



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA EN USUARIOS DEL
SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLOGICO POR
TELEFONO (SAPTEL)

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

DIRECTOR DE TESIS:
MAESTRA MA. MARTINA JURADO BAIZABAL
ASESORA:
MARTHA CUEVAS ABAD

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2005

m349230

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al jurado:

*Maestra Martina Jurado Baizabal
Maestra Martha Cuevas Abad
Doctor Federico Puente Silva
Doctor Jorge Álvarez Martínez
Maestra Georgina Cárdenas*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Christian Sandoval
Espinosa
FECHA: 17 octubre - 2005
FIRMA: [Firma]

A mis padres:

Por su apoyo incondicional, económico y moral; por las enseñanzas que me han dado y el impulso a siempre ir por más, por darme la confianza para demostrarme a mí misma que puedo lograr esto y mucho más. Por el amor que han puesto en la casa, en mi vida y entre todos los integrantes de la familia.

A mis hermanos:

A Carlos porque ha sido un hermano maravilloso que ha podido respetar mi forma de ser y de pensar sin importar lo que esto sea. A Fer por ser mi hermano, mi amigo y mi compañero de juegos desde siempre, por soportarme todos estos años y por quererme incondicionalmente sin importar que no siempre está de acuerdo conmigo. Por ser los mejores hermanos que pude haber tenido.

Mis amigas:

A Karla, Nadia, La Abuela (Lourdes), Norma, Adriana, Ruth y Jenevy porque sin la escucha, el apoyo, la jocosidad que han puesto en mi vida, yo no podría ser la persona que soy actualmente, porque me apoyaron y sé que puedo confiar en todas ustedes.

Mis amigos:

A Julio, Christian, Christopher, Álvaro, Ricardo, Alfredo, Enrique, Guillermo, Héctor, Mario, Jonathan y Hugo. A todos ustedes que me han adoptado en sus vidas como una amiga especial, que me han dado su apoyo cuando me he sentido mal, que han sido para mí más que un apoyo y una guía.

Mis tíos y primos:

A todos ustedes que me apoyaron durante mi formación académica.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES:

- Ψ *Universidad Nacional Autónoma de México*
Sino hubiera entrado a esta institución difícilmente hubiera podido cumplir mi sueño de ser psicóloga y posiblemente mi rumbo hubiera sido uno muy distinto.
- Ψ *Sistema de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL)*
Sin el apoyo brindado por esta institución me hubiera sido imposible llevar a cabo este trabajo, también le agradezco la gran experiencia que viví ahí, el crecimiento profesional que obtuve y la gente tan linda y especial con la cual pude hacer contacto.

- Ψ *Maestra María Martina Jurado Baizabal:*
Por ser más que la directora de un proyecto de tesis, por ser mi profesora en diversas materias, por darme la oportunidad de realizar el servicio social en un área que me fascina (el área clínica) y sobretodo por las observaciones que me ayudaron a conformar este trabajo.
- Ψ *Maestra Martha Cuevas Abad:*
Por darme el tiempo y la oportunidad de asesorarme en momentos en que costó encausar mis ideas, de no haber sido por sus comentarios no hubiera podido darle la dirección que me agradó para este trabajo.
- Ψ *Doctor Federico Puente:*
Por brindarme la facilidad de acceder a los datos de SAPTEL, por sus observaciones y sobretodo por el tiempo empleado en revisar este trabajo a pesar de sus múltiples ocupaciones y en especial por haber accedido a ser sinodal siendo el titular de Saptel. Gracias.
- Ψ *Maestro Jorge Álvarez Martínez:*
Por sus oportunas observaciones sobre la tesis, la prontitud de las mismas, por estar al pendiente de los avances y por la sencillez con que trata a las personas.
- Ψ *Doctora Georgina Cárdenas López:*
Por las excelentes críticas hacia este trabajo, la prontitud de sus comentarios y la accesibilidad y amabilidad.

Agradezco en especial:

A Héctor Fernando Sandoval Espinoza
A Nadia Manzanares Garduño
A Julio César Cortés Ramírez
A Norma Angélica Arroyo Gazca
A Christian Francisco Altamirano Arévalo
A Adriana Elizabeth Llanez Romero

Personne on décide se tuer
 Quand il est heureux
 (Anónimo)
 Nadie decide matarse
 Cuando es feliz

ÍNDICE

Agradecimientos

Índice..... I

Resumen..... III

Introducción..... V

CAPÍTULO I. INTERVENCIÓN EN CRISIS

Definición de Crisis..... 1

Intervención en Crisis..... 5

Modelos de Intervención en Crisis..... 6

Intervención por Teléfono..... 11

Intervención Telefónica en Personas con Crisis Depresivas..... 14

Intervención Telefónica en Casos de Suicidio..... 15

Formas de Prevención..... 24

Historia de SAPTEL..... 27

Modelo SAPTEL..... 35

CAPÍTULO II. ANSIEDAD, MUERTE Y DEPRESIÓN

Ansiedad..... 39

Ansiedad de Muerte..... 53

Muerte..... 55

Depresión..... 69

CAPÍTULO III. SUICIDIO

Introducción..... 89

Antecedentes sobre el Suicidio..... 89

Definición de Suicidio..... 92

Teorías acerca del Suicidio..... 96

Estudios en México sobre Intento de Suicidio y Suicidio Consumado..... 104

Estudios Clínicos..... 107

Epidemiología sobre el Suicidio en México..... 110

Factores de Riesgo Suicida..... 112

Crisis Suicida..... 125

Evaluación de Riesgo Suicida..... 128

Tipos de Suicidio..... 129

Formas y Métodos para Realizar el Suicidio..... 131

CAPÍTULO IV. MÉTODO	
Objetivos.....	133
Pregunta de Investigación.....	133
Justificación de la Investigación.....	134
Hipótesis.....	135
Variables.....	136
Muestreo.....	141
Sujetos.....	142
Tipo de Estudio.....	142
Diseño.....	142
Instrumento y/o Material.....	142
Cédula de registro.....	143
Procedimiento.....	145
Análisis Estadístico de Datos.....	146
CAPÍTULO V. RESULTADOS	
Características de la llamada.....	147
Características sociodemográfica.....	151
Características psicológicas.....	155
Características cognitivas.....	155
Características afectivas.....	158
Características biológicas.....	160
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES	
Conclusión y discusión.....	161
Limitaciones y sugerencias.....	174
REFERENCIAS.....	175
Apéndice I. Cédula de Registro.....	183
Apéndice II. Evaluación de Inteligencia.....	185

RESUMEN

Una crisis es un estado temporal de desorganización en el cual el individuo intenta solucionarla a través de sus recursos, con resultados positivos o negativos (Slaikeu, 1996). Cuando se presenta se emplea la intervención en crisis que es un modo diferente para colaborar al funcionamiento psicológico, interpersonal y social basado en la capacidad de garantizar el acceso de los aportes necesarios tanto físico, emocional y social (Fernández, 2000). Esto se puede llevar a cabo por teléfono, brindando apoyo en depresión y suicidio (Rodríguez, 2002). En Saptel la mayor incidencia de casos se presentan con ansiedad, depresión y proceso suicida (idea, plan e intentos) (Sullivan, 1992; citado por Loza 1995).

La angustia aparece ante situaciones emocionales que afloran por peligro que acontece o acontecerá, estímulos amenazantes a la personalidad, temor a la aniquilación y desintegración (Ravagnan, 1981). Se manifiesta en somatizaciones tales como palpitación, sudoración, temblor, sensación de ahogo, opresión torácica, náuseas, mareo, inquietud, dificultad de concentración y tensión muscular (DSM-IV TR, 2002). Frecuentes en usuarios de Saptel.

La muerte es un fenómeno natural, irreversible, inevitable que finaliza la vida (Orbach, 1985; citado por Alcántara, 2002). La mayor mortalidad se da en hombres de 0 a 35 años y por suicidio de 15 a 29 años (7.7%) (INEGI 2003). También puede ser parcial, psicológica, social y biológica (Alamilla, 1997; citado por Ramírez 1996).

La melancolía o depresión se deriva de una pérdida, ofensa, postergación, desengaño (Marchiori, 1998). El origen puede ser genético, psicológico, ecológico y social. Altera el pensamiento, la conducta y el aspecto, manifiesta síntomas somáticos e inicia conducta suicida (Sánchez, 2001).

El suicida intenta matar el dolor interno dirigiendo su agresión contra sí mismo (Meninger, 1977). Los factores precipitantes estudiados son: Edad (INEGI); Estado Civil (Kaplan, 2000); Ocupación (Clemente, 1996); Religión (Marchiori, 1998); Ambiente Familiar (Blumental y Kupter, 1988; citados por De las Herras, 1989); Apoyo Social (Clemente, 1996); Salud (De las Herras, 1989); Estrés (Parker, 1979; citado por Fremouw, 1990); Desesperanza (Bedrosian y Beck, 1979; citados por Fremouw, 1990); Pérdidas (Clemente, 1996); Hostilidad (Cull & Gill, 1982; citados por Fremouw, 1990); Sustancias (Robins, 1985; citado por Fremouw, 1990); Depresión y ansiedad (Carveth y Goltlich, 1979; citados por De las Herras, 1989); Aislamiento (Fremouw, 1990); Desorganización

(Fremouw, 1990); Temporalidad (Rodríguez, 1963); Ideación (Alcántara, 2002); Plan suicida (De las Herras, 1989); Intento suicida (Bancroft y Marsack, 1994; citados por Marchiori, 1998); Arreglos finales (Fremouw, 1990); y Lugar (Alcántara, 2002).

Para el estudio se utilizaron 977 cédulas de registro de Saptel pertenecientes al mismo número de participantes, la investigadora no las llenó, el lapso de tiempo fue de julio del 2004 a diciembre del mismo año. Se dividieron en dos grupos. El primero de 831 sujetos sin intentos suicidas y 146 con intentos previos y actuales, con edades que oscilaron de 18 a 76 años. El estudio es probabilístico, correlacional, de campo, transeccional, no experimental, de una sola muestra. El procedimiento estadístico consistió en análisis de frecuencias, análisis de varianza, un post hoc y análisis de regresión lineal.

Los síntomas de ansiedad que se presentaron con mayor frecuencia fueron: presencia de irritabilidad (108), disminución en la concentración (98) y presencia de ansiedad (127). Para la depresión fueron: alteraciones en el contenido del pensamiento (131), presencia de fatiga (96), alteraciones al dormir (112), presencia de irritabilidad (108), presencia de ánimo deprimido (144) y disminución en la concentración (98). En conclusión que entre mayor cantidad de síntomas mayor es la propensión a la tentativa suicida.

Para el análisis de regresión los factores sociodemográficos no explican de modo significativo la variabilidad de los datos, por lo tanto no influyen en el riesgo suicida de ésta muestra.

Entre las limitaciones del estudio encontramos la apertura de varios expedientes a una misma persona, sujetos que dan información contradictoria o errónea, llamadas de duración breve, falta de información dentro de la cédula de registro de Saptel.

Entre las sugerencias se encuentra la elaboración de una precédula de registro, la introducción de nuevos aparatos que describan detalladamente factores de riesgo suicida, falta de estudios serios sobre el suicidio en hombres mexicanos, precisión en el manejo de la cédula de Saptel y actualización constante de los datos de la cédula de registro de Saptel.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los factores de riesgo suicida se presentan con mayor frecuencia en la población general, son características tanto caracterológicas, genéticas, ambientales, conductuales y sociales que facilitan el aumento de ansiedad intolerable, que genera diferentes tipos de conductas como ideación suicida, planeación, intentos o suicidio consumado.

De acuerdo a la literatura las crisis emocionales y urgencias psicológicas se encuentran íntimamente ligadas a la depresión, la angustia y el suicidio, encontrando en éste una salida a toda la energía no canalizada que se almacena produciendo un fuerte malestar ante el cual la persona cree no poseer herramientas suficientes para hacerles frente.

Del mismo modo el estudio acerca de la muerte es importante para entender la motivación que las personas encuentran a quitarse la vida.

Los autores que han estudiado tanto el suicidio como temas relacionados a éste han mencionado que existen factores de vulnerabilidad que se deben presentar para que las personas inicien un proceso suicida. Entre los factores encontramos: sexo, edad, ocupación, escolaridad, estado civil, grado de estrés, falta de redes sociales, ansiedad, sintomatología depresiva, entre muchos otros.

El objetivo de esta investigación es detectar la relación entre los factores sociodemográficos, la ansiedad, la depresión y el riesgo suicida en los usuarios de SAPTEL con el fin de evaluar el nivel de riesgo que presentan a partir de la evaluación de la consulta telefónica que se solicita por medio de SAPTEL.

Esto es importante, ya que los casos de intento suicida y el suicidio en sí han aumentado con respecto a décadas anteriores, dado que algunas personas no manifiestan abiertamente que se encuentran en un proceso suicida. Es posible que detectando estas situaciones se le pueda apoyar al sujeto para que desista de esta opción y en el mejor de los casos lograr que se someta a un tratamiento psicoterapéutico, psicoanalítico o psiquiátrico.

CAPÍTULO

1

INTERVENCIÓN EN CRISIS

*La chair est triste, hélas! Et j'ai lu tous les livres.
Fuir! La-bàs fuir! Je sens que des oiseaux sont livrés
D'être parmi l'écume inconnue et les cleuds...*

Stéphane Mallarmé

*La silla es triste y no me queda lectura
¡Sal de aquí! ¡Escapa! Las aves son libros
Viendo desde la espuma ignorada a los cielos.*

Definición de Crisis
Intervención en Crisis
Modelos de Intervención en Crisis
Intervención por Teléfono
Intervención Telefónica en Personas con Crisis Depresivas
Intervención Telefónica en Casos de Suicidio
Formas de Prevención
Historia de SAPTEL
Modelo SAPTEL



CAPÍTULO I. INTERVENCIÓN EN CRISIS

*Assez vu. La vision s'est rencontrée à tous les airs
Assez vu. Remeurs des villes, le soir, et au soleil et toujours.
Assez connu. Les arêts de la vie o rumeurs et Visions!
(A. Rimbaud)*

*No más ver. Por doquier esa visión se presentaba.
Ni tener. Rumores de urbes, la tarde, en pleno día y por siempre.
No más saber. De la vida las pausas... irumores, visiones!*

DEFINICIÓN DE CRISIS

Un análisis semántico de la palabra crisis, el término chino de crisis (weiji) se compone de dos caracteres que significan peligro y oportunidad, concurrentes a un mismo tiempo (Wilhelm, 1967; citado por Slaikeu, 1996). La palabra crisis se deriva del griego Krinein, que significa decidir. Las derivaciones de la palabra griega indican que la crisis es a la vez decisión, discernimiento, así como también un momento crucial durante el que habrá un cambio para mejorar o empeorar.

Una crisis es un estado temporal de desorganización, que un individuo intenta solucionar a través de sus recursos habituales, los resultados que pueden obtener son positivos o negativos. El estado de crisis tiene un tiempo limitado y casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, la resolución de la crisis depende de los recursos del individuo, de la gravedad de los factores precipitantes y de los recursos sociales del sujeto (Slaikeu, 1996).

El concepto de crisis de Caplan (1988; citado por Fernández, 2000) se formó a partir de la estructura de la psicología de Erickson (1963), en la que el ser humano crece o se desarrolla a través de superar una serie de ocho etapas claves. El interés de Caplan fue en cómo la gente vencía las diversas transiciones de una etapa a otra, pronto identificó la importancia de los recursos personales y sociales al determinar, si el desarrollo de las crisis (Inducidas o repentinas también) resultaría en mejoramiento o empeoramiento.

De acuerdo con Caplan, la crisis tiene cuatro fases evolutivas:

- 1.- Hay un aumento inicial de tensión a medida que se ensayan las técnicas habituales de solución de problemas.
- 2.- Las defensas no tienen éxito por cuanto el estímulo continúa y la sensación de malestar aumenta.



- 3.- Un aumento mayor de la tensión actúa como poderoso estímulo interno y moviliza los recursos internos y externos. En este estadio, se ensayan los mecanismos de emergencia para la solución de problemas. El problema puede ser definido nuevamente, disminuyendo o renunciando a ciertos aspectos de los objetivos propuestos inicialmente por ser estos inalcanzables.
- 4.- Si el problema continúa y no puede ser ni solucionado ni evitado, aumenta la tensión y se presenta una desorganización muy seria.

Horowitz (1976; citado por Fernández, 2000) describe las reacciones a la tensión grave (p. ej. muerte inesperada de un ser querido) para detallar más ampliamente las etapas de la crisis. El desorden se refiere a las reacciones iniciales en el impacto del suceso. La intrusión incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso, sea una pérdida o alguna otra tragedia. Translaborar es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y traslaboran estos sentimientos y experiencias naturalmente, en tanto que otros lo hacen únicamente con ayuda externa. La terminación es la etapa final de la experiencia de crisis y conduce a una integración de la misma dentro de la vida del individuo. El suceso ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Tanto el estrés como la crisis conlleva incomodidad, y por ello estos conceptos se confunden con frecuencia. Viney (1976; citado por Slaikeu, 1996) ofrece las siguientes distinciones entre ambos:

1. Los patrones de enfrentamiento durante la crisis son diferentes de aquellos relacionados con el estrés. Bazeley y Viney (1974; citados por Slaikeu, 1996), concluyó que esas crisis específicas eran manejadas de manera diferente que las preocupaciones y los periodos de infelicidad. El enfrentamiento durante la crisis parecía ser más "personal", al utilizar menos el núcleo familiar y los apoyos informales.



2. Durante el estado de crisis, el individuo tiende a ser menos defensivo y más abierto a las sugerencias, influencias externas y apoyos (Halpern, 1973; citado por Slaikou, 1996), aunque esto no es característicamente cierto en el estrés.
3. El efecto de la crisis puede ser debilitante o de crecimiento. El estrés, por otro lado, está comúnmente relacionado con la patología y tiene como resultado más optimista la adaptación al deterioro y aflicción causado por circunstancias de la vida o un regreso al estado de cosas original (Selye, 1976; citado por Slaikou, 1996).
4. La crisis se observa como incidente durante el periodo relativamente corto (alrededor de seis semanas), mientras que el estrés no está considerado para tener esta cualidad autolimitante en el tiempo (Slaikou, 1996).

Existen dos tipos de crisis (Sheehy, 1976; citado por Slaikou, 1996), las crisis externas o situacionales son aquellas provocadas por eventos casuales que la persona afectada no puede predecir y en donde el sujeto se enfrenta a situaciones de peligro, que pueden afectarle física o psicológicamente; las crisis del desarrollo son las que se relacionan con el traslado de una etapa de crecimiento a otra. Las crisis del desarrollo personal, o etapas de enfrentamiento con acontecimientos esperados en la vida.

Erickson (1963; citado Rodríguez, 2002) llamó crisis del desarrollo, a eventos esperados por los que todos los individuos pasan, debido a que son predecibles; las personas pueden prepararse para estos sucesos, los cuales conforman la personalidad a través de una continuación de etapas diferenciadas como: niñez, adolescencia y la adultez; entre cada una de estas etapas los individuos experimentan desorganización de la conducta, la cual se manifiesta a través de los cambios de humor, fluctuación de emociones y pensamientos. Erickson enfatizaba la relación entre el desarrollo social de la persona y su entorno social, "...Las ocho etapas de Erickson constituyen un proceso continuo en el que todas las cualidades opuestas al ego se presentan en algún grado a través de la vida, gradual y cronológicamente, cada par de cualidades asciende hasta provocar la crisis culminante que debe ser resuelta; y aunque se supone que la secuencia de la crisis es universal, en gran parte la cultura determina las situaciones en las que se enfrenta la crisis y la proporción deseable de las mismas se revelan".



Erickson definió también las crisis accidentales en las que por azares de la vida se rompe bruscamente la provisión de aportes básicos y dejan de ser efectivos los procedimientos de afrontamiento utilizados hasta entonces.

Caplan (1968; citado por Rodríguez, 2002) define a las crisis situacionales como eventos azarosos, impredecibles por la persona afectada, en este tipo de crisis "...es el elemento sorpresa el que incrementa la reacción de crisis...reduce el control de la persona y el poder sobre la situación" (49pp.). Como ejemplos de crisis situacionales encontramos: el embarazo, el nacimiento, la muerte, entrar a una nueva escuela o trabajo, casarse, enfermedades graves, agresiones sexuales, un accidente automovilístico, etc. Estos eventos colocan al individuo en situaciones novedosas, que nunca ha enfrentado y le exigen solución.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1996).

Rapoport (1965; citado por Slaikeu, 1996) sugiere que un conflicto inicial puede percibirse como: a) una amenaza a las necesidades instintivas o al sentimiento de integridad física y emocional, b) una pérdida (p. ej. de una persona, habilidad o aptitud), c) un reto que amenaza con sobrepasar las capacidades del individuo. En cada caso, los procesos cognoscitivos median entre el suceso y la respuesta del individuo.

Taplin (1971; citado por Slaikeu, 1996) subrayó el componente cognoscitivo del estado de crisis, es decir, la violación de las expectativas de la persona sobre su vida por algún suceso traumático, o la incapacidad del individuo y su "mapa cognoscitivo" para manejar situaciones nuevas y dramáticas.



INTERVENCIÓN EN CRISIS

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores (1942), tras el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de noviembre de 1942. En lo que fue el más grande incendio de un solo edificio en la historia de ese país hasta entonces, 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud concentrada en el Coconut. Lindemann y otros colaboradores del Hospital General de Massachussets desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes, aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre. Su informe clínico (Lindemann, 1944; citado por Caplan, 1988) acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo, una serie de etapas mediante las que el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida. Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda a la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores.

A partir de los principios dados por Lindemann, Caplan, también miembro del Hospital de Massachussets y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales de la psicopatología de los adultos. Estableció el asunto de modo muy breve: "un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber enfrentado sus problemas de manera desajustada y haber sido menos culpable de lo que había sido hasta antes de la crisis" (Caplan, 1988, p.35).

El término intervención en crisis se emplea no sólo a un procedimiento de intervención, sino a un modo de concebir la salud y los trastornos mentales y, por lo tanto, la posibilidad de intervenir sobre ellos desde la óptica de la salud pública. (Fernández, 2000).

La intervención en crisis se enfoca a auxiliar a estos pacientes y sus familiares para: a) el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad abrumadora en los



albores de la enfermedad), b) el desarrollo de estrategias efectivas de enfrentamiento para las secuelas de la enfermedad (búsqueda de una vida modificada, pero no dominada por la enfermedad), a partir de una amplia variedad de intervenciones, que incluyen apoyo, reestructuración cognoscitiva y consulta familiar. El proceso de intervención pretende, ante todo, facilitar un proceso de duelo que resulte de paso para permitir la variación individual y se ajuste a los usos y expectativas psicosociales. La meta esencial es complementar el proceso de duelo con una sensación de alivio, equilibrio resultado y una apertura para encarar el futuro (Slaikeu, 1996).

El objetivo general de la intervención en crisis es facilitar que el paciente sea capaz de establecer un nuevo modo de funcionamiento psicológico, interpersonal y social en que pueda poner en juego sus capacidades para garantizarse el acceso a los necesarios aportes físicos, sociales y emocionales en su nueva situación (Fernández, 2000).

MODELOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS

Miller e Iscoe (1963; citados por Lazarus, 1995) proponen un modelo de intervención en crisis compuesto por tres submetas de los primeros auxilios psicológicos que dan dirección a la actitud del asistente. Proporcionar apoyo es la primera, y su apoyo en la premisa de que es mejor para las personas no estar solas, en tanto soportan cargas extraordinarias. Reducir la mortalidad, la segunda submeta de los primeros auxilios psicológicos se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis. Es frecuente, de manera especial en una sociedad donde la violencia es, por mucho, una parte de la vida cotidiana, que algunas crisis conduzcan al daño físico (como golpear a los hijos o al cónyuge) o aun a la muerte (suicidio y homicidio). Una submeta determinante para los primeros auxilios psicológicos es, entonces, tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación. Por último, proporcionar enlace con fuentes de asistencia, la tercera submeta, se vincula de modo directo con nuestra definición de la crisis vital como un periodo en el que los suministros y recursos personales se han agotado.



penetrantes trastornos en el carácter y en el estilo de vida. Los efectos agudos incluyeron síntomas como perturbaciones en la memoria pesadillas, insomnio, irritabilidad y angustia. Los síntomas persistentes después de pasada la fase aguda fueron ansiedad continua, fobias, depresión, creciente utilización de estimulantes y depresores (tabaco y alcohol), pérdida de interés en las relaciones sexuales, búsquedas recreativas y socialización en general.

La psicoterapia breve, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis. La bibliografía sugiere que el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma a la mayoría de las personas recuperan el equilibrio después de un incidente de crisis, o alrededor de seis semanas, según Caplan (1988).

INTERVENCIÓN POR TELÉFONO

Los servicios telefónicos de 24 horas y en operación los 365 días del año, se han utilizado extensamente desde los últimos años de la década de 1950. Además, muchos centros tienen servicios de alcance externo que permiten a los orientadores visitar a la gente siempre que sobreviene una crisis. La hipótesis es que, si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro en la crisis puede aumentar y redundar en la pérdida de una vida (por suicidio u homicidio). Otro peligro es que los hábitos disfuncionales y los patrones de pensamiento pueden impregnarse de un modo tan fuerte en la vida del paciente que se vuelva muy difícil cambiarlo después. En síntesis, el énfasis en la oportunidad se calcula para reducir el peligro y, al mismo tiempo, para capitalizar la motivación del paciente para hallar algún nuevo planteamiento (lo mismo de actitud que conductual) para enfrentarse con las circunstancias de la vida, (Slaikeu, 1996).

El uso de la psicoterapia por teléfono es de gran utilidad para poblaciones sin acceso a tratamiento privado, también para un mejor empleo de los recursos terapéuticos a un nivel social, a la vez que ayuda a cubrir las necesidades de servicios en salud mental, Bustos (1989; citado por Loza, 1995).



El empleo del teléfono en el campo de la psiquiatría cuenta con varias experiencias algunas de ellas son:

- 1) Apoyo para las personas con depresión y/o riesgo suicida.
- 2) Seguimiento una vez que el paciente ha concluido su tratamiento y es dado de alta.
- 3) Mantener comunicación con los familiares del paciente e informarles periódicamente de la evolución del mismo (Bustos; Montes de Oca., L., 1989; citado por Rodríguez, 2002).

Frankish y James (1994; citados por Loza, 1995) evaluaron el desarrollo en el que se basan los centros telefónicos de intervención en crisis dedicados a la prevención del suicidio. Existe cierta evidencia de que tales instituciones tienen un impacto positivo en la reducción de los intentos suicidas dentro de grupos específicos de edad pero los datos para la relación causal entre el consejo en casos de crisis y la reducción en la tasa de suicidios es confusa. Estos autores presentan lineamientos para los centros de atención telefónica y características de programas efectivos para la prevención del suicidio. El entrenamiento para los voluntarios al teléfono se visualiza como esencial en la reducción de la tasa de intento suicidas. Muchos programas de prevención suicida se considera que quedan cortos con respecto a los estándares recomendados.

Lester (1977; citado por Slaikeu, 1996) sintetiza las características más importantes de la orientación por teléfono, al hacer referencia del control del paciente que se relaciona con el contacto por teléfono. En la orientación cara a cara, un paciente generalmente toma lugar en la sala de espera, quizás llena formas de cuestionarios psicológicos que le da una recepcionista, se le introduce en la oficina de un terapeuta, se sienta y comienza hablar, todo bajo la conducción o instrucción de otra persona.

Una segunda característica de la orientación por teléfono es que preserva el anonimato del paciente. La posibilidad de proteger la identidad que se cree que facilita una mayor revelación de sí mismo y apertura por parte de muchos de los que llaman.



En el tercer lugar, los orientadores también son anónimos, un hecho que facilita la transferencia positiva. Al estar ausentes las señales visuales, existe una mayor oportunidad para el orientador en cuanto a cumplir con la fantasía de quien llama con respecto a cuál sería el orientador ideal, lo que no ocurre en la situación cara a cara.

En cuarto lugar, la orientación por teléfono reduce la dependencia de alguien que llama con respecto a un orientador individual, y la transfiere al servicio clínico o de orientación.

En quinto lugar, la orientación por teléfono es única en su accesibilidad. La mayoría de las personas tienen un teléfono (o el acceso expedito de alguno) y el costo de su uso es bajo.

Para lograr un buen contacto, el/la terapeuta telefónico tiene como instrumento principal el manejo de voz. No sólo es importante lo que se dice sino cómo se dice, por esta razón el consejo del terapeuta debe tener especial cuidado con su tono de voz, el cual debe ser calmado y alentador, para poder lograr que el usuario se sienta comprendido y pueda bajar su angustia y la confusión que le provoca el estado de crisis. Además, debe evitar involucrarse con el pánico del paciente; este puede ser fácilmente detectado en el tono de voz alto y habla rápida, el terapeuta capacitado debe responder con habla atenta, calmada y controlada (Slaikeu, 1996).

Por estas razones, es recomendable que las personas que atiendan una línea telefónica de apoyo o de intervención psicológica cuenten con ciertas habilidades y conocimientos, tales como de intervención en crisis, técnica de la entrevista y dentro de las habilidades que se requieren para proporcionar un mejor servicio, se puede mencionar: empatía, adecuado empleo de la voz, tolerancia a la frustración, sensibilidad y calidad humana. Todas estas habilidades y conocimientos como sugiere Slaikeu (1996) facilitarán el trato con usuarios reacios a hablar, utilizando en estos casos expresiones breves, reflexivas y empáticas del terapeuta, que demuestren el deseo de entender la situación.



Las situaciones de crisis con frecuencia están asociadas con el deseo de autolesionarse o de matarse por parte del usuario, además están teñidas de tristeza o automenosprecio; pero merece la pena recordar que no todos los deseos suicidas surgen desde la desesperanza. En un paciente con estas características es necesario: alentar la expresión de sentimientos, revisar conjuntamente el inicio del deseo de suicidarse, buscar el origen más remoto de la emoción, incorporar posibles soluciones, demostrar interés genuino por la problemática de la persona, discutir la posibilidad de un acto suicida, prever lo que se va a hacer a futuro y conectar con la red social o familiar (Fernández Liria, 2001). Es preciso revisar la técnica de intervención en personas con depresión y/o riesgo suicida.

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA EN PERSONAS CON CRISIS DEPRESIVAS

Bellak y Small (1969; citados por Loza 1995) aseguran que en la constelación depresiva, el paciente experimenta un gran montaje de hostilidad pero no puede expresarlo en la dirección del objeto o de la situación que la ha provocado y por lo tanto la dirige contra sí mismo; por lo anterior tiende a desembocar en muchos de los casos en un acto suicida, es así que los procedimientos terapéuticos para tratar la depresión, son también recomendables para el tratamiento del suicidio. Dichos procedimientos son:

- 1) El primer paso en la psicoterapia de la depresión suele dirigirse a la disminuida autoestima del paciente, además el hecho de asistir a tratamiento puede representar un golpe más a ésta.
- 2) La confianza que se le puede dar realmente al paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas del yo es un procedimiento estrechamente aliado al incremento de la autoestima.
- 3) La clave de la maniobra en la psicoterapia de la depresión es la reversión de la intra-agresión, se utiliza la técnica de la catarsis mediata; con ésta no se espera que el paciente mismo exprese sus sentimientos, sino más bien el terapeuta los expresa por él.
- 4) En cuanto sea posible la comprensión de los rasgos dinámicos debe asociarse a una figura contemporánea de la vida del paciente.



- 5) Las manifestaciones de transferencia deben tratarse de inmediato y con claridad, especialmente las manifestaciones negativas.
- 6) El terapeuta debe asegurar al paciente que está a su disposición en cualquier momento, ésta es muy importante debido a los riesgos de suicidio, en los pacientes deprimidos fuertemente.
- 7) Si el paciente está en una clara situación que continúa rebajando su autoestima, donde experimenta continuos desengaños, y que le genera hostilidad, es posible que sea necesario ser directivo, ya sea quitar al paciente de ese marco o cambiarlo si es posible. Para ayudarlo a canalizar la hostilidad se le puede recomendar que haga ejercicios físicos violentos (p. ej. pegarle a un saco de arena, jugar boliche, etc.).

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA EN CASOS DE SUICIDIO

En 1953 en Londres aparecen "los Samaritanos del teléfono" fundada por el reverendo Chad Varah, esta organización religiosa utiliza el teléfono como herramienta fundamental para prevenir el suicidio; ellos son los primeros que utilizan esta modalidad y establecen sucursales en todo el mundo incluyendo México. En EU en 1958 Farberow y Shneidman (1985; citado por Slaikeu, 1996) fundan el primer servicio de atención psicológica por teléfono en Los Ángeles, con un funcionamiento similar.

A principios de la década de 1960, el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en EUA, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan. Centros como Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y Erie County (Búfalo) ofrecían durante 24 horas los 365 días del año líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios vinculados a la mentalidad activista social de la época los centros se apoyaron mucho en los esfuerzos de voluntarios no profesionales y paraprofesionales para sus programas de orientación por teléfono (Mc Gee, 1974; citado por Slaikeu, 1996).

Stein (1976; citado por Loza, 1995) afirma que el servicio telefónico para intervención en Crisis ha demostrado su utilidad sobretodo en casos de intento suicida, reduciendo la posibilidad del mismo y funcionando a nivel preventivo.



Levi (1986; citado por Rodríguez, 2002), informa que el Centro de Asistencia para Suicidas, en Buenos Aires Argentina, funciona las 24 horas al día proporcionando ayuda gratuita a suicidas desde hace más de 15 años.

En México el hospital de emergencias de Coyoacán, brindó ayuda médica y psicológica a través del teléfono en el Centro de Prevención al Suicidio, esto se llevó a cabo de junio de 1967 a enero de 1972. "La Asociación Mexicana para la Prevención del Suicidio" tiene como función desarrollar un trabajo integral para la atención al suicida incluyendo la atención telefónica. (Loza, 1995).

En prevención del suicidio el teléfono ha sido el mayor y más importante medio de tratamiento en los centros para la prevención del suicidio. En muchos centros, el consejo por vía telefónica es el único que ofrece (Lester, 1977; citado por Slaikou, 1996).

La característica más distintiva de la orientación por teléfono es que la ayuda que se proporciona a una persona en crisis toma lugar sin el beneficio de las señales no verbales, como son los gestos faciales, y el lenguaje corporal, y se apoya exclusivamente en la palabra que se hablan entre el asistente y quien llama (el contenido) y cómo se hablan las mismas (la forma de conversación) (Blumenthal y cols, 1976; citados por Slaikou, 1996).

Ahora, para aplicar la psicoterapia breve a través del teléfono en una situación de suicidio, son indispensables varios requisitos: el tener toda la atención en la llamada y poner barrera con el exterior, el estar concentrado en ese momento, ya que para la persona que está al otro lado de la línea, es un episodio muy doloroso lleno de emociones intensas y determinante para decidir su permanencia o no en la tierra. El terapeuta debe pensar rápidamente, tanto para conducir la entrevista, como para hacer las interpretaciones adecuadas en el momento preciso (Loza, 1995).



Gómez del Campo (1992; citado por Loza, 1995) también plantea principios básicos para la prevención del suicidio. Por lo general el trabajo con personas que presentan tendencias suicidas tiene cinco etapas que no necesariamente se presentan en orden.

- 1) Establecimiento de la relación, mantenimiento del contacto y obtención de información; el hecho de haber establecido el contacto, nos indica que el cliente desea recibir ayuda, la meta es obtener información para poder evaluar el peligro potencial.
- 2) Identificación y clarificación del problema central. La persona suicida por lo común exhibe aparente confusión, caos y desorganización. No tiene claro cual es su problema principal. El terapeuta ayudará a clarificar y jerarquizar los problemas de la persona. En algunos casos la persona puede tener claro el problema, pero indica que no parece encontrar solución. El terapeuta lo acompañará entonces en la búsqueda de posibles soluciones.
- 3) Evaluación del potencial suicida. Se refiere al grado de posibilidad en que la persona se comporte de modo autodestructivo en el futuro inmediato o relativamente cercano. Se han desarrollado algunos criterios para evaluarlo:
 - © Sexo y edad. Debido a que la tasa de suicidios consumados aumenta con la edad y a que sabemos que los hombres se suicidan más que las mujeres, la edad y el sexo proporcionan un marco general para evaluar el potencial suicida, aunque cada caso requiere una apreciación individual y aplicación de los demás criterios.
 - © Estrategia o plan de suicidio. Deben considerarse tres elementos principales al evaluar el plan:
 - a) Que tan letal es el método propuesto
 - b) Disponibilidad de los medios
 - c) Especificidad de los detalles

Un método que implica el uso de un revólver, el saltar al vacío o ahorcarse es más letal que aquellos en los que se piensa ingerir píldoras o cortarse las venas de las muñecas.

- © Gravedad del evento precipitante. La información al respecto se obtiene por lo general cuando preguntamos "¿Por qué llamas, o vienes, en esta ocasión?". Puede ser un evento tanto intrapersonal: muerte repentina de



un ser querido, divorcio o separación, pérdida de trabajo, bancarrota económica. La intensidad del evento debe evaluarse según los criterios de la persona y no según criterios generales.

- © Síntomas. La sintomatología suicida puede estar presente en varias alteraciones psicológica. Dentro de las de mayor frecuencia se encuentran la depresión, la psicosis, el aislamiento y la agitación. Algunos síntomas asociados con depresión son las alteraciones del sueño, alteraciones en la alimentación, pérdida de peso, alejamiento, apatía, pérdida de interés, desesperanza, desamparo y sentimientos extremos de cansancio emocional y físico. Los estados psicóticos se caracterizan por la presencia de delirios, alucinaciones, estallidos de rabia, hostilidad, deseos de venganza y pérdida de contacto con el entorno inmediato. Las personas agitadas se sienten incapaces de tolerar las presiones, temores y ansiedad, y buscan en la acción una liberación de sus sentimientos. Los alcohólicos, los homosexuales y los farmacodependientes son personas de alto riesgo suicida.
- © Recursos. Los recursos del entorno de la persona juegan un papel crítico de definir si la persona vivirá o no. Se deben tratar de detectar personas a las que pueda recurrir durante las crisis suicidas. Pueden ser familiares, parientes, amigos cercanos, médicos o religiosos. Otros recursos pueden ser el trabajo de la persona, importante fuente de autoestima y seguridad personal.
- © Estilo de vida. Se refiere a la estabilidad de su existencia, y permite evaluar si el comportamiento suicida es de naturaleza aguda o crónica. La persona estable tendrá una trayectoria positiva y consistente en su trabajo, una estabilidad matrimonial o familiar y ausencia de ideas suicidas previas; si ya hubo intentos anteriores la situación actual debe considerarse como más seria. El comportamiento suicida agudo puede encontrarse tanto en personas estables como inestables, el comportamiento suicida crónico sólo se encuentra en personas inestables.
- © Aspectos de comunicación. El aspecto más importante es si la persona mantiene todavía comunicación con otros. La señal más alarmante es que



la comunicación se encuentre totalmente dañada, esto indica al terapeuta que la persona ha agotado sus recursos, lo que disminuye la posibilidad del rescate.

