescents". **American Journal of Psychiatry**, 118, 719-724, 1962.
- 51) Lemus, J.D.; Vallejo, N. y col. **Estudio Multidisciplinario Prospectivo sobre la emergentología del Adolescente drogadicto durante un lustro en el área del Hospital Fernández**, III Congreso Latinoamericano de Toxicología, 1986.
- 52) Durkheim, E. **Le suicide. Etude de Sociologie**. París, Ed. Alcan, 1897.
- 53) Topp, D.O. "Suicide in prison". **Brit J Psychiat**, 134, 24-27, 1979.
- 54) De Ipola, G.H. de. "El riesgo de suicidio en el test de Rorschach". Buenos Aires, monografía, Cat. de Psicología Médica, 1972.
- 55) Kohlmann, T. y Stepan, H. "Problem of detection of suicidal tendencies by means of projection tests". **Wien Ztschr Nervenhe**, 12, 54-78, 1955.
- 56) Organización Mundial de la Salud. Problemas de Salud de la Adolescencia, OMS, Serv. Inf. Técnica, 308, 3-30, 1965.
- 57) Murphy, G.E. "The physician's responsibility for suicide, II Errors of omission". **Annals of Internal Medicine**, 82, 305-309, 1975.
- 58) Fontanarrose, H. y Carballo, H. "Urgencias en Psiquiatría. Intencionalidad suicida". **La Semana Médica**, 157 (7), 276-279, 1980.
- 59) Bonnet, E.P.F. **Medicina Legal**, López Libreros, Ed. 2da., 1980.
- 60) Código Penal de la Nación Argentina. La Prensa Médica, 1977.
- 61) Código de Procedimientos en lo Criminal, Capital Federal, Víctor de Zavalia, Ed. 1980.
- 62) Balfour Sclare, A. y Hamilton, C.M. "Attempted suicide in Glasgow". **British Journal of Psychiatry**, 109, 609-615, 1963.
- 63) "Choosing when to die and how". **Lancet**, 13, 571, 1980 (Editorial).
- 64) Drake, R.E.; Gates, Ch.; Cotton, P.G. y Whitaker, A. "Suicide among schizophrenics. Who is at risk?" **The Journal of nervous an mental disease**, 172 (10), 613-617, 1984.
- 65) Lear, T.E. "Oberdose, will psychiatrist please see"? **Lancet**, 21, 867-8, 1980.
- 66) Campos, E.G. y Magaz, A. **Emergencias psiquiátricas**. Temas de Terapéutica Clínica, II Ed. Akadia, 1981.
- 67) Gardner, R. Management of patients after self poisoning. **Lancet**, 8222 1 (725), 1981.

80 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO-AMBIENTALES
DEL SUCIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

- 68) Midenet, M.; Midenet, J.; Bouchardy, J.M. y Lambert, P.A. "Les suicides survenant chez les malades mentaux apres leur sortie de l'hospital". **Annales medico-psychologiques**, 1 (1), 135-136, 1967.
- 69) Kammerer, T.; Singer, L.; Gurfin, L. y Wysoki, V. "Application of a new method of mathematical analysis to the study of suicide attempts". **Annales Medico-psychologiques**, 2 (2), 296-303, 1967.
- 70) Philips, A.E. y McCulloch, J.W. "Social Pathology and personality in attempt suicide". **Brit J Psychiat**, 113 (505) 1405-1406, 1967.
- 71) Litman, R.E. "Police aspects of suicide". **Police**, 10 (1), 14-18, 1966.
- 72) Wilkerson, R.C. "The physician's liability in suicide and homicide". **Médico-legal Bulletin**, 157, 1-5, 1966.
- 73) Fauman, B. "Consultation in emergency medicine: suicidal patients in the emergency department". **Ann Emergency Med**, 389 (7), 1981.
- 74) Prokupek, J. "Problem involved in the psychiatric diagnosis of attempted suicide cases". **Ceskoslovenska Psychiatrie**, 64 (2), 77-89, 1968.
- 75) Stern, H.P. "Adolescent Suicide". **The Journal of the Arkansas Medical Society**, 81 (2), 120-122, 1984.