- ⊙ Reacciones hacia personas significativas. Estas personas pueden ser vistas por el practicante como cooperadoras o como no cooperadoras y hasta agresivas. Los no cooperadores, rechazan a la persona o niegan el peligro suicida y por tanto, suspenden la comunicación tanto física como psicológica. En otros casos el comportamiento de las personas significativas puede ser impotencia, desesperanza y derrota. El derrotismo refuerza en la persona suicida, el sentimiento de desesperanza e incrementa el riesgo suicida.
 - ⊙ Situación médica. Esto puede aportar información adicional importante para evaluar el potencial suicida. La persona puede estar padeciendo alguna enfermedad crónica, que haya modificado considerablemente su apariencia y su autoconcepto, o puede encontrarse también experimentando temores ocultos de una enfermedad grave, sida o cáncer, sin querer confirmar su diagnóstico.
- 4) Evaluación de los recursos de la persona. Es importante evaluar las fuerzas y los recursos de la persona, el primer indicio puede provenir de su actitud ante el terapeuta, si la relación se establece y la persona es capaz de responder a la intervención, es muy probable que la situación sea resuelta, sin necesidad de recurrir a otros medios.
- 5) Movilización de recursos y tratamiento de la situación suicida. Los casos de mayor potencial suicida requerirán más trabajo por parte del terapeuta. Cuando la situación se encuentra fuera de control, tal vez sea necesario hospitalizar a la persona, la experiencia demuestra que sólo un 10% requiere esta medida. La mayoría de los casos se resuelve por medio de los procedimientos ordinarios del servicio de crisis o por la canalización hacia la fuente indicada (Loza, G., 1995).

Sullivan Everstine (1992; citado por Loza, 1995) "recomienda que cuando una persona informe espontáneamente de pensamiento o fantasías suicidas, es correcto



tomarlo en serio. Una amenaza o intento de suicidio durante la terapia es parte vital del proceso terapéutico y la terapia rara vez podrá avanzar en tanto no se confronte y resuelva esta parte (p.271-274) lo mismos se puede aplicar en la atención telefónica”.

En cuanto se detecte que el paciente muestra conductas suicidas, es importante que no se corte la comunicación, mantenerlo en línea, preguntándole, promoviendo la descarga de sus emociones, así como investigando si han existido intentos previos, qué tipo de métodos ha utilizado, o si lo realizó antes de llamar. En caso de que ya haya consumido algo, pastillas, veneno, etc., hay que conseguir la dirección y pedir el apoyo de una ambulancia que se dirija inmediatamente al domicilio del individuo. También indagar si hay familiares o alguien que se pueda hacer responsable, mientras tanto se tiene que permanecer atendiendo, dejar que verbalice la agresión para propiciar una descarga parcial; el terapeuta debe fungir como contenedor de toda la rabia, debe ser el objeto agredido, ya que ese sentimiento, principalmente, es el que está orillando al individuo al suicidio.

Se debe hacer hincapié en la salida de la agresión que es uno de los impulsos esenciales del momento, también el psicoterapeuta debe estar muy pendiente en darle juicio de realidad; ya que todo acto suicida carece de éste, y es una forma de ubicar al paciente. Se deben buscar opciones de solución a su conflicto y hablar de la idea de que existe un mañana, que el sujeto lo sepa y lo trate de pensar en ese instante, hay que tener una actitud muy humanista; ya que ha descargado una buena parte de sus emociones, hablar del potencial que como ser humano posee, de su parte que desea vivir y que es por eso que ha llamado; el terapeuta debe adherirse a esa parte de vida, a la parte que tiene ganas de luchar y de superar la crisis.

La evaluación de la peligrosidad, lo mismo en una línea telefónica de urgencia, que en el consultorio de un médico o en la oficina de un orientador, debe incluir tres variables clave: un plan, el historial de intentos previos, y la voluntad de hacer uso de auxiliares externos, con los que el suicidio u homicidio debería parecer inminente.



a) Plan

Un individuo que no ha pensado un plan, o que ha pensado en uno de ingestión de pastillas pero no tiene ninguna a la mano en el momento, está en menor riesgo.

b) Intentos previos

Para las amenazas, la indagación se enfoca en las fantasías previas y en sus efectos, y en el previo comportamiento agresivo y su resultado. Como los intentos de suicidio, es importante averiguar qué fue lo que precipitó la acción.

c) Voluntad de hacer uso de recursos externos

Es importante, de cualquier manera, preguntar a la persona en crisis si llamará a estos individuos en tiempos de necesidad. Algunas personas están demasiado deprimidas como para pedir ayuda. Otras no pueden asegurar que serán capaces de controlar su conducta.

Bellak y Siegel (1986; citados por Bellak, 1993) propusieron la psicoterapia breve intensiva y de urgencia (P.B.I.U.) del suicidio, en diez pasos precisos para el tratamiento, enseguida se mencionan.

1. Situaciones o factores precipitantes

La mayor parte de las veces el suicidio se relaciona con la depresión, sin embargo algunos de los intentos de suicidio también se dan en situaciones de pánico, en especial pánicos psicóticos.

El entender las dinámicas específicas del impulso suicida, se vuelve importante, podemos mencionar: el deseo de expiar un crimen real o imaginar, el deseo de venganza, el deseo de reencuentro con un amante fallecido, el deseo de forzar el amor de otros. Así, las motivaciones que pueden resultar en un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, sin embargo, el elemento de depresión es común a la mayoría de ellas.

2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías

Si existe alguna razón para sospechar intentos suicidas o fantasías, es esencial que el terapeuta insista al paciente que lo exteriorice, lo más detalladamente posible. Las afirmaciones explícitas de todas las tendencias suicidas pueden tener un efecto catártico y



facilitar la prueba de la realidad del paciente y del terapeuta. Cualquier noción irreal sobre la muerte tiene que aclararse, por ejemplo, la fantasía de que se sobrevivirá al suicidio y se despertará de él como si fuera un sueño.

El terapeuta debe descubrir hacia quién se encuentra dirigida inconscientemente la agresión; es esencial entender cuál es la intención de la agresión introyectada, a qué introyección temprana se encuentra relacionada la figura contemporánea que provee la desilusión o decepción.

En tanto más primitivas sean las fantasías, más grande es el riesgo de suicidio, debido a los problemas de control de impulsos.

3. Intentos y planes previos

Shneidman y Farberow (1986; citados por Bellak, 1993), señalaron que la mayor parte de las víctimas de suicidios consumados, han intentado suicidarse con anterioridad. En tanto más concretamente la persona planea el suicidio, por ejemplo, dejando instrucciones detalladas de lo que hará, teniendo un escenario específico, tiempo, hora, lugar, etc., será más grande el riesgo.

4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos

Un antecedente familiar de suicidio o uno de "acting out" violento en otras formas, en especial en la niñez, es inquietante. Las personas que asesinaron mascotas o hirieron a compañeros de juegos siendo niños, son los candidatos principales. Esto tiene una razón dinámica, ya que la intra-agresión y agresión contra otros, con frecuencia parecen estar correlacionada siendo el común denominador un alto nivel de agresión y un control de impulsos pobre.

5. Si es agudamente suicida, abandone la neutralidad terapéutica

Es necesario servir de apoyo, hacer sentir seguro al paciente, hacerlo darse cuenta de que hay otros caminos disponibles además de la autodestrucción y asegurarle que uno estará disponible en cualquier momento. Con el permiso del paciente, si es posible, los miembros de la familia deberán ser informados de la situación. El terapeuta debe informar



al paciente la disponibilidad de otras líneas y servicios de urgencia en la comunidad, sólo para el caso en que el primero no éste accesible.

6. Trabajo con la visión en túnel

Los pacientes suicidas padecen de "visión en túnel" es decir ven sólo una solución particular. Por lo cual es importante mostrarle que existen otras opciones, conducirlos por el descubrimiento de alternativas.

7. Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out".

Al traducir los conflictos o los impulsos en conducta directa más que en síntomas, se está realizando un acting-out, en éste puede haber problemas especiales para aceptar y para entender la realidad presente; algunos aspectos dinámicos del mismo son: la baja tolerancia a la frustración, pobre control de impulsos, deficiencia en la prueba de realidad y otros.

8. Trabaje con factores pertenecientes a la depresión o pánico.

Durante el curso de la entrevista es importante detectar cual es el origen del malestar del paciente, ya que al verbalizarlo el clínico adquiere información importante para implementar el plan de tratamiento y para que el mismo paciente detecte qué lo está haciendo sentir mal con el fin de trabajar en ello.

9. Consiga personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios

Si existe una inquietud seria sobre la posibilidad de un suicidio, el terapeuta puede, con el consentimiento del paciente, o sin el, llamar a un pariente, y arreglar que lo acompañen en la casa. Puede inclusive ser necesario abandonar en forma temporal la neutralidad terapéutica y llevar al paciente a casa o al hospital.

Shneidman (1985) sugiere que el terapeuta considere trabajar con una persona significativa en la vida del paciente, ya sean padres o cónyuge, no se sugiere que esa persona significativa sea vista con tanta frecuencia como el paciente.



Los recursos comunitarios también pueden utilizarse, en especial las líneas telefónicas de urgencia y otros centros.

10. Fármacos y hospitalización

Es muy útil para el terapeuta establecer una relación de trabajo estrecha con un hospital para que en caso de que se presente una urgencia, se pueda hospitalizar al paciente a la brevedad.

En algunos casos la farmacoterapia y la terapia electroconvulsiva, puede ser necesaria.

De estos 10 aspectos de la intervención de Bellak, se pueden utilizar los primeros nueve en la intervención telefónica.

FORMAS DE PREVENCIÓN

Sin embargo, la presencia o ausencia de la conducta suicida, depende de una serie de factores de riesgo y protección (De las Herras, 1989).

a) El teléfono de la esperanza

El "teléfono de esperanza", es el instrumento de prevención a través del cual actúa la comunicación. Es un teléfono abierto las 24 horas del día en forma anónima o concreta, según desee el sujeto, ofrece ayuda a aquellas personas que la solicitan, disponiendo incluso de un equipo de profesionales que además de actuar telefónicamente, también intentar actuar en encuentros concretados vis à vis (cara a cara), siempre y cuando haya sido previamente solicitado. Si las circunstancias no lo permitiesen la terapia se realizaría a través del teléfono (Clemente, 1996).

El teléfono de la esperanza no se limita a casos suicidas, procurando igualmente a ayudar a todas aquellas personas cuya situación de extrema "ansiedad" y/o estrés pueda plantear riesgo para la integridad física y/o psíquica de los sujetos.



Un factor decisivo para actuar es que previamente el "paciente" ha pedido ayuda, lo cual no siempre se produce, y aun cuando se reciba dicha petición, la actuación que se realiza no garantiza que el sujeto recobre en mayor o menor grado la idea del suicidio. Desde este punto de vista es tan difícil aceptar la idea de morir, como evitarla una vez asumida, lo cual complica toda actuación preventiva o terapéutica, puesto que el suicidio no es una enfermedad curable, sino una idea e incluso una necesidad que el sujeto asume, y hacia la que crea mecanismos de identificación (Clemente, 1996).

b) La educación y la familia como agentes preventivos

Todo plan preventivo de salud debe tener su primer movimiento en la educación, siendo principalmente la escuela y los centros educativos (incluyendo la escuela) el instrumento a utilizar, por cuatro razones:

1. La escuela no es tan solo un lugar para aprender y enseñar conocimientos culturales, conflictos culturales y científicos, sino que además debe ser un lugar donde aprender a enfrentarse a la vida.
2. Porque al ser la educación obligatoria, éste es el medio adecuado de llegar al mayor número de personas de una manera más económica, es decir, permite optimizar los esfuerzos y los recursos.
3. La escuela y los centros educativos acogen a los sujetos durante un largo periodo del año, y durante periodos que trascienden los años, lo que permite con un esfuerzo mínimo hacer y seguimiento de la salud de las personas.
4. Tal y como lo reveló Durkheim (1982), las escuelas educan según los valores sociales, es decir, conciente o inconscientemente transmiten y hacen interiorizar a los niños la estructura social, la cultura y la sociedad. Por ello, y aún cuando Durkheim (1982) negó el papel preventivo de la escuela es el marco idóneo para transmitir en términos de pasibilidad toda una serie de necesidades sociales y técnicas de afrontamiento, que impidan que las personas se creen necesidades (económicas, de prestigio, etc.,) desmenuzadas, y que no están al alcance de la mayoría, así como subrayan ideas distorsionadas de cuál debe ser el contenido de la personalidad.



c) Los Centros de Día.

Hay que reseñar los muy beneficiosos efectos que se han constatado tienen los Centros de día (Gaviria y Reboloso, 1988; citados por Clemente, 1996), por cuanto ofrece a la persona un marco estable para relacionarse, y reconstruye la red social que por otra parte van perdiendo, o la soledad de vivir alejados de la familia. A ello habría de añadir que es un medio para estructurar y ocupar "útilmente" el tiempo, aunque sólo se realicen actividades de ocio. Además todo ello contribuye a un aumento de la autoestima.

Junto a la potencialización de los centros de día, tanto procurando el aumento de su número, como el que las personas participen en ellos, se puede potenciar la salud de estas personas dentro de ellos, con personal que podría actuar tanto de manera preventiva, como terapéutica, lo que a su vez aumentaría la seguridad de esta población (Clemente, 1996).

En la prevención del suicidio, algunas de las medidas básicas que se consideran:

- ◊ Toda amenaza de suicidio debe ser tomada en serio, ya que muchas personas que verbalizan ideas de suicidio o que amenazan con realizar esta conducta, al poco tiempo la llevan a cabo.
- ◊ El intento suicida implica que el individuo ya realizó conductas de ejecución y que las puede volver a repetir. Además el nuevo intento puede ser cada vez más peligroso y con consecuencias fatales. Estar alerta y con las medidas asistenciales y de tratamiento adecuado (Marchiori, 1998).
- ◊ En los hospitales, especialmente en los hospitales psiquiátricos, suelen tomarse medidas como: aislamiento, estricta vigilancia-control, cerramiento de puertas y ventanas, retiro de objetos que se consideran peligrosos (cuchillos, cinturones) que, en muchos casos, pueden llevar, paradójicamente, a que el paciente se sienta privado de su libertad y acentúen sus ideas de suicidio (Marchiori, 1998).
- ◊ La importancia de la detección y el poner en funcionamiento las medidas asistenciales que llevarán a un más adecuado resguardo emocional y físico de la persona con intenciones de autodestrucción.



Básicamente se consideran tres momentos en la asistencia al suicida:

- 1) Antes de la crisis (durante los actos preparatorios del suicidio).
- 2) Durante la crisis
- 3) Después de la crisis, para evitar las recaídas autodestructivas (Marchiori, 1998).

En la detección antes de la crisis suicida se observa:

- A) El propio sujeto manifiesta su estado de crisis y las ideas de muerte.
- B) Un familiar es el que percibe claramente el estado de indefensión y alta vulnerabilidad en la que se encuentra el suicida.
- C) Amigos, reconocen probablemente el comportamiento suicida.
- D) Profesionales de la salud. La consulta por otra sintomatología permite la detección, por parte del profesional de la real situación en la que se encuentra el paciente (Marchiori, 1998).

HISTORIA DE SAPTEL

El Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono en México es un servicio que vivió su primera etapa en 1985, 48 horas, después de ocurridos los sismos que destruyeron una gran zona de la Ciudad de México. En ese entonces fue posible atender satisfactoriamente alrededor de 700 personas dañadas psicológicamente por esta catástrofe. Entonces, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM) tomaron conjuntamente la iniciativa, y fue suspendido al final del mismo año, con el objeto de evaluar sus resultados. En esta primera etapa se registraron como principales motivos la ansiedad, la depresión, la soledad, el nerviosismo y alteraciones en las relaciones interpersonales, Puente (2001).

El SAPTEL inició el día 23 de septiembre de 1985 dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, de manera previa se reclutaron voluntarios para realizar dos tipos de funciones unos como recepcionistas, quienes recibían las llamadas y las canalizaban a profesionales de la salud mental con experiencia clínica, y otros como terapeutas los



cuales atendían las llamadas, estos fueron 34, se contaba con 5 teléfonos directos, que fueron difundidos a los habitantes de la ciudad, a través de televisión, radio y prensa, dichas líneas funcionaron las 24 horas del día, fue disminuyendo conforme se lograron resolver las crisis de las personas que vivieron el temblor. Las llamadas se canalizaban durante el día a consultorios, hospitales y clínicas, y durante la noche a teléfonos particulares de los terapeutas (Puente, 1993).

Posteriormente el 1 de julio de 1987 se reinstala el sistema; de forma previa se lleva a cabo la capacitación de 23 terapeutas telefónicos, y la elaboración de una Cédula de Registro para facilitar la obtención de los datos necesarios en cada llamada; en esta segunda fase de SAPT cuenta con un horario fijo, con un curso de capacitación continúa, y supervisión de casos, pero se suspende en 1989 (Puente, 2001).

La tercera fase del sistema, ahora llamado Saptel, inicia el 12 de octubre de 1992, está planeado para funcionar de manera permanente, es decir 24 horas al día, los 365 días del año, para ello se capacitaron 42 terapeutas telefónicos (Puente, 1993).

Desde su formación en el año de 1992, en el CRLyC – FSM operan aproximadamente 20 comités de área, entre otros: Maltrato al niño, Adolescencia, Mujer, Vejez, Tabaquismo, Alcoholismo, Farmacodependencia, Población, Derechos Humanos y Usuarios, Victimología, Refugiados y Desplazados, Religión, Valores Universales, entre otros (Puente, 2001).

El proyecto corre a cargo de la Federación Mundial de la Salud Mental y de la Cruz Roja Mexicana, brindando esta última las instalaciones; se cuenta con cuatro cubículos de línea abierta al público y una línea interna, las cuales son dadas a conocer a los habitantes de esta zona metropolitana a través de programas de radio, televisión y entrevistas en prensa (Puente, 1993).

Desde su inicio la persona que encabezó el proyecto fue el Doctor Federico Puente Silva como titular de Saptel Cruz Roja Mexicana, actualmente es el Titular de Saptel Cruz



Roja Mexicana, Presidente de la Federación Mundial de la Salud Mental y Miembro Directivo de la Federación Mundial de la Salud Mental (Puente, 2001).

Entre los objetivos específicos que persigue Saptel Cruz Roja Mexicana encontramos:

- ∞ Ofrecer un servicio satisfactorio por teléfono de psicoterapia de apoyo y corta duración para situaciones de emergencia emocional y urgencia psicológica.
- ∞ Promover y propiciar que grupos específicos y de alto riesgo, como son mujeres y personas de escasos recursos económicos, se beneficien de este servicio.
- ∞ Fungir como enlace entre los usuarios y servicios de salud mental de diversa índole: instituciones públicas y privadas, así como de voluntarios y autoayuda.
- ∞ Establecer un sistema continuo de evaluación científica y técnica que nos permita identificar la problemática específica en salud mental de los habitantes de la Ciudad de México, así como desarrollar modelos específicos de intervención para dicha problemática.
- ∞ Una vez demostrada la utilidad de Saptel Cruz roja Mexicana, favorecer la instalación de servicios similares en otras ciudades del país y/o del continente.

Saptel surge como una alternativa para enfrentar las demandas de una población desprovista de atención en lo que se refiere a su salud mental. Las ventajas que tiene sobre otros servicios son: que tanto las instituciones públicas como las instituciones privadas no son adecuadas, por razones de costo, duración de un tratamiento psicoterapéutico, falta de infraestructura, etc.

La población a la cual está dirigido el servicio esta compuesta por:

- Personas de bajo recursos económicos.
- Personas que por presiones o impedimentos de orden económico, social, familiar o conyugal encuentran en Saptel la opción más accesible para recibir atención psicológica.
- Cualquier persona que se encuentre en una situación de crisis o emergencia emocional (Puente, 1993).



Es un modelo de atención para situaciones de urgencia psicológica o emergencia emocional, que funciona las 24 horas del día los 365 días del año. Ofrece también orientación, referencia y apoyo psicológico o emocional.

1. Proporciona información relacionada con servicio de salud mental a cualquier de los tres niveles de intervención:
 - a) Primario o Preventivo
 - b) Secundario o Tratamiento
 - c) Terciario o Rehabilitación
2. Canaliza o funge como enlace entre el usuario y el servicio especializado de salud mental que requiera.
3. Apoya psicológicamente con intervención en crisis en casos de emergencias, pudiendo ofrecer a la vez otras formas de intervención breve y gratuita.
4. Para muchas personas SAPTEL – Cruz Roja Mexicana representa la única opción viable de intervención psicoterapéutica que le permita reorientar su vida, así como desarrollar estrategias y habilidades para un mejor funcionamiento individual y social.

El grupo de personas que integran el equipo de trabajo de Saptel ya sea como consejeros al teléfono, coordinadores de la organización interna, difusores, maestros, supervisores, etc., son voluntarios provenientes de diversas instituciones públicas y privadas de enseñanza superior y profesionales especialistas miembros de universidades y organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con el ámbito de la salud mental.

El conjunto de profesionales de la salud mental que donan su trabajo y su tiempo como maestros y supervisores de los consejeros telefónicos en Saptel provienen de las siguientes instituciones: el Consejo Regional para México, Centroamérica y el Caribe de la Federación Mundial para la Salud Mental (CRLyC), la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, la Federación Mexicana de Salud Mental, la Asociación Psicoanalítica Mexicana, la Sociedad de Psicoanálisis y Psicoterapia, la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica del Bajío, el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, la Fundación para la Atención a Víctimas del



Delito y el Abuso del Poder y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, entre otras (Puente, 1993).

Los consejeros y consejeras del Sistema Saptel Cruz Roja Mexicana pasan por una evaluación clínica y psicométrica reciben un curso de capacitación de 65 horas durante tres meses previos a su inicio de atención al público. Posteriormente y de manera continua acuden a supervisión, seminarios clínicos y conferencias mientras permanecen al teléfono (Puente, 2001).

Este curso está dividido en la capacitación teórica y el seminario clínico. La capacitación teórica consiste en un programa modular en el que cada sesión se revisa un tema distinto pero siempre enfocado a los problemas que comúnmente refieren los usuarios del servicio como por ejemplo: alcoholismo, violencia intrafamiliar, depresión y suicidio, abuso sexual, problemas de pareja, perversiones, neurosis, psicosis, entre otros; del mismo modo, se dedican algunos módulos a la capacitación en intervención en crisis, en técnicas de entrevista, en el modo de operación del servicio y en el llenado de la cédula de registro.

El seminario clínico, que ocupa la otra mitad el tiempo de las sesiones de la capacitación, consiste en que alguno de los consejeros presente un caso ante el grupo de aspirantes y el supervisor asignado para que de una manera conjunta se hagan indicaciones sobre la participación del consejero en este caso dado y se realicen propuestas para lograr una mejor intervención. La razón de ser del seminario clínico es, con respecto a los candidatos, acercarlos a la forma como se trabaja en Saptel y que vayan dándose cuenta del tipo de llamadas que se reciben, los motivos más comunes por los que la gente habla a Saptel, etc. En lo que toca al consejero, se pretende que la supervisión le sirva de retroalimentación para que él mismo pueda evaluar y mejorar su desempeño al teléfono (Puente, 1993).

Una vez que el aspirante ha sido aceptado como consejero telefónico, debe continuar su capacitación asistiendo a los seminarios clínicos en las instalaciones de la Cruz Roja e integrándose a las supervisiones en grupo pequeño. La elección del supervisor



es libre; el consejero suele escoger tomando en consideración su afinidad con el tipo de corriente que maneja el supervisor, pero en ocasiones, son el horario y la ubicación los que determinan la decisión. Los grupos pequeños de supervisión están integrados por un número variable de consejeros que generalmente no sobrepasa las doce personas. El procedimiento y la modalidad de supervisión varía de un supervisor a otro pero la idea general queda representada por la manera en que se lleva el seminario clínico en grupo grande. Las sesiones duran dos horas y son semanales. El consejero está obligado a seguir esta capacitación durante todo el periodo que permanezca atendiendo llamadas. (Martínez, 2000).

Al ver que Saptel crecía, tanto en cantidad de terapeutas como en el trabajo, por ejemplo: la organización de seminarios, de la capacitación, de pláticas, de entrevistas a los interesados en participar del sistema, difusión y otras funciones, fue necesario desplazar los asuntos particulares a cada área específica, es así que surgen diversas coordinaciones, algunas de ellas con ayuda de comités, pequeños grupos de apoyo para la misma coordinación.

La coordinación de relaciones externas, encargadas de contactar con instituciones que apoyen el trabajo de Saptel, tanto para la canalización de paciente como para impartir seminarios o algún otro tipo de apoyo al sistema.

La coordinación de relaciones internas, que se encarga de estar al pendiente de las relaciones con la Federación de la Salud Mental y con Cruz Roja, ya que Saptel es parte de ambos.

La coordinación de difusión, encargada de dar a conocer el servicio a diversas poblaciones, ya sea en medios de comunicación, en reclusorios, o bien, en universidades para la captación de terapeutas, apoyada por el comité de difusión.

La coordinación operativa, quienes se ocupan del manejo de la asistencia y puntualidad, supervisan que todo el horario esté cubierto, cada día está organizado en 3 turnos por día.



La coordinación académica, ésta se encarga de la planeación de los seminarios de capacitación de cada viernes, dicho seminario se divide en dos partes, la primera es capacitación continua a los terapeutas y en la segunda parte se realiza la supervisión de casos con la participación de un terapeuta y un supervisor de Saptel, tiene a su cargo el comité de maestros y auditorio.

La coordinación científica se ocupa de todo lo relacionado con investigación respecto al sistema.

Una última coordinación, la de calidad, supervisa las labores desempeñadas por todas las coordinaciones, y a los terapeutas de forma particular. Cada coordinación cuenta con el apoyo de un directivo de Saptel.

Se han nombrado también a un coordinador por cada guardia, ocupado de hacer un reporte de la misma, en cuanto al número de llamadas y manejo de éstas, dentro de sus funciones también se cuentan: la repartición del trabajo equitativamente entre todos los terapeutas, la atención de casos especiales, o salidas, si se presentan, observan la puntualidad del resto de los terapeutas de la guardia, apoyar a los terapeutas de nuevo ingreso e informarles en cuanto al desarrollo del sistema, entre otras cosas (Loza, G., 1995).

Cuando se recibe una llamada es atendida por uno de los terapeutas en turno, tiene que determinar de que tipo es la llamada; hay tres tipos de llamada: (Puente, 2001)

a) Información

Si el usuario formula una demanda a una persona específica y deja claro el motivo de su necesidad, se da respuesta a la pregunta.

b) Canalización

Cuando el usuario requiere datos con respecto a alguna institución a la cual acudir por ayuda psicológica, pero sin tener una noción concreta de lo que busca. En este caso



se deben investigar tanto la razón del deseo inicial de consulta como el tipo de aproximación deseado o imaginado por el usuario (en caso de haber alguno). A partir de este punto el terapeuta realiza una evaluación rápida de la situación y decide el lugar que recomienda para que el sujeto reciba la atención que busca.

c) Consulta

Es necesario verificar si el usuario cuenta con psicoterapia externa, o si ya había llamado antes de Saptel, en el primer caso se debe desalentar la consulta ya que Saptel está programado para ser un servicio de apoyo psicológico principalmente dirigido a aquellas personas que no tengan acceso a servicios preliminares, y en el segundo, al no ser la primera vez que llama, se trata de una llamada consecutiva, se le pregunta el nombre o apelativo que dio la primera vez y se localiza su expediente, se le informan los horarios del terapeuta de primer contacto, en caso de que no lo sepa y se recomienda que lo busque.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, ha brindado ayuda inmediata, como lo indica la psicoterapia breve a través del teléfono, al dar apoyo, al reducir en variados casos de posibilidad de suicidio, al vincular al paciente con ayuda pertinente, y también resolviendo las crisis y/o emergencia a través de la implementación de diversas técnicas psicoterapéuticas; cabe mencionar que se atienden diferentes problemáticas de carácter psicológico, gracias a la capacitación que el sistema ha ofrecido a cada terapeuta, lo cual también es benéfico para las personas que solicitan la atención ya que sus demandas son diversas (Puente, 1993).

Según la Organización Mundial de la Salud, la Depresión constituye a partir del siglo XXI el problema número uno de Salud Pública en el mundo y que sólo en nuestro país entre 10 y 15 millones de mexicanos adultos presentan en la actualidad algún grado de Depresión.

De acuerdo con Puente (2001) Saptel Cruz Roja Mexicana, es el primer programa a nivel internacional que utiliza psicólogos y que cuenta con una estructura forma que incluye una historia clínica codificada, que permite identificar el perfil social, económico y



demográfico del usuario; los motivos de consulta, su diagnóstico de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (CIE 10) y la Asociación Psiquiátrica de Norteamérica (DSM-IV), examen mental, grado de severidad en el problema del usuario, tipo de intervención terapéutica, orientación y referencia. Además de contar con un modelo de intervención propio que desarrolló Puente y colaboradores desde su fundación. El uso del teléfono como instrumento y herramienta de comunicación se ha extendido a todas las áreas del funcionamiento social incluyendo el de la salud mental, ya que su alta eficiencia y bajo costo en cuanto a desplazamiento, tiempo y energía lo hacen un elemento de un beneficio ineludible.

MODELO SAPTEL

El procedimiento de intervención, denominado Modelo Saptel de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis, está dividido en cinco fases determinadas a partir del número de llamadas que hace un mismo usuario al servicio (Puente, 1993).

Es importante en este sentido mencionar brevemente el proceso que se sigue al momento de recibir la llamada de alguna persona que solicita el servicio de SAPTEL - Cruz Roja Mexicana: en primer lugar se le contesta a la persona con voz amable mencionando el lugar a donde esta llamando y preguntándole en qué se le puede ayudar. Se le pregunta su nombre, en caso de que la persona no lo quiera proporcionar se le ofrece la opción de dar un pseudónimo, se le preguntan algunos datos socioeconómicos en ese mismo instante o poco antes del final de la sesión, (esto a discreción del consejero) el consejero a su vez proporciona su nombre, los días y horarios en que se le puede localizar. Posteriormente se escucha a la persona de manera atenta, y se valora el nivel y grado de problemática y posteriormente se utiliza alguna o algunas técnicas de intervención incluidas dentro de la Cédula de Registro y del Manual de Procedimientos.

Una vez hecho esto se le menciona a la persona que la sesión esta a punto de terminar (cada sesión tiene una duración aproximada de 50 minutos) y se le recuerda a la persona lo días y horarios en que puede localizar al consejero. Es importante mencionar así también que este servicio esta enfocado principalmente a atender casos de



intervención en crisis y psicoterapia breve por lo que el número máximo de sesiones es de 20 y en este sentido es importante mencionar también que otro de los objetivos del servicio es sensibilizar a las personas a que asistan a recibir tratamiento en consulta cara a cara por lo que los casos de neurosis o psicosis crónicas son referidos a otras instituciones de salud mental con las que SAPTEL – Cruz Roja Mexicana tiene convenios de atención para este tipo de personas. Existen algunos casos en que las personas que solicitan el servicio por alguna razón particular no desean ser atendidas por teléfono, en este caso el terapeuta hace una breve valoración de la situación de la persona (generalmente de 15 a 20 minutos) y posteriormente se le dan varias alternativas para que asista a otra institución en donde recibirá atención cara a cara (Puente, 1993).

Una vez que el sujeto haya cumplido con esos criterios el siguiente paso a seguir será indagar en la ficha de identificación, tratamientos anteriores y actuales, sintomatología específica, examen mental, datos del usuario, aspectos en la relación consejero – usuario, datos del consejero y comentarios.

Fase I

En la fase I que corresponde a la primera llamada (aunque no siempre es tan clara esta división), el procedimiento incluye una serie de pasos secuenciados siendo el primero de ellos la presentación del consejero al usuario. Después, la intervención se basa en el seguimiento de la cédula de registro comenzando por el motivo de consulta para proceder luego a obtener toda la información contenida en este formato de cuestionario.

Es preciso señalar que cuando el solicitante se encuentra actualmente en tratamiento psicoterapéutico, la labor de Saptel queda cancelada a menos que la persona esté atravesando una crisis y nos diga los motivos por los que no pudo o no quiso acudir a su terapeuta habitual. Si no hay una psicoterapia en proceso entonces se procede con la intervención. El orden de presentación de los ítems en la cédula nos va señalando el camino a seguir para recolectar información básica acerca del usuario respondiendo a las preguntas de ¿quién es la persona que llama?, ¿por qué nos llama?, ¿qué es lo que le sucede?, ¿qué áreas o facultades se han visto afectadas por la crisis?, y ¿en qué grado se han alterado?



Una vez que se ha complementado la intervención con base en la cédula, el paso siguiente es el cierre de la llamada. Este consiste en repetir al usuario el nombre y horario de guardias del consejero, recordarle su número de expediente y acordar una siguiente llamada. Esta primera fase corresponde a la indagación de información relevante del momento actual del usuario, es decir, a una investigación de corte transversal (Puente, 1993).

FASE II

La fase II corresponde a la segunda llamada. El modo de proceder del consejero en esta segunda etapa consiste en investigar la historia familiar y personal del usuario para aclarar aspectos de la crisis o situación actual. Habrá ocasiones en que ésta investigación longitudinal se inicie desde la primera llamada o, por el contrario, se posponga para una llamada posterior.

FASE III

En la fase III abarca desde la tercera hasta la vigésima llamada está implicada ya la implementación de una psicoterapia breve. La modalidad de esta intervención dependerá del enfoque teórico y técnico que adopte el consejero. Cuando se llega a este nivel de atención la obligatoriedad de llevar una supervisión de este caso en particular se hace necesaria.

FASE IV

La fase IV que va de la vigésimo primera llamada en adelante representa ya una psicoterapia por teléfono. Se llega hasta esta fase cuando por razones de diversa índole tanto el usuario como el consejero llegan a la conclusión de que Saptel constituye la única alternativa para recibir atención psicológica. Aquí habrá de llevarse a cabo un seguimiento muy minucioso del caso en una supervisión continua en la que se expondrá un resumen del tratamiento. En dicho resumen se especificarán las condiciones del encuadre establecido y las principales líneas de intervención, entre otras cosas. También se da el caso de que el usuario se rehúse a asistir a los lugares a los que se le ha referido por el consejero de Saptel a pesar de que esa sea su mejor opción terapéutica y aunque cuente



con la posibilidad de hacerlo. Cuando esto sucede el trabajo del consejero en esta fase se abocará a revisar y trabajar las resistencias del usuario a aceptar la referencia.

FASE V

La fase V es la de seguimiento que incluye las últimas tres llamadas sin importar el número de llamadas previas. Estas llamadas tienen lugar en los días 15, 45 y 90 después de que se ha dado por terminada la intervención del consejero de Saptel respecto al problema del solicitante. El propósito de éstas llamadas es el de averiguar cuál es el estado del usuario una vez que supuestamente ya ha superado la crisis (Puente, 1993).

CAPÍTULO

2

ANSIEDAD, MUERTE Y DEPRESIÓN

Le suicide est l'absence des autres
Paul Valéry
El suicidio es la ausencia de los demás

Ansiedad
Ansiedad de Muerte
Muerte
Depresión



CAPÍTULO II. DEPRESIÓN, MUERTE Y ANSIEDAD

*En me promenant là, je me suis dit souvent:
Pour qui veut se noyer là la place est bien choisie;
On n'aurait qu'à venir un jour de fantaisie,
A cacher ses habits au pied de ce bouleau.
Et, comme pour un bain, à descendre dans l'eau.
(Sainte-Beuve)*

*Pasando por allá, con frecuencia me he dicho:
Si quisieras ahogarte, el sitio es ideal;
Una tarde vendrías, hermosa y estival,
Al pie del abedul las ropas te quitarás
Y, como por bañarte, en las aguas entrarás*

ANSIEDAD

En la ansiedad no se tienen identificadas las causas precisas en muchos casos.

En la mayoría de los casos sí se sabe la causa, porque existen situaciones en las cuales se está expuesto a peligros reales. En las que las alteraciones biológicas de la ansiedad sirven como defensa, para reaccionar a estímulos amenazantes.

Las reacciones provocadas por la angustia y la ansiedad son: de ataque, de huida y de protección; la decisión es derivada de la evaluación que se hace de la situación.

En el presente trabajo se utilizan los conceptos de ansiedad y angustia como uno solo, ya que diversos autores no hacen diferenciación entre éstos.

ANTECEDENTES

Con la publicación de "Inhibiciones, Síntomas y Ansiedad", Freud en 1926 creó una nueva teoría sobre la ansiedad que describía la ansiedad externa real y la ansiedad interna neurótica, como respuestas a una situación peligrosa.

Las fuentes externas o internas de peligro pueden producir una señal de ansiedad, una alarma para el organismo, que funciona inconscientemente y sirve para movilizar los mecanismos específicos de defensa del ego para preservarlo o reducir el grado de excitación excesiva. La descarga normal de este tipo de tensión es, según Freud, el acto sexual, pero las prácticas sexuales tales como la abstinencia y el coitus interruptus impiden la liberación de la tensión y produce neurosis. Las condiciones de ansiedad excesiva relacionadas con bloqueo libidinal incluyen la neurastenia, la hipocondriasis y la



neurosis de ansiedad, todas aquellas descritas por Freud con una base biológica, es decir, las neurosis actuales (Freud, 1926).

El otro tipo de ansiedad se describe como una sensación difusa de preocupación, o temor que se origina por un deseo o pensamiento reprimido. Este tipo es el responsable de las neurosis histéricas, fobias y neurosis obsesivas. Para Freud estas condiciones y la ansiedad asociada a ellas, están relacionadas principalmente con factores psicológicos y no fisiológicos.

DEFINICIÓN

Spielberger (1966; citado por Kaplan, 2000) distingue entre rasgo y estado, conceptualizando ansiedad y angustia como condiciones o estados emocionales transitorios del organismo humano; que se caracterizan por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos consistentemente percibidos. Estados que se pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo (estado). Además de encontrarse diferencias individuales, relativamente estables entre las personas (rasgo de personalidad).

El miedo y la angustia son, ambos, reacciones proporcionales al peligro, pero en el caso del miedo el peligro es evidente y objetivo, en tanto que en el de la angustia es oculto y subjetivo (May, 1968).

Para Goldstein (1972; citado por Ravagnan, 1981) el miedo se distingue de la angustia por una diferencia en las reacciones de defensa. El hombre apesadado por el miedo tiene reacciones de defensa eficaz, acorde a un ámbito determinado. El hombre angustiado, por el contrario, es presa de un frenesí insensato, su forma expresiva es rígida o desfigurada; está aislado frente al mundo y ese aislamiento hace que el mundo aparezca como totalmente cambiado, sin permitirle percepción ni acciones eficaces. Se puede tranquilizar a un individuo temeroso, demostrándole que la situación del mundo exterior no ofrece peligro, este apaciguamiento no existe para el sujeto angustiado.



Darwin señaló que la palabra miedo (fear) es un derivado de las palabras que significan "súbito" y "peligroso". La duración también parece ser vital en los fenómenos psicológicos de la ansiedad y el miedo (Kaplan, 2000).

En cuanto a la angustia, esto no sólo significa que las personas se puedan hallar angustiadas sin saberlo, sino también que la ansiedad es susceptible de ser el factor determinante de su vida sin que posean la más ligera conciencia de ello (May, 1968).

Las similitudes entre ansiedad y angustia radican en primer lugar, en que ambas perturbaciones coinciden con situaciones emocionales que afloran ante la inminencia de un peligro que acontece o habrá de acontecer, desarrollándose bajo el signo de la indeterminación y la inseguridad. En segundo lugar, ambas expresan un estado de expectación ante el peligro que amenaza la personalidad y que puede llegar a producir su disociación. Finalmente, ambas despiertan en el individuo el sentimiento de ser inerte para luchar contra dicha amenaza de aniquilación y desintegración (Ravagnan, 1981).

La angustia se entiende entonces como un estado emocional complejo que surge inesperadamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, sea esta física, psíquica o en su propia esencia. La vivencia de la angustia produce dos reacciones distintas de lucha o de huida (Ramales, 1997).

La ansiedad en cambio, es más productiva, menos inhibitoria, de una manera genérica, lleva a una reacción esténica: es decir, que se rechaza activamente la situación en un intento de salir de ella. Asimismo, la ansiedad puede convertirse en un fenómeno disregulador cuando no está al servicio del organismo, por no cumplir su función de alarma psicobiológica adaptativa (Vallejo, 1990; citado por Ramales, 1997).

La ansiedad es un sentimiento subjetivo que implica la presencia de aprensión, tensión, inquietud, temor indefinido, inseguridad o miedo, a modo de anticipación indefinida de un peligro no aclarado u objetivo, miedo ante la "nada" en contraposición al "miedo" ante un peligro o amenaza real (Gándara, 1999).



La ansiedad es una respuesta a algo que sucede, el hecho de sentirla supone que hay interés por el problema, se trata de resolver, se movilizan recursos, etc. En este sentido la ansiedad es normal, cuando la ansiedad, más que ayudar, dificulta el rendimiento, ya empieza a ser patológica, pues provoca sufrimiento y no sirve para resolver las causas que la motivan (Gándara, 1999).

La reacción ante situaciones de alarma o amenaza que generan ansiedad es lo que se ha llamado también "estrés". Se trata de una reacción inespecífica en relación con los sucesos (todos la presentamos, incluso los animales), y fue descrita por Selye (1986; citado por Gándara, 1999) como "reacción general de adaptación". Este mecanismo acontece en tres fases. La primera sería una reacción de "alarma", que va seguida de una segunda de "resistencia" y finalmente de una tercera de "agotamiento" (Gándara, 1999).

La ansiedad es una señal de alerta; advierte el peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo de alerta parecido que debe ser distinguido de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga o conflictiva (Kaplan, 2000).

Una persona cuyo ego funciona adecuadamente tiene un equilibrio adaptativo entre los mundos externo e interno; si el ego no funciona apropiadamente y el desequilibrio resultante continúa durante el tiempo suficiente, la persona experimenta ansiedad crónica (Kaplan, 2000).

TEORÍAS

Históricamente, han existido dos teorías biológicas básicas de la ansiedad: la más conocida fue la teoría de Cannon (1985; citado por Bellak, 1993) acerca de la producción de adrenalina cuando las personas se enfrentan a una situación peligrosa.

La principal teoría rival era la de James-Lange (1980; citado por Bellak, 1993), quien sostenía que la experiencia subjetiva de ansiedad era el resultado secundario de cambios fisiológicos tales como palpitaciones, tensión muscular, etcétera.



Las teorías psicoanalíticas conceptualizan las crisis de angustia como el resultado de una defensa infructuosa contra impulsos generadores de ansiedad. Lo que previamente era una señal leve de ansiedad se convierte en un sentimiento abrumador de opresión, al que se añaden síntomas somáticos (Kaplan, 2000).

Las ideas de Freud sobre la angustia se fueron modificando en el curso de su vida, él creía que tenía dos orígenes, en el primero la angustia no se vinculaba directamente a pensamientos o ideas, sino que era el resultado de la acumulación de libido o energía sexual producida por la abstinencia o por una excitación sexual no descargada (como un coitus interruptus). La libido no manifestada quedaba "estancada", por decirlo así, y, al igual que una sustancia tóxica, se transformaba en angustia. Se pensaba que una práctica sexual regular liberada estos bloqueos y la angustia consecuente (Freud, 1926).

El otro origen de la angustia se basó en la idea de la represión. Esta idea sostiene que los deseos e impulsos sexuales inaceptables provenientes de ello primitivo entraban en pugna con las normas sociales "civilizadas" que la persona había interiorizado bajo la forma de su yo o superyó. El yo (o self), atrapado entre las exigencias de sus dos "amos", el ello y el superyó (o conciencia moral), reprime las ideas conectadas con esas urgencias pulsionales y las relega al inconsciente. La energía ligada a la idea se libera y puede ser utilizada para otros fines; a esto Freud lo llamó sublimación (Freud, 1926).

La idea reprimida puede a veces tratar de volver a ingresar en la conciencia (se lo llama el "retorno de lo reprimido"), lo cual también puede generar angustia en el yo al indicar la aparición de algo peligroso (Freud, 1926).

Hay una jerarquía de ansiedades relacionadas con los diferentes estadios del desarrollo. En el nivel más primario, la ansiedad puede estar relacionada con el miedo a la aniquilación o a la fusión con otra persona. En un nivel de mayor madurez del desarrollo, la ansiedad está relacionada con la separación del objeto amado. En un nivel aún más maduro, la ansiedad está conectada con la pérdida de amor de un objeto importante. La ansiedad de castración está relacionada con la fase de Edipo del desarrollo y se considera



una de las ansiedades de mayor intensidad. La ansiedad del superyó, el miedo de las personas a no alcanzar los ideales de valores de uno mismo (derivados de los internalizados de los padres) es la forma más madura de ansiedad (Kaplan, 2000).

Para la teoría conductual, la ansiedad es la respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos. Según este modelo los pacientes con trastornos de ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro y la probabilidad de perjuicio en una situación dada y tienden a infravalorar su capacidad de enfrentarse a las amenazas percibidas contra su bienestar físico o psicológico. (Kaplan, 2000).

Las teorías conductuales proponen que la ansiedad es una respuesta aprendida bien por imitación de la conducta de los padres o a través del proceso de condicionamiento clásico. (Kaplan, 2000).

Desde la perspectiva existencialista la ansiedad es su respuesta al vasto vacío en la existencia y a la falta de sentido de la misma (Kaplan, 2000).

ETIOLOGÍA

Si definimos el "acontecimiento vital" como el fenómeno externo, económico, social, psicológico o familiar brusco que produce desadaptación social o estrés psicológico, los eventos serán percibidos como amenazas que requieren un esfuerzo de adaptación mayor al habitual y son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas (Vallejo, 2000).

Las investigaciones sobre las bases biológicas de los trastornos de angustia ha proporcionado una diversidad de hallazgos; una interpretación de ello es que los síntomas del trastorno de angustia están relacionados con una gama de anomalías biológicas en la estructura y funcionamiento cerebral (Kaplan, 2000).

De acuerdo con la escuela cognitivo-conductual, un factor psicosocial relacionado con los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, son que responden de forma incorrecta a peligros percibidos. La inexactitud se genera por medio de la atención



selectiva a los detalles negativos del entorno, de las distorsiones del pensamiento de la información, y a la desmesurada percepción negativa de sus capacidades de afrontamiento (Kaplan, 2000).

Dentro de la biología cerebral el neurotransmisor ligado a la angustia es la producción de catecolaminas (Kaplan, 2000).

Varios estudios de factores genéticos, han encontrado un riesgo cuatro veces mayor de padecer trastornos de angustia entre los parientes de primer grado de pacientes con otro tipo de trastornos psiquiátricos. Los estudios realizados en gemelos indican que los gemelos monocigóticos tienen mayor probabilidad de concordancia con los trastornos de angustia que los gemelos dicigóticos (Kaplan, 2000).

TRASTORNO DE ANSIEDAD

DIAGNÓSTICO

La característica esencial del trastorno, es la ansiedad y la preocupación excesiva, que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar ese estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad tensión muscular y trastorno del sueño.

Las situaciones que originan ansiedad y preocupación son: el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), miedo a quedar mal en público (fobia social) a contraer alguna enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno de ansiedad por separación), a engordar (anorexia nerviosa) a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la preocupación no aparece únicamente en el transcurso de un trastorno de estrés postraumático (DSM-IV TR, 2002).

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones, son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que



puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temido. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente. Durante el curso del trastorno el centro de las preocupaciones, puede trasladarse de un objeto a una situación a otros (DSM-IV TR, 2002).

SÍNTOMAS

Las manifestaciones periféricas que se han detectado en la ansiedad comprenden: taquicardias, palpitaciones, mareos, inestabilidad, disnea, sensación de ahogo, temblores, sacudidas, sudor, enrojecimiento, escalofríos, calor, náuseas, diarrea, parestesia y entumecimiento (Gándara, 1999).

Mientras que las manifestaciones centrales son: ansiedad, desasosiego, irritabilidad, miedo incoercible, aprensión, ansiedad "flotante", agobio psicológico, miedo de perder el control, deseo de escapar, desrealización, despersonalización (Gándara, 1999).

Los síntomas principales del trastorno de ansiedad generalizada son la ansiedad, la tensión motora, la hiperactividad autónoma y la alerta cognoscitiva. La ansiedad es excesiva e interfiere con otros aspectos de la vida de la persona. La tensión motora se manifiesta con frecuencia en forma de temblores, inquietud y dolores de cabeza. La hiperactividad autónoma suele manifestarse por respiración entre cortada, sudoración excesiva, palpitaciones y diferentes síntomas gastrointestinales. La alerta cognoscitiva es patente por la irritabilidad y la facilidad con que se sobresaltan los pacientes (Kaplan, 2000).

Los síntomas que se presentan en las diferentes clasificaciones de los trastornos que se asocian con la ansiedad son: palpitaciones, sudoración, temblores, malestar torácico, tensión muscular, malestar gástrico, náuseas, mareos, escalofríos, miedo de volverse loco, miedo a morir, posibilidad de tener crisis, pensamientos, ideas, impulsos o imágenes amenazantes, desrealización, futuro desolador, irritabilidad, ataques de ira, despersonalización, recuerdos de acontecimientos amenazantes, inquietud, sensación de



ahogo, sensación de atragantamiento, parestesias, sueños referentes a una crisis, evitación de sentimientos, pensamientos y lugares, amnesia disociativa, fatiga e hipervigilancia. A la tensión muscular que presentan estos individuos pueden añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, dolores o entumecimientos musculares (DSM-IV TR, 2002).

CRITERIOS

A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades. O aparición temporal y aislada del miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
- (2) Sudoración
- (3) Temblores o sacudidas
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) Sensación de ahogarse
- (6) Opresión o malestar torácico
- (7) Nauseas o malestares abdominales
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco
- (11) Miedo a morir
- (12) Parestesias (sensación de hormiguelo)
- (13) Escalofríos o sofocaciones
- (14) Inquietud o impaciencia
- (15) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- (16) Tensión muscular

B. Ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, de la exposición física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones no son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.



C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. Estas alteraciones no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica (DSM-IV TR, 2002).

PREVALENCIA

En la población mexicana general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad hasta un 25% de los individuos presentan algún trastorno relacionado a la angustia como diagnóstico exclusivo o comórbido (DSM-IV TR, 2002).

CURSO

Las vías de escape de la angustia son múltiples, El primero de estos métodos es la racionalización, es el mejor recurso para eludir toda responsabilidad. El segundo recurso para escapar a la angustia consiste en negar su existencia. En realidad, nada se hace con ella en tales casos, excepto negarla, es decir, excluirla de la conciencia. La tercera manera de librarse de la angustia consiste en narcotizarla, sea literal y conscientemente, con el alcohol y los narcóticos, o con muchos otros recursos de función anestésica no tan evidente. Otra forma de narcotizar la angustia es la de ahogarla en el trabajo, método que se traduce por el carácter compulsivo de éste y por la inquietud del sujeto en los domingos y días feriados. El cuarto expediente para escapar a la angustia es, sin duda alguna, el más radical: consiste en rehuir toda situación, idea o sentimiento capaces de despertarla (May, 1968).

El individuo angustiado o, mejor aun, que "es" angustia, advierte que le resulta difícil conectarse con el mundo, por donde brota un sentimiento de intensa perturbación que afecta tanto al mundo como a él. Alterada la posible toma de conciencia de dicha relación, la existencia se ve reducida a consecuencia del quebrantamiento que padece, y



es entonces cuando la realización de una tarea cualquiera se encuentra impedida. El sujeto sucumbe así a causa de esa distorsión que no logra superar (Ravagnan, 1981).

La primera "crisis de angustia", a menudo, es completamente espontánea, aunque las crisis de angustia de vez en cuando suceden a la excitación, al ejercicio físico, a la actividad sexual, o a un trauma emocional moderado (Kaplan, 2000).

El ataque comienza a menudo con un periodo de diez minutos en los que la sintomatología se incrementa de manera rápida. Los pacientes, normalmente, son incapaces de identificar el origen de sus miedos; pueden encontrarse confusos y tener dificultades en la concentración. Los signos físicos son taquicardia, palpitaciones, disnea y sudoración. Los pacientes, a menudo, tratan de abandonar cualquier situación en la que estén y buscar ayuda. Una exploración formal del estado mental durante una crisis de angustia revelaría rumiación, dificultad en el habla y una memoria deteriorada. Los pacientes pueden experimentar depresión o despersonalización durante la crisis. Los síntomas pueden desaparecer rápida o gradualmente (Kaplan, 2000).

Las personas ansiosas están tan predispuestas a seleccionar ciertas cosas de su entorno y descuidan otras en su empeño por demostrar que está justificado considerar una situación como amenazante y responder en consecuencia. Si falsamente justifican sus miedos, sus ansiedades aumentan por la respuesta selectiva y crean un círculo vicioso de ansiedad, distorsión de la percepción e incremento de la ansiedad. Si, por otro lado, se tranquilizan fácilmente mediante un razonamiento selectivo, pueden reducir la ansiedad apropiada y, con ello, dejar de tomar las precauciones necesarias (Kaplan, 2000).

Muchos individuos con algún trastorno de ansiedad se consideran nerviosos o ansiosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que sus síntomas iniciaron en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con periodos de estrés (DSM-IV TR, 2002).



SUBTIPOS

Por lo que respecta a las manifestaciones somáticas de la angustia, puede establecerse una división en angustia real, angustia moral y angustia vital. Así, casi toda situación real provocadora de angustia libera una cadena de fenómenos psicósomáticos (Kielholz, 1987).

La angustia moral se manifiesta, a través, de síntomas tales como anorexia y vómitos. Tales manifestaciones pueden establecerse como reacciones psíquicas a unas ganas compulsivas de comer, cargadas de sentimiento de culpa y, con ello, contribuir a reprimir un proceso colmado de angustia moral (Kielholz, 1987).

La angustia vital, por último, es consecuencia de procesos corporales que constituyen potencial o realmente una amenaza para la vida del sujeto: angustia en trastornos de la irrigación coronaria, en la embolia pulmonar, en alteraciones vesicales excesivas en ancianos (Kielholz, 1987).

Kielholz en 1987 realizó la siguiente clasificación de la angustia:

a) Angustia consciente generalizada:

Los síntomas somáticos correlacionados con la angustia pueden definirse como "manifestaciones vegetativas concomitantes", pero en el sentido de una concepción global de los fenómenos psicósomáticos quizá se justifique la hipótesis de que los síntomas de la angustia constituyen en general una parte del fenómeno total.

b) Angustia consciente localizadas:

El estado de ánimo angustiado se relaciona en sí, íntimamente, con las funciones circulatoria y respiratoria, las cuales, y en contraposición a los síntomas gastrointestinales, se caracterizan por un alto grado de conciencia. Numerosas manifestaciones de angustia coinciden, pues, con molestias respiratorias y circulatorias.



c) Angustia inconsciente generalizada:

La aparición manifiesta y consciente de angustia se ve impedida por factores de diversa índole y correspondientes a la personalidad. En cambio, en estos individuos se dan con frecuencia los síntomas vegetativos más diversos.

d) La angustia se manifiesta a través de un síntoma psicossomático aislado, que puede presentarse de un modo agudo, recidivante o crónico.

Benedetti (1978; citado por Ravagnan, 1981) caracteriza una "angustia flotante", carente de objeto, que abarca la totalidad de la existencia y provoca la aparición de sentimientos y una pérdida de confianza en cuanto a las posibilidades de realización humana.

La "angustia manifiesta", en cambio, constituye una forma de defensa ante los hechos en los que el individuo está comprometido y que, por consiguiente, no puede eludir (Ravagnan, 1981).

Por último, la "angustia oculta" carece de toma de conciencia, está como sugerida y al margen de cualquier representación. Pero se hace patente en el comportamiento, en el que se advierte que el sujeto está aludiendo situaciones que podrían ponerla en evidencia (Ravagnan, 1981).

Existen diferentes tipos de angustia, Bellak (1993) toma en cuenta tres orígenes o tipos de angustia, estos son: angustia endógena, la causa de la angustia es desconocida para el paciente; la angustia exógena, se precipita la angustia a causa de un suceso externo; y la angustia mixta, que es una mezcla de las dos anteriores.

La ansiedad reactiva es motivada por un desencadenante, con una relación comprensible con un suceso o una anticipación de algo; puede ser normal y servir para enfrentarse a ella o anormal y dificultar la adaptación (Gándara, 1999).



La ansiedad endógena es aparentemente inmotivada, surge sin razón o causa comprensible, como una manifestación del carácter de la persona, excesiva y poco o nada adaptativa (Gándara, 1999).

El Estado más primario de la angustia es la reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de dominar (Emanuel, 2001).

La angustia automática o primaria designa una reacción espontánea vinculada al temor a la disolución total, proveniente de un avasallamiento no menos total (Emanuel, 2001).

Para el DSM-IV en su versión revisada se menciona que los trastornos que conforman el apartado de trastornos de ansiedad son: la crisis de angustia, el trastorno de angustia sin agorafobia, el trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad de especificado.

TRATAMIENTO

Los tratamientos para este tipo de trastorno incluyen la psicoterapia y el uso de psicofármacos.

En una psicoterapia con orientación psicodinámica, entre los componentes a trabajar con el paciente, Bellak (1993) menciona:

- 1) Establecer la causa inconsciente de la angustia endógena

Temor a perder el control de impulsos, ya sea de naturaleza agresiva o sexual. Ansiedad de separación, en especial en los individuos que necesitan de relaciones simbióticas. Reacciones de un superyó severo, en respuesta a crecientes sentimiento y conductas del tipo agresivo o sexual.

- 2) Continuidad entre angustia inmediata, factores precipitantes e historia personal



- 3) Explicación intelectual como arte del establecimiento de la continuidad.
- 4) Angustia exógena: significado inconsciente del suceso externo
- 5) Relacionar la angustia exógena con factores endógena para hacer que disminuya. El terapeuta puede emplear ciertas técnicas para ayudar a que la angustia se aminore pensando que no es la única persona con ese problema. Puede decir, "sí, es una terrible situación. Pero creo que si le preguntamos a diez personas que han tenido experiencias similares, es posible que reaccionarán de manera bastante diferente que usted".
- 6) Angustia endógena como parte de una psicosis incipiente.
- 7) Estar a la completa disposición del paciente.

Al hablar por teléfono con el paciente, puede ofrecerle apoyo y, en ocasiones, insight.

- 8) Prever una estructura
- 9) Interpretar la negación
- 10) Utilizar catarsis o catarsis inmediata.

Los tres fármacos principales que deben considerarse para el tratamiento de trastorno de ansiedad generalizada son buspirona, benzodiazepinas e inhibidores específicos de la recaptación de serotonina. Otros fármacos que pueden ser útiles son los tricíclicos, los antihistamínicos y los antagonistas beta adrenérgicos (Kaplan, 2000).

La falta de contención da origen a toda clase de angustias. Puede generar un ataque de pánico y la persona se siente invadida por una emoción sin nombre y no procesada, que a menudo se descarga en un trastorno somático por lo que es importante atenderla desde sus primeras manifestaciones (Emanuel, 2001).

ANSIEDAD DE MUERTE

El hombre posee una ansiedad fundamental que es el miedo a morir. Durante su vida el individuo reflejará ansiedades que sólo son resultado de la metamorfosis de la ansiedad fundamental (Abadi, 1973; Ramírez, 1996).



La angustia que siente el hombre hacia la muerte está causada principalmente por la angustia a lo desconocido. Esta angustia se divide en tres fases:

- 1) Angustia antes de morir: la siente el hombre durante la vida por su presencia permanente en ella, por lo tanto, esta angustia se equipara: "al vivir como estar muriendo".
- 2) Angustia durante el morir: se relaciona la idea de tránsito peligroso a doloroso que se tiene durante el proceso de muerte.
- 3) Angustia después de la muerte: Es provocado cuando la mente parece negarse a aceptar la noción de la muerte como "no ser", como un fin, debido a que el cuerpo vacío de vida o la mente sin el sostén del cuerpo no se concibe (Abadi, 1973; citado por Ramírez, 1996).

Morin (1996; citado por Romero, 2000) sostiene que el ser humano teme a la muerte porque es un sujeto individualizado. "El dolor y la obsesión (a la muerte) tiene un denominador común: la pérdida de la individualidad" (105 pp.). Si nos duele perder la individualidad es porque la sobrevaloramos y la sobrevaloramos porque somos narcisistas.

El hombre se ha ido separando, primero, de la naturaleza y después de los demás seres humanos. Este distanciamiento tiene consecuencias que pueden explicarse de acuerdo al concepto psicoanalítico del narcisismo. Bajo estos términos podemos decir que el ser humano antes de apartarse de la naturaleza tenía su libido en equilibrio entre el amor a sí mismo, hacia su especie y hacia la naturaleza. Paulatinamente esa energía amorosa se fue canalizando sólo hacia los seres humanos dejando de lado a la naturaleza, para más tarde alejarse de los demás seres humanos, convirtiéndose cada miembro en un individuo que dirige su libido en su propio Yo.

El miedo a la propia muerte convierte a los seres humanos en seres ciegos, incapaces de ver y valorar la vida en otra parte que no sea en ellos mismos. Mientras más canaliza su energía su energía amorosa en sí mismo, más miedo a morir y más egoísta se vuelve el ser humano. Reducir la necesidad de supervivencia de la especie únicamente a la supervivencia del individuo es quitar de un solo tajo la razón primordial de por qué morimos: que la especie permanezca (Romero, 2000).



La propia muerte es vista de forma totalmente diferente a la muerte de un ser querido. Pues bien, cuando sabemos que vamos a morir sentimos que nosotros seremos los que abandonamos. Tememos causar dolor a quienes queremos, nos atemoriza dejarlos desamparados. También interviene el temor a padecer fuertes dolores físicos. En realidad el miedo a morir tiene mucho que ver con el miedo que nos da sufrir. La propia muerte, además, puede ser vivida como una amenaza. A menudo nos encontramos con personas que tienen creencias religiosas y se sienten culpables por la manera en que han llevado sus vidas, por lo tanto, temen profundamente ser castigados después de morir.

Otras personas en cambio le temen a la nada después de la muerte, su temor más fuerte es no saber qué hay después de la vida. Los seres humanos estamos acostumbrados a llenarnos de certezas; lamentablemente nadie tiene la seguridad de saber qué hay más allá, el no saberlo no sólo causa temor sino también nos hace sentir indefensos. Como vemos, morir nos provoca muchos miedos. Es común la impresión de que faltaron muchas cosas por hacer, muchos anhelos que cumplir, muchos sueños que realizar. En este sentido, podemos decir que la muerte siempre se experimenta como si llegara a robarnos algo (Romero, 2000).

MUERTE

El mexicano no provoca la muerte, no quiere morir pero quizá por nuestro origen prehispánico la aceptamos como un fenómeno ineludible, que es una consecuencia implícita de la vida y por ello procura congraciarse con ella, ser su amigo y tomarla con la naturalidad que este fenómeno conlleva (Pomar, 1985; citado por Alamilla, 1997).

De hecho, el intento de olvidar la muerte, bien puede ser el intento de no recordar su propia pequeñez. Pequeñez que, dada la soberbia del ser humano, lo frustra permanentemente (Romero, 2000).

Los que poseen la tecnología transformada en armas mortíferas capaces de acabar con miles de vidas, humanas o no, poseen también un sentimiento de control, de poder ante la vida.



La sociedad occidental capitalista cuanto más experta se muestra en el arte de matar, de explotar, de acumular objetos, más supone que gobierna la vida y la muerte. El ser humano de este siglo se vive como un ser omnipotente, por lo tanto, la sociedad que ha creado es mortífera (Romero, 2000).

ANTECEDENTES

En México durante la época prehispánica se tenía el concepto profundamente dialéctico de que la vida trae implícita la muerte y la muerte trae implícita la vida (Pomar, 1985; citado por Alamilla, 1997).

Los aztecas concebían la muerte como el tránsito a un más allá que poseía distintas características, según fuera la conducta moral de esta vida, sino la forma de morir y la ocupación a que el difunto se había dedicado (Borbolla, 1985; citado por Alamilla, 1997).

Una de las concepciones fundamentales del mundo precolonial, clave quizá de la actitud de aquellos pueblos frente a los hechos terrestres y cósmicos, es la idea de la inmortalidad o, más bien, de la indestructibilidad de la fuerza vital, que subsistía más allá de la muerte (Westheim, 1971; citado por Alamilla, 1997).

En las culturas mexicanas existentes antes de la Conquista privilegiaban a la muerte, celebrando diversos rituales y ceremonias conmemorando la muerte de un ser querido como la entrada a un mundo espiritual en el cual sería una extensión de la vida. Los dolientes no perdían del todo al muerto, porque se creía que una parte de su espíritu continuaba con ellos y que en festividades como el día de muertos regresaban para hacerse presentes en la familia (Alamilla, 1997).

Después de la Colonia y la evangelización que con ella se produjo, el concepto de muerte y las creencias alrededor de ella se vieron afectados. Se adoptaron las ideas del



catolicismo absorbiendo la idea de que la muerte es un requisito para entrar al paraíso o al infierno, según el comportamiento del difunto.

Dentro de la cultura mexicana encontramos dos posturas. La primera derivada de nuestros antepasados, los aztecas, ésta cultura no temía a la muerte, ya que la veía como la continuidad de la vida, en donde era un honor ser entregado en sacrificio o morir en batalla. Y la segunda proviene de los españoles, que debido a sus creencias religiosas y a la evangelización que trajeron consigo temen a la muerte, al castigo divino; sin embargo les intriga la promesa del paraíso que ganarán al morir. Hasta nuestros días se mantienen con fuerza las dos creencias (Dimas, 2000).

Actualmente, la muerte se presenta sin la grandeza de las culturas prehispánicas y sin la trágica preocupación de sus equivalentes españoles. Es una concepción que se nutre de la ocurrencia satírica que provoca la sonrisa irónica. Esta actitud se manifiesta en muy diversas formas actualmente y, si bien todo el año le brinda al mexicano la oportunidad para temer a la muerte desapareciéndola, nunca lo hace con tanto afán como el 2 de noviembre, festividad que la Iglesia Católica dedica a los fieles difuntos y que en México ha perdido tan solemne para convertirse en el Día de Muertos (Ramírez, 1996).

DEFINICIÓN

La muerte es un fenómeno natural, universal y único. Es natural en el sentido de que, si no median causas antinaturales (asesinato, suicidio, accidentes, etc.), se produce siempre como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológico. Es universal, porque, mediando una u otra circunstancia, todos los hombres han muerto y morirán. Es único porque el propio concepto de muerte (término de la vida) entraña la irreversibilidad y a cada persona le acontece una sola vez.

Muerte es la abolición definitiva irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo. La cesación funcional no es completa desde el primer momento en que se establece la muerte real, ya que la muerte del organismo en su conjunto, no incide con la muerte simultánea de todas las células que lo componen (Quiroz, 1980).



En la "Voz de la Experiencia" Laing (1982; citado por Hernández, 1995) dice que la muerte como experiencia no es simplemente una desconexión física de las células, hay que sentir antes, en el momento y después de la muerte. Las experiencias de la muerte y postmuerte aún no han sido explicadas cabalmente por la ciencia, y es que las experiencias rebasan y se desbordan ante los parámetros prefijados de la ciencia, la posibilidad de la experiencia es inmensa.

En las cosas de la vida Laing (1977; citado por Hernández, 1995) se refiere a un miedo a la muerte impregnado en nuestras experiencias. La muerte entonces es una experiencia sentida. Sentirse muerto no es estar muerto físicamente, pero se metaforiza de esa forma. Algunas angustias y sensaciones actuales de cualquier adulto pueden estar enraizadas en un pasado remoto.

Es esencial la presencia del concepto de muerte, que la considera como un fenómeno natural, irreversible, inevitable y que supone la finalización de la vida. Es un concepto abstracto y complejo, que requiere de una serie de requisitos cognoscitivos previos, entre los que destacan: distinción entre lo animado e inanimado; completo dominio de la constancia del objeto; diferencia del "Yo" sí-mismo, del no Yo, todo cuanto no es él mismo; concepto de tiempo (presente, pasado y futuro) (Orbach, 1985, citado por Alcántara, 2002).

TEORÍAS

Freud (1915) señaló la existencia de dos tendencias universales de la materia organizada: las de la vida y las de la muerte, ambas activas; escribió que el estado inerte de la materia es anterior al dinámico del complejo de la materia viva, y que esa especie de nostalgia por volver a ese estado primitivo de la materia, se comprende a través de las fuerzas instintivas "tanáticas".

Como afirma la biología cualquier animal tiene un instinto de supervivencia de especie, cuando se menciona lo innato individual implica, por consecuencia, que este instinto se individualiza, y sólo es interpretado como un instinto de supervivencia del



individuo. Es en este sentido que Freud (1915; citado por Romero, 2000) habla del instinto de muerte, considerándolo como la pulsión que “tiende a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico”, debido a la necesidad individual de regresar al nirvana.

En el estudio de la niñez Nagy (1948; citado por Hernández, 1995) cuando los niños cuentan con menos de cinco años, la muerte no es el final de la vida y piensan que es temporal y reversible; en el segundo estadio que es de los cinco años a los nueve, los niños se dan cuenta que la muerte es definitiva, pero no saben aún que es inevitable, ni la relacionan con ellos mismos; de la edad de los nueve a los diez años; influyen en el concepto de muerte; de los 12 años se dan cuenta que la muerte llegará a todos y no llega necesariamente con violencia o enfermedad, sino que es parte del ciclo de vida.

De acuerdo con Alcántara (2002) el pleno concepto de muerte se adquiere entre los 12-13 años, cuando el adolescente presenta la adquisición del pensamiento abstracto (periodo operativo formal de Piaget), y lo entiende como el final de la vida, irresistible y biológico.

La conciencia humana, entonces, no consiste en su capacidad de razón, sino en el descubrimiento abrasador de la muerte. El ser humano es un animal que sabe que morirá haga lo que haga, pero existe una posibilidad de trascendencia: la cultura. Como también Becker (1973; citado por Hernández, 1995) lo escribió en su obra Eclipse de la Muerte, así pese a que ya no continúe alimentando sus apetitos, el humano sobrevive a la muerte de una manera compleja: a través de los símbolos, encontrando un significado a la vida. Se inventa un “Yo inmortal” con el fin de poder trascender a la naturaleza, y la vida humana se convierte en más valiosa ante el universo que los animales y las cosas físicas.

Evidentemente como individuo no tiene caso que muera, bien podría ser otro individuo, pero como espécimen cada ser humano pierde su individualidad, y siendo parte de un gran todo tiene sentido morir si el todo sobrevive. Podemos decir que la muerte es una ladrona para el individuo, por lo mismo siente que su muerte es estéril, inútil; mientras que para la especie es dadora de vida (Romero, 2000).



En este sentido, el Más Allá es la defensa ante la frustración que la muerte provoca. El hombre ante la muerte se siente frustrado porque con el paso del tiempo ha logrado sentirse dueño de sí mismo y de lo que le rodea; se determina y determina el rumbo del mundo. Se siente poderoso y así se vive hasta que la muerte, una y otra vez, le demuestra que a pesar de todo su poder no es dueño de la vida. Quizá ante esta frustración el hombre necesita sentir que puede escoger al menos dónde va a parar después de que, aun sin elegirlo, deja de existir (Romero, 2000).

ETIOLOGÍA

La mortalidad es baja desde el primer año de vida hasta los 35 años en que se inicia un ligero aumento, indicativo de los cambios que producirán el paso de los adultos jóvenes a la etapa intermedia de la adultez, y como ocurre en todas las edades hay también una sobremortalidad masculina, por causas biológicas, que se encarga de ir recortando el predominio de los varones determinado por la favorable relación de masculinidad en el nacimiento, en torno a 105 niños por cada 100 niñas, de modo que a los 20 años la biología favorece a la mujer, acentuándose de una forma progresiva con la edad. Una mortalidad que en esta etapa obedece esencialmente a causas exógenas, infecciosas y parasitarias en las sociedades pobres actuales y las preindustriales europeas del pasado, y más ligadas al modo de vida en las desarrolladas, en que los accidentes de circulación, los suicidios, las muertes violentas y el SIDA originan una buena parte de las defunciones (Dimas, 2000).

A esta mortalidad exógena hay que añadir los efectos iniciales de una morbilidad más ligada a factores genéticos y biológicos, relacionada de algún modo, aún por determinar, con factores ambientales y sociolaborales en muchos casos, sin olvidar las debidas al consumo de sustancias nocivas para la salud: tabaco, alcohol, estupefacientes, cuya aparición se manifiesta hacia los 30-35 años. En cualquier caso, a partir de una edad indeterminada, entre el 35 y el 40 aniversario aproximadamente, las enfermedades y procesos patológicos habituales de la edad adulta-intermedia y madura, y sobre todo de la vejez, hacen su aparición inexorable, y son responsables del incremento de los índices de mortalidad pero también del deterioro de la salud, aunque en general hoy la calidad de



vida ha aumentado notablemente merced a la trascendental mejora de la atención sanitaria, asistencia hospitalaria y desarrollo farmacológico.

Así, entre los trastornos que en muchas ocasiones ya provocan síntomas hacia lo 30-40 años se hallan los procesos pulmonares, cardiacos y renales, así como artritis, enfermedades relacionadas con el estrés y tal vez con factores genéticos-ambientales, esto es, de génesis mixta, como la hipertensión, úlceras diversas, enfermedades psíquico-emocionales, como depresiones exógenas y bipolares, diabetes, esclerosis múltiple, que no siempre provocan la muerte pero que suponen un deterioro de la salud, grave en unos casos, leves en otros porque responden de una forma diferencial al tratamiento médico-farmacológico, lo que en buena medida guarda estrecha relación con el modo de vida (Dimas, 2000).

La mortalidad sigue su aumento, y las causas de defunción relacionadas con fenómenos endógenos y ligadas al envejecimiento y deterioro del organismo humano son cada vez más importantes, como las debidas a los tumores y al aparato circulatorio (Vaquero, 1989; citado por Dimas 2000), aunque las relacionadas con los accidentes diversos, externas, cobran aún cierta significación.

De acuerdo con las cifras del INEGI (2003), las causas de muerte más comunes para la población mexicana son para el grupo de 15 a 29 años; accidentes (37.1%), homicidio (15.7%), lesiones autoinflingidas intencionalmente o suicidio (7.2%), tumores malignos (6.4%), SIDA (4.4%), enfermedades del corazón (3.1%), enfermedades del hígado (2.7%), insuficiencia renal (1.7%), diabetes (1.3%) neumonía e influenza (1.2%).

Para el grupo de 30 a 64 años, las causas de muerte son: enfermedades del hígado (16.2%), homicidio (12.8%), enfermedades del corazón (12.7%), diabetes (12.5%), tumores malignos (10.6%), enfermedades cerebrovasculares (5.1%), sida (3.4%), otro tipo de agresiones (3.1%) no menciona cifras sobre suicidio.

Para el grupo de 65 años en adelante, se encuentran enfermedades del corazón (22.3%), tumores malignos (14.4%), diabetes (12.3%), enfermedades cerebrovascular



(7.5%), obstrucción pulmonar (5.2%), enfermedades del hígado (5.2%), e influenza (3.4%). Tampoco menciona cifras sobre el suicidio en este grupo de edad.

DIAGNÓSTICO

Borri (1976; citado por Quiroz, 1980) formuló una serie de síntomas agrupados para llevar a cabo el diagnóstico de muerte.

A) Inmediatos:

- a) Pérdida de la conciencia.
- b) Insensibilidad.
- c) Inmovilidad y pérdida del tono muscular
- d) Cesación de la respiración.
- e) Cesación de la circulación.

B) Consecutivos:

- a) Evaporación de cualquier tejido y/o apergaminamiento.
- b) Enfriamiento del cuerpo
- c) Lívides cadavéricas (manchas azul-verdosas): hipóstasis viscerales.
- d) Desaparición de la reacción muscular.
- e) Rigidez cadavérica.

C) Transformativos:

- a) Putrefacción (descomposición debida a microorganismos posterior a la muerte).
- b) Maceración (consiste en sumergir el cuerpo en un líquido para extraer de él las partes solubles).
- c) Momificación (Someter al cadáver a determinados procedimientos de deshidratación con el fin de formar una momia).
- d) Saponificación (Transformar materias grasas en jabón a causa de su descomposición).

SÍNTOMAS

Los síntomas descritos por Quiroz en 1980, se dividen en dudosos, probables y ciertos.



I. Signos dudosos

1. Inmovilidad
2. Inconciencia
3. Insensibilidad general y de los órganos de los sentidos
4. Sudor frío y carne de gallina
5. Supresión aparente de movimientos de la respiración
6. Cesación de latidos cardíacos.
7. Ausencia de pulso

II. Signos probables

1. Enfriamiento progresivo
2. Parálisis de esfínteres
3. Deformación de la pupila
4. Rigidez cadavérica
5. Mancha de la esclerótica
6. Lividesces cadavéricas o hipóstasis viscerales (mancha verdusca en cualquier tejido)

III. Signos ciertos

1. Apergaminamiento de la piel (toma textura de pergamino)
2. Mancha verde abdominal
3. Paro completo e irreversible de la circulación, respiración y sistema nervioso
4. Putrefacción

Pueden existir total o parcialmente los síntomas previos o bien aparecer otros nuevos, entre los que destacan el deterioro de la conciencia que puede llegar al coma, desorientación, confusión y a veces agitación psicomotriz, trastornos respiratorios con respiración irregular y aparición de respiración estertorosa por cúmulo de secreciones, fiebre dada la elevada frecuencia de infecciones como causa de muerte en los pacientes con cáncer, dificultad extrema o incapacidad para la ingesta, ansiedad, depresión, miedo (explícito o no) y retención urinaria (sobre todo si toma psicotrópicos) que puede ser causa de agitación en estos pacientes (Dimas, 2000).



CRITERIOS

Para considerar el diagnóstico de la muerte, se lleva a cabo por un médico, ningún otro personal puede determinarlo (Dimas, 2000).

La muerte que se considera con mayor importancia es la biológica o fisiológica, ya que para muchos investigadores la muerte moral, social o psicológica no existen o simplemente son reversibles, por lo que no es tan importante diagnosticarlas (Quiroz, 1980).

PREVALENCIA

Según los datos obtenidos del INEGI, en 2003 se encontró que los datos más recientes a cerca de la prevalencia de suicidio en la población mexicana. Para los hombres se encontró que el 7.7% y para mujeres el 6.4% del total de muertes anuales son debidas a suicidio.

Entre los Estados que mostraron tasas mayores de suicidio se encontró a Chihuahua (180), Distrito Federal (221), Guanajuato (165), Jalisco (310), Nuevo León (190), Sonora (166), Tabasco (151) Veracruz (283) y Yucatán (162). Entre los motivos por los cuales se lleva a cabo el suicidio se encontró causa amorosa, dificultad económica, disgusto familiar, enfermedad grave o incurable, enfermedad mental.

TRATAMIENTO

La muerte se puede prevenir, pero no es una enfermedad como tal, que se pueda curar. Si la muerte es debida a una enfermedad crónica, se puede tratar la enfermedad, no la muerte. Si es provocada por un accidente, se puede prevenir la ocurrencia del accidente, pero no la muerte. O sea, se pueden tomar medidas generales y preventivas, pero realmente no se puede hacer nada contra ella (Dimas, 2000).

La Doctora Kübler Ross (1985; citada por Dimas, 2000) es quién se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, define la tanatología como una instancia de atención a los moribundos. Por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia. Es ella a través de su



labor quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tal fin crea clínicas cuyo lema es "ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas".

Uno de los objetivos de la tanatología, es controlar el dolor y sufrimiento a través del control del dolor y de brindar soporte psicológico para la familia. La intervención se lleva a cabo tanto con el paciente, para que acepte su muerte, como para que los familiares se logren despedir del moribundo (Dimas 2000).

Etimológicamente la palabra eutanasia viene del griego: eu = bien, y thanatos = muerte. Y significa primariamente "buena muerte", "muerte apacible", sin sufrimientos, esto es, el "Bien morir". "La eutanasia es el acto de proporcionar una muerte indolora a las personas que sufren enfermedades incurables" (Webster, 1967; citado por Dimas, 2000).

De acuerdo con Webster (1967; citado por Dimas, 2000) los tipos de eutanasia son:

- Eutanasia pasiva. Es la que termina con la vida del paciente, retirando algún soporte de vida artificial y permitiendo que la naturaleza siga su curso (no proporcionarle al paciente moribundo una terapia que prolongue su vida, no conectarlo a un respirador artificial, no haciendo uso de la resucitación cardiopulmonar, y permitiendo que una persona cuyo corazón de ha detenido, muera.).
- Eutanasia activa. Se refiere a provocar la muerte de un ser humano a través de una acción directa, como respuesta a una petición realizada en ese sentido por esa persona. (ej. inyección de sustancias letales).
- Suicidio asistido. Implica que un médico proporcione información y/o a veces, los medios para que el paciente pueda cometer suicidio.

En cuanto a la preparación religiosa para la muerte, existen ritos tales como la santa unción, el apoyo moral al moribundo y la última confesión. El sacerdote juega un papel importante hasta que la persona fallece.



Las principales ideas religiosas acerca de la muerte son: 1. Nadie puede atentar contra la vida de un inocente sin oponerse a Dios y sin violar un derecho fundamental e inalienable de la persona. 2. Todo hombre debe conformar su vida con el destino de Dios y hacerla fructificar, y 3. El suicidio atenta contra la soberanía de Dios y su designio amoroso.

En el mes de abril de 2001, Holanda se convirtió en el primer país en el mundo en legalizar la eutanasia, proporcionando a los pacientes terminales el derecho a terminar con sus vidas a través de una inyección letal (suicidio asistido); Dimas 2000.

CURSO

Pero morir no sólo es una acción, sino también un proceso; proceso que sólo podremos vivir únicamente una vez en nuestras vidas. Antes de que la muerte llegue a nosotros hemos de sufrir muchas pequeñas muertes o pérdidas. El enojo no debe ser tomado por los demás como un asunto personal o como una agresión dirigida a alguien en específica. La razón de su enojo se encuentra en otra parte, esta rabia tiene un objetivo: sacar coraje para poder luchar emocionalmente. Cuando la persona muere son los familiares los que se quedan con el dolor. Aprender a ver la realidad y aceptarla después de que se ha ido la persona amada es lo que comúnmente llamamos duelo, es la acción emocional con la que los seres humanos reaccionamos ante las pérdidas (Romero, 2000).

Según Pattison (1984; citado por Hernández, 1995) existen diferentes trayectorias del morir, es decir un individuo ha vivido con ciertos planes, cuando una enfermedad o lesión se presentan nos obliga a enfrentar los hechos que nos trae la muerte y de que moriremos más pronto de lo esperado, esto no hace cambiar las trayectorias de nuestra vida, cambiando nuestra forma de pensar y nuestros planes para hacer frente al presente y al futuro que se ha abreviado. Al momento en que la persona se entera de su muerte y al momento en que llega, la llama: el intervalo vida-muerte, que contienen las siguientes fases: la fase aguda que abarca los tres estadios descritos por Kübler-Ross (1994; citada por Hernández, 1995): Negación, ira y negociación; la fase crónica vida-muerte y la fase terminal donde la persona acepta la inminencia de su muerte.



La pérdida de salud, fuerza, peso, imagen, trabajo y funciones en casa. Todas estas pérdidas dan razones para deprimirse, para sentirse profundamente triste. Según Kübler-Ross (1994; citada por Romero, 2000), hay un tipo de depresión útil que el paciente terminal experimenta, la llama depresión preparatoria y se da cuando el paciente empieza a prepararse para la separación final de este mundo. Esta NO es una depresión que ocurra como resultado del pasado perdido. Kübler-Ross nos dice que es, más bien, una herramienta para "prepararse a las pérdidas inminentes".

Las personas ante una pérdida significativa experimentan duelos. La definición exacta de la palabra duelo es: "combate entre dos a causa de un desafío". En términos psicológicos el combate es entre lo que es y lo que uno quiere que sea, entre la ausencia y la presencia, entre tener y no tener. El desafío, es la pérdida y las partes que están en pugna son la realidad devastadora de la pérdida y el deseo de que esto no sea verdad, es decir, se elabora una pugna entre el placer y el dolor. Kübler-Ross piensa que el duelo es "el proceso emocional en que el ser humano se sumerge para decir adiós" (121 pp.). Cree que cuando se ha vivido conscientemente y la persona ha arreglado todas sus cuentas pendientes con la persona que murió no es necesario hacer un trabajo de duelo.

A menudo creemos que solo debemos elaborar un duelo cuando alguien querido muere, en realidad, a lo largo de nuestra vida vamos elaborando múltiples duelos, que por no ser tan dolorosos no los vivimos como tales, sin embargo los realizamos de forma constante. Cada pérdida implica un duelo. Uno de los duelos más difíciles de superar es el que trae como consecuencia la pérdida del futuro. La pérdida de lo nunca hecho. Difícil tarea decirle adiós a algo que aún no llega y que sin embargo ya se va de nuestra vida. El futuro siempre es una esperanza algo que nunca está y que a pesar de todo nos acompaña siempre. (Kübler-Ross, 1994; citada por Romero, 2000),

Por eso elaborar un duelo por el futuro implica elaborar un duelo por la esperanza. Sentimos coraje hacia el que se ha muerto, nos enojamos con él porque nos ha abandonado. Incluso se puede sentir una especie de odio muy fuerte que después nos hará sentir culpables por nuestros sentimientos. Pero también nos sentimos culpables por todo lo malo que le hicimos y por lo bueno que no hicimos antes de que muriera. Es el



verbo lo que abrumba, es la acción lo que aniquila, es la ejecución la que nos pone a caminar hacia el límite de nuestras barreras haciéndonos llegar hasta eso oscuro y profundo que es el dolor (Romero, 2000).

SUBTIPOS

Papalia (1985; citado por Hernández, 1995) se refiere a la muerte estudiada desde el aspecto del desarrollo humano, partiendo desde diferentes investigaciones y estudios, donde abarca tres facetas: biológica, social y psicológica.

Para Thomas (1991; citado por Alamilla, 1997) y varios autores la muerte no es propia sólo del hombre y los seres vivos. Afecta a todo lo que tiene dimensión temporal. Desde esta perspectiva se habla de diversos tipos de muerte:

- Muerte parcial: La mayoría de las pérdidas son difíciles o imposibles de remplazar, por ejemplo, la pérdida de una extremidad, de la vida, etc. estas pérdidas son comúnmente acompañadas de retraimiento, debido a un profundo rechazo social. El parcialmente muerto repudia a su sociedad, esquiva la compañía de otros y por lo tanto, la sociedad también lo esquiva. De esta forma, la muerte parcial es una forma de muerte en vida.
- Muerte psicológica: A diferencia de la muerte parcial, es un estado especial, en el que el individuo deja de estar conciente de su propia existencia (Cáliz, 1968; citado por Alamilla, 1997). Esta puede ocurrir antes de la muerte clínica, aunque en la mayoría de los casos, la acompaña.
- Muerte social: Puede definirse como el momento en el cual, las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan a dejar de ser condiciones operativas para quienes lo tratan, y cuando es esencialmente considerado muerto (Sudnow, 1967; citado por Alamilla, 1997). La muerte social empieza cuando la institución acepta la muerte que está a punto de ocurrir, pierde su interés o preocupación por el individuo moribundo como ser humano y lo trata como un cuerpo, esto es, como si estuviera realmente muerto (Sequeiros, 1991; citado por Alamilla, 1997).
- Muerte biológica: La muerte, usualmente es la desaparición del individuo consistente en forma fundamental en la pérdida definitiva de la actividad



protoplasmática de las células que lo constituyen (Chauchard, 1977; citado por Ramírez, 1996).

DEPRESIÓN

En la depresión el estado de ánimo se ve manifestado por una tristeza aguda, que se ve desencadenada por mecanismos fisiológicos que alteran al individuo tanto biológica como cognitiva y conductualmente. Estas alteraciones menoscaban las capacidades y habilidades que el individuo requiere para desarrollar su funcionamiento óptimo. Suelen utilizarse como sinónimos la melancolía, la tristeza y la depresión, sin embargo existen diferencias a pesar de ser conceptos relacionados.

La melancolía es un tipo de tristeza que guarda una íntima relación con el suicidio y por lo tanto es un tema que se relaciona con esta investigación. El origen de la melancolía no necesariamente se inicia por motivos internos o externos. Algunas veces el origen del malestar es desconocido pero provoca síntomas de depresión que sirven como defensa, ataque o desamparo. Esta sintomatología provoca un desajuste que dificulta la adaptación al medio.

Los impulsos de enojo desatan conductas agresivas que pueden ser dirigidas hacia sí mismo y por ende cometer suicidio.

Teóricos como Freud (1917) han mencionado que el origen de la melancolía es la pérdida de un objeto significativo y la incapacidad para sobreponerse a la falta del objeto amado. Esto hace que se rechace la vida y por tanto se ponga fin.

El suicidio no tiene lugar cuando la depresión está en su estado más agudo, sino al comienzo de un periodo de remisión, cuando lo peor ha pasado (Lagunes, 1995).

La depresión siempre conlleva ideas de muerte por la desvalorización interior en la que se encuentra el individuo. La tristeza invade toda la personalidad (Marchiori, 1998).



Las causas de la melancolía va más allá del caso transparente de la pérdida por muerte del objeto amado, y comprenden todos los casos de ofensa, postergación y desengaño, que puede introducir en la relación con el objeto, una antítesis de amor y odio o intensificar una ambivalencia preexistente (Marchiori, 1998).

Por un lado, conservamos el concepto de depresión, que identifica un estado de ánimo dominante de tonalidad triste o que engloba estados de humor de tonalidad opuesta (Vallejo, 2000).

ANTECEDENTES

En la obra *Trastorno Afectivos: Ansiedad y Depresión* de Vallejo (2000) encontramos una perspectiva histórica acerca de la historia del estudio de la depresión. De este libro se tomaron fragmentos que ayudan a ilustrar la evolución del concepto.

Los griegos quienes tuvieron conocimiento de la depresión llamada melancolía (del griego melas-negro y chole-bilis). La melancolía para ellos era una enfermedad que tenía un humor especial y atacaba a la gente en su talante primeramente mencionada por Hipócrates (460-370 a.C.). Esta melancolía se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia, pero ésta era más conocida por aspectos de tipo somático (Maritiny 1964; citado por Sánchez, 2001), siendo que ellos aunque la conocían no la caracterizaban como una enfermedad en sí, sino como una serie de síntomas asociados a una enfermedad. Después uno de los apuntes mas interesantes fue hecho por Galeno de Pérgamo (sin año; citado por Sánchez, 2001) en su escrito *On Medical Definitions*, donde describe a la melancolía como una alteración crónica que no es acompañada por fiebre.

Cerca del año 30 d.C. el medico romano Aulus Cornelius Celsus (Kaplan, 2000) describió el concepto de melancolía utilizado por los griegos en su texto *De medicina*, como una depresión causada por bilis negra. El término continuó siendo utilizado por otros autores médicos, como Areteo (120-180 d.C.), Galeno (129-199 d.C.), y Alejandro de Tralles en el siglo VI. El médico y filósofo judío Moisés Maimónides en el siglo XII consideró la melancolía como una entidad clínica discreta.



Durante muchos años no se avanzó en la investigación sobre la depresión y la melancolía, las explicaciones basadas en los humores, tipos de temperamentos y lesiones cerebrales se mantuvieron como la mejor explicación durante largo tiempo evitando que continuaran los estudios, hasta el siglo XIX que fueron retomados.

Durante el renacimiento, la fisiología (una incipiente anatomía funcional) y la psicología (una taxonomía de los temperamentos) eran inseparables. La psicología de los temperamentos tendía a explicar los estados del ánimo en términos de causas físicas y a la inversa (Babb, 1951; citado por Vallejo, 2000).

Pinel (1745-1826; citado por Vallejo, 2000) consideró las características como amnesia, melancolía y manía en un subtipo de neurosis caracterizadas por "extravíos del espíritu", pasionales y no febriles.

Pinel diferenció, por un lado, las "desviaciones del intelecto" y, por otro, las "desviaciones de los sentidos" (o estrictamente pasionales). De tal manera, consideró seis tipos básicos de alteraciones psicopatológicas: a) lesiones de la sensibilidad física; b) lesiones de la percepción exterior; c) lesiones del pensamiento; d) lesiones de la memoria y la alteración de la asociación de ideas; e) alteraciones del juicio, y f) cambios de carácter y emocionales, en esta clasificación incluyó a la melancolía.

La concepción orgánica de la patología mental desplazó rápidamente a la teoría pasional de Pinel y Esquirol. No sólo la melancolía se localizaban en el cerebro, sino también el suicidio, Broussais (1821; citado por Vallejo, 2000), patólogo francés, creía firmemente en un "instinto de conservarse vivo" localizado en un órgano cuya ausencia o deterioro conducía al suicidio.

La tristeza para Schnaider (1967; citado por Sánchez, 2001) no es más que un tipo de depresión incomprensible, y no tiene ninguna relación con otro tipo de problemas. Aunque no siempre es así. Por otro lado la tristeza no es sólo factor para la categorización de la depresión puesto que ésta puede estar acompañada por otras características como



pueden ser la lentificación del pensamiento, sentimiento de culpa, ruina, hipocondría y paranoia.

DEFINICIÓN

Vallejo (2000) hace mención de fragmentos que recopiló de diversos autores que estructuraron las bases para definir el concepto de depresión.

Para explicar el concepto de depresión, se parte de autores que describen estructuras de personalidad asociadas a este fenómeno. Esquirol, en el siglo XIX, afirma que las depresiones aparecían en personalidades escrupulosas y ansiosas. Abraham (1912; citado por Vallejo, 2000) considera que el sujeto afectado de una depresión, incluso estando asintomático, tiene una personalidad desajustada. Kraepelin (1913) sugiere que la personalidad premórbida es un estado crónico y subclínico de trastornos afectivos posteriores e identifica tres tipos de estructuras de personalidad distintas: la de la enfermedad depresiva, la maniaca y la maniaco-depresiva.

Tristeza y suicidio tradicionalmente se asociaron a los estados depresivos, desde la antigüedad (Scheler, 1916; citado por Vallejo, 2000). La tristeza es la emoción que se experimenta bajo determinadas circunstancias y por sí sola no define la enfermedad depresiva melancólica. La psiquiatría fenomenológica alzó a la tristeza vital a nivel de signo casi patognómico.

En 1921, Kraepelin describe el temperamento depresivo, caracterizado por tristeza, incapacidad para disfrutar y una sensación permanentemente de estrés en todas las situaciones de la vida. Dice que son sujetos serios, autocríticos y con sentimientos de culpa permanente. Kretschmer (1921; citado por Vallejo, 2000) reconoce un temperamento ciclotímico como manifestación premórbida de las enfermedades depresivas y maniacas.

Kennedy y Discipio (1970; citados por Vallejo, 2000) aportaron al concepto de depresión el rasgo de obsesividad, estudiando pacientes con trastornos afectivos. Los



resultados mostraron que el grupo de depresivos obtuvo elevadas puntuaciones en este rasgo, frente al grupo de pacientes maníacos.

Schneider (1971; citado por Marchiori, 1998) describe los síntomas de la "psicopatía depresiva": seriedad, pesimismo, incapacidad de relajación, tranquilidad, escepticismo, tendencia a la preocupación, y a la duda. Kielholz (1959) observa, asimismo, rigidez y tendencia a la preocupación en pacientes diagnosticados de melancolía involutiva.

Schildkraut y Klein (1975; citados por Vallejo, 2000) definen dos síndromes caracterológicos crónicos. Uno, al que denominan disforia histeroide, estaría caracterizado por necesidad de gratificación, inestabilidad emocional, irritabilidad emocional y apatía. Según estos autores, este trastorno afectaría mayoritariamente a la mujer. El otro consistía en un sensación subjetiva de infelicidad, ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana y apatía.

Tellenbach (1976; citado por Vallejo, 2000) consideró la expresión personalidad melancólica caracterizada por escrupulosidad, preocupación excesiva por el orden, minuciosidad, perfeccionismo, responsabilidad, autoexigencia, autocrítica, rigidez, falta de espontaneidad y tendencia a experimentar culpabilidad. Se trata de personas bien consideradas socialmente por su competencia, capacidad de colaboración, amabilidad y evitación de discusiones y conflictos. A pesar de ello, dado su retraimiento e introversión, sus relaciones sociales se restringen, frecuentemente, a su familia y amigos más íntimos.

Para este autor, el temperamento es un factor etiológico de la depresión unipolar y la aparición de la enfermedad depresiva se debe a esta estructura de personalidad premórbida y a la condición de que se presente una situación concreta que desestructure ese temperamento, que puede estar relacionada tanto con demandas del entorno que el sujeto se vea incapaz de responder como con demandas internas.

La depresión, está fuertemente vinculada al concepto de duelo, que etimológicamente significa dolor, sufrimiento (Marchiori, 1998).



TEORÍAS

La explicación que Freud (1917) dio en su artículo de Duelo y Melancolía era que la melancolía (depresión) se caracteriza principalmente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una pérdida por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto así mismo, puede llegar incluso a una delirante espera de castigo.

Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que la aficción muestra también esos caracteres, a excepción de uno sólo: de la perturbación de amor propio. La aficción intensa, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la pérdida del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso, lo que equivaldría a sustituir al desaparecido, y el apartamiento de toda función no relacionada con la memoria del ser querido. Se comprende que ésta inhibición y restricción del Yo es la expresión de su entrega total a la aficción.

En la melancolía de la pérdida explica Freud (1917), de origen real unas veces, y constitutivo otras, ha de tenerse muy en cuenta entre las premisas de la melancolía, cuando el amor al objeto, amor que ha de ser conservado, no obstante el abandono del objeto, llega a refugiarse en la identificación narcisista, recae el odio sobre este objeto sustitutivo, calumniándolo, humillándolo, haciéndole sufrir y encontrando en este sufrimiento una satisfacción sádica. El tormento, indudablemente placente, que el melancólico se inflige a sí mismo significa, análogamente a los fenómenos correlativos de las neurosis obsesiva, la satisfacción de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia el objeto, pero retraídas al Yo. En ambas afecciones suele el enfermo conseguir por un camino indirecto su venganza de los objetos primitivos, y atormentar a los que ama, por medio de la enfermedad, después de haberse refugiado en ésta para no tener que mostrarles directamente su hostilidad.



Por otra parte, en su ensayo *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte*, en el apartado de *Nuestra actitud de muerte*, Freud (1917; citado por Alcántara, 2002) afirma que la muerte propia es desde luego, inimaginable, y cuantas veces más lo intentemos podemos observar que continuamos siendo en ellos meros espectadores, es decir, nadie cree en su propia muerte, o incluso en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad. Sin embargo, el inconsciente sí es capaz de representarse y aceptar la muerte de los demás, sobretodo cuando se trata de alguien extraño o del enemigo.

Nuestros instintos suprimen constantemente a todos aquellos que nos estorban, que nos ofenden o nos perjudican. En otras palabras, el inconsciente sí puede asesinar aunque esto trae consigo intensos sentimientos de culpa totalmente intolerables. De esto se deriva que, para Freud (1917), el suicidio se puede interpretar como un impulso agresivo que es introyectado, es decir, que el Yo puede darse muerte solo si puede tratarse a sí mismo como un objeto, si puede dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre el objeto y subroga la reacción originaria del Yo hacia objetos del mundo exterior.

Freud (1917; citado por Vallejo, 2000), en *Duelo y Melancolía*, describió el proceso normal de duelo ante la pérdida de un ser querido. El sujeto normal a través del recuerdo resuelve los sentimientos de ambivalencia hacia la persona desaparecida y el vínculo emocional entre esta última y el afligido se distancia poco a poco hasta que puede ser reinstaurado en otras personas. A la intuición de que los autoreproches del melancólico eran realmente reproches hacia el objeto perdido siguió la idea de una identificación inconsciente con ese objeto. El melancólico no sigue el proceso normal de duelo y dirige hacia sí mismo (internaliza) la ira que siente hacia el objeto perdido.

En resumen, Freud (1917) pensaba que en el depresivo: a) falta una auténtica resolución de la decepción del objeto perdido; en su lugar, sustituye la relación de objeto decepcionante con una identificación; b) queda una sensibilidad a las decepciones y una tendencia a reaccionar a ellas con retirada y rabia, y c) se produce una regresión oral y anal en el funcionamiento.



El rasgo de personalidad más asociado a esta relación sería la dependencia interpersonal y la excesiva necesidad de esfuerzo, apoyo y atención por parte de otras personas (Chodoff, 1972; citado por Vallejo, 2000).

Bleichmar (1985; citado por Marchiori, 1998) en su estudio sobre la depresión, expone una clasificación desde el psicoanálisis sobre la depresión: a) depresión narcisista, b) depresión culposa, y c) depresión simple.

Bemporad (1988; citado por Walter, 2003) resume el proceso de la siguiente manera: Cuando la pérdida anterior y su correspondiente odio hacia el objeto amado perdido durante la infancia se reactivan; no obstante, el objeto perdido se ha convertido en parte en uno mismo, por lo cual el odio se dirige hacia uno mismo que contiene lo introyectado.

Para Ey (1989; citado por Marchiori, 1998) la depresión es la reacción emocional manifestada por sentimientos de tristeza, soledad, rechazo, fracaso o desesperanza. Se considera como indicativa de enfermedad mental cuando se halla en desproporción con las circunstancias o cuando persiste después de un tiempo razonable y el sujeto no hace ningún esfuerzo para salir de ese estado o para luchar con las circunstancias que lo generaron.

En la teoría social Fernández (1992; citado por Sogi, 1997) señala el carácter de enfermedad social que tiene la depresión con suma frecuencia, tanto por sus repercusiones como por sus orígenes. Se subrayan especialmente ciertas situaciones sociales como agentes depresógenos, en particular las situaciones fuertemente estresantes, las situaciones de aislamiento o inactividad y las situaciones sujetas a cambios demasiado fuertes e intensos.

Sánchez (2001), desde una perspectiva cognitivo-conductual, se habla de tres teorías sobre la depresión, resaltan las siguientes características:



1.- Falta de recompensas. Este modelo de depresión sugiere que las personas deprimidas continúan así porque, habiéndose aislado de las personas y actividades en su ambiente que son satisfactorias, no reciben recompensas ni estímulos para conservarse activos, de tal forma que se pierde la motivación para volver a participar nuevamente. En consecuencia, el proceso de aislamiento se sostiene y la persona deprimida tiene cada vez menos respuestas del ambiente que sean satisfactorias. De acuerdo a esto es fácil que pueda presentarse un sentido de inutilidad e inadecuación personal una vez que se inicia este proceso de descenso.

2.- Pérdida de control. Esta teoría de la depresión se describe más formalmente como "desamparo aprendido". Sugiere que las personas se deprimen más cuando piensan que no tiene efecto en el proceso o resultado final de los acontecimientos, esto se enfoca en la forma en que las personas constituyen la relación entre acciones y resultados. También se ha sugerido que la depresión resulta porque las personas atribuyen los "malos" resultados finales a sus propias faltas de carácter, y los "buenos" a circunstancias fuera de su control que no tiene nada que ver con sus acciones. En consecuencia, los acontecimientos depresivos se presentan para "indicar" más la incapacidad de la persona para "hacer las cosas bien" porque no pueden tener ninguna influencia en el resultado final de estos acontecimientos.

3.- Deformaciones en la forma en que se ven las cosas. Esta teoría de la depresión considera que las personas se deprimen porque sólo se toman muy selectivas en la forma en que ven las cosas siempre miran hacia el lado negro de sí mismos el mundo y el futuro. Esta atención selectiva puede deberse a costumbres del pensamiento que son virtualmente "automáticas" siempre que la persona afronta una nueva situación ligeramente retadora.

Según Vallejo (2000) hay tres modelos explicativos sobre el origen de la depresión:

- ◊ Modelos basados en el concepto de independencia entre los dos trastornos. La depresión y el suicidio serían condiciones distintas con etiologías independientes. Las coincidencias específicas serían el resultado de la casualidad o de un "riesgo general" a padecer esos trastornos.
- ◊ Modelos basados en el concepto de casualidad común. Según este modelo, depresión y suicidio compartirían la misma etiología, por ejemplo los traumas de la



infancia. Vallejo considera que tal hipótesis, por el momento, no ha podido ser demostrada, ya que tales sucesos se hallan presentes en múltiples trastornos psiquiátricos y no específicamente en la depresión.

- Modelos basados en el concepto de predisposición o vulnerabilidad. Según Hirschfeld y Shea (1992; citados por Vallejo, 2000), esta aproximación ha sido la que más autores han aceptado y mayor número de trabajos de investigación han intentado demostrar. Haría referencia a que algunas características de personalidad serían previas a la depresión y supondrían un factor de vulnerabilidad. Sin embargo, se plantea la cuestión de si un tipo de personalidad único sería el origen de cualquier depresión, o bien en los distintos tipos de depresión se fundamentarían en un trastorno de personalidad distinto. Otra hipótesis explicativa sería que algunos trastornos afectivos fueran secundarios a determinadas alteraciones de personalidad y otros no.

La teoría de la patogenia en secuencia circular de González de Rivera (1984; citado por Belloch, 1995) tienen en cuenta factores depresógenos encadenados en un mecanismo de retroalimentación positiva, responsable de mantener la depresión, el mecanismo se resumen de la siguiente manera: (1) puede acabar agotando los mecanismo de neurotransmisión cerebral, con el siguiente déficit de catecolaminas y/o serotonina, (2) lo que conduce un estado depresivo, (3) el desánimo, la indefensión y la desesperanza, (4) propios de la depresión llevan a un estado de desinterés e inhibición generalizada, (5) con la siguiente inferioridad competitiva y aumento del riesgo de situaciones de pérdida, tanto de personas queridas como de oportunidades, refuerzos y gratificaciones, (6) las experiencias de pérdida perpetúan el ciclo.

Las principales sustancias neurotransmisoras implicadas en la depresión han sido las catecolaminas e indolaminas, conocidas también como monoaminas o aminas biógenas, con una implicación menor, y probablemente marginal, de la acetilcolina. La disminución de monoaminas en el sistema nervioso central puede provocar depresión, mientras que su incrementa corrige los síntomas en los enfermos con trastornos afectivos (Belloch, 1995).



El papel de las indolaminas se relaciona con la actividad catecolaminérgica a través de la "hipótesis permisiva de la depresión", según la cual un déficit funcional de la neurotransmisión serotoninérgica predispone a la aparición de un trastorno depresivo si se encuentra deficitaria (Belloch, 1995).

ETIOLOGÍA

Según Calderón (1967; citado por Sánchez, 2001) las causas de la depresión pueden ser divididas en:

TIPO	CUADROS EN LOS QUE PREDOMINA
Genéticas	Depresiones Psicóticas
Psicológicas	Depresiones Neuróticas
Ecológicas	Depresiones Simples
Sociales	

Calderón plantea algunos ejemplos de causas psicológicas de la depresión como son:

Determinantes: Mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Desencadenantes:

- a) Pérdida de un ser querido
- b) Pérdida de una situación económica
- c) Pérdida de Poder
- d) Pérdida de la Salud
 - Enfermedades con peligro de muerte
 - Enfermedades que originan incapacidad física
 - Enfermedades que determinan alteraciones estéticas
 - Enfermedades que afectan la autoestima (Impotencia)

La pérdida del objeto durante la edad adulta puede ser atribuida a un ser querido, de una situación económica, de poder o de salud. La pérdida de un familiar produce una serie de reacciones adaptativas dependiendo de la causa de esta pérdida provocando una situación de duelo hasta severas depresiones. La situación económica actual crea una serie de necesidades que posteriormente traen como consecuencia un desajuste



emocional debido a que se deben hacer una serie de sacrificios para la obtención de éstos artículos.

Akiskal (1984; citado por Sogli, 1997), en relación a la etiología de la depresión, afirma que: "la patogenia de la enfermedad afectiva se comprende mejor con un modelo interrelacional, que implique una predisposición de carácter hereditario y de desarrollo, factores sociodemográficos y de personalidad, así como circunstancias desencadenantes" (pág. 169).

Aunque para el DSM-IV las causas de los trastornos del estado de ánimo son desconocidas, algunos investigadores han encontrado relación entre algunos factores. Los factores causales pueden dividirse en forma artificial en biológicos, genéticos y psicosociales, pero se trata, efectivamente, de una división artificial dada la probable interacción entre ellos. Los factores psicosociales y genéticos pueden afectar a los factores biológicos, por ejemplo, en las concentraciones de un determinado neurotransmisor. Los factores biológicos y psicosociales también pueden afectar a la expresión genética, los factores biológicos y genéticos pueden influir en la respuesta de una persona a factores psicosociales (Kaplan, 2000).

Chinchilla (1999), menciona que la etiología de la depresión es de tres tipos principalmente. La primera es factores biológicos (factores neurobioquímicos, anomalías del sueño y ritmos circadianos). La segunda son los factores genéticos (pacientes con parientes que presenten trastornos afectivos) y el tercero por factores psicosociales (estrés ambiental, personalidad permórbida, pérdidas del objeto, interpretaciones deformadas negativamente sobre la realidad)

Entendemos como factores determinantes los factores de riesgo que aceleran no sólo el inicio, sino otras situaciones clínicas, como recuperación, recaída, recurrencia o cronicidad del trastorno depresivo. Hay un aumento de suicidios en primavera y otoño, lo cual se correlaciona con la variación estacional de la enfermedad depresiva (Vallejo, 2000).



DIAGNÓSTICO

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos también sugieren que las tasas de muerte en los sujetos con trastornos depresivos son de más de 55 años aumentan hasta llegar a cuadruplicarse. Los sujetos con trastorno depresivo ingresados en residencias geriátricas pueden tener un mayor riesgo de muerte en el primer año. De los sujetos visitados en consultas de medicina general, los que presentan un trastorno depresivo tienen más dolor y más enfermedades físicas y una peor actividad, física, social y personal (DSM-IV TR, 2002).

SÍNTOMAS

Los factores que se presentan en los cuadros depresivos pueden ser tan variados puesto que la depresión también puede mostrarse como un tipo de depresión activa o ansiosa. El sujeto depresivo presentará diferentes tipos de manifestaciones emocionales, siendo las más representativas tristeza patológica, ansiedad y periodos de irritabilidad y mal humor (Ledesma y Melero 1989; citados por Sánchez, 2001). Una de las características físicas que normalmente se encuentran en este tipo de cuadros son: la pérdida de peso y falta de deseo sexual los cuales no aparecerán inmediatamente sino que puede pasar un cierto tiempo. Otro factor que puede presentarse es la alteración del sueño, presentándose en ciclos alterados o simplemente en la pérdida de éste. (Rojas y Ballesteros 1952; citados por Sánchez, 2001). Estos síntomas pueden presentarse de una manera diferente por lo que es preciso manejarlos de una manera coordinada y complementaria para un diagnóstico acertado.

Según Sánchez (2001) las alteraciones se dan en las siguientes áreas:

- a) Pensamiento: conforme avanza la depresión el enfermo presenta dificultad para concentrarse, disminuye la motivación, la ambición y todo ello afecta a su eficiencia en el trabajo para cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. Surgen sentimientos de culpa reales o imaginarios, se niegan éxitos y habilidades pasadas conceptualizándolas como carentes de importancia, todo ello ligado al convencimiento de la necesidad de un castigo



- inevitable y justificado. En ciertos casos se juzgan a sí mismos responsables de los problemas de otros.
- b) **Conducta y aspecto:** con frecuencia el aspecto del depresivo lo delata como tal, su rostro triste, como máscara estática, la actitud decaída, la postura inclinada y rígida. Su sonrisa, si se llega a producir es fría y superficial. En ciertos enfermos se muestra un descuido por el aspecto personal, se visten desaliñados, con ropa arrugada e incluso sucios. Aparece también, un decaimiento de los movimientos corporales y mentales, se disminuyen los movimientos espontáneos y la expresividad. Al notar el movimiento de una persona deprimida parece dentro, como si cada movimiento le implicara un gran esfuerzo. Se vuelven callados, poco comunicativos, responden apenas a las preguntas formuladas. En casos depresivos agudos el paciente parece mudo y pasmado como si estuviera catatónico. En contraste, existen enfermos que manifiestan un estado de gran agitación (en contraposición con el retraído) tanto a nivel físico como psicológico.
- c) **Síntomas somáticos:** pérdida del apetito y el peso; disminuyen las ganas de comer, pues la comida les parece insípida; el estreñimiento aparece con frecuencia; asimismo las perturbaciones del sueño, se quejan de dificultad para conciliar el sueño, despertarse durante la noche, pesadillas, intranquilidad durante el sueño, experimentan a menudo la falta de descanso al despertar en la mañana. Hay enfermos que duermen en demasía cuando se encuentran deprimidos. Los enfermos depresivos se quejan de diversos síntomas físicos como: resequedad de boca, dolores, males de muy diversa índole y localización, cefaleas, neuralgia, sensación de opresión en el pecho, dificultad para engullir. La pérdida del apetito sexual es corriente en esta enfermedad. Aunque la tristeza sea la perturbación medular del estado de ánimo, un buen número de pacientes depresivos presentan también rasgos de ansiedad que se manifiesta en temores vagos, tensión y un gran número de preocupaciones. Pueden sufrir de temblores y sudoración exagerada. No es raro que los síntomas en los pacientes fluctúen considerablemente según el tiempo y las circunstancias. Sin embargo se presentan también la depresión en la que el estado de ánimo es fijo, esta última es menos



frecuente. Normalmente los pacientes depresivos se sienten peor y sus síntomas se agudizan en determinado momento del día, por lo general en las primeras horas de la mañana (relacionado con el ciclo circadiano de la temperatura del cuerpo).

- d) Conducta suicida: es indudable que en el desarrollo de pensamientos suicidas, la depresión desempeña una función importante. Las ideas de culpabilidad y desesperación del paciente con depresión pueden conducirlo a creer que merece la muerte (autocastigo) o ver las cosas con un futuro tan "negro" que será mejor morir antes que continuar viviendo en el estado actual (huida). Vallejo-Nájera (1988), señala que aproximadamente un 25% de los enfermos depresivos hospitalizados manifiesta una conducta suicida, en forma de pensamientos, amenazas o intentos.

Criterios diagnósticos del DSM-IV TR (2002)

A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el mismo sujeto o la observación realizada por otros.
- (2) Disminución acusada del interés de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
- (3) Pérdida de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento de apetito casi cada día.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
- (8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.



El DSM-IV TR toma como síntomas diagnósticos para la depresión los siguientes: el estado de ánimo depresivo, la anhedonia, insomnio o hipersomnia, baja autoestima, abatimiento, sensibilidad al rechazo interpersonal, pérdida o aumento de peso, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad para concentrarse, sentimientos de desesperanza, agitación o enlentecimiento motor, fatiga o pérdida de energía, pensamientos de muerte e ideación suicida.

CRITERIOS

A. Presencia de síntomas durante un periodo de 2 semanas, que presentan un cambio sobre la actividad previa; uno de los síntomas deben ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

B. Durante el periodo de 2 meses la persona no ha dejado de presentar los síntomas.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcionales, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicológicos o enlentecimiento motor.

PREVALENCIA

Los estados de trastorno depresivos han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece un trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre 10% y 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los hombres. La prevalencia puntual del trastorno depresivo en adultos en la población general ha variado entre el 5% y el 9% para las mujeres y entre el 2% y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (DSM-IV TR, 2002).



CURSO

El trastorno depresivo puede empezar a cualquier edad, y en la vida promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo posterior (DSM-IV TR, 2002).

Los episodios depresivos pueden desaparecer completamente y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente. Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación episódica total y sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico.

A menudo, los episodios de trastorno depresivo se producen después de un estrés psicosocial grave, como la muerte de un ser querido o el divorcio. Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o segundo episodio de trastorno depresivo y que desempeñan un papel menor en el inicio de los episodios posteriores. Las enfermedades médicas y la dependencia de sustancias (especialmente alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo (DSM-IV TR, 2002).

SUBTIPOS

Kielholz (1978; citado por Sánchez, 2001) clasifica las depresiones psicógenas en las cuáles los factores psicológicos desempeñan un papel predominante. En primer lugar están las depresiones reactivas que surgen después de un conflicto moral, pero también aquellas que acompañan a algunos conflictos psicológicos interiores permanentes (depresiones neuróticas), o aquellas que son producto secundario de un estado de agotamiento físico y moral (depresiones por agotamiento). Por último, se tienen las depresiones endógenas en las cuales la causa es incierta. En este marco se pueden situar las depresiones que acompañan algunos trastornos mentales graves, en particular, la esquizofrenia y los delirios crónicos. Se localizan también las llamadas depresiones bipolares, en las que se producen fases depresivas y maníacas. Las depresiones unipolares



en las que sólo se encuentran fases depresivas, la depresión en este caso, puede producirse como un episodio único o adoptar la forma de enfermedad repetitiva y las llamadas depresiones involutivas (llamadas también de aparición tardía) que siguen un curso unipolar y se presentan después de los 50 años.

Marchiori, 1998 hace la siguiente clasificación de los tipos de depresión:

1. En la personalidad depresiva se observa pesimismo, sentimientos de culpa y autoreproches, temor a la pérdida de la familia, sentimiento de inferioridad, alteración de funciones mentales, alejamiento de las actividades cotidianas, de las relaciones interpersonales. Y gradualmente, acentuar el proceso de angustia y depresión, insomnio, retraimiento y deseos de muerte. Las reacciones de éste proceso de depresión suelen ser diversas: intentar vencer la angustia y la tensión por medio de la adicción alcohólica, a drogas, comportamientos autodestructivos, otras formas de agresión (desde el intento de suicidio en un estado de profunda depresión o conductas de robo u homicidios).
2. En la depresión aguda, los pensamientos suicidas son más claros y frecuentes pudiendo llegar a manifestarse en forma concreta. La actividad de la persona disminuye, pierde el sueño, no se alimenta, el pensamiento es muy lento, así como el lenguaje, presenta sentimientos de culpa por acontecimientos sucedidos hace varios años y relaciona estos sucesos para justificar sus ideas suicidas.
3. En el estupor depresivo se encuentra un estado de inhibición profunda, con alucinaciones, ideas de muerte, trastorno de memoria, desorientación espacio-temporal y una confusión psíquica intensa.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado a la depresión en tres grandes categorías:

- a) Depresión Psicótica: es aquella en la que los elementos genéticos desempeñan un papel importante, se caracteriza por la alteración grave de la personalidad, pérdida de la autocrítica u enfrentamiento importante con el medio.



- b) Depresión neurótica: es aquella en la que la personalidad del sujeto ha sido mal integrada durante la etapa evolutiva, debido a problemas importantes que se presentan durante la infancia y adolescencia.
- c) Depresión simple: es aquella en donde la personalidad del sujeto no sufre trastorno, pero cuyos problemas psicológicos, sociales y de entorno ambiental, le han acarreado un desequilibrio bioquímico (Sánchez, 2001).

De acuerdo con el manual del DSM-IV en su versión revisada, encontramos que el apartado de "trastornos del estado de ánimo" comprende los trastornos depresivos que se dividen en: trastorno depresivo mayor; trastorno depresivo mayor episodio único; trastorno depresivo mayor recidivante; trastorno distímico; y trastorno depresivo no especificado.

TRATAMIENTO

El abordaje del paciente depresivo en cuanto a la valoración del potencial suicida y la posterior prevención pasa, primero, por la valoración de los factores de riesgo; en segundo lugar, un tratamiento biológico adecuado y, por último, un abordaje psicológico apropiado, que comprenderá una acción explicativa de los síntomas, lo que impedirá que las personas que rodean al paciente interpreten mal los síntomas depresivos y que no lo conduzcan a conclusiones desfavorables para el enfermo, lo que les evitará caer en errores frecuentes, como exhortarle a dominarse o a animarse, decirle que esto de la depresión es cosa de "poner voluntad" (Vallejo, 2000).

Las formas de tratamiento que propone como opción Kaplan (2000) son la hospitalización, la psicoterapia familiar, la farmacoterapia y la terapia electroconvulsiva.

Cuando el paciente es suicida, la hospitalización está indicada para proporcionar la máxima protección contra los impulsos y conductas autodestructivas.

La psicoterapia o intervención familiar es casi siempre un componente en el tratamiento de depresión, para educar a las familias frente a los trastornos de ánimo así como para animarles a una resolución de conflictos más efectiva. La intervención familiar



es especialmente importante para afrontar el conflicto, ya que el conflicto que persiste puede empeorar o incrementar las recaídas depresivas.

En la farmacoterapia los medicamentos encargados de la inhibición de la recaptura de serotonina son efectivos en el tratamiento de la depresión en adultos, tienen un perfil de efectos secundarios benignos y su potencial letal por sobredosis es realmente bajo. Los antidepresivos tricíclicos se han utilizado con menos frecuencia después de los inhibidores de la recaptura de serotonina. El seguimiento es esencial debida a que produce arritmias cardiacas serias, ataques, coma y muerte.

La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha utilizado para una gran variedad de enfermedades psiquiátricas en adultos, principalmente en los trastornos del ánimo depresivo, maniacos y en la catatonia.

El incremento de la depresión se asocia a un aumento de los casos de suicidios. Alrededor del 15% de las personas que padecen depresión llegan al extremo de suicidarse (Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2000; citado Alcántara, 2002).

CAPÍTULO

3

SUICIDIO

*Il faut laissez cela
À la porte de l'âme
Il faut entrer léger
Sur la pointe des pieds
Dans la mort transparente
Comme eau de cascade
Qui lave les plaques du chemin*
Roger Milliro
*Habrá que dejar eso
A la puerta del alma
Habrá que entrar ligero
Sobre la punta de los pies
La traslúcida muerte
Como el agua de la cascada
Que lava el andar del camino*

Introducción
Antecedentes sobre el Suicidio
Definición de Suicidio
Teorías acerca del Suicidio
Estudios en México sobre el Intento de Suicidio y Suicidio Consumado
Estudios Clínicos
Epidemiología sobre el Suicidio en México
Factores de Riesgo Suicida
Crisis Suicida
Evaluación de Riesgo Suicida
Tipos de Suicidio
Formas y Métodos para Realizar el Suicidio



CAPÍTULO III. SUICIDIO

*Heureuse la créature qui a fait sa sépulture
Dans le ventre maternel! heureux celui, dont la vie
En sortant s'est vue ravie par un sommeil éternel!
(Joachim du Bellay, siglo XVI)
Feliz la criatura que encontró su sepultura
En el vientre materno. Feliz la vida raptada
Luego de asomada por un veloz sueño eterno*

INTRODUCCIÓN

Este capítulo inicia abordando los antecedentes históricos sobre el suicidio iniciando con los griegos y concluyendo en la época actual, posteriormente se revisan diferentes definiciones de suicidio desde el siglo XVIII hasta nuestros días. Se abordan diversas teorías que incluyen el punto de vista psicoanalítico, el enfoque psicológico y el sociológico. Se revisa la etiología del suicidio y los factores de riesgo asociados.

Las conductas suicidas pueden presentarse de diversas maneras: como ideas, avisos en sus distintas modalidades, conductas autoagresivas o con el acto suicida propiamente dicho; puede ser estudiada y definida fundamentalmente desde dos perspectivas: según un corte transversal, que abarca el momento de la conducta suicida, o según un corte longitudinal, que incluya el procedimiento implicado (Caplan, 1988).

ANTECEDENTES SOBRE EL SUICIDIO

En Grecia el cadáver de un suicida era privado de la sepultura, siendo amputada la mano derecha y enterrada en otro lugar. Uno de sus primeros reyes se mata para salvar a su país de la guerra, y más tarde, Meneceo de Tebas, acepta las palabras del oráculo de Delfos y se mata para salvar a su pueblo (Guarner, 1984).

En Roma se castigaba severamente a los soldados que intentaban quitarse la vida, ya que se consideraba que no era propiedad suya, sino del Estado (Guarner, 1984).

Herodoto (485-425 a. C.) "Cuando la vida es una carga para un hombre, la muerte se convierte, en búsqueda de un refugio" (Guarner, 1984). En la filosofía griega encontramos argumentos dispares para condenar el suicidio, mientras que por lo contrario sólo se da uno para justificarlo: así, para Sócrates (410 a. C.) el suicidio es un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y el destino de los hombres, pero, reconoce que la muerte es una liberación para el alma, tanto del cuerpo, como de la vida terrenal.



Sin embargo, para Platón (302 a. C.) el suicidio es una cuestión que supera lo religioso, comprendiéndola como una conductora que transgrede tanto las normas legales, como religiosas y políticas, incluso una falta de propia estima. A pesar de ello, reconoce que es lícito para aquellas personas a las que "el destino les haya impuesto una vergüenza tal que les sea imposible la vida" (Ferrater, 1981; citado por Clemente, 1996).

Para Aristóteles (341 a.C.) el problema del suicidio es principalmente sociopolítico, argumentando que no sólo es una cobardía personal, sino un acto "que va contra la polis", por lo que está justificado que dichos sujetos pierdan algunos derechos (Clemente, 1996).

En India algunos sabios en búsqueda del nirvana se suicidaban durante fiestas religiosas. Mientras que en Europa, entre los celtas se glorificaba a quienes se daban muerte a sí mismos (Guarner, 1984).

En los siglos VII y VIII la iglesia empezó a castigar severamente a quienes intentaban suicidarse y en el siglo XIII, Santo Tomás de Aquino atribuyó el suicidio a una inspiración demoníaca y a un pecado contra Dios (Guarner, 1984).

Constantino el Africano (1020-1087 d. de C.; citado por Guarner, 1984) está considerado como el fundador de la Escuela de Medicina de Salerno, cerca de Nápoles, que gozaba de gran renombre hacia finales de la Edad Media. En su obra *De Melancolía*, se decía que la causa de la melancolía era un exceso de bilis atribuido a un desequilibrio de los sistemas del cuerpo. Como en la antigüedad, el tratamiento que recomendaba era una dieta adecuada, palabras amables y sensibles, música, baños, catarsis, reposo, ejercicio físico y satisfacción sexual.

Sin embargo el Africano, describió por primera vez los síntomas que caracterizan este síndrome: tristeza debido a la pérdida del objeto amado, miedo a lo desconocido, aislamiento e inmovilidad de la mirada en el espacio, ideas delirantes sobre hermanos y padres, que actualmente se atribúan a la ambivalencia, intenso miedo y culpabilidad en las personas religiosas. El Africano propuso varias hipótesis respecto al pronóstico que en general son aceptadas actualmente. El pronóstico era más favorable en los estados



reactivos agudos cuando el paciente no había llegado a un estado de aislamiento extremo (Guarner, 1984).

En los Anales de Tlatelolco de 1525 se hace referencia a un caso concreto de suicidio: realizado por uno de los jefes principales de Tlatelolco, a raíz de la muerte de Cuauhtémoc, instigado por el temor de quedar en manos enemigas y posiblemente algo trastornado en sus facultades mentales, pero perfectamente consciente de lo que realizaba (Quiroz, 1980).

Burton (1621; citado por Guarner, 1984) publica en Inglaterra *The Anatomy of Melancholy*, en este libro describe las diversas formas que toma la tristeza, al mismo tiempo que relaciona el suicidio con la melancolía y la culpa.

Una de las obras más relevantes en defensa del derecho "es una muerte responsable" es el ensayo de Hume (1768) sobre el suicidio, en el cual no sólo defiende la legitimidad del mismo, sino que la expone rebatiendo los principios por los cuales se condenaba, promovidos por "la superstición y falsa religión". Posteriormente, desde una perspectiva muy diferente, Ludwig Ladsberg (1811; citado por Clemente, 1996) se opone al suicidio tomando como principio sobre que las personas no se han de doblegar ante las contradicciones que se les planteen, han de luchar y procurar encontrar solución.

Para Schopenhauer (1815; citado por Clemente, 1996), el suicidio, lejos de ser una reafirmación de la muerte, es una afirmación de la vida, por cuanto se huye de lo negativo, no de lo positivo, por lo que ve al suicidio no como un desear morir; sino como un deseo de vivir que el hombre ve irrealizable. Por ello se niega y acepta el suicidio, aunque igualmente reconocerá que nada en el mundo tiene cada uno tan indisputable derecho como su propia persona y vida.

La psiquiatría, desde sus comienzos, comprendió el suicidio como una enfermedad mental o una alteración psíquica. Así, Pinel (1821) "clasifica el acto suicida como síntoma de melancolía", y su discípulo Esquirol (1838; citado por Clemente 1996), en la misma



línea, lo concibe como un trastorno mental, aunque también se refiere a él como una crisis de afección moral que es provocada por las múltiples afecciones e incidencias de la vida.

Hacia finales del siglo XIX Morselli (1879) y el sociólogo francés Durkheim (1897; citado por Durkheim 1982) introdujeron los factores sobre los cuales se basarían los estudios posteriores y las teorías sociológicas sobre el suicidio. Basándose en estudios sobre la importancia que tiene la sociedad en el individuo para que éste lleve a cabo el proceso suicida explicando cuatro tipos de motivos por los cuales se consuma el suicidio.

Quinnette (1987; citado por Clemente 1996) decía que no tienes que estar enfermo mentalmente para matarte. De hecho la mayoría de la gente que se suicida no se encuentra legalmente 'loca'.

El siglo XX ha presenciado también épocas de intensas crisis suicidógenas, principalmente, después de la Primera Guerra Mundial y en los primeros años de las difíciles situaciones económicas, sobretodo en aquellos países afectados por las inflaciones y el desempleo. Diariamente y en todas las naciones se registran casos de suicidio, muchos de ellos no divulgados, sobretodo los acaecidos en el campo, lejos de centros urbanos y en los países de extenso territorio, el cual no es posible tener bajo un control que permita registrar con exactitud todos los casos de personas que abandonan voluntariamente la existencia (Clemente, 1996).

DEFINICIÓN DE SUICIDIO

Tradicionalmente se ha definido que la palabra tenía su origen en Árabe Prévost (1734), de quien lo retomaría De Fontaines (1737) y, posteriormente, Voltaire (1753) y los enciclopedistas (Pelicier, 1985; citado por Sarró y de la Cruz, 1991), siendo incluida por la *Academia Francesa de la Lengua* en 1762, como "el acto del que se mata a sí mismo".

En España, la palabra sería utilizada por primera vez en la obra de Fray Fernando de Cevallos (1772) en *La Falsa filosofía y el ateísmo*, y cuyo objetivo era criticar la obra de Voltaire (Martí 1984; citado por Clemente, 1996). No sería incluida en el *Diccionario de la Real Academia Española* hasta su quinta edición, publicada en 1817, momento para el cual



se había generalizado la palabra, con una etimología paralela a la de homicida, cuya raíz está en términos latinos Sui (de sí mismo) y Caedere (matar), siendo definido en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española de la siguiente manera: "Dícese del acto o de la conducta que daña o destruye al propio agente".

Stengel (1920; citado por Marchiori, 1998), investigador y estudioso de esta problemática, explica que el suicidio parece ser la acción más personal que el individuo puede asumir; sin embargo, las relaciones sociales juegan un papel importante en su causalidad, pues posee un profundo impacto social; y aunque parece dirigido solamente a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros.

Visto desde un punto de vista sociológico Durkheim (1897; citado por Durkheim, 1982) le llama suicidio a todo acto de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella misma debía producir este resultado. Por sus estudios es considerado el padre de la suicidología, su teoría ha sido tan relevante que actualmente siguen siendo vigentes para la suicidología moderna.

Schneidman (1961; citado por Trujillo, 1999) definió el suicidio como "el acto conciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución" (235 pp.).

Shneidman (1968; citado por Trujillo, 1999) Fundador de la Suicidología, dedica un libro entero a esta cuestión, en donde propone una sola definición limitada a los países occidentales, "el suicidio es un acto de aniquilación de sí, mejor comprendido como una enfermedad multidimensional, en donde el suicidio es percibido como la mejor solución ante un problema".

En 1969, Kreitman (citado por Sarró, 1991) considera que el suicidio posee una intencionabilidad de morir que no tienen todas las conductas autodestructivas, por lo que se pronuncia a favor de utilizar términos diferentes, acuñando así el concepto de parasuicidio.



Cuando la depresión está presente en el suicidio se dan conductas de autosadismo o autoagresión intensa, se considera suicidio a todo tipo de acción donde el impulso de muerte está implícito o explícito, es decir, incluyen como suicidio a cualquier tipo de conducta autodestructiva (Meninger 1972; citado por Fernández, 2001).

Samaritan (1978; citado por Trujillo, 1999) "el suicidio es el último acto de desesperanza cuyo resultado no es conocido y que se efectúa ante una lucha entre un deseo de muerte inconsciente y un deseo de vivir mejor, de amar y ser amado". El suicidio no se elige; sucede cuando el dolor es mayor que los recursos para afrontarlos. A lo largo de nuestra vida aprendemos diversas formas de solucionar problemas. Algunas personas tienen más recursos de afrontamiento que otras.

Fue Farberow (1980 citado por Sarró, 1991) quien acuña los conceptos de Conducta Autodestructiva Directa (CAD) y Conducta Autodestructiva Indirecta (CAI). Las primeras serían todas aquellas que suponen una conducta consciente e intencionada, se busque o no la muerte. Las CAI (conductas autodestructivas indirectas) integrarían todas las formas que Scheidman (1968) consideraba sub-intencionadas.

La definición del suicidio de Shneidman (1985) sintetiza las características comunes del suicidio, cada una de las cuales tiene implicaciones para la prevención e intervención:

- El estímulo común en el suicidio es el insoportable dolor psicológico. La principal regla clínica de prevención es reducir el nivel de sufrimiento, de manera que el individuo escoja vivir.
- El catalizador común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas. El suicidio parece una elección lógica para el individuo que lo comete, y se comprende mejor como resultado de necesidades obstruidas o insatisfechas. La regla clínica es: si se encausan las necesidades frustradas no ocurrirá el suicidio.
- El propósito común del suicidio es buscar una solución. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito. El suicidio se ve como una respuesta común a la pregunta de: "¿cómo salgo de esto?"



- o La meta común para el suicidio es la suspensión de la conciencia. De modo paradójico, el suicidio es tanto un movimiento hacia y un movimiento de alejamiento de algo. La meta es terminar con la conciencia de uno sobre el dolor insoportable y los apremiantes problemas de la vida.
- o La emoción común del suicidio es la desesperanza o fatal de ayuda.
- o La actitud interna común hacia el suicidio es la ambivalencia. Los clínicos pueden utilizar la ambivalencia para ganar tiempo, en busca de generar otras soluciones para la situación dolorosa.
- o El estado cognoscitivo común del suicidio es la constricción psicológica de sentimientos y pensamientos, y un estrechamiento de la gama de opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida.
- o El acto impersonal común del suicidio es la comunicación de la intención. El reconocimiento de esas claves (peticiones de ayuda, murmuraciones o silencios entendidos) es indispensables en la prevención del suicidio.
- o La acción común en el suicidio es la salida, la escapatoria o huida de una situación tensionante, que indica que la acción de la persona suicida es terminar con el dolor al cambiar el escenario.
- o La persistencia común en el suicidio son los patrones de enfrentamiento de toda la vida. Los clínicos deben mirar hacia los episodios previos de perturbación, la capacidad para soportar el dolor psicológico, y la tendencia a la constricción y el pensamiento dicotómico, como claves para el comportamiento que amenaza la vida.

Porkorny (1986; citado por Trujillo, 1999), propone el término "suicidio consumado" para la muerte por suicidio y "conductas suicidas" para una serie de términos relacionados. Menciona tres grandes categorías de conductas suicidas: el suicidio consumado, el intento de suicidio y las ideas de suicidio.

Cantor (1988 citado por Caplan, 1988) menciona textualmente "Me gustaría cambiar la palabra suicidio por *suisad*, que significa tristeza del Yo. Creo que eso sería más esclarecedor que decir que alguien se ha matado. Ellos quieren salvarse a sí mismos, pero matar la tristeza" (215pp.).



El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo, su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud desilusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento (Clemente 1996).

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI) el suicidio se define como el acto o conducta de las personas que destruyen su propia existencia. La palabra suicidio proviene del latín y se compone de dos términos: sui, de sí mismo y caedere, matar. Es decir significa matarse a sí mismo. (INEGI, 2003).

TEORÍAS A CERCA DEL SUICIDIO PSICOANALÍTICAS

El punto de vista psicoanalítico propone que es un acto dirigido a un objeto amoroso significativo en la vida del suicida y con base en esta afirmación hay una relación objetal patológica entre el individuo que intenta suicidarse y sus figuras significativas, lo que promueve que se lleve a cabo (Navarro 1995; citado por Trujillo, 1999).

Fue a través de la observación de sujetos lo que condujo a Freud (1910; citado por Meninger, 1977) a formular la teoría del instinto de muerte. De acuerdo con este concepto, existen desde un principio en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción, y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio solamente en casos excepcionales en que muchas circunstancias y factores se combinan para hacerlo posible.

El acto de suicidio inconsciente se suele manifestar mediante accidentes, los que pueden ser considerados como la hábil y encubierta utilización de un peligro, que es presentado como una desgracia casual o contingente. Freud (1901; citado por Fremouw,



1990), en *Psicopatología de la vida cotidiana*, nos habla de automaltratos semintencionados.

Adler (1912; citado por Marchiori, 1998) en su teoría del suicidio chantaje, pretende que, dada la debilidad efectiva del niño sus primera "armas" para conquistar la afección ajena es la sumisión y la obediencia. Explotando sus enfermedades y sus miedos para zafarse de toda responsabilidad, obtener protección y simpatía al propio tiempo se siente insultado, humillado, inferior de los fracasos entonces culpará a los demás.

Para Jung (1927; citado por Caplan 1988), el self tiene una faceta positiva y otra negativa. Esta última estaría relacionada con una interpretación peyorativa de la vida, acercando a la persona, por tanto, a la muerte. Esta parte negativa del self aparece principalmente cuando no existe correlación entre el Yo (que representa la realidad) y el self (que representa las expectativas que para y de sí tiene el sujeto en la sociedad). Esta incongruencia motivaría en el sujeto un "anhelo de renacimiento espiritual".

La teoría jungiana sobre el suicidio se completa con la predisposición de cuatro dimensiones fenomenológicas (colectivos-individuales, activo-pasivo, sincero-llamar la atención y planeado-impulsivo), y una tipología que a continuación se expone:

1. El suicidio del héroe o mártir, provocado por un ideal.
2. Dolor irreducible o angustia mental. La vida es insoportable, planteándose la muerte como una liberación.
3. Reacción contrafóbica de la muerte. La muerte es tan temida, que la persona se la proporciona para no soportar más el temor a la misma.
4. Búsqueda de libertad
5. Reunión con la persona amada.
6. Deseo de reclusión. La persona se suicida con la intención de poner un "broche a la vida", siendo la muerte un medio de investigación (Marchiori, 1998).

Grunberger (1938; citado por Marchiori, 1998) concentra su doctrina en el suicidio melancólico, propio del individuo que nunca logró aceptar la pérdida del paraíso (cuando nació) ni recompensar la gran herida narcisista original. Es fundamentalmente incapaz de



ser feliz; quizá exija demasiado, o no le quede gusto a nada, o la suerte le sea desfavorable.

Ringel (1953; citado por Marchiori, 1998) señaló que en el síndrome presuicida, la inhibición de la agresividad causa el aislamiento del individuo y que éste termina descargando la agresión contra sí mismo.

Con base en las ideas de Freud de 1915, Meninger (1977) en *El hombre contra sí mismo* concibió el suicidio como un homicidio invertido, causado por la cólera de la persona hacia otra. Este asesinato reflejo se dirige hacia el interior o sea como una excusa para el castigo. También describió un instinto de muerte auto-dirigido (el concepto de Thanatos de Freud de 1905) y tres componentes de hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

Meninger en 1972 clasificó como suicidios las formas atenuadas de autodestrucción, en que el individuo pospone su muerte indefinidamente, al precio del sufrimiento y del deterioro de funciones que equivale a una muerte en vida, pero no por ello deja de ser vida (Clemente, 1996).

Los tres tipos de suicidios atenuados propuestos por Meninger son: *El crónico*, que incluiría algunas enfermedades mentales, conductas asociativas y/o prácticas que conllevan un deterioro obligado, tales como el alcoholismo; *El localizado*, que estaría formado por hipocondría y/o simulación de enfermedad física, automutilaciones, impotencia sexual y frigidez; y por último, *El orgánico*, que se produce en enfermedades de carácter psicossomático, es decir, cuando el ánimo o deseos del sujeto influyen sobre la evolución de la enfermedad (Clemente, 1996).

Kreitmen (1977; citado por Sarró, 1991) propuso la substitución de la expresión "tendencia suicida" por la palabra "parasuicidio", introduciendo en este concepto el acto deliberado de ingerir drogas en cantidades no prescritas en las fórmulas terapéuticas, pero eliminando igualmente la intencionalidad de morir. El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce



daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse.

Al matarse o amenazar con ello, el suicida pretende castigar a otro o hacerlo objeto de persecución pública. El suicidio venganza es, en resumidas cuentas, un crimen inconfesado. Abunda más este tipo de suicidio entre las mujeres, mientras que el suicidio crimen es más común entre los varones (Jonghe, 1982).

ENFOQUE PSICOLÓGICO

La teoría de Kelly (1956; citado por Trujillo, 1999), parte de que todos los sujetos tienen una peculiar forma de adaptarse al ambiente, en función de las categorías cognitivas concretas que poseen, y que sirve, de parámetros para procesar sus experiencias. A estas categorías las denomina constructos personales. Desde este "peculiar mecanismo de procesar" el sujeto construye e interpreta la realidad, su realidad. Aunque en este planteamiento ceda la primacía al componente mentalista de cada sujeto, reconoce la interacción mente-ambiente en la confrontación de su estructura cognitiva.

La teoría de Kelly (1956) sobre el suicidio se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta.

Así pues, el suicidio, desde la Teoría de Kelly (1956), no tiene tanto una intencionabilidad autodestructiva, como la de prolongar y dar significado a la vida. Las dos razones por las que Kelly explica el suicidio son: a) el futuro es obvio para el individuo y por lo tanto es incapaz de motivarle; b) cuando por el contrario el futuro se muestra al sujeto totalmente impredecible, de manera que se ve "obligado a abandonar la escena".

Para Kelly (1956), el suicidio sería el efecto de la radicalización, por parte del sujeto, de la definición y extensión de la comprensión de la realidad, y posterior construcción de la misma. Así el suicidio se manifestaría como una forma extrema de depresión, que o bien subraya o bien rechaza en exceso la definición de la vida, reduciendo la amplitud del sistema del sujeto mismo, desechando éste lo externo a él.



En consecuencia, el suicida es aquel cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado por defecto o por exceso, y le provoca o bien abatimiento o bien aburrimiento. Además, Kelly (1956; citado por Clemente, 1996) introduce un nuevo criterio a tener en cuenta, que es la existencia de sujetos psicológicamente muertos, aunque estén biológicamente vivos, por las mismas razones antes expuestas, son prácticamente inactivos social y psicológicamente.

Para terminar, el autor dice que el suicidio no es explicable desde términos tales como sentimientos, emociones, necesidades, psicodinamia, motivación, aprendizaje, reforzamiento, etc., proponiendo nuevos conceptos:

1. Dilación contra constricción. Hace referencia a la amplitud del campo de intereses de la persona.
2. Angustia. Entendida en términos de incapacidad de predicción.
3. Amenaza. Supone que la persona prevé posibles cambios sobre su identidad, y duda de su capacidad de control sobre los mismos.
4. Hostilidad. Que se produce cuando el sujeto fuerza los acontecimientos para que éstos coincidan con sus predicciones.
5. Culpa. Explica este concepto en función del papel que desarrolla un sujeto en un contexto social; apareciendo ésta cuando la persona no es capaz de satisfacer las demandas del papel.
6. Postulado básico y corolario de elección. El primero son los procesos psicológicos de una persona orientados por los parámetros de predicción, es decir, su capacidad de anticipar los acontecimientos. El segundo hace referencia a las alternativas estratégicas de cada persona para resolver las situaciones y la eficacia de la alternativa elegida (Clemente, 1996).

Pöldinger (1978; citado por Marchiori, 1998) en su enfoque fenomenológico sobre el suicidio describe tres estadios:

- En un primer estadio el suicidio es considerado por el individuo como la solución de los problemas.
- En un segundo estadio se da el conflicto entre la tendencia autodestructiva.



- En el tercer estadio está la decisión y se pasa al acto concreto.

Neimer (1983; citado por Alcántara, 2002), aplicó la teoría del constructo personal de Kelly (1956) a la depresión y el suicidio. Señala que los constructos de las personas suicidas y depresivas se caracterizan por:

- ◊ Anticipación al fracaso
- ◊ Autoconstrucción negativa
- ◊ Construcción polarizada
- ◊ Aislamiento interpersonal
- ◊ Además de estas características comunes con los individuos deprimidos, los suicidas presentan dos características más:
- ◊ Construcción en el contenido y la aplicación de constructos.
- ◊ Desorganización del sistema de constructos.

TEORÍA SOCIOLOGICA

Morselli (1879; citado por Durkheim, 1982) mencionó cuatro tipos de suicidio. 1) *Maniaco*: las alucinaciones y delirios, las personas escapan a un peligro o una vergüenza imaginario u orden misteriosa que proviene del interior; 2) *Melancólica*: causado por depresión, vida dolorosa o aburrida, pensamientos e ideas suicidas constantes y persistentes; 3) *Obsesiva*: se presenta la idea fija de muerte que sin razón aparente, es una necesidad instintiva, lucha contra esa idea, se muestra triste y ansioso, también conocido como suicidio ansioso; y 4) *Impulsivo y automática*: Impulso brusco e irresistible, el impulso irrumpe y produce efectos con automatismo, sin precedente intelectual.

La teoría sociológica menciona la asociación y relación causa-efecto entre el fenómeno suicida y múltiples factores de riesgo o variables suicidógenas: ecológica (temperatura, accidentes y geografía), temporales (estaciones del año, días de la semana y horas del día), demográficas (raza, sexo y estado civil) y religiosas (Durkheim, 1982).

De acuerdo al sociólogo Durkheim (1897; citado por Clemente, 1996), encontramos los llamados *suicidios egoístas*, que se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas; el *suicidio*



altruista que sucede por una excesiva “integración” del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que se interactúa; el *suicidio anómico* es por la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y que generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en la estructura de los valores culturales; y el *suicidio fatalista* sucede por el cambio de normas que regulan la conducta humana.

Durkheim y cols. (1982) afirmaron que para reportar los fenómenos suicidas en general se usa un modelo multifactorial que implica a la vez factores medioambientales y socioculturales. En fin, estos diferentes factores están interactuando unos con otros, se han distinguido factores predisponentes o de vulnerabilidad, factores precipitantes y factores de protección.

Hay dos clases de causas extrasociales a las que se puede atribuir, a priori, una influencia sobre la cifra de los suicidios; son las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. Basta con que un movimiento, de escasa violencia, de la naturaleza venga a turbar el equilibrio mental para que la monomanía aparezca; por esto parece que los suicidios están influidos, generalmente, por alguna pasión anormal que agota su energía de un solo golpe o no le permite desenvolverse más que a la larga (Durkheim, 1982).

Los factores suicidógenos descritos por Durkheim (1982) son divididos en los cinco siguientes tipos:

- A) Psicobiológicos: se refiere a factores temperamentales como impulsividad del sujeto, inestabilidad, crisis biológicas como la adolescencia, puerperio, menopausia, andropausia, que por desequilibrio hormonal que influye en lo neurofisiológico y temperamental, por lo que estarán más predispuestos a una conducta suicida.
- B) Psíquicos: caracterológico, conflictivo, anímicos vivenciales actitudinales, compulsivos.



- C) Psicosociales: relación de la pareja, relaciones familiares, relaciones laborales y sociales. La inserción del sujeto en la familia, grado de participación voluntaria comunitaria, actitud de servicio, posición en el trabajo, etc.
- D) Psicopatológicos: epilepsia, depresión, esquizofrenia, etc.
- E) Somatológicos: cáncer, SIDA, etc.

Los factores que intervienen en el suicidio han sido bosquejados en la exposición de las principales teorías que se ocupan de este fenómeno. Es muy probable que las diferentes variantes del suicidio puedan ser mejor comprendidas si las relacionamos con la desorganización personal, con la falta de ajuste social y con la propia desorganización social. Son estos 3 factores las claves del suicidio, ya que, es muy probable que, cualquier caso de autodestrucción quede localizado, o tenga su explicación, por la intervención de algunos de estos tres factores:

- 1) Desorganización de la personalidad.- Son aquellos disturbios de carácter emocional que conducen al sentimiento de que la vida no vale la pena de ser vivida.
- 2) Desajuste social del suicidio.- "Aun cuando el individuo no sufra de enfermedades mentales o físicas, su personalidad puede desorganizarse debido a una falta de ajuste social". Las condiciones sociales se reflejan en todo individuo y cuando no son favorables, afecta la personalidad en forma decisiva. Consecuentemente se registran numerosos casos de suicidio en los cuales no existe sospecha de debilidad física o mental, pero en donde ha debido una crisis de orden social; pérdida de empleo, mala situación económica, disgustos familiares, o decepciones amorosas. Pero cuando la sociedad está deficientemente integrada y el individuo no puede cubrir estas necesidades: vestidos, alimentación, habitación, sexualidad y erotismo, salud, trabajo y diversiones, podemos afirmar que las tasas de suicidio ascenderán.
- 3) Desorganización social.- Cuando por alguna situación social o política en un país existe una ruptura aumentan la tasa de suicidios (Rodríguez, 1963).



Sugiyama (1984; citado por Gómez, 1996) elaboró un estudio, en el cual se establece que hay tres causas de suicidio, dependiendo de las motivaciones subyacentes. Estas son:

- 1) La necesidad de comunicarse, esto es que las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación bloqueado. En estas causas de suicidio entran dos factores culturales: a) la frustración comunicacional se asocia en la desconfianza de la palabra empeñada y con la ineffectividad de la comunicación verbal; y b) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, es magnificado por una forma externa de masoquismo: el suicidio.
- 2) La cohesión social. El suicidio se relaciona con el valor de pertenencia, especialmente con las reacciones interpersonales de aprecio, lealtad, amor eterno o amistad verdadera. El suicidio cohesivo es aquel en el que alguien se suicida porque no hay armonía en sus relaciones interpersonales o porque vive en soledad. Esto sucede especialmente con los ancianos.
- 3) El mantenimiento del status. También se denomina "el papel narcisista". Esto es, la intensa identificación del Yo con el Yo profesional u ocupacional. El rol narcisista impulsa al suicidio cuando se comete un grave error en el desempeño del rol sumido por uno mismo o por otro que es el responsable.

ESTUDIOS EN MÉXICO SOBRE INTENTO DE SUICIDIO Y SUICIDIO CONSUMADO

Cabildo y Elorriaga analizaron el suicidio de 1954 a 1963 (citados por Gómez, 1996), e informaron que la tendencia suicida en los hombres es casi del doble que en las mujeres. De cada cinco intentos de suicidio en el hombre, 4 lo logran, mientras que en las mujeres, el suicidio falla 2 de cada 3 veces. Indican que la tendencia suicida es más alta entre las personas jóvenes de los 15 a los 30 años.

Elorriaga (1972; citado por Alcántara, 2002), hizo una recopilación de datos, de 1960 a 1969, de población adulta de intento de suicidio. Encontró que los estados que presentaron mayores índices de suicidio a principio de la década fueron: Chihuahua, el Distrito Federal y Veracruz. Al final de la década, el Distrito Federal pasó al primer lugar,



Chihuahua al segundo y Veracruz al tercero. Los resultados más relevantes indican, que cada 12 horas hubo un intento de suicidio, la proporción fue de dos hombres por una mujer. De cuatro intentos, tres lo logran y uno no.

El intento de suicidio en esta década aumentó 30.5% (3% anualmente). La principal motivación para intentar suicidarse, fueron los disgustos familiares; sin embargo, existen otras causas determinantes para el intento suicida, como son: las enfermedades incurables, los problemas amorosos, las enfermedades mentales y la intoxicación por el alcohol (Alcántara, 2002).

Terroba, Hemas, Saltijeral y Martínez (1986; citados por Alcántara, 2002), llevaron a cabo una investigación acerca del parasuicidio y el suicidio consumado. Para dicha investigación se integraron tres muestras con sujetos de diferente nivel socioeconómico. Consideraron los factores clínicos, los cuales se determinaron por severidad y la letalidad del acto suicida, también se evaluó la presencia o la ausencia de ansiedad y síntomas depresivos.

Otra investigación llevada a cabo por Terroba (1986; citado por Gómez, 1996) y colaboradores presenta los datos demográficos y algunos aspectos clínicos, en forma comparativa, de 3 poblaciones de jóvenes mexicanos cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 24 años, los cuales habían tenido conductas suicidas. Se observó que 67.9% de los intentos de suicidio fueron efectuados por personas solteras, contra 17.28% de las personas que tenían algún tipo de vínculo conyugal. Un 34.56% de los adolescentes que intentaron suicidarse tenían educación media terminada, 27.16% tenía preparatoria y el 20% tenían estudios profesionales. Un 28.39% de los parasuicidas habían intentado suicidarse con anterioridad, y 29.62% lo había intentado dos o más veces. En 71.60% de la población estudiada el medio más utilizado fue el veneno, el gas y la intoxicación medicamentosa. Se observó que más del 90% tenía ansiedad intensa cuando contestaron el instrumento. Se encontró que el 60.49% de los jóvenes presentaban signos y síntomas de una depresión intensa, y 20.98% presentaba depresión extrema.



Gutiérrez y Solís (1989; citados por Alcántara, 2002), realizaron una investigación en San Luis Potosí acerca del intento de suicidio y el suicidio consumado. Para tal investigación acudieron a los archivos centrales de la Hemeroteca de la Universidad de San Luis Potosí, y consultaron tres de los principales diarios del Estado, publicados de 1975 a 1984, en total fueron 389 casos. Encontraron que los hombres fueron los que más intentaron suicidarse (68.1%) logrando consumarlo en su mayoría (47.8%), en tanto las mujeres lo intentaron menos (31.8%), y lo consumaron en el 9.2% de los casos. Los grupos de edad que presentaron más intentos de suicidio fueron de 15 a 19 años (18%), y el de 25 a 29 años (19%). Mientras que en el grupo en el que más se consumaron los suicidios fue el de 20-24 años (10%). El perfil del suicida era masculino, menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante.

Gutiérrez, Mercado y Luna (1990; citados por Alcántara, 2002), intentaron plantear el perfil psicológico de los sujetos que intentan suicidarse. El estudio lo llevaron a cabo en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos de Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Se realizó una revisión de los expedientes de los pacientes que ingresaron a dicha Unidad en 1987. Utilizaron la historia clínica psiquiátrica, la hoja de ingreso al servicio y la valoración de Trabajo social. Obtuvieron la edad, sexo, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, escolaridad, número de internamiento, métodos utilizados para intentar suicidarse, diagnóstico psiquiátrico y el nivel socioeconómico. Detectaron 536 casos de intentos suicidas, ideas y deseos suicidas. Sus resultados indican que de 14.46% de intentos suicidas, el 7.65% era de hombres y 7.01% eran de mujeres. La edad promedio del grupo era 32 años. El promedio es de seis intentos de suicidio por mes. El 45.5% de los pacientes tenía trastornos afectivos; la razón es de dos mujeres por un hombre.

Jiménez y colaboradores (1990; citados por Gómez, 1996) en un estudio llevado a cabo en el Distrito Federal, observaron que predominan los sujetos de sexo masculino (4 a 1) y menores de 35 años (65%). Durante la segunda mitad de ese año, hubo una mayor incidencia, especialmente en otoño (27%); los últimos días de la semana, especialmente el viernes (17%), y las primeras 12 horas del día, principalmente entre las 8 y las 9 horas (6%). La proporción de suicidios consumados a fines de los años setenta es de casi 3



hombres por una mujer; pero para la década de los años ochenta, la proporción es de 2 hombres por una mujer.

Por otra parte, en el Distrito Federal, el suicidio y las lesiones autoinflingidas se situaron en el lugar 18 de la lista de las principales causas de muerte durante el periodo 1990-1996 (GDF, 1998; citado por Alcántara, 2002).

Las estadísticas de Intentos de suicidio y suicidios del INEGI (2000; citado por Alcántara, 2002), reportaron que durante el año de 1998 se registraron 443 intentos de suicidio en la República Mexicana. Esto en comparación con el número de sucesos ocurridos en 1990, representó un incremento del 13% anual. Los estados más afectados fueron: Coahuila, Nueva León, Durango y Yucatán, entidades que encontraron el 79% de los sucesos registrados.

Es importante mencionar que las principales investigaciones acerca de la conducta suicida, son de tipo epidemiológico; es decir, aquellos realizados a nivel poblacional, no clínico. Este tipo de estudio tiene muchas ventajas, pero en el caso específico del suicidio, se presentan muchas dificultades metodológicas, ya que en México no se cuenta con estadísticas oficiales confiables, debido a estrategias inadecuadas de los registros, a definiciones ambiguas de la causa de muerte, y sobretodo, al tabú social que hay acerca del estudio (Gómez y Borges, 1996; citados por Alcántara, 2002).

ESTUDIOS CLÍNICOS

El suicidio es de esperarse en casos con severas dificultades (de apuros o penurias), especialmente en personas con enfermedades terminales. Sin embargo, la experiencia muestra que los seres humanos son capaces de resistir adversidades grandes y aún así aferrarse a vivir. Al menos, un estudio (Brown, 1986; citado por Fremouw, 1990) muestra que, aún en casos de cáncer incurable, la gran mayoría de las personas deseaban vivir lo más posible.

Jiménez (1997; citado por Alcántara, 2002) se aborda la relación entre depresión, desesperanza e intento suicida, y se compara un grupo de pacientes con intento suicida



(N=27), y otro de pacientes psiquiátricos (N=27) sin dicha conducta. Se evaluaron los niveles de depresión y desesperanza, así como la severidad del intento suicida. Se encontró que a diferencia de la depresión, la desesperanza no distinguió a los pacientes con intento suicida de los otros pacientes psiquiátricos sin esta conducta, además de que ninguna de estas variables se relacionó con la severidad del intento suicida.

Motto (1988; citado por Fremouw, 1990) examinó variables demográficas, ambientales y psicológicas para determinar cuáles eran predictores de suicidio dentro de un marco de 60 días. De una muestra de 3000 pacientes hospitalizados de 9 a 68 años que estaban severamente deprimidos o en un estado suicida, 38 cometieron suicidio dentro de los 60 días de la evaluación (1.2%).

De 168 variables evaluadas, las nueve siguientes fueron identificadas como predictores de un riesgo a corto plazo de entre estos grupos ya de alto riesgo de pacientes hospitalizados:

1. Hospitalización Psiquiátricas previas
2. Contemplación de suicidio colgándose o saltando al vacío.
3. Impulsos suicidas severos, moderados o cuestionables.
4. Divorcios
5. Amenaza de pérdida financiera
6. Sentimientos de ser una carga para otros
7. Que el entrevistador tenga una reacción mezclada o negativa del paciente.
8. Que llore mucho o presente incapacidad para llorar
9. Ideas severas o moderadas de persecución o ideas de referencia (Fremouw, 1990).

La persona que contempla el suicidio generalmente lo hace por un tiempo antes de intentarlo. Durante ese tiempo la persona puede interesarse mucho en la muerte, formas de morir y en otros que se han quitado la vida. Las personas que tienen un plan que pueden llevar a cabo porque tienen los medios están en mas peligro que aquellas que tienen un plan difícil. Cuando la persona muestra señales de estar aliviándose es el momento en que los seres queridos empiezan a respirar con alivio y a vigilar menos a la



persona, haciendo más probable que el intento sea exitoso (Lazard, 1988; citado por González-Forteza, 2002).

Del total de suicidas, más de tres cuartas partes no dejaron carta o documento relativo a la autodestrucción y tan solo un quinta parte escribieron algo al respecto. Estas proporciones se conservan en ambos sexos. Los resultados estadísticos indican que los hombres consumaron el suicidio en mayor proporción cuando escribieron carta que cuando no lo hicieron; aunque en ambos casos el intento tuvo éxito en mucho mayor número de casos de aquellos en los cuales se frustró (De las Herreras, 1989).

Hay dos grupos de pacientes suicidas: los que son serios acerca de morir y los que tratan de manipular a alguien. El intento del clínico de dicotomizar a los pacientes en estos grupos de riesgo puede ser culpable del mismo pensamiento que crea problemas para muchos pacientes. Para la sobresimplificación, los pacientes con depresión suicida generalmente mantienen alguna esperanza de ser rescatados; los que lo han intentado varias veces; particularmente aquellos con personalidad borderline, generalmente externan sus deseos de dejar de vivir. Entendiendo esto, debe ser crucial la ayuda de las personas en ambas categorías (Sarró, 1991).

La mayoría de las personas que intentan suicidarse una vez, puede esperarse que lo vuelvan a hacer; la mayoría de las personas que logran suicidarse habían tenido varios intentos no fatales de suicidio antes. De hecho, el primer intento de suicidio de la mayoría de las personas, es también el último; el 66% de las personas que lo intentan, nunca lo vuelven a hacer, sin embargo, sólo un pequeño número de personas suicidas tienen múltiples episodios de intentos suicidas. Y más aún, cerca de la mitad de suicidios fatales no han tenido intentos previos (Schotte & Clum, 1987; citados por Fremouw, 1990).

En contraste con los desórdenes de personalidad se encontraron más típicamente entre los que no logran el suicidio, desórdenes afectivos y uso de sustancias predominan entre los suicidas. Como sería de esperarse, los métodos usados tienden a ser violentos y letales e incluyen aquellos como: dispararse, colgarse y saltar al vacío. Cuando sobreviven, las personas de esta población, tienden a sentirse decepcionados de haber sobrevivido y



enojados con quienes los salvaron. En contraste, los que lo intentaron tienden a expresar alivio por aún estar vivos y muestran mejoría relativamente rápido después de la intervención (Marchiori, 1998).

En una investigación llevada a cabo por Terroba, Saltijeral y Gómez (1987; citados por Alcántara, 2002) intentaron detectar el riesgo y la prevalencia de la ideación suicida y de los intentos de suicidio en la población que recibe atención médica en los servicios de consulta externa (n=392), hospitalización (n=349) y urgencias (n=353) de un hospital general. De los 1094 pacientes que se estudiaron, 3% habían tenido ideas suicidas severas durante el último año, que ameritaban tratamiento debido al alto riesgo que corrían de intentar suicidarse en el futuro.

También encontraron que el año anterior al estudio, el 4% lo habían intentado por lo menos una vez, el 2%, dos veces y el 1%, tres veces o más. Los pacientes manifestaron que su deseo de quitarse la vida obedecía a su necesidad de escapar y resolver sus problemas, principalmente los de índole familiar y los afectivos.

Otro hallazgo interesante de esta investigación fue identificar que las mujeres que habían intentado suicidarse por primera vez, pensaron que su muerte era improbable, mientras que quienes ya lo habían intentado más veces, en su mayoría pensaron que su muerte sería posible o certera en ese último intento. Estas adolescentes, presentaron variables asociadas que incrementan el riesgo del intento, tales como: no vivir con ambos padres, ser hijas únicas o primogénitas y pensar que su muerte sería posible y certera (Alcántara, 2002).

EPIDEMIOLOGÍA SOBRE EL SUICIDIO EN MÉXICO

Inicialmente los datos de las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) fueron producidas desde 1916 en relación a los eventos ocurridos en la Ciudad de México y permitieron conocer el número y sexo de los suicidas según el tipo de acto registrado. A partir de 1926, se amplió la información con cobertura nacional y las variables: nacionalidad, estado civil, ocupación, causa, medio empleado y mes en que se registró el acto suicida (INEGI, 2003).



La información de las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidio consumado que genera el INEGI, se obtiene a partir de 1211 agencias del ministerio público, Departamento de Averiguaciones Previas y Oficinas de Averiguaciones Previas en el país. En sus registros se originan los datos reunidos para la reconstrucción de los hechos en los casos en que investigaron decesos y lesiones que, finalmente resultaron haber sido suicidios y lesiones autoinfligidas. Entre 1990 y 2001 se han identificado 3082 intentos de suicidio en el país, que representaron un crecimiento medio anual de 10.3% (INEGI, 2003).

En el 2001 en seis entidades federativas se registró 82.5% del total nacional de suicidios y estas fueron: Yucatán con 103 casos, Durango 67, Nuevo León 57, Distrito Federal 49, Coahuila 36 y Jalisco 36 (INEGI, 2003).

Según las estadísticas del INEGI en el año 2001 en el Distrito Federal se llevaron a cabo 269 suicidios, siendo 205 perpetrados por varones, mientras que en Jalisco se registraron 265, de los cuales 227 fueron de hombres y finalmente en Veracruz-Llave se registraron 252 de los cuales 199 fueron cometidos por personas del sexo masculino (INEGI, 2003).

Para cada suicida mujer se identificó a cinco hombres. Cuatro de cada diez suicidas eran solteros. Otros tres eran casados y uno vivía en unión libre (INEGI, 2003).

Las edades que son proclives a presentar intentos de suicidio son entre los 15 años y los 19 años con el 18.2%, después de 20 a los 24 con el 21.8% siendo seguidos por el grupo que va de los 25 a los 29 años con el 14.7%. El siguiente grupo de riesgo son solteros (45%), los que sólo cuentan con instrucción de escuela secundaria (45.7%), los que laboran en una oficina (29.6%). De la población que intentó el suicidio y manifestó tener una actividad económicamente activa destacó la que refirió realizar labores de oficina tanto en hombres como en mujeres. Entre la población masculina resaltó enseguida la proporción de artesanos, obreros, campesinos y comerciante que en conjunto representaron 51.9% de los casos (INEGI, 2003).



Los meses en los que se detectó que hay mayor incidencia de suicidios e intentos de suicidios son los meses de marzo, abril y octubre (INEGI, 2003)

Entre las características del suicidio encontraron que el método más empleado por los suicidas es el uso de armas blancas y la estrangulación. Los lugares en que mayor incidencia de suicidios se da es en el domicilio de las personas (INEGI, 2003).

En este mismo año, encontramos que se presentaron 422 intentos de suicidio y 3089 suicidios consumados en todo el país (INEGI, 2003)

En resumen, los dos grupos más vulnerables son: los varones jóvenes que se encuentran entre los 15 y los 24 años, que son solteros, tienen estudios de secundaria completa, que habite en zona urbana, y los varones de 60 años en adelante, que son casados, con primaria completa, que laboran en oficinas burocráticas o que se dedique al comercio, que viva en la zona urbana.

Con respecto a los motivos para intentar suicidarse, en hombres y mujeres, fueron principalmente los de índole familiar (31.1% y 40.7%, respectivamente). El segundo motivo reportado por hombres y mujeres fue los problemas de pareja (12.1% y 9.6%) y el tercer motivo mencionado tanto por hombres y mujeres fue soledad, tristeza y depresión, (11.7 y 9.6%, respectivamente), INEGI, 2003.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA

Se han identificado muchos factores de riesgo en los actos suicidas, pero éstos no son factores etiológicos de la conductas suicida. Davidson y Phillippe (1986; citados por Sarró, 1991) indican que ningún factor de riesgo por sí solo puede considerarse como causa de un acto suicida. El estudio de los factores psicosociales demuestra la dificultad de identificar variables simples como causas de suicidio, aunque son un indicador del potencial suicida.



Un factor de riesgo, "es cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud (Munist, Santos, Kotliarenco, Suárez, Indante y Grotberg, 1998, pp. 12-14; citados por De las Herras, 1989).

Para Bongar (1994) los factores de riesgo para el adulto son: ser hombre, ateo, mayor de 65 años y menor de 20 años, sin pareja, desempleado, sin vivienda, violencia intrafamiliar, separación de personas significativas, consumo de drogas, temperamento agresivo o triste; pobreza, abulia, pérdida de sentido en la vida, creencia de que la propia muerte serviría de castigo a otros, personas con limitaciones, gravidez física, presencia de enfermedades crónicas o terminales, estaciones frías, sensación de desesperanza, intentos previos, falta de apoyo familiar, necesidad de control, presencia de un trauma previo, cambios drásticos en la vida, suicidio por imitación, incapacidad para expresar el dolor y comportamiento impulsivo.

▪ Sexo: Terroba, Heman y cols. en 1986 (citados por Alcántara, 2002), compararon tres grupos de adolescentes, de acuerdo con sus características demográficas y clínicas (n=35, n=16, n=30). Los resultados indicaron que en dichas muestras las mujeres son las más afectadas por intentos de suicidio en relación con los hombres, (69.1% y 30.3%) respectivamente.

Otra investigación que apoya esta relación, es la llevada a cabo por Terroba, Saltijeral y Gómez en 1988 (citados por Alcántara, 2002), en una muestra relativa de 80 familiares suicidas, utilizando el método de la "autopsia psicológica". Dicho estudio reportó que para el suicidio consumado existe una proporción de tres hombres por cada mujer, mientras que en el intento de suicidio fue de dos mujeres por cada hombre.

En cuanto al sexo los estudios epidemiológicos del suicidio indican que los hombres son los que más se suicidan y las mujeres son las que más lo intentan. Aunque los suicidios aumentan con la edad, los suicidios en la población total y en el número de muertes por grupo de edad, indica que la mayor incidencia se da en la población joven y adolescente. Como factores de riesgo asociados a dicho fenómeno se encuentra el abuso



de drogas y alcohol, también los diagnósticos clínicos de depresión y esquizofrenia (Rojas, 1978; citado por Alcántara, 2002).

Diversos estudios respaldan la relación existente entre el sexo del individuo y la conducta suicida. De acuerdo con: Ros (1998; citado por Alcántara, 2002), el 80% de los suicidios consumados corresponden a varones, quienes presentan un riesgo de mortalidad por suicidio de 2 a 3 veces mayor que las mujeres. Por el contrario, son las mujeres las que presentan mayor número de intentos suicidas en relación con los varones.

Los hombres consuman más el suicidio con una frecuencia tres veces mayor que las mujeres, valor que se mantiene constante en todas las edades. Sin embargo, las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres (Kaplan 2000).

Si bien en las investigaciones anteriores la proporción en cuanto a sexo de los suicidios consumados e intentos suicidas difiere; todas coinciden en que los hombres tienen mayor índice de letalidad y las mujeres más intentos.

▪ Edad: La edad es uno de los factores que se tienen en cuenta para identificar grupos de riesgo en conducta suicida. Parece existir acuerdo de que "a medida que avanza la edad existe mayor riesgo de suicidios" (Brown y Sheran, 1972, citados por Alcántara, 2002).

Miller en 1979 (citado por Sarró, 1991) cree que esto se podría interpretar por el hecho de que quizá en nuestra sociedad occidental la jubilación y el deterioro físico son vividos de forma más devastadora por la autoestima del hombre que la de la mujer. Este autor valora como factores desencadenantes en este grupo de edad la presencia de una enfermedad crónica grave o de un trastorno mental, temor a la dependencia o a la institucionalización, la muerte de la pareja, la jubilación, las relaciones patológicas y la dependencia al alcohol u otras sustancias. Todos estos aspectos parecen estar asociados al deseo de escapar de una situación intolerable. Consuman más el suicidio porque están menos ambivalentes frente a la muerte como solución.



Respecto a la mortalidad global, el suicidio como causa de muerte en este grupo de edad representa menos de un 1%. (Sarró, 1991).

Para Dieska, (1994; citado por Marchiori, 1998) la situación característica del anciano, que presenta esta postura, de un gesto negativista sobre la vida puede ser vista como un método de "lento suicidio". Los factores principales son: aislamiento social, pérdida de la ocupación y de la seguridad económica, enfermedad orgánica y enfermedad psíquica.

El factor más angustiante es la vivencia del proceso de envejecer. Al avanzar la edad hay una pérdida progresiva de los recursos físicos y mentales que tiende a producir sentimientos de vulnerabilidad personal y familiar. (Marchiori, 1998).

Según el INEGI (2003) otro grupo vulnerable a un proceso suicida es el de los jóvenes de entre 19 y 24 años, solteros y en edad productiva. Las edades en que se están presentando este tipo de problemas están bajando considerablemente, es por ello que se ven más afectados los estudiantes.

- *Estado Civil:* El riesgo de tentativa suicida es mayor en las personas que han sufrido la pérdida de la pareja o de un familiar por abandono o muerte, independientemente de su estado civil (Marchiori, 1998).

Las personas que permanecen solteras (entre ellos, quienes estuvieron casados previamente) registran una tasa de casi el doble de suicidios. El matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio. La inmunidad de que gozan los casados sólo puede atribuirse a una de las dos causas siguiente: o se debe a la influencia del medio doméstico y entonces sería la familia la que, por su acción, neutralizaría la tendencia al suicidio o le impediría hacer su explosión (Kaplan, 2000).

Coincidiendo con lo anterior, las personas casadas y con hijos tiene menos probabilidades de hacer un acto o consumir el suicidio, según lo manifiesta la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000).



▪ **Ocupación:** Entre las ocupaciones que han demostrado ser otro factor de riesgo importante se encuentran los empleos de oficina, empleados de servicios públicos y el comercio. Las personas que por su ocupación pertenecen a estratos con niveles económicos y culturales más bajos, alcanzan menores proporciones de suicidio, y, a medida que el estatus económico-cultural se eleva, también se incrementa el suicidio (Rodríguez, 1963).

Según Haim (1975; citado por Jonghe, 1982), por lo general, tanto el joven como sus progenitores atribuyen una importancia desmesurada al éxito escolar. Tales padres encomiendan al hijo la realización de su propio ideal megalomaniaco y simultáneamente utilizan los resultados escolares como instrumento represivo.

El desempleo debe ser considerado como un factor de estrés psicosocial, sin olvidar que el empleo, realizado bajo ciertas condiciones, pueden tener efectos aún peores para la salud física y mental de los trabajadores que los derivados de la inactividad (Clemente, 1996).

Como el trabajo es un referente directo de la autoimagen, y el principal elemento para posicionar socialmente al sujeto, es decir, macrosociológicamente definiendo su estatus; el desempleo afecta a la persona en estas dos dimensiones (Clemente, 1996).

Cuanta más alta es la extracción social de la persona, mayor es el riesgo de suicidio, pero el haber descendido en la escala social también aumenta el riesgo. Hay más suicidios entre los desempleados que entre los que tienen trabajo. La tasa de suicidio aumenta durante las recesiones económicas y las épocas de un gran número de despidos y disminuyen cuando hay mucho empleo y durante las guerras (Kaplan, 2000).

▪ **Religión:** El estudio de Durkheim en 1928 (citado por Marchiori, 1998) señalaba el carácter protector de la religión. Entre miembros de determinadas comunidades religiosas hay una menor proporción de suicidios, aunque existen importantes



excepciones, lo que plantea que los prejuicios religiosos puede influir en la fiabilidad estadística.

Para Marchiori (1998) la religión es un factor de protección debido a que generalmente cada religión posee diferentes creencias acerca de lo que sucede posterior a la muerte. En religiones como la católica, en donde se fomenta el temor a un castigo divino al causar la propia muerte, funciona como una norma que pocas personas están dispuestas a atravesar. En cambio una persona que no tiene ese temor al castigo carece de ese límite y por lo tanto presenta menos resistencia a llevarlo al acto.

▪ *Ambiente familiar*: Blumental y Kupter en 1988 (citados por De las Herras, 1989) propusieron que la historia genética familiar, los factores biológicos prenatales y los rasgos o estilos de personalidad son factores predisponentes.

A todos los integrantes de la familia les resultará inentendible por qué un miembro de su propia familia realizó un comportamiento intencional autodestructivo. Por lo que los aspectos existenciales dirigidos a familias están sustentados en la desculpabilización de la situación traumática, vivida por el suicidio de uno de los integrantes y especialmente la elaboración del duelo y medidas preventivas para evitar nuevos comportamientos autodestructivos (Marchiori, 1998).

En otra investigación, González-Forteza, Andrade y Jiménez en 1997 (citados por Alcántara, 2002), estudiaron la relación entre los estresores cotidianos familiares, la sintomatología depresiva y la ideación suicida en adolescentes mexicanos. La muestra estuvo constituida por 423 adolescentes de educación media básica, 235 hombres y 188 mujeres.

Los principales resultados indicaron que las consecuencias emocionales de los estresores familiares tienen una diferente expresión psicológica en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, la violencia familiar (discusiones entre los padres, castigos de los hijos, etc.) constituyó la principal fuente generadora de estrés. La manera en que expresaron su malestar fue el ánimo depresivo, la somatización, los problemas en las



relaciones interpersonales y la ideación suicida. Por otra parte, las mujeres se mostraron más susceptibles a la dinámica familiar (violencia familiar, enfermedad de los padres, problemas con hermanos), ellas manifestaron su malestar con síntomas psicósomáticos, además de sentirse solas y deprimidas, tristes y con ganas de llorar.

Fernández Liria (2001) aportó que factores familiares como: presencia de violencia, abuso psicológico o sexual, existencia de relaciones conflictivas, pérdida o abandono, problemas con drogas y alcohol, negligencia por parte de los familiares, comportamiento suicida de algún familiar y problemas de salud mental de los parientes

- *Apoyo social:* La tendencia o carencia de apoyo social influye en todos los aspectos de salud de los sujetos, tanto mental como física, garantizándole de alguna manera un mínimo de calidad de vida, o si se prefiere, actuando de una manera preventiva y/o terapéutica sobre las distintas agresiones del medio, tanto sociales como físicas (Estruch y Cardus 1982; citados por Clemente, 1996).

La incapacidad que algunos sujetos encuentran para restablecer relaciones sociales les dificulta que en presencia de una crisis emocional puedan ser rescatados ya que no tienen a quien recurrir (Clemente, 1996).

- *Salud:* La relación entre suicidio y la salud física es significativa. Hay siete enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) que aumentan el riesgo de suicidio: epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneal, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, demencia y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Caplan, 1966; citado por Kaplan 2000).

Manifestaciones somáticas como: Insomnio muy intenso, en sus tres etapas cardinales: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y despertar precoz, o pesadillas frecuentes relacionadas con la muerte, las catástrofes, etc. son alteraciones que De las Herras (1989) toma como focos indicadores de la presencia de factores de riesgo.



Caillard en 1995 (citado por Alcántara, 2002) consideró que los síntomas particulares como: insomnio severo, pérdida de memoria, indiferencia, pérdida de interés, agitación, retraimiento, desesperanza, pesimismo, ideas y pensamientos de inutilidad, ideas suicida, complicaciones médicas y cerebrales, se relacionan con riesgo suicida.

- ***Estrés:*** Un factor más asociado al suicidio es el nivel de estrés, la gente suicida tiene mayor nivel de estrés que la gente no suicida. El estrés es más frecuente y más severo, en la vida de las personas que se convierten en suicidas por la incapacidad para manejarlo adecuadamente (Parker, 1979; citado por Fremouw, 1990).

Investigadores como Motto y cols. en 1985 (citado por Viveros, 1996) crearon una escala de estimación del riesgo de suicidio, en la cual tomaron como un parámetro importante el nivel de estrés.

Caillard (1995; citado por Alcántara, 2002) considera que el estrés que se provoca por: separación, pérdida, viudez, desempleo, despido, mal crónico o terminal, puede ser un factor de peso.

- ***Desesperanza (no aprendida):*** Una persona que tiene esperanza acerca del futuro tiene un menor riesgo de suicidio que una persona que no ve esperanza para el futuro. Desesperanza no es sinónimo de depresión, es una percepción pesimista del futuro y un punto de vista negativo que evita que el cambio sea para mejorar (Bedrosian & Beck, 1979; citados por Fremouw, 1990).

- ***Pérdidas recientes:*** Las personas con pocas pérdidas o ninguna pérdida reciente en su vida tienen menor riesgo que una que ha experimentado una gran pérdida reciente (Clemente, 1996).

Algunas de las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido han tomado la decisión de "seguirlo" y ven en la muerte una forma de reunirse nuevamente, así que buscan la forma de autoaniquilarse (Marchiori, 1998).



▪ Hostilidad: La ira y la hostilidad son dimensiones prominentes en la evaluación del riesgo suicida inmediato porque se ha encontrado que las personas que han decidido suicidarse tienen altas tasas de hostilidad ante una situación o hacia alguna persona pero son incapaces de manejar su propia agresividad (Cull & Gill, 1982; citados por Fremouw, 1990).

▪ Alcohol y abuso de drogas: El alcohol y las drogas disminuyen el control emocional y de comportamiento que podría prevenir que una persona intente suicidarse. Además, el abuso de sustancias puede estar asociado con la pérdida de apoyo familiar, desempleo, el aislamiento social, y otros factores. Robins en 1985 (citado por Fremouw, 1990) reportó que el alcoholismo, junto con la depresión, son dos enfermedades psiquiátricas predominantes asociadas con suicidios completados.

▪ Depresión y ansiedad: Según Carveth y Gottlieb en 1979 (citados por De las Herras, 1989), encontraron que dos de los factores que poseen una mayor jerarquía para pensar en suicidarse son los signos y síntomas de depresión; igual de importante se encuentra la intensa ansiedad y desinhibición, junto con un descenso del estado de ánimo; continúan otros factores como: el nivel de desesperanza, estado emocional o afectivo, estatus mental y el deseo de ayuda.

El acto emocional propio de los suicidas se caracteriza por la angustia y la desesperación que les resultan imposibles de controlar. Este proceso psíquico comprendería:

- La idea de suicidio, es decir, la representación mental del acto. Las ideas de muerte van estructurando una personalidad cada vez más angustiada y con una progresiva marginación o automarginación social.
- La preparación del suicidio. Los comportamientos y actos preparatorios de la acción, por ejemplo, el comprar venenos, armas, escribir cartas, preparar el funeral, despedirse de familiares.
- El suicidio, tiene como consecuencia la muerte o sobrevivencia (intento) (Marchiori, 1998).



La gran mayoría de las personas que se suicidan están deprimidas al momento de hacerlo (Murphy, 1985; citado por Hales, 2000).

El riesgo más alto existe hacia el final del episodio depresivo y no en el nivel más severo del episodio (Kreitman, 1986; citado por Fremouw, 1990). Por lo tanto, si repentinamente un paciente parece mostrar mejoría sin que haya ninguna razón clara de su mejora, es porque tal vez ya haya tomado la decisión de suicidarse y necesita ser fuertemente evaluado por riesgo suicida inmediato.

▪ Aislamiento-retraimiento: Factores como la soledad y el aislamiento provocados por hechos específicos del ciclo vital, según De las Herras (1989) han sido culpables de sin número de suicidios.

Las personas que se aíslan tienen mayor riesgo debido a que no tienen a alguien que les brinde apoyo psicológico y ayuda en la solución de problemas o que los provea de recursos para ayudarlos con la crisis inmediata (Fremouw, 1990).

▪ Desorientación-desorganización: Entre las personas que experimentan episodios psicóticos, las alucinaciones pueden ser antecedente de impulsos suicidas y actos homicidas. Alucinaciones auditivas pueden ordenar a una persona a llevar a cabo ciertas conductas. La presencia de pensamiento desordenado puede agudizar el riesgo del acto suicida debido a la inhabilidad de la persona a controlar (racionalizar) y evaluar sus actos (ejemplo: esquizofrenia o desórdenes orgánicos) (Fremouw, 1990).

▪ Temporalidad: Dexter en 1952 (citado en Rodríguez, 1963) la temperatura que cambia con las estaciones del año afecta el estado emocional, provoca la aparición de la agresividad, no sólo contra extraños, sino también contra sí mismo, provocando el suicidio.

Para el total de hombres investigados por el INEGI (1961; citado por Rodríguez, 1963) se conoció el mes en el cual cometieron el suicidio, presentándose las frecuencias en una forma bastante homogénea. Aunque se puede pensar en una serie de variaciones



periódicas, ya que se pueden localizar puntos máximos y mínimos de frecuencias en los meses de marzo y noviembre y de febrero y diciembre, respectivamente: las frecuencias máximas se presentan en dos meses del año, marzo y noviembre y los mínimos se dan en febrero y diciembre.

Las tasas de suicidio más significativas fueron en Marzo, concordando igualmente con el inicio de la primavera, las frecuencias se mantuvieron elevadas en los meses siguientes, hasta mayo, empezando un descenso en junio, que se prolonga hasta el mes de octubre, es decir, la temporada de lluvias en nuestra ciudad. Al parecer el ascenso de noviembre no es más que meramente casual, ya que son los meses fríos en los cuales se localizan las mínimas frecuencias, así diciembre, enero y febrero. De lo anterior podemos dejar asentado que los meses más propios al suicidio son los primaverales y calurosos y que se aleja en la época de las lluvias para disminuir en el invierno (Rodríguez, 1963).

▪ *Ideación suicida*: La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas (Alcántara, 2002).

▪ *Plan de suicidio*: Los planes del suicidio puede ser evaluados en términos de método, la disponibilidad del método, el conocimiento específico acerca de cómo implementar el plan, en términos de tiempo y espacio para hacerlo (Fremouw, 1990).

Según De las Herras (1989) es preciso observar manifestaciones como: súbito interés por lo que se supone la muerte, por lo que se sienta en ese trance y por lo que pueda haber en el más allá; deseo de informarse acerca de la manera menos dolorosa de morir y comprar artículos que pueden servir para este fin; emitir avisos suicidas directos e indirectos; hacer preparativos que anuncien la muerte: hacer testamento, suscribir pólizas de seguros de vida, pagar deudas, arreglar documentos, etc. para afirmar que existe un plan de suicidio.

▪ *Intentos de suicidio*: El Intento de conducta en la mayoría de gente que comete suicidio y no muere, son vistas con un no intento de morir. Beck, Schuyler y Herman en



1974 (citados por Fremouw, 1990), desarrollaron una escala de intentos suicidas. Esta escala de 20 ítems evalúa el deseo de la persona por morir. Sobre todo, la intención o motivación de la persona por morir es una dimensión separada de las medias actuales que son seleccionadas para el acto suicida.

La letalidad del comportamiento o la probabilidad de muerte debería ser evaluada como una dimensión esperada. Smith, Conraj y Séller en 1984 (citados por Fremouw, 1990) desarrollaron una escala Lickert de 10 puntos para evaluar la letalidad del comportamiento suicida, donde 0 significa muy probable y 10 suicidio casi seguro, a pesar de las circunstancias o intervenciones. Frecuentemente el acto es un hecho en público o reportado por la persona o por otros.

Los suicidas, no sólo intentan su autodestrucción en una sola ocasión sino que se dan casos en los cuales la han tratado de perpetrar en una, dos, tres, cuatro y hasta cinco veces; sin embargo, las proporciones son mucho mayores para aquellas personas con un solo intento (De las Herras, 1989).

El grado de intencionalidad (aparición de ideas de suicidio pasivo; presencia de ideas activas y prevalentes; rumiación suicida; cristalización y planificación de un escenario suicida). Así, el escenario suicida debe ser adecuadamente y precisamente evaluado por las preguntas concernientes al donde, el cuando y el cómo (Sarró, 1991).

Bancroft y Marsack en 1994 (citados por Marchiori, 1998) han observado que generalmente las repeticiones ocurren dentro del primer año (primeros tres meses) y distinguen tres pautas de repetición:

- a. Pauta de repetición crónica. Ej.: sobredosis de psicofármacos es un método habitual, también las autolaceraciones.
- b. Reiteraciones, dos o más intentos de suicidio en periodos prolongados.
- c. El episodio único, que está relacionado a una crisis personal - familiar severa y la repetición es infrecuente.



La mayoría de los suicidios ocurren durante los primeros tres episodios depresivos, después, estas personas suelen darse cuenta de que los pensamientos suicidas son siempre transitorios (Lazarus, 1995).

El suicidio o el intento de suicidio, como explicó García Reynoso en 1996 (citado por Marchiori, 1998), comprenden diferentes significados; no sólo constituyen un ataque internalizado sino que pueden ser una señal para atraer la atención o una forma de pedir auxilio, algo así como la única manera posible de pedir algo; este es una exigencia de socorro inmediato, pero es, al mismo tiempo, una acusación destinada a controlar y reprochar a las otras personas de su situación. Toda frustración, por mínima que sea, es interpretada como abandono o rechazo.

El intento autodestructivo o también denominado tentativa de suicidio es un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte (Marchiori, 1998).

El frustrado intento suicida implica diversos motivos, ya que el acto pudo haberse llevado a cabo sin decisión o el individuo desconocía las limitaciones del medio o instrumento, y se encontraba ambivalente frente al acto suicida (Alcántara, 2002).

Alcántara (2002) clasifica los intentos suicidas en:

- 1) Tentativa gravísima de suicidio. Por su proceso y por la gravedad de las consecuencia es similar al suicidio, difiere en cuando al resultado mortal en el acto suicida.
- 2) Tentativa grave. Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no puede provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Ej.: autolaceraciones, psicofármacos.
- 3) Tentativa leve. En estos casos las armas o medios elegidos resultan imposibles de provocar la muerte ocasionando lesiones leves.
- 4) Tentativa sin daño. Son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.



- *Arreglos finales*: La presencia de notas suicidas o regalar pertenencias son indicadores de alto riesgo para un suicidio inminente (Fremouw, 1990).

- *Lugar de suicidio*: La elección del lugar donde suicidarse depende de diversos factores. En general, se realiza en la propia vivienda o en sitios habitualmente frecuentados por el suicida (Sarró, 1991).

Entre los lugares en que se lleva a cabo el suicidio que encontró Alcántara (2002) son en la casa del suicida, de la familia y de los amigos. Si hablamos de lugares más específicos se encuentra primero el dormitorio, el baño, la sala, la azotea y finalmente el garage.

Se desconoce si un factor de riesgo es más importante que otro o cómo pueden interaccionar los factores de riesgo (Oxley y Van Meter, 1996; citados por Hales, 2000).

CRISIS SUICIDA

Bourgeois (1996) menciona que una persona en crisis psíquica puede experimentar diversos males: ansiedad creciente ante la incapacidad de resolver una situación; aumento de la agresividad y la irritabilidad; fatiga, sentimientos de fracaso, de desvalorización, de inutilidad; pérdida del entusiasmo y anhedonia. Por otra parte, las señales comportamentales son: disminución de los éxitos escolares o profesionales; pérdida del apetito y del sueño; consumo de alcohol, tabaco o tóxicos.

La crisis la divide en seis fases: la primera la fase *ideativa*: tiene la idea que aparece y desaparece; *fase deliberativa*: analiza lo pros y los contras de esa idea, comienza a considerar la idea; *fase decisiva*: el sujeto toma la decisión de suicidarse, ha evaluando todo y llega a la conclusión de que es lo que quiere; *fase dilatoria*: corresponde al periodo de calma, cuando se tranquiliza, ya sabe lo que va a hacer; *fase operativa*: a esta corresponde toda maniobra que hace el sujeto para ejecutar el suicidio; y *fase ejecutiva*: ejecuta la acción concreta.



Las manifestaciones más evidentes son construidas por la expresión de ideas suicidas, cuyo riesgo es de no ser tomado en serio, acompañado de mensajes de “quiero morir” o “me gustaría desaparecer”, existen las formulaciones más indirectas en las cuales el deseo de muerte está intrincado a otras dimensiones: fuga (“yo no quiero sufrir”, “quisiera estar lejos de aquí”), llamada (“no quiero molestar a nadie”) y heteroagresiva (“esto le enseñará”); Hales, 2000.

Según Hales (2000) algunos otros pacientes, en particular las personas de la tercera edad, guardan sus intenciones secretas. Es necesario entonces saber buscar sistemáticamente los indicios de la existencia de síntomas depresivos o ante un cambio reciente de comportamiento percibido por sus allegados. Es necesario estar pendiente de la elaboración de un proyecto suicida planificado con posibilidad de realización (escenario suicida bien establecido y disponibilidad de medios).

Las dos tipos de personalidades psicopatológicas que son particularmente implicadas son la psicopatía y los estados limítrofes. Los psicópatas se caracterizan por la impulsividad, su intolerancia a la frustración, la imposibilidad a diferir la satisfacción, sus conductas dependientes (alcohol o drogas), que son factores que favorecen pasar al acto. Los estados limítrofes o borderline son frecuentemente sujetos de angustia de abandono, hundidos en fuertes depresiones particularmente vulnerables a las conductas suicidas (Hales, 2000).

FASE PRESUICIDA

Esta fase presuicida, está marcada por la ambivalencia, esta misma se subdivide en otras etapas:

- ∞ La aparición de ideas suicidas, el suicidio siendo examinado como una de las situaciones posibles para hacer cara al sufrimiento. Esta idea puede desaparecer para no regresar jamás o al contrario reaparecer regularmente, siendo cada vez más persistente y seria, entonces los fracasos acumulados no hacen confirmar el callejón sin salida en que la persona suicida se encuentra;



- ∞ La rumiación de la idea suicida, corresponde al sentimiento de no tener solución; la persona rumia el proyecto suicida, cada vez más convencida de que no existe ninguna otra solución; la idea suicida regresa cada vez más obsesivamente;
- ∞ La cristalización y la planificación del escenario suicida: se trata del momento en donde el suicida es considerado como la solución última al sufrimiento; a este estado, la decisión es tomada y el escenario (donde, cuando y cómo) se elabora. Esta fase se acompaña a veces de un sentimiento engañoso de calma, ligado a la retoma del control inherente a la toma de decisión; el paso al acto es por lo tanto inminente (Beck, 1976).

FASE POST SUICIDA

Según Stengel en 1965 (citado por De las Herras, 1989), después de intentar suicidarse, es muy frecuente que el sujeto tenga una preocupación consciente de la muerte, lo que puede servir como punto de partida para lograr que se forme un concepto más adecuado de la muerte o pueda luchar contra su función juiciosa (Vedrinne, 1965) y de rebeldía, ya señalada por Tissot en 1840. Entendida como la culminación de la vida (Rike, 1927) y no como catástrofe absurda (Lepp, 1971), puede ser útil a la hora de organizar y estructural la propia vida.

Frecuentemente, de acuerdo a Gazzano en 1973 (citado por De las Herras, 1989), los sujetos afirman no tener más que un recuerdo vago del acto. Puede, en efecto, existir amnesia, sobretodo cuando han estado en coma, pero según Morrón (1979), frecuentemente se trata de una simple reticencia o de un mecanismo de defensa destinados a evitar la angustia ligada al recuerdo del acto.

Puede ser resolutiva y catártica o al contrario ser la carnada de una nueva crisis. Entre los parámetros de riesgo suicida estudiados por Beck en 1976, en su escala de intencionabilidad. Considera con un riesgo mayor la premeditación del gesto, la legalidad percibida por el paciente a pesar del fracaso de la tentativa.

Según Finzen (1983; citado por De las Herras, 1989), el tiempo que dure la hospitalización no es tan importante como el de después de darlo de alta, pues en los



primeros días de régimen ambulatorio aumenta el riesgo de suicidio debido a que actúan los factores externos. A medida que pasa el tiempo disminuye el riesgo.

Las cartas de los suicidas se caracterizan por expresar mayor hostilidad y autoreproches, por utilizar nombres concretos y dejar más instrucciones a los supervivientes, por usar con más frecuencias los instintos significados de la palabra amor, etc. (Sarró, 1991).

La intervención asistencial después del intento suicida consiste en abordar el tema de los sobrevivientes y las posibilidades de repetición el intento suicida; el análisis de una persona que ha sido sobreviviente y a su propia decisión de perder la vida. Tiene que abordar las características del intento suicida; lugar; armas; circunstancias determinantes; motivos principales; situación familiar; situación educacional-laboral; consecuencias del intento suicida; consecuencias físicas; consecuencias emocionales; consecuencias familiares, y consecuencias sociales (Marchiori, 1998).

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Frazier y Carr (1991; citados por Marchiori, 1998). señalan que en las personas deprimidas deben considerarse siempre la posibilidad de suicidio. "Para evaluar ese riesgo hay que tener en cuenta la necesidad del paciente de obtener una respuesta a su angustia, la profundidad de su depresión, el afecto del paciente, su capacidad para mantener una conducta de seguridad en sí mismo y su historia.

Gutheil y Appelbaum en 1982 (citados por Buela-Casal, 1996), dijeron que la mejor forma de recabar datos se enfocaba en la historia psiquiátrica previa, cambios conductuales recientes, alteración significativa de las circunstancias, ideas extrañas o acciones extrañas, amenaza a sí mismo o a otras personas, o comportamientos relacionados como comprar venenos, sogas o armas; historia de abuso de sustancias; y cosas similares.

Brent en 1988 (citados por Buela-Casal, 1996) notó que un diagnóstico preciso era necesario hacerlo tomando en cuenta primeramente algún desorden psiquiátrico, abuso de



drogas o alcohol, desórdenes de personalidad y desórdenes médicos actuales. Además, una evaluación propia moviliza a la familia y personas importantes para incrementar conformidad con el tratamiento y decremento de oportunidad de recaída.

Otra forma de evaluar el riesgo suicida es a través del mecanismo cognitivo básico de mantenimiento (hipótesis cognitiva) Persons en 1989 (citado por Buela-Casal, 1996), plantea tres estrategias:

- a) Examen preciso de los contenidos cognitivos, emocionales y conductuales.
- b) El mecanismo básico de la conducta suicida puede ser el mismo que el que afecta otros problemas del paciente.
- c) El estudio de los antecedentes y consecuencias de la conducta suicida puede dar claves importantes sobre los impulsos suicidas.

Una persona, habiendo decidido poner fin a su vida o actuando bajo un impulso repentino de hacerlo, se mata, utilizando el método más efectivo a su alcance y asegurándose que nadie interfiera. Cuando está muerto se dice que lo ha logrado. Si sobrevive se dice que ha fracasado, y el acto se denomina un intento suicida fracasado. La muerte es el único propósito de este acto y, por lo tanto, el único criterio de logro. El fracaso puede ser debido a cualquiera de las siguientes causas: sentir que el propósito no fue suficiente poderoso; o el acto puede haberse llevado a cabo sin mucha decisión a causa de que no era enteramente genuino, el sujeto desconocía las limitaciones del método; o el sujeto carecía de juicio o determinación por enfermedad mental (Stangel, 1978; citado por Sánchez, 2001).

TIPOS DE SUICIDIO

En cuanto a tipos de suicidio encontramos dos autores que proponen diversos motivadores de suicidio, entre estos modelos de explicación tenemos que:

Para Hendin en 1981 (citado por Marchiori, 1998) los motivos del suicidio se diferencian en que algunos son:

- a. Por culpa.
- b. Por pérdida afectiva del objeto afectivo.



- c. Por llamar la atención del medio familiar.
- d. Por discusión y conflicto interpersonal.

Malterberger y Buie en 1992 (citados por Marchiori, 1998) en sus investigaciones observan cuatro tipos de suicidio:

- a. Suicidio como venganza. La fantasía del suicida es que mata su cuerpo pero no la mente y el suicida cree que logrará su particular venganza.
- b. Suicidio para liberarse, apartar a un enemigo real o imaginario. El comportamiento suicida tiene como fin liberarse de los impulsos intolerables.
- c. Suicidio identificándose con la nada. En este tipo de suicidio el individuo considera que existencialmente no existe, que su vida es una pseudoexistencia.
- d. Suicidio como fantasía de nacer. El suicida percibe a la muerte no como muerte sino como unión, como un nuevo renacer.

Existen tres clasificaciones propuestas por Lazard en 1988 (citado por Sánchez, 2001) por las que se puede evaluar a las personas que intentan el suicidio: máximo intento, intento moderado y mínimo intento. Los casos que incluyen al grupo de máximo intento son los que están muy cercanos al suicidio consumado, una buena parte de estas personas han tenido historias de intentos suicidas previos. El intento moderado se refiere a las personas que resultan más difíciles de distinguirse, con frecuencia manifiestan estar inseguros de morir y muestran confusión al respecto. Las personas que integran el grupo de mínimo intento son aquellas que un acto autodestructivo, donde el daño personal durante los intentos parece ser suficiente para ellos, no teniendo intenciones de morir.

Por lo tanto encontramos que no existe una definición clara y precisa de los motivos reales vividos por el suicida, debido a que las situaciones son muy particulares y no existe un patrón fijo.



FORMAS Y MÉTODOS PARA REALIZAR EL SUICIDIO

La tendencia a utilizar métodos de suicidio menos violentos, más fáciles de neutralizar por la intervención médica, tiene un significado individual y cultural, y éste viene determinado, según Dublín en 1963 (citado por Sarró, 1991), preferentemente por tres aspectos: la accesibilidad, la imitación y los aspectos simbólicos y psicológicos del suicida.

Los diversos medios de realizar el suicidio que se han presentado puede quedar considerados en dos grandes categorías: formas directas y formas indirectas.

El primer grupo comprende aquellas formas que implican un intento menos expuesto al fracaso o a la frustración, como son: el balazo en la sien, el estrangulamiento, la lesión por arma blanca, por corte de venas y por uso de arma de fuego en diferentes partes del cuerpo.

En la categoría de forma indirecta se han considerado la intoxicación, el arrojar al vacío o al paso de algún vehículo y el buscar la muerte por sumergimiento; estos procedimientos implican un grado menor de decisión por parte del sujeto, ya que los medios empleados no actúan directamente sobre su persona y las posibilidades de frustración son mayores.

Las personas del sexo masculino prefieren, en primer término, el suicidio por balazo en la sien, el ahorcamiento y en tercer lugar, aparece la intoxicación, generalmente, por barbitúricos. (Beck, 1976).

Los métodos utilizados para el suicidio varían según países, culturas, épocas y características demográficas, tales como la raza, el sexo, la edad, y el medio rural o urbano. La elección del método también está influida por la accesibilidad, la oportunidad y la aceptación sociocultural (Sarró, 1991; citado por Marchiori, 1998).

Para el suicidio consumado se utiliza con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos, de mayor letalidad. En las tentativas es más usual la



intoxicación medicamentosa (con uno o más fármacos, a veces asociados al alcohol). Referente a la edad y al sexo, los métodos más utilizados por los hombres son de tipo activo, violento y más infalibles, y los más pasivos son los usados preferentemente por mujeres (Sarró, 1991).

Tozzini (1992; citado por Marchiori, 1998) señala que el suicida elige el medio que habrá de utilizar conforme cuatro circunstancias: 1) su personalidad; 2) el conocimiento que tenga sobre la idoneidad de dicho procedimiento; 3) el real deseo de morir; y 4) las posibilidades de empleo a su alcance.

CAPÍTULO

4

MÉTODO

*Voici venir la nuit
Le ciel a reversé
Son large sabler
Et tient tout l'infini
Mirages, pins des îles
Qu'il nous faille mourir
Ne pose aucun problème.
Maurice Carême
Aquí viene la noche
El cielo dio la vuelta
A su reloj de arena
Y al infinito tiene
Visiones de islas con pinos
Al que le toque morir
Ningún problema causa*

Objetivos
Preguntas de Investigación
Justificación de la Investigación
Hipótesis
Variables
Muestreo
Sujetos
Tipo de Estudio
Diseño
Instrumento y/o Material
Procedimiento
Análisis Estadístico de Datos



CAPÍTULO IV. MÉTODO

*Savez-vous ce que c'est que de rester debout
Quand les jambes sont comme deux feuilles mortes
Quand on est un sous la boue savez-vous ce que c'est
Que de rester debout alors que la mort est là
Si près à toucher la joue
Comme un lit bin chaud
(Jean Cayrol)*

*No sabéis lo que es quedarse pie
Con las piernas cual hoja muerta gastadas
El fango encima y desnudo no sabéis lo que es
Quedarse de pie teniendo a la muerte ahí
Tan cerca casi toca el rostro
Cual cálido lecho*

5.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

OBJETIVO GENERAL: Identificar qué factores influyen en el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar si los factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión) influyen en el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.
- Identificar si el factor ansiedad influye en el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.
- Identificar si el factor depresión influye en el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.
- Describir el perfil sociodemográfico y psicológico (cognitivo y afectivo) de los usuarios que llaman a Saptel y que presentan riesgo suicida.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.-

¿Existe influencia entre factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión) y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono?

¿Existe influencia entre el factor ansiedad y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono?

¿Existe influencia entre el factor depresión y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono?

¿Qué características presentan los usuarios que tienen riesgo suicida a diferencia de los que no lo presentan?



JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.- La importancia de este estudio radica en que puede servir como herramienta para evaluar el riesgo suicida que presentan los usuarios de SAPTEL-Cruz Roja Mexicana con mayor precisión y proponer una forma alternativa de detección de riesgo de suicidio y dar posteriormente la intervención adecuada para evitar que se lleve a cabo.

La relevancia radica en el aumento de suicidios que se tienen registrados en los últimos 23 años desde 1980 hasta el 2003, los beneficiados podrían ser los usuarios de SAPTEL – Cruz Roja Mexicana a partir de este trabajo, quienes por alguna situación pueden encontrar en el suicidio una salida a su sufrimiento. El presente estudio también se lleva a cabo por el aumento de llamadas relacionadas con sintomatología depresiva y ansiedad, presentes cada vez con mayor frecuencia en personas que refieren tener intentos de suicidio en el pasado o en el presente.

El alcance social que se espera es implementar un método de detección y prevención, para identificar a usuarios que se comuniquen a SAPTEL – Cruz Roja Mexicana, con algún tipo de demanda que involucre aspectos ansiosos o depresivos.

El problema que se intenta resolver con esta investigación, es poner énfasis en hacer una detección confiable, del posible riesgo que corren los usuarios que presentan las características antes mencionadas.

Sus implicaciones trascendentales se pueden aplicar en diversas problemáticas que se presentan dentro del servicio, ya que las personas que llaman generalmente presentan síntomas de angustia y depresión intensa, sin embargo no todas tienen ideas o intentos de suicidio, así que sería una manera confiable de discriminar la presencia o ausencia de riesgo suicida.

Además se espera que este estudio dote de herramientas para mejorar la impresión diagnóstica que se deriva de la evaluación de cada usuario, después de indagar sobre su historia clínica. Y finalmente trata de sugerir una forma de estudiar adecuadamente a esta población, propensa a tener este tipo de conductas. También



proponen algunas ligeras modificaciones a la cédula de registro de usuarios, con el fin de recabar la mayor información revelante posible.

5.2 HIPÓTESIS

Existe influencia entre factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión) y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

Existe influencia entre el factor ansiedad y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

Existe influencia entre el factor depresión y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

H0. No existe influencia entre factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión) y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.

H1. Existe influencia entre factores sociodemográficos (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión) y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono.

H0. No existe influencia entre el factor ansiedad y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

H1. Existe influencia entre el factor ansiedad y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

H0. No existe influencia entre el factor depresión y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono

H1. Existe influencia entre el factor depresión y el riesgo suicida en usuarios del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono



5.3 VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Riesgo suicida
- Factores sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación, escolaridad y religión).

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Factor Ansiedad
- Factor Depresión

5.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Edad: Duración de la vida de un individuo desde su nacimiento, hasta la fecha que se señala, cálculo del desarrollo fisiológico de un individuo. Tiempo transcurrido desde el nacimiento, que ha durado alguna cosa o cualquier periodo de vida de un ser o hasta que este ser deja de existir (Editores Mexicanos Unidos, 1997).

Estado Civil: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles (García, 1995).

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente (Seco, 2000).

Ocupación: Trabajo, oficio o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa (Vázquez, 2000).

Religión: Conjunto de creencias acerca de la divinidad. Fenómeno religioso, entendido como la relación del hombre con lo sagrado, concepto que alude de forma directa o indirecta a una entidad superior o Dios, es universal y existe desde la más remota antigüedad (Editores Mexicanos Unidos, 1997).

Depresión: Se le denomina a diferentes estados de aflicción. Sentirse melancólico o deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental o un estado patológico. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a ser



valorados como patológicos. Desde una perspectiva clínica, el término depresión se utiliza en tres sentidos: *síntoma*, *síndrome* y *enfermedad* (Seco, 2000).

La depresión como síntoma es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad e inutilidad.

La depresión como síndrome agrupa un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico.

La depresión como enfermedad configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome clínico y en la que puede ser delimitada una etiología, una sintomatología, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Síndrome que agrupa síntomas somáticos y síntomas psíquicos en torno a un núcleo central, en el que encontramos la tristeza patológica, la pérdida de impulsos, el vacío, etc., que determina un estado de ánimo de tipo negativo característico. Se establece sobre un trastorno biológico en el que intervienen fundamentalmente alteraciones de la neurotransmisión a nivel de la sinapsis del SNC. Esta alteración, puramente funcional, es reversible y puede ser recurrente.

La depresión es un trastorno mental afectivo caracterizado por la presencia de síntomas como la tristeza, la pérdida de interés y la incapacidad para experimentar sentimientos de placer que se hace crónica en la mayor parte de los pacientes y que evoluciona en episodios recurrentes (Warren, 1998).

Ansiedad: Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza. Reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. Inquietud del ánimo es acompañado de congoja, ansiedad o ansia que puede acompañar a algunas enfermedades o deseo vehemente de poseer alguna cosa. La ansiedad es un mecanismo de adaptación y por consiguiente una experiencia común a toda la humanidad, de manera que no es patológica en sí, como lo son las alucinaciones o las ideas delirantes, y por ello acompaña a un amplio número de conductas normales o anormales, así como casi todos los trastornos mentales, con excepción de la personalidad antisocial; sin embargo la



ansiedad como único síntoma puede aparecer sola y dar un cuadro nosológico independiente (Uriarte, 1997).

Las manifestaciones de la angustia incluyen síntomas como: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias en el estómago, mareos, despersonalización, miedo a perder el control, miedo a morir, parestesias, escalofríos y/o sofocaciones.

La ansiedad se manifiesta por medio de tres etapas: la primera, reacción de alarma: La reacción aguda a la ansiedad se desencadena para generar un máximo de energía que permita manejar la crisis; la segunda, resistencia: si la tensión es prolongada, el cuerpo se mantiene muy activado; aunque para un observador externo, todo parece bien, los sistemas responsables del crecimiento, repartición y combate de infecciones no operan bien; y la tercera, extenuación: si el factor de estrés continua o si surgen nuevos, el animal muestra señales de agotamiento y de desgaste muscular (Warren, 1998).

Riesgo suicida: Es el proceso mediante el cual intervienen ideas, fantasías, planes y/o actos motores que pueden derivar en un suicidio (García, 1995).

5.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Entre los factores sociodemográficos se encuentran: la edad, el estado civil, la escolaridad, la ocupación y la religión.

Edad: Se escribe el número de años cumplidos al momento de la primera llamada. Se actualiza en caso de que las llamadas del mismo usuario sean espaciadas en un tiempo considerable (Gaitán, 1993).

Estado Civil: Para el llenado de la cédula de registro de usuarios de Saptel, se asignan la siguiente codificación (Gaitán, 1993).

1. Soltero
2. Casado
3. Separado
4. Divorciado
5. Viudo



6. Unión Libre
7. No especificado

Escolaridad: Se le cuestiona acerca del grado académico en que dejó de estudiar o en el que se encuentra actualmente (Gaitán, 1993).

1. Analfabeta
2. Primaria incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa
6. Preparatoria, vocacional o carrera técnica incompleta
7. Preparatoria, vocacional o carrera técnica completa
8. Estudios profesionales incompletos
9. Nivel profesional
10. Estudios superiores incompletos
11. Estudios superiores completos
12. Doctorado en proceso
13. Doctorado
14. Postdoctorado u otros estudios similares

Ocupación: Se debe registrar la actividad, de cualquier índole, que ocupa el mayor tiempo de vida del usuario (Gaitán, 1993).

1. Empresario o de iniciativa privada
2. Comerciante
3. Profesionista
4. Trabajador técnico especializado
5. Vendedor u otro empleo independiente
6. Burocracia y empleados de empresas privadas
7. Oficio o equivalentes
8. Asistente de oficio o equivalentes
9. Subempleado
10. Desempleado



11. Ama de casa
12. Estudiante
13. Campesino
14. Otro. Especificar

Religión: Se registra la religión que profese el usuario de acuerdo con las siguientes posibilidades (Gaitán, 1993).

1. Católica
2. Protestante
3. Judía
4. Testigo de Jehová
5. Ateo
6. Creyente
7. Otras religiones cristianas
8. Otra. Especificar

Ansiedad: Para considerar que un individuo presentaba sintomatología ligada a la ansiedad, se tomaron los siguientes indicadores de la cédula de registro, se consideró la presencia de algún nivel de alteración en los siguientes rubros; alteración en la espontaneidad del discurso, alteraciones en el ritmo del discurso, alteraciones en el discurso, alteraciones en el contenido del pensamiento, alteraciones en la sensopercepción, alteraciones en la memoria, presencia de síntomas somáticos, presencia de irritabilidad, presencia de obsesiones y compulsiones, disminución en la concentración, presencia de ansiedad y presencia de fobias.

Depresión: Los criterios que se tomaron para considerar la depresión presente en los usuarios fueron alteraciones en la espontaneidad del discurso, alteraciones en el ritmo del discurso, alteraciones en el discurso, alteraciones en el contenido del pensamiento, alteraciones en el contenido afectivo, alteraciones en la memoria, presencia de fatiga, alteraciones al dormir, presencia de irritabilidad, presencia de ánimo depresivo y disminución en la concentración.



Riesgo Suicida: Para evaluar el riesgo, se explora acerca de la ideación, plan, actividad motora consciente e inconsciente, los medios disponibles, la peligrosidad del método elegido, etc., (Gaitán, 1993). Los participantes fueron divididos en tres grupos

1. Participantes con historial de intentos suicidas previos
2. Participantes con intento suicida en el presente
3. Participantes sin intento suicida, ni previo ni actual

5.6 MUESTREO

La muestra es no probabilística de tipo casual ya que la elección de los elementos no se realizó al azar, dado que la manera de seleccionar a los participantes fue bajo criterios de exclusión e inclusión.

La muestra constó de 977 casos extraídos de los expedientes y del archivo de datos de SAPTEL - Cruz Roja Mexicana, abarcó el periodo comprendido de julio de 2004 a diciembre del mismo año. Los participantes, únicamente del sexo masculino, se dividieron en dos grupos. El grupo A que no presenta riesgo suicida desde los criterios de Saptel y constó de 831 sujetos y el grupo B que constó de 146 personas que refirieron riesgo suicida.

Criterios de inclusión

1. Tener entre 18 y 76 años
2. Hombres que hayan solicitado por primera vez el servicio.
3. Haber solicitado el servicio entre el mes de julio a diciembre de 2004
4. El lugar de origen de la llamada debe pertenecer a la República Mexicana
5. Que hayan llamado para pedir apoyo para ellos mismo y no para algún otro

Criterios de exclusión

1. Sujetos cuya cédula de registro no es encuentre totalmente llena.
2. Menores de edad.
3. Usuarios que cuenten con más de un expediente.
4. Que no haya solicitado únicamente canalización a otra institución.
5. Sujetos que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados.



5.7 SUJETOS

Se utilizaron 977 sujetos, todos del sexo masculino, de edades que oscila de entre 18 a 76 años, que hayan solicitado el servicio de SAPTEL – Cruz Roja Mexicana en los meses de julio a diciembre de 2004. Sólo se emplearon hombres porque si bien según el INEGI las mujeres tienen mayor número de intentos suicidas, los hombres son los que tienen mayor probabilidad de consumar el hecho.

5.8 TIPO DE ESTUDIO

Ex Post Facto ya que es una investigación que emplea una búsqueda sistemática empírica, en la que no se tiene control directo sobre la variable independiente, porque sus manifestaciones ya han ocurrido. Se infieren las relaciones entre las variables, sin intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independiente y la dependiente (Kerlinger, 2002). La investigación es de tipo correlativo, realizada en campo y transeccional.

5.9 DISEÑO

El diseño de investigación es de una sola muestra, no-experimental, correlacional, para observar la relación entre los diferentes variables que desencadenan el riesgo suicida. Los sujetos permanecerán en dos grupos determinados por el resultado de la evaluación de riesgo suicida, dada por el terapeuta telefónico. El primer grupo se formó por los sujetos que no hayan intentado el suicidio y el segundo grupo o grupo de riesgo se conformó con los que presenten por lo menos un intento suicida, la muestra total constó de 977 participantes.

5.10 INSTRUMENTO Y/O MATERIAL

977 Cédulas de registro de usuarios de SAPTEL - Cruz Roja Mexicana.
Manual de Procedimientos.

En la cédula de registro se contienen datos sobre la historia clínica del sujeto que se dividen en diez partes: la primera, trata sobre si el sujeto actualmente se encuentra bajo tratamiento terapéutico; la segunda, si anteriormente ha recibido algún tipo de tratamiento; tercero, ficha de identificación; cuarto, motivo de consulta; quinto, examen



mental; sexto, sintomatología específica; séptimo, aspectos emocionales de la relación de trabajo; octavo, diagnóstico de presunción, tratamiento y pronóstico; noveno, cierre de la llamada; y décimo, datos del consejero (ver anexo 1).

CÉDULA DE REGISTRO

En saptel se lleva registro de todas las llamadas recibidas independientemente del tipo que se trate. Cuando las personas requieren de apoyo psicológico e intervención en crisis, el consejero deberá abrir un expediente del solicitante. El elemento principal de este expediente es la cédula de registro (ver anexo 1). La cédula de registro es un formato de historia clínica que establece la información que debe ser obtenida durante la entrevista y, por lo tanto, constituye una guía para la realización de la misma. A continuación se presentan los diferentes apartados contenidos en la cédula de registro:

- Consulta

Consiste en un recuadro que aporta una especie de resumen de llamadas que ha hecho el usuario a Saptel. Ahí quedan plasmadas las fechas, duración, hora de inicio y hora de término de las llamadas realizadas así como la clave del consejero que las atendió; se registra también si el usuario fue o no referido a otro servicio de salud mental, el motivo y el lugar de referencia.

- Otro tratamiento psicoterapéutico

Se indaga sobre la asistencia anterior y/o actual del usuario a un servicio de psicoterapia, la modalidad, fecha y duración de la misma, el motivo de consulta en aquella ocasión, si hubo medicación o no y, en el caso de que el tratamiento siga en vigencia, el motivo por el cual no se recurrió a él.

- Ficha de identificación

Se incluyen datos del usuario como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de origen, así como información que ayuda a determinar su nivel socioeconómico: domicilio actual, tipo de vivienda, número de personas con quien vive y el parentesco, nivel de ingresos y la fuente de referencia a Saptel.



- Motivo de consulta

Consta de cinco espacios en donde se asentarán, de acuerdo con el código que se maneja en Saptel, el motivo principal y los secundarios. Los rubros principales que engloban los diversos motivos de consulta posibles son: problemas en las relaciones interpersonales, situaciones directamente relacionadas con dificultad en el manejo de la sexualidad, situaciones directamente relacionadas con el manejo de la agresión, sintomatología frecuente asociada a la depresión, adicción a drogas en general, problemas frecuentes relacionados con la ansiedad, y el apartado de "varios" en el que se habrá de especificar el motivo de consulta en cuestión. Por otro lado deberá especificar en el quinto espacio si se trata de una urgencia psicológica o de una emergencia emocional o de la combinación de ambos factores. La diferencia entre ambas se refiere a la fuente que produce el desequilibrio psicológico; en el primer caso se trata de un evento externo y en el segundo, de un proceso del mundo interno de la persona.

- Examen Mental

En esta parte se investiga si debido a la crisis se han presentado alteraciones y en qué medida se presentan, alteraciones del discurso, del contenido del pensamiento, del contenido afectivo, de la senso-percepción, de la memoria, de la atención y la concentración. También se determina el nivel de inteligencia y el grado de reconocimiento del problema.

-Sintomatología específica

Se recopila información acerca de la presencia o ausencia y la intensidad de síntomas somáticos, fatiga preocupación por el estado de salud, trastornos del sueño, ingesta de hipnóticos, irritabilidad, obsesiones y compulsiones, ánimo deprimido, ansiedad, fobias y síntomas de despersonalización.

- Diagnóstico

Se determina a partir de la clasificación de la OMS. y del DSM-IV.



- Características de la relación de trabajo

Se determina, contrastando con la definición expuesta en el manual, si durante la llamada hubo rapport ("presencia o ausencia de empatía y comprensión del terapeuta al paciente"), catarsis ("descarga emocional intensa y en forma casi paroxística") y abreacción ("descarga emocional catártica en la cual el individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático"). Se anota, además, el juicio que tiene el consejero acerca de su intervención y de la profundidad de la alianza terapéutica que se logró establecer. Hay también un índice en el que el consejero estima el grado de credibilidad de la información que obtuvo así como de la severidad del problema que aqueja al solicitante. Por último, se anota el tipo de aproximación terapéutica que fue utilizada durante la entrevista telefónica.

- Datos del Consejero

Incluye el nombre, el número o clave y institución de procedencia del consejero, la guardia en la que está atendiendo la llamada, y el registro de si el caso es o no supervisado y el nombre del supervisor.

- Datos del usuario

Se compone por el nombre o apelativo del usuario, número telefónico y fecha en que se pactó la siguiente llamada.

- Comentarios

Este apartado es un espacio en blanco donde se anota textualmente el motivo de consulta reportado por el usuario así como el nombre específico del lugar de referencia en caso de que éste se haya dado. Además de una síntesis del contenido de la llamada y algún dato que pueda ser relevante para el consejero.

5.11 PROCEDIMIENTO

La investigación se inició elaborando un protocolo de investigación, el cual fue aprobado por Saptel-Cruz Roja Mexicana y por la Facultad de Psicología, se procedió a solicitar permiso a Saptel-Cruz Roja Mexicana para poder utilizar la información de las llamadas recibidas entre julio y diciembre de 2004.



Enseguida se seleccionaron únicamente las cédulas de registro o expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión, el resto no se tomó en cuenta. Las cédulas de registro fueron evaluadas por los consejeros, la investigadora sólo registró la información.

Se continuó elaborando una base de datos a partir de los expedientes seleccionados, de los cuales se tomaron datos como mes de llamada; tratamiento pasado y presente; ficha de identificación; motivo de llamadas, examen mental; sintomatología específica; y características de la relación consejero-usuario. Para la base de datos se empleó la misma codificación de resultados que utiliza Saptel.

A partir de la estadística se pudieron realizar las conclusiones.

5.12 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Se llevó a cabo el análisis estadístico utilizando el SPSS versión 12 para Windows y la misma versión para Macintosh, para poder encontrar la influencia entre ellos y posteriormente aceptar o rechazar las hipótesis planteadas en la investigación.

El tratamiento estadístico fue primero una descripción de los sujetos, sacando un perfil acerca de sus características, después se aplicó un análisis de frecuencias, una anova de una sola vía, un post hoc y finalmente un análisis de regresión.

CAPÍTULO

5

RESULTADOS

*Rends-toi mon coeur
Noys ayons assez lutté
Et que vie s'arrête
On a fait ce qu'on a pu
Oh! Mon âme
Tu pars ou tu restes?
Il faut te decide
Henry Michaux
Esperame corazón
Hemos peleado bastante
Y la vida se para
Hiciste lo que pudiste
¡Oh! Mi alma
¿Te vas o te quedas?
Debes decidir*

Características de las Llamadas
Características Sociodemográficas
Características Psicológicas
Características Cognitivas
Características Afectivas
Características Biológicas



CAPÍTULO V. RESULTADOS

*O mon père! Est-ce toi que je sens en moi-même?
As-tu pouvoir de vivre et de vaincre la mort?
Car je me sens tout seul à pleurer et à souffrir
Hélas! Et si je meurs, c'est que tout va mourir!
(Gérard de Nerval)*
*Padre mío ¿eres tu quien en mi mismo tiembla?
¿Poder de vida tienes, ignoras a la muerte?
Creuyendo ser sólo yo quien debe sufrir,
Si muero, es porque todo tendrá que morir*

El procedimiento que sigue Saptel para registrar las llamadas que se reciben diariamente, es por medio de una cédula de registro, es una hoja en la cual se anotan los datos que refiere el demandante del servicio. En ésta se anotan datos tales como: fecha de la llamada; llamadas subsecuentes; se exploran tratamientos actuales y anteriores; la ficha de identificación; sintomatología específica; examen mental; aspectos emocionales de la relación de trabajo; diagnóstico de presunción, tratamiento y pronóstico; cierre de la llamada; y datos del terapeuta telefónico (ver anexo 1).

La muestra quedó constituida por 977 participantes, de sexo masculino, que solicitaron el servicio de Saptel de julio de 2004 hasta diciembre del mismo año. Para presentar los resultados la muestra se dividió en dos subgrupos, el subgrupo A consta de 831 participantes que no presentaron intento suicida y el subgrupo B constó de 146 participantes que de acuerdo a la evaluación realizada por los consejeros presentan o han presentado intento suicida.

A continuación se muestra el análisis de resultados dividido en cinco apartados: Características de las llamadas; Características sociodemográficas; Características cognitivas; Características afectivas; Características biológicas del usuario; el análisis de anova de una sola vía; y el análisis de regresión lineal.

I. Características de las llamadas

Como se muestra en la tabla 1, de los 977 participantes, 831 no presentaron intento suicida, y 146 sí presentaron intento suicida. Diciembre fue el mes con mayor número de llamadas. Dentro del subgrupo de los que sí presentaron intento se observa que Julio y Octubre resultaron los meses en que se encontró mayor incidencia de intento. No hay diferencia en la proporción de llamadas en los subgrupos dependiendo del mes.

**Tabla 1. Meses en que se realizaron las llamadas divididas en subgrupos**

Meses	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Julio	162	16.6	136	16.4	26	17.8
Agosto	163	16.7	139	16.7	24	16.4
Septiembre	164	16.8	139	16.7	25	17.1
Octubre	165	16.9	139	16.7	26	17.8
Noviembre	157	16.1	135	16.2	22	15.1
Diciembre	166	17.0	143	17.2	23	15.8

En la tabla 2, se muestra que el rango de duración de la llamada más frecuente de tiempo que se brindó al usuario para atenderlo vía telefónica fue de 30 a 49 minutos.

Tabla 2. Duración de llamada

Minutos	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
1-9	11	1.1	9	1.1	3	2.1
10-19	63	6.4	56	6.7	8	5.6
20-29	171	17.5	143	17.2	27	18.7
30-39	233	23.8	201	24.2	32	22.0
40-49	186	19.0	160	19.3	26	17.9
50-59	176	18.0	148	17.8	28	19.3
60- o más	137	14.0	114	13.7	22	14.4

A continuación se reportan las impresiones del consejero acerca del trabajo realizado, entre él y la persona que solicitó la consulta, los aspectos a reportar son: el motivo de la consulta, el rapport (si se logró), catarsis (si hubo), abreacción, respuesta-reacción (reacción adecuada por parte del consejero telefónico hacia la demanda del usuario), credibilidad de la información, y calificación global de severidad.

A todas las personas que llaman a Saptel se les cuestiona sobre el motivo de la consulta, dependiendo la respuesta y el contenido de la llamada se divide en motivos primarios y secundarios, entre los motivos de consulta primarios, referidos por el usuario.

En la tabla 3 se observa que con mayor frecuencia llaman por dificultades en las relaciones interpersonales y la sintomatología asociada a la depresión.

**Tabla 3. Motivo de Consulta (Principal)**

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Relaciones interpersonales	411	42.1	360	43.3	51	34.9
Manejo de la sexualidad	102	10.4	96	11.6	6	4.1
Manejo de la agresión	45	4.6	40	4.8	5	3.4
Sintomatología depresiva	213	21.8	156	18.8	57	39.0
Adicciones en general	68	7.0	58	7.0	10	6.8
Sintomatología ansiedad	88	9.0	79	9.5	9	6.2
Varios (laborales, escolares, psicosis)	50	5.1	42	5.1	8	5.5

En la tabla 4, se muestra que en un 96.7% y 95.2% (respectivamente) tanto el terapeuta telefónico como el usuario se sintieron cómodos durante la llamada y el consejero logró crear una adecuada relación de trabajo donde el usuario pudo hablar abiertamente de sus problemas y las posibles soluciones.

Tabla 4. Rapport

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
no	32	3.3	25	3.0	7	4.8
si	945	96.7	806	97.0	139	95.2

La tabla 5, muestra que no sólo se dio una relación adecuada, sino que en un 56.7%, 54.5% y un 69.2% respectivamente, el usuario pudo exponer adecuadamente las emociones y afectos relacionados al motivo de la llamada. Después de la misma llamada logró una sensación de alivio al poder compartir sus problemas con otro.

Tabla 5. Catarsis

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
no	423	43.3	378	45.5	45	30.8
si	554	56.7	453	54.5	101	69.2

La tabla 6, muestra que no se logró la abreacción en casi 90% de todos los casos, es decir, no fue posible que la persona pudiera expresar los sentimientos que tiene hacia el problema en su totalidad.

**Tabla 6. Abreacción**

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No	865	88.5	739	88.9	126	86.3
Si	112	11.5	92	11.1	20	13.7

En la tabla 7, se observa que en más del 60% de los casos los consejeros telefónicos consideraron que su actuación sobre la demanda del motivo de consulta del usuario fue buena y adecuada.

Tabla 7. Respuesta reacción

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Buena y adecuada	654	66.9	548	65.8	106	72.6
Regular y adecuada	306	31.3	268	32.3	38	26.0
Pobre inadecuada	17	1.7	15	1.8	2	1.4

En la tabla 8, se observa que en más del 65% de las llamadas, los consejeros evaluaron la información como confiable.

Tabla 8. Credibilidad de información

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pobre	68	7.0	59	7.1	9	6.2
Regular	272	27.8	234	28.2	38	26.0
Buena	637	65.2	538	64.7	99	67.8

La tabla 9, muestra que los consejeros telefónicos consideraron que el 64% de las quejas de las personas con intento suicida requieren consulta externa.

Tabla 9. Calificación global de severidad

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Sujeto asintomático	96	9.8	93	11.2	3	2.1
Queja de algunas alteraciones psicológicas	335	34.3	309	37.2	26	17.8
Quejas requieren consulta externa	479	49.0	385	46.3	94	64.4
Tratamiento psiquiátrico forzoso	67	6.8	44	5.3	23	15.8



internamiento						
---------------	--	--	--	--	--	--

La tabla 10 se refiere a los medios por los cuales las personas se enteran de Saptel, los principales fueron a través de comunicación personal y por televisión.

Tabla 10. Fuente de Referencia

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Radio	18	1.8	16	1.9	2	1.4
Televisión	219	22.4	187	22.5	32	21.9
Cartel, metro, audio, periódico	16	1.6	15	1.8	1	0.7
Directorio telefónico	173	17.7	150	18.1	23	15.8
Internet	7	0.7	5	0.6	2	1.4
Cartel	16	1.6	13	1.6	3	2.1
Comunicación personal	265	27.1	223	26.8	42	28.8
Institución	182	18.6	155	18.7	27	18.5
Otro, libro, folleto, volante, agenda	52	5.3	45	5.4	7	4.8
Se ignora	29	3.0	22	2.6	7	4.8

II. Características sociodemográficas.

La tabla 11 muestra que la edad de los sujetos, se encuentra en un rango de 18 a 76 años, la edad promedio la muestra total fue de 31.29 años, siendo la más frecuente entre los 25 y 28 años para las personas con intento suicida.

Tabla 11. Edad

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
18 - 22	184	18.9	162	19.5	22	15.1
23 - 27	249	25.5	206	24.8	43	29.5
28 - 32	204	20.9	174	20.9	30	20.5
33 - 37	147	14.3	99	11.9	16	11.0
38 - 42	87	8.8	73	8.8	14	9.6
43 - 47	55	5.5	49	5.9	6	4.1
48 - 52	41	4.1	35	4.2	6	4.1
53 - 57	15	1.5	12	1.4	3	2.1
58 - 62	8	0.8	7	0.8	1	0.7
63 - 67	11	1.1	8	1.0	3	2.1
68 - 72	5	0.5	3	0.4	2	1.4
73 - 77	3	0.3	3	0.4	0	0



La tabla 12 muestra que el estado civil más frecuente de los participantes fue soltero.

Tabla 12. Estado Civil

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Soltero	545	55.8	466	56.1	79	54.1
Casado	211	21.6	185	22.3	26	17.8
Separado	101	10.3	78	9.4	23	15.8
Divorciado	43	4.4	40	4.8	3	2.1
Viudo	17	1.7	14	1.7	3	2.1
Unión Libre	59	6.0	47	5.7	12	8.2
No especificado	1	0.1	1	0.1	0	0

En cuanto a la escolaridad, en la tabla 13 se observa que la mayor proporción de participantes cuentan con instrucción media.

Tabla 13. Escolaridad

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	28	2.9	26	3.1	2	1.4
Primaria	66	6.8	58	7.0	8	5.5
Secundaria	172	17.6	139	16.7	33	22.6
Preparatoria	360	36.8	299	36.0	60	41.1
Estudios Profesionales	280	28.7	245	29.5	35	24.0
Estudios Superiores	67	6.8	59	7.1	8	5.5
Doctorado	1	0.1	1	0.1	0	0
Postdoctorado u otros similares	3	0.3	4	0.5	0	0

La tabla 14 presenta que en el grupo de intento suicida el porcentaje de personas desempleadas fue de 21.2%

Tabla 14. Ocupación

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empresario o iniciativa privada	23	2.4	20	2.4	3	2.1
Comerciante	61	6.2	56	6.7	5	3.4
Profesionista	85	8.7	75	9.0	10	6.8
Trabajador técnico especializado	55	5.6	49	5.9	6	4.1
Vendedor u	82	8.4	72	8.7	10	6.8



otro empleado independiente						
Burócratas y empleados privados	126	12.9	103	12.4	23	15.8
Oficio o equivalentes	89	9.1	76	9.1	13	8.9
Asistente de oficio o equivalentes	28	2.9	25	3.0	3	2.1
Subempleado	60	6.1	50	6.0	10	6.8
Desempleado	157	16.1	126	15.2	31	21.2
Arma de casa	6	0.6	5	6.0	1	0.7
Estudiante	101	10.3	83	10.0	17	11.6
Campesino	4	0.4	4	0.5	0	0
Otro	100	10.2	87	10.5	14	9.6

Como se describe en la tabla 15, un alto porcentaje de las personas que llamaron pertenecen a la religión católica.

Tabla 15. Religión

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Católica	712	72.9	605	72.8	107	73.3
Protestante	5	0.5	5	0.5	0	0
Judía	2	0.2	2	0.2	0	0
Testigo de Jehová	19	1.9	16	1.9	3	2.1
Ateo	83	8.5	64	7.7	19	13.0
Creyente	115	11.8	102	12.3	13	8.9
Otras religiones cristianas	29	3.0	25	3.0	4	2.7
Otras	12	1.2	12	1.4	0	0

Como ilustra la tabla 16 las llamadas que se reciben en Saptel son de diversos lugares de la República Mexicana, en cuanto a los lugares de residencia de las personas que llamaron, se encontró que son más frecuentes las llamadas del Distrito Federal.

Tabla 16. Lugar de origen de las llamadas

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Aguascalientes	5	0.5	4	0.5	1	0.7
Baja California Norte	3	0.3	3	0.4	0	0
Campeche	1	0.1	1	0.1	0	0
Coahuila	30	3.1	27	3.2	3	2.1
Colima	3	0.3	2	0.2	1	0.7



Chiapas	24	2.5	17	2.0	7	4.8
Chihuahua	5	0.5	4	0.5	1	0.7
Distrito Federal	588	60.2	492	59.2	96	65.8
Durango	3	0.3	3	0.4	0	0
Estado de México	116	11.9	104	12.5	12	8.2
Guanajuato	27	2.8	23	2.8	4	2.7
Guerrero	19	1.9	16	1.9	3	2.1
Hidalgo	13	1.3	13	1.6	0	0
Jalisco	18	1.8	16	1.9	2	1.4
Michoacán	20	2.0	18	2.2	2	1.4
Morelos	3	0.3	3	0.4	0	0
Nayarit	3	0.3	3	0.4	0	0
Nuevo León	7	0.7	3	0.4	4	2.7
Oaxaca	12	1.2	9	1.1	3	2.1
Puebla	16	1.6	15	1.8	1	0.7
Querétaro	4	0.4	4	0.5	0	0
Quintana Roo	1	0.1	1	0.1	0	0
San Luis Potosí	2	0.2	2	0.2	0	0
Sinaloa	4	0.4	3	0.4	1	0.7
Sonora	4	0.4	4	0.5	0	0
Tabasco	3	0.3	3	0.4	0	0
Tamaulipas	8	0.8	7	0.8	1	0.7
Tlaxcala	1	0.1	1	0.1	0	0
Veracruz	25	2.6	22	2.6	3	2.1
Yucatán	4	0.4	4	0.5	0	0
Zacatecas	5	0.5	4	0.5	1	0.7

La tabla 17 muestra que la vivienda de los usuarios de Saptel con mayor frecuencia es propia.

Tabla 17. Tipo de vivienda

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Propia	659	67.5	571	68.7	88	60.3
Rentada	175	17.8	145	17.4	30	20.5
Prestada	80	8.3	59	7.1	22	15.1
Otra	62	6.4	56	6.7	6	4.1

En la tabla 18 se muestran los porcentajes de personas que actualmente se encuentran en algún tipo de tratamiento. Resalta que un alto porcentaje no acude a tratamiento actualmente.

Tabla 18. Tratamiento Presente

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
no	892	91.3	769	92.5	123	84.2
sí	85	8.7	62	7.5	23	15.8



De los datos antes presentados se encontró que el perfil sociodemográfico de los usuarios hombres de Saptel con intentos suicidas fue tener alrededor de 31 años, ser soltero, con escolaridad media, desempleado, católico, radicar en el Distrito Federal y tener vivienda propia.

III. Características Psicológicas

Características cognitivas

A continuación se presentan los resultados del examen mental y sintomatología específica, que evalúan funciones cognitivas, las funciones evaluadas fueron senso-percepción, pensamiento, discurso, memoria, inteligencia y concentración.

El 6.2% de las personas con intento suicida presentaron despersonalización (ver tabla 19).

Tabla 19. Alteraciones senso-percepción

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No hay	890	91.1	766	92.2	124	84.9
Ilusiones	23	2.4	20	2.4	3	2.1
Alucinaciones	16	1.6	11	1.3	5	3.4
Dolor	11	1.1	8	1.0	3	2.1
Parestesias	4	0.4	2	0.2	2	1.4
Despersonalización	33	3.4	24	2.9	9	6.2

En la tabla 20, se muestra que el 60% de los usuarios presentaron un discurso espontáneo.

Tabla 20. Espontaneidad del discurso

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Espontáneo	665	68.1	578	69.6	87	59.6
Solo cuando se le pregunta	76	7.8	62	7.5	14	9.6
Ambos alternadamente	236	24.2	191	23.0	45	30.8

El 24.7% de las personas consideradas con intento suicida presentaron un ritmo lento en su discurso como se muestra en la tabla 21.

**Tabla 21. Ritmo del discurso**

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Lento	197	20.2	161	19.4	36	24.7
Normal	612	62.6	537	64.6	75	51.4
Rápido	98	10.0	79	9.5	19	13.0
Lento y rápido alternadamente	70	7.2	54	6.5	16	11.0

Dentro de las alteraciones del discurso, se encontró que en el grupo con intento suicida el 7.5% tuvo perseverancia en su discurso (ver tabla 22).

Tabla 22. Alteraciones del discurso

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No alteraciones	790	80.9	678	81.6	112	76.7
Incoherencia	24	2.5	22	2.6	2	1.4
Incongruencia	17	1.7	13	1.6	4	2.7
Fuga de ideas	17	1.7	14	1.7	3	2.1
Prolijidad	37	3.8	32	3.9	5	3.4
Bloqueo	18	1.8	14	1.7	4	2.7
Perseverancia	38	3.9	27	3.2	11	7.5
Coprolalia	9	0.9	6	0.7	3	2.1
Ecolalia	1	0.1	1	0.1	0	0
Tartamudeo	18	1.8	17	2.0	1	0.7
Otro	8	0.8	7	0.8	1	0.7

En la tabla 23, se muestra que dentro de las alteraciones del pensamiento, el grupo con intento suicida tuvo ideas obsesivas (13.7) y miedos irracionales (8.2%)

Tabla 23. Alteraciones en el contenido del pensamiento

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No alteraciones	694	71.0	602	72.4	92	63.0
Miedos irracionales	71	7.3	59	7.1	12	8.2
Ideas obsesivas	103	10.6	83	10.0	20	13.7
Ideas delirantes persecutorias	26	2.6	22	2.6	4	2.7
Ideas delirantes hipocondríacas	12	1.2	11	1.3	1	0.7
Ideas delirantes megalomaniacas	9	0.9	6	0.7	3	2.1
Ideas delirantes celotípicas	25	2.5	19	2.3	6	4.1
Ideas delirantes religiosas	8	0.8	7	0.8	1	0.7



Ideas referencia	de	17	1.7	12	1.4	5	3.4
Pensamiento mágico		9	0.9	7	0.8	2	1.4
Otra alteración		3	0.3	3	0.4	0	0

En la tabla 24, se muestra que en el grupo de personas con intento suicida, el 41.1% (porcentaje acumulado) refirieron ideas obsesivas y/o actividades compulsivas en diferentes niveles.

Tabla 24. Obsesiones y/o compulsiones

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	671	68.7	585	70.4	86	58.9
Leve	149	15.3	119	14.3	30	20.5
Moderada	93	9.5	79	9.5	14	9.6
Intensa	64	6.5	48	5.8	16	11.0

En la tabla 25, se observa que el 19.2% (porcentaje acumulado) de los usuarios considerados con intento suicida refirieron fobias en diferentes grados.

Tabla 25. Fobias

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	832	85.2	714	85.9	118	80.8
Leve	73	7.5	57	6.9	16	11.0
Moderada	43	4.4	37	4.5	6	4.1
Intensa	29	3.0	23	2.8	6	4.1

En la tabla 26, se encontró que el 67.2% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tuvieron disminución en la concentración que va de leve a intensa.

Tabla 26. Disminución de la concentración

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	557	57.0	509	61.3	48	32.9
Leve	271	27.7	215	25.9	56	38.4
Moderada	120	12.3	87	10.5	33	22.6
Intensa	29	3.0	20	2.4	9	6.2

En la tabla 27, se ilustra que un bajo porcentaje de los usuarios manifestaron alguna alteración en la memoria.

Tabla 27. Alteraciones de la memoria

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
No hay	930	95.2	793	95.4	137	93.8



Amnesia	24	2.5	19	2.3	5	3.4
Hipoamnesia	20	2.0	16	1.9	4	2.7
Déjà vu	1	0.1	1	0.1	0	0
Otra	2	0.2	2	0.2	0	0

En la tabla 28, se ilustra que el 68.5% de las personas con intento suicida no reconocen adecuadamente su problemática que va de las personas que excluyen los afectos y emociones hasta los que niegan la existencia de problemas.

Tabla 28. Grado de reconocimiento del problema

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Claro incluyendo afectos y emociones	381	39.0	335	40.3	46	31.5
Claro excluyendo afectos y emociones	263	26.9	218	26.2	45	30.8
Reconocimiento impreciso	290	29.7	243	29.2	47	32.2
Bloqueo o negación de la problemática	43	4.4	35	4.2	8	5.5

La evaluación en el grado de inteligencia presente en el sujeto es dada por el consejero, con base en los criterios del manual de procedimientos y el curso de capacitación de Saptel (ver anexo 2). En la tabla 29, se muestra que aproximadamente el 80% fueron considerados dentro del término medio.

Tabla 29. Inteligencia

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Inferior al término medio	84	8.6	67	8.1	17	11.6
Término medio	774	79.2	662	79.7	112	76.7
Superior al término medio	101	10.3	87	10.5	14	9.6
Superior	18	1.8	15	1.8	3	2.1

Características afectivas

A continuación se presentan los resultados del examen mental y sintomatología específica, que evalúan afecto, las funciones relacionadas con el afecto evaluadas fueron alteraciones en el afecto, irritabilidad y ansiedad.



En la tabla 30, muestra que el 89.7% (porcentaje acumulado) de los usuarios con intento suicida refirieron alguna alteración en el afecto, los principales fueron tristeza con 37.7% y ansiedad o angustia con el 14.4%.

Tabla 30. Contenido afectivo

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Normal	274	28.0	259	31.2	15	10.3
Aplanamiento afectivo	63	6.4	53	6.4	10	6.8
Aislamiento afectivo	47	4.8	40	4.8	7	4.8
Tristeza	268	27.4	213	25.6	55	37.7
Ansiedad o angustia	157	16.1	136	16.4	21	14.4
Enojo o rabia	77	7.9	62	7.5	15	10.3
Pánico	11	1.1	7	0.8	4	2.7
Ambivalencia	40	4.1	34	4.1	6	4.1
Euforia	2	0.2	2	0.2	0	0
Exaltación	3	0.3	3	0.4	0	0
Afecto insuficiente	14	1.4	13	1.6	1	0.7
Labilidad emocional	16	1.6	6	0.7	10	6.8
Afecto inapropiado	4	0.4	2	0.2	2	1.4
Otro	1	0.1	1	0.1	0	0

La tabla 31, ilustra los niveles de ansiedad y se observa que el 87% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen distintos grados que van del leve al intenso.

Tabla 31. Ansiedad

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	228	23.3	209	25.2	19	13.0
Leve	302	30.9	260	31.3	42	28.8
Moderada	301	30.8	247	29.7	54	37.0
Intensa	146	14.9	115	13.8	31	21.2

En la tabla 32, se ilustran los niveles de irritabilidad y se observa que el 74% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen distintos grados que van del leve al intenso.

**Tabla 32. Irritabilidad**

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	387	39.6	349	42.0	38	26.0
Leve	277	28.4	237	28.5	40	27.4
Moderada	200	20.5	162	19.5	38	26.0
Intensa	113	11.5	83	10.0	30	20.5

La tabla 33, muestra los niveles de ánimo depresivo y se observa que el 98.6% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen distintos grados que van del leve al intenso.

Tabla 33. Ánimo depresivo

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	193	19.8	191	23.0	2	1.4
Leve	286	29.3	262	31.5	24	16.4
Moderada	348	35.6	293	35.3	55	37.7
Intensa	150	15.3	85	10.2	65	44.5

Características biológicas

La tabla 34, muestra los niveles de síntomas somáticos, tales como dolores de cabeza, mareos, inapetencia, dolores en alguna parte del cuerpo, etc., y se observa que el 48.6% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen distintos grados que van del leve al intenso.

Tabla 34. Síntomas somáticos

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	615	62.9	540	65.0	75	51.4
Leve	197	20.2	155	18.7	42	28.8
Moderados	117	12.0	95	11.4	22	15.1
Intensos	48	4.9	41	4.9	7	4.8

La tabla 35, muestra los niveles de fatiga, y se observa que el 65.8% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen distintos grados que van del leve al intenso.

Tabla 35. Fatiga

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	491	50.3	441	53.1	50	34.2
Leve	288	29.5	242	29.1	46	31.5
Moderada	162	16.6	120	14.4	42	28.8
Intensa	36	3.7	28	3.4	8	5.5



En la tabla 36, se muestra que el 16.4% de los usuarios con intento suicida manifestaron una excesiva preocupación hacia sus funciones corporales.

Tabla 36. Atención inadecuada hacia funciones corporales

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Atención adecuada	859	87.9	743	89.4	116	79.5
Excesiva	78	8.0	54	6.5	24	16.4
Despreocupación excesiva	39	4.0	34	4.1	5	3.4
Atención inadecuada	1	0.1	0	0	1	0.7

La tabla 37, muestra distintos grados de alteraciones al dormir, y se observa que el 76.7% (porcentaje acumulado) de las personas con intento suicida tienen niveles que van del leve al intenso.

Tabla 37. Alteraciones en el dormir

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	396	40.5	362	43.6	34	23.3
Leve	233	23.8	204	24.5	29	19.9
Moderada	233	23.8	181	21.8	52	35.6
Intensa	115	11.7	84	10.1	31	21.2

En la tabla 38, se muestra que el 14.4% de las personas consideradas con intento suicida consumen algún inductor del sueño

Tabla 38. Hipnóticos

	Muestra total N=977		Sin intento suicida N=831		Intento suicida N=146	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ausente	892	91.3	767	92.3	125	85.6
Ocasional	39	4.0	32	3.9	7	4.8
Frecuente	43	4.4	31	3.7	12	8.2
Muy frecuente	3	0.3	1	0.1	2	1.4

Para el siguiente análisis estadístico se procedió a tomar los indicadores que considera el DSM-IV TR para considerar el trastorno de ansiedad (Alteración en la espontaneidad del discurso, alteración en el ritmo del discurso, alteraciones en el discurso, alteraciones en el contenido del pensamiento, alteraciones en la senso-percepción, alteraciones en la memoria, presencia de síntomas somáticos, presencia de irritabilidad, presencia de obsesión y compulsión, disminución en la concentración, presencia de ansiedad y presencia de fobias) y depresión (Alteraciones en la



espontaneidad del discurso, alteraciones en el ritmo del discurso, alteraciones en el discurso, alteraciones en el contenido del pensamiento, alteración en el contenido afectivo, alteraciones en la memoria, presencia de fatiga, alteraciones al dormir, presencia de irritabilidad, presencia de ánimo depresivo y disminución en la concentración). Los indicadores o síntomas fueron medidos a través de la cédula de registro en sus apartados de Examen Mental y Sintomatología Específica. Posteriormente se cuantificó la cantidad de síntomas que presentaban únicamente los sujetos con intento suicida.

La tabla 39 presenta que la disminución en la concentración, irritabilidad y ansiedad son los síntomas más frecuentes relacionados con la ansiedad.

Tabla 39. Síntomas de ansiedad

INDICADORES	Frec.	%
Alteración en la espontaneidad del discurso	59	40.4
Alteración en el ritmo del discurso	71	48.6
Alteraciones en el discurso	34	23.3
Alteraciones en el contenido del pensamiento	54	37
Alteraciones en la sensorpercepción	22	15.1
Alteraciones en la memoria	9	6.2
Presencia de síntomas somáticos	71	48.6
Presencia de irritabilidad	108	74
Presencia de obsesión y compulsión	60	41.1
Disminución en la concentración	98	67.1
Presencia de ansiedad	127	87
Presencia de fobias	28	12.2

La tabla 40 presenta que la alteración en el contenido afectivo, presencia de fatiga, alteraciones al dormir, presencia de irritabilidad, presencia de ánimo depresivo y disminución en la concentración son los síntomas más frecuentes relacionados con la depresión.

Tabla 40. Síntomas de depresión

INDICADORES	Frec.	%
Alteraciones en la espontaneidad del discurso	59	40.4
Alteraciones en el ritmo del discurso	71	48.6
Alteraciones en el discurso	34	23.3
Alteraciones en el contenido del pensamiento	54	37
Alteración en el contenido afectivo	131	89.7
Alteraciones en la memoria	9	6.2
Presencia de fatiga	96	65.8
Alteraciones al dormir	112	76.7
Presencia de irritabilidad	108	74



Presencia de ánimo depresivo	144	98.6
Disminución en la concentración	98	67.1

De la evaluación de intento suicida llevada a cabo bajo los criterios de Saptel se encontró que el 85.1% de las personas no tienen intento actual; el 17.1% refirieron la presencia de conductas suicidas en el pasado, manifestaron haber presentado hasta cinco intentos; y el 2.2% manifestado haber intentado, pensado o adquirido algún método para quitarse la vida recientemente, presentando como máximo cuatro intentos.

Tabla 41. Intento suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Ningún intento	831	85.1
Intentos pasados	22	2.2
Intentos presentes	124	17.1
Total	977	100.0

Se comparó el total de indicadores de ansiedad y depresión en tres grupos: Las personas sin intento suicida, los que han tenido intentos previos y los que tienen intentos actuales, para la comparación se realizó un ANOVA y un post hoc.

La tabla 42, se presentan los resultados del anova de una sola vía indicando con el Post hoc que existe diferencia entre el grupo sin intentos suicidas y los grupos de intentos suicidas. Se observa también que entre los grupos de intento pasado e intento actual no existe diferencia significativa.

Tabla 42. Anova del Factor Ansiedad para la Muestra Total

GRUPO	MEDIA	F	Sig
No intento	5.81	25.148	.000
Intentos pasados	7.71		
Intentos presentes	7.62		

En la tabla 43, se muestra que el Post hoc señala que existe diferencia entre el grupo sin intento suicidas y los otros dos grupos y que los grupos de intento presentan semejanzas.

Tabla 43. Anova del Factor Depresión para la Muestra Total

GRUPO	MEDIA	F	Sig
No intento	5.64	30.250	.000
Intentos pasados	7.09		
Intentos presentes	7.28		

Enseguida se procedió a realizar un análisis de regresión para conocer si algunos de los factores socioeconómicos como la edad, estado civil, escolaridad,



ocupación y religión se relacionan e influyen para que se presente la ansiedad y depresión en los sujetos con intentos suicidas.

En la tabla 44, muestra que el 3.5% de la variabilidad es explicada por los factores socioeconómicos para desatar el intento, se comprobó que ninguno de los predictores que se tomaron tienen la influencia suficiente para causar el fenómeno.

Tabla 44. Análisis de Regresión para el Factor Ansiedad en el grupo de Intento suicida

R	R Cuadrada	F	Sig.	
.186	.035	1.004	.418	
Predictores	Coeficientes Estandarizados beta		t	Sig.
Edad	.120		1.407	.162
Estado Civil	-.025		-.290	.772
Escolaridad	.059		.702	.484
Ocupación	-.137		-1.605	.111
Religión	-.025		-.298	.766

En la tabla 45, se observa que el 3.4% de la variabilidad del grupo con intento suicida se ve afectado por las variables sociodemográficas propuestas, la prueba no resultó significativa, con una F de 0.982 que significa que no influyen las variables lo suficiente como para desencadenar un intento suicida.

Tabla 45. Análisis de Regresión para el Factor Depresión en el grupo de Intento suicida

R	R Cuadrada	F	Sig.	
.184	.034	.982	.431	
Predictores	Coeficientes Estandarizados beta		t	Sig.
Edad	.129		1.509	.133
Estado Civil	.002		.024	.981
Escolaridad	.080		.958	.340
Ocupación	-.107		-1.250	.214
Religión	-.010		-.113	.910

A partir del análisis de regresión lineal realizado tanto para el Factor Ansiedad como para el Factor Depresión, se encontró que la prueba no resultó significativa y por tanto se aceptan las hipótesis nulas.

CAPÍTULO

6

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

*À qui servent les morts
Face à celui qui vit
À la mort!
Ils brisent ou bien apaisent
Incendient ou délivrent
Ils modelent les visages
Andrée Chedid, en danger des morts
¿A quienes sirven los muertos?
¡Hazle cara rápido!
A la muerte!
Ellos destrazan o apaciguan
Modelan sus caras*

Conclusión y Discusión
Limitaciones y Sugerencias



CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

*Adieu mes Manis et tout l'amour du monde
Adieu moi. J'écartere comme une branche de feu
(André de Richud)
Adiós mi mano adiós amor del mundo
Adiós yo. Y estallo como una rama de fuego.*

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

A continuación se discuten los resultados obtenidos en este estudio, comparando con los hallazgos de otras investigaciones, se presentan en el orden en que se describió la información en el capítulo anterior.

Los datos recabados por Rodríguez en 1963 mencionan que los meses en que se presentaron intentos de suicidio y suicidio consumado se distribuyeron en forma homogénea durante todo el año, sin embargo noviembre fue el mes que tuvo un ligero repunte con respecto a los demás. Al igual, en esta investigación se encontró que los datos se distribuyeron homogéneamente, pero con un leve aumento en el mes de diciembre para la muestra total y para el grupo con intento suicida fue julio y octubre. A pesar de ello los datos se distribuyen homogéneamente. Esto puede deberse a que solamente se tomó el último semestre del año, por lo que se debe tomar este dato con cautela.

Para el grupo con intentos suicidas, los consejeros de Saptel emplearon entre 30 y 60 minutos para su atención, este es el tiempo que recomienda Saptel tanto para el llenado de la cédula de registro y el inicio de la intervención telefónica, se puede observar que a las personas que llaman se les brinda atención con tiempo similar a los que asisten a psicoterapia privada.

Entre los motivos de consulta que se encontraron en Saptel, los principales fueron problemas en las relaciones interpersonales y sintomatología depresiva. Similar a lo descrito por el INEGI como motivos de suicidio. La dificultad de vinculación interpersonal produce sentimientos de abandono, tristeza, soledad, pérdida, falta de apoyo social o familiar que a su vez produce depresión y conflictos tanto en la sexualidad propia como con la pareja. De las Herras (1989) resalta sentimientos de soledad y el DSM-IV TR (2002) menciona que la dificultad en las relaciones interpersonales y la sintomatología depresiva pertenecen a los síntomas más representativos de la depresión, por lo cual es necesario detectarla adecuadamente.



Para Mc Murrain (1975 citado por Slaikeu, 1996) la empatía, la afirmación, la facilitación y el control colabora a realizar una adecuada relación de trabajo que beneficie al paciente, aspecto de suma importancia para Saptel y que se logra en el 95.2% de los casos, de acuerdo a los datos de esta investigación.

Bellak y Small (1969; citados por Loza, 1995) subrayan que a través de la catarsis es posible revertir la intraagresión de la persona en crisis, por lo tanto a este aspecto se le da una importancia, en este estudio se encontró que la catarsis se logró en el 69.2% de las llamadas.

De acuerdo a Swanson y Carbon (1989; citados por Fernández, 2000) mencionan que una de las partes más importantes de la alianza terapeuta-paciente es la abreacción, rubro que no siempre se logra, ya que en el 86.3% de los casos en este estudio no se logró, esto puede repercutir en que el usuario al no poder descargar todo lo que lleva dentro, repita en varias ocasiones la llamada buscando alguna persona con la cual lo logre, esta situación repercute en la eficiencia del servicio que presta Saptel, ya que invierte mucho tiempo en un mismo usuario .

Para Fernández (2000) el objetivo del psicólogo es colaborar con el paciente a mejorar su funcionamiento psicológico, interpersonal y social. Al igual que para Miller e Iscoe (1963; citados por Sánchez 2001) el objetivo es 1) dar apoyo, 2) minimizar la autodestrucción, y 3) referir a fuentes de ayuda adecuadas. Dentro de Saptel en el 72.6% de las llamadas, el consejero telefónico logró resolver de modo adecuado la demanda del usuario, lo cual indica que el usuario encontró en Saptel la ayuda que buscaba.

Kaplan (2000) mencionaba que es difícil que sea confiable la información dada por la persona en situación en crisis, ya que suelen subestimar el grado de peligro y la posibilidad de perjuicio, porque la situación de crisis altera su propia capacidad para enfrentar los estímulos amenazantes. Dentro de Saptel no toda la información que brinda el usuario se toma como creíble, por parte de los consejeros, sin embargo el 67.8% consideró como buena. Esto se puede deber a que regularmente en las cédulas de registro se presentan datos incoherentes y en ocasiones la persona se desdice de lo recién dicho.

Los consejeros que atendieron las llamadas que se tomaron en cuenta para el estudio consideraron que el 64% de las personas que llamaron requieren una intervención



en consulta externa y que no es suficiente con sólo llamar a la línea, esta información reafirma que Saptel funciona como enlace entre el usuario y otras instituciones de salud, ya que muchos usuarios requieren medicación o incluso es recomendable el internamiento, de acuerdo con la evaluación de los consejeros.

Jacobson (1968; citado por Slaikeu, 1996) menciona que el psicólogo puede ayudar al paciente a enlazar redes de apoyo, por lo que llama la atención que dentro de la cédula de Saptel no se explore si el usuario cuenta con redes de apoyo y la calidad de éstas, salvo cuando el usuario menciona que la fuente de referencia al servicio fue por medio de la comunicación personal (28.8%).

Dimas (2000) expone que existe sobremortalidad masculina antes de los 35 años de vida, tanto por enfermedades como por suicidio. El INEGI (2003), Cabildo y Elorriaga (1963; citados por Gómez, 1996) señalan que los hombres de 15 a 29 años son más propensos al suicidio, datos que se corroboraron en éste estudio. Hales (2000) expone que los hombres de la tercera edad guardan en secreto sus intenciones suicidas, puede ser que por ese motivo no es encontró alta incidencia de personas de la tercera edad con intentos, a pesar de ello el INEGI sigue señalando que es un grupo de riesgo.

Kaplan (2000) menciona que los hombres solteros, divorciados o viudos, es decir, sin pareja, pertenecen al grupo de riesgo suicida, mientras que las personas casadas y con hijos tienen un riesgo menor. En el estudio el 54.1% de los usuarios con intento suicida fueron solteros, lo cual muestra la misma tendencia de la que habla Kaplan, y de la importancia de tener pareja en una situación de crisis, suponiendo que apoye a la persona a sobrepasar el estado de crisis o a aminorarlo.

Haim (1975; citado por Jonghe 1982) señala la importancia que los padres dan al éxito escolar, presionando a los jóvenes a superar los logros académicos de los padres, siendo ésta una fuente de estrés que angustia al joven al grado de pensar en el suicidio. Mientras que el INEGI (2000; citado por Alcántara 2002) menciona que el grupo de hombres vulnerables al suicidio cuentan con la primaria terminada, en la investigación se encontró que el 41.1% de participantes tienen preparatoria (completa o incompleta), por lo que resalta que las personas que cuentan con escolaridad media son capaces de buscar ayuda con mayor frecuencia que los que no cuentan con ella.



Las cifras del INEGI (2003) indica que los burócratas, desempleados y los comerciantes poseen mayor incidencia, para Clemente (1996) es el desempleo porque distorsiona la autoimagen, para la muestra estudiada se encontró que el desempleo se presentó en el 21.2% de personas con intentos. Relacionado con este dato y el rango de edad de las personas con intento suicida, puede observarse que estas crisis se presentan en la etapa más productiva. Como marca Sugiyama (1984; citado por Gómez, 1996) la persona que no desempeña adecuadamente su rol, se deprime, pierde el sentido de la vida y desea deshacerse de ella.

Durkheim (1928; citado por Marchiori, 1998) sugiere que la religión es un factor protector debido a los prejuicios que manejan. Marchiori (1998) comenta que los católicos tienen temor al castigo divino y eso les ayuda a evitar llevarlo a cabo, por lo que si se consideró un factor de protección, en este estudio, en el grupo de intento suicida se encontraron 73.3% de personas que pertenecen a la religión católica.

Elorriaga (1972; citado por Alcántara 2002) estudió los estados en que se presentaba con mayor periodicidad suicidios consumados, encontrando que el Distrito Federal, Chiapas y Veracruz eran los lugares en que mayor número de suicidios tenían lugar. El INEGI (2003) encontró que eran Jalisco, Veracruz y el Distrito Federal. Mientras que en Saptel se encontró que eran el Distrito Federal (65.8%) y el Estado de México (8.2%), esto se debe a que el servicio tiene mayor difusión en la zona metropolitana, que en el resto del país.

Bongar (1994) refiere que las personas sin vivienda son más vulnerables a tentativas suicidas. En esta investigación, se encontró que el 60.3% de los usuarios cuentan con vivienda propia, por ese motivo no se tomó en cuenta éste dato dentro de los factores sociodemográficos.

A pesar de que los consejeros sugieren que los usuarios requieren de tratamiento en consulta externa se muestran renuentes a acudir, el 84.2% de los usuarios con intento suicida no asisten actualmente a algún tipo de tratamiento psicológico, psicoanalítico o psiquiátrico.

Gutiérrez y Solís (1989; citados por Alcántara, 2002) mencionan que el perfil del suicida es menor de 29 años, casado o soltero, sin hijos y estudiante. Lo encontrado en el



estudio fueron sujetos de 18 a 29 años, soltero, con escolaridad media, desempleado, católico, que vive en el Distrito Federal y con vivienda propia. Por lo que vemos se corrobora que las aportaciones de Gutiérrez y Solís son similares a los encontrados.

En cuanto a las alteraciones cognitivas se encontró discurso lento y perseverancia; alteraciones en el pensamiento con ideas obsesivas, fobias, disminución concentración e incapacidad para reconocer su problemática; alteraciones afectivas de tristeza, ansiedad o angustia, irritabilidad y ánimo depresivo; y alteraciones biológicas como síntomas somáticos, fatiga, alteraciones al dormir y consumo de hipnóticos.

El 84.9% de usuarios con intento suicida en esta investigación, no presentaron ningún tipo de alteración en la sensoropercepción, indicador que denota que el deterioro que presentan los usuarios no obstaculizó su manejo vía telefónica.

Aún cuando Blumenthal (1976; citado por Slaikou, 1996) subrayó la existencia de limitaciones en el trabajo telefónico debido a la situación priva al consejero telefónico del lenguaje no verbal; en el grupo con intentos suicidas se encontró que el discurso fue espontáneo en un 59.6%, esto facilitó la intervención del consejero telefónico.

En esta investigación el ritmo del discurso en usuarios con intento suicida se presentó lento en un 24.7%, esto se debe a que las personas que presentan sintomatología depresiva sufren de un entecimiento en las capacidades cognitivas que repercute en el habla, de acuerdo con el DSM-IV TR (2002); por lo cual el consejero debe sensibilizarse para detectar esta alteración, ya que en algunos usuarios no es tan notoria, por lo que el terapeuta telefónico no lo considera como alteración.

Slaikou (1996) expresó que las personas se pueden mostrar reacios a hablar por teléfono de su problemática, dentro de las alteraciones en el discurso de los usuarios con intentos previos o actuales del estudio se encontró que la perseverancia (7.5%) era la más común, por lo que se concluye que al menos éste grupo de usuarios no presentó dificultades para expresarse.

Entre las alteraciones del pensamiento que se presentaron en personas con intentos se encontraron ideas obsesivas (13.7%) y miedos irracionales (8.2%), acorde con el DSM-IV TR (2002) se consideran síntomas para diagnosticar el trastorno de ansiedad. Por este motivo se recomienda agregar un apartado dentro de la cédula de registro en la



cual se especificara el contenido de las ideas obsesivas y los miedos irracionales. Con ésta información se podrá dirigir de manera adecuada la intervención y a su vez puede ser otro elemento para evaluar el contenido del pensamiento.

Tellenbach (1976; citado por Vallejo 2000) encontró que el perfeccionismo, la escrupulosidad, la autoexigencia, y la rigidez se relacionan con la melancolía y la depresión, estas alteraciones se hicieron presentes en el 41.1% del grupo suicida del estudio. Por este motivo se consideró importante este elemento, que según el DSM-IV TR (2002) lo considera perteneciente a la sintomatología ligada al trastorno de ansiedad.

Otra área importante a explorar que no contiene la cédula de registro, es el tipo de fobias que manifiestan los usuarios, en esta investigación se encontró ese dato puede aportar mayor información, tanto para la evaluación cognitiva del sujeto como para entender el origen de su ansiedad. Titchener (1976; citado por Slaikeu, 1996) describió que la ansiedad, las fobias y la depresión, son síntomas que las personas ansiosas presentan. En efecto se presentaron dentro de la investigación fobias en el 19.2% en personas con intentos previos y/o actuales.

Sánchez (2001) explicó que entre las alteraciones del pensamiento se encuentra la disminución de la concentración. Ésta alteración se presentó en el 67.2% del grupo con intento suicida. Lo cual confirma que la disminución de la concentración es una característica que poseen las personas que poseen síntomas ligados a la depresión. Además de la evaluación propuesta por el manual de procedimientos de Saptel, el consejero debe evaluar a lo largo de la llamada qué tan atento se encuentra la persona que llama y en qué áreas le está provocando conflictos, para a partir de ello emitir su evaluación acerca de la severidad de la alteración.

Kaplan (2000) expresó que en las crisis de angustia la memoria se observa deteriorada, entre las alteraciones encontradas con mayor frecuencia en los usuarios de tentativa suicida del estudio fue la amnesia (3.4%). Esto no concuerda con lo dicho por Kaplan, ya que el 93.8% de las personas con intentos no presentó ningún tipo de alteración. Esto se pudo deber a que el usuario no está conciente de la pérdida de la memoria y por tanto el consejero infirió que no se encontraba alterada.



En el 68.5% de las llamadas de usuarios de intentos suicidas se determinó que las personas no cuentan con un reconocimiento preciso de la problemática, esto afecta porque dificulta el trabajo, ya que atribuyen sus problemas a orígenes que no se relacionan y por lo tanto no logran resolverlos. También obstaculiza el trabajo que se puede llevar a cabo, ya que es preciso que el consejero colabore para que el sujeto pueda clarificar la situación.

Entre las personas del grupo con intentos suicidas que solicitaron apoyo psicológico se detectó que cuentan con una inteligencia perteneciente al término medio (76.7%), en teoría estamos hablando de personas que por el grado de inteligencia que poseen son capaces de resolver problemáticas de diversos tipos. Sin embargo, como el mismo manual de Saptel dice ésta evaluación es la más subjetiva.

Dentro de la evaluación de la cédula de Saptel se evalúa en dos momentos distintos, dentro de la misma llamada la ansiedad. La primera evaluación es dentro de las alteraciones del contenido afectivo y la segunda evaluación en el apartado nombrado como ansiedad.

Entre las alteraciones del contenido afectivo se encontró que en personas con intento suicida el 37.7% presentaron tristeza y el 14.4% ansiedad. La tristeza y la ansiedad son alteraciones que menciona el DSM-IV TR (2002) como importantes para el diagnóstico de los Trastornos del Estado de Ánimo, motivo por el cual para el procedimiento estadístico se agruparon en síntomas clasificados en dos variables. El primero "factor ansiedad" y el segundo, "factor depresión".

El siguiente rubro de la cédula de registro de Saptel, se llama ansiedad, se presentó en el 87% de los usuarios con intentos suicida, por ello fue de suma relevancia hablar acerca de las crisis de angustia en el Marco teórico. Las personas que llaman a Saptel se encuentran en un estado de crisis derivada del nivel de ansiedad que requieren compartir su malestar y ven a Saptel como una buena opción para llevarlo a cabo. Sin embargo dentro de esta investigación no se encontró razón para que se evalúe ansiedad en dos ocasiones (en alteraciones del contenido afectivo y en ansiedad). En las tablas presentadas en el capítulo anterior es notorio en la evaluación que estos dos ítems no son similares esto pudo deberse a que la evaluación se realizó en dos momentos diferentes de



la llamada o a que la evaluación del consejero no es precisa. Por lo que se recomienda poner mayor énfasis en el curso de capacitación, y/o aclarar cuál es la diferencia entre ansiedad como alteración en el contenido afectivo con otro tipo de ansiedad.

Gándara (1999) subrayó que la irritabilidad es de las manifestaciones centrales de la situación de crisis, se encontró en el 74% de las personas con tentativas suicidas. Partiendo de la situación de crisis el sujeto puede contemplar el intento de suicidio, a pesar de no haberlo considerado con anterioridad. De tal modo que cuando se presenta esta alteración se debe indagar con mayor profundidad la aparición de ideación suicida.

Entre los síntomas más significativos de la depresión, encontramos el ánimo depresivo, de acuerdo con el DSM-IV TR (2002) este síntoma es de los que más peso tienen para el diagnóstico y en éste estudio se presentó en el 98.6% del grupo con tentativa suicida, cuando se presenta ánimo depresivo es importante en primera instancia determinar la intensidad de la alteración, después conocer la manera en que la persona se ha visto afectada, qué ha intentado para minimizar el malestar y desde cuando se percató de su presencia. La relevancia de éste síntoma es diagnosticar depresión y de encontrarla evaluar aparición y curso.

El perfil sociodemográfico de los sujetos con intento suicida de esta investigación fue tener alrededor de 31 años, soltero, con escolaridad media superior, desempleado, católico, cuya vivienda se encontrara dentro del Distrito Federal y propia. De estos datos se deriva que conforme el consejero detecta estas características en el usuario, debe explorar a mayor profundidad la posibilidad de tentativa suicida.

James-Lange (1980; citado por Bellak, 1993) mencionó que la ansiedad se manifiesta por medio de cambios fisiológicos, tales como jaquecas, mareos, taquicardias, dolores en diferentes partes del cuerpo. Estas manifestaciones o alteraciones somáticas se detectaron en el 48.6% de las personas con intentos suicidas de la presente investigación.

De acuerdo con el DSM-IV TR (2002) la ansiedad, la preocupación, la inquietud, la fatiga, la dificultad para concentrarse, la irritabilidad, la tensión muscular y las alteraciones del sueño, ayudan a diagnosticar el Trastorno de Ansiedad, se puede observar que se presentaron todos estos síntomas, por ello se consideraron como síntomas de ansiedad. En este estudio la fatiga se presentó en el 65.8% de usuarios con intento suicida.



El 16.4% de usuarios con intentos suicidas de la investigación mostraron una preocupación excesiva en la atención de sus funciones corporales, se preocuparon por cualquier síntoma "anormal" que presentan, como los antes mencionados como síntomas somáticos.

Para expertos del tema como Gómez del Campo (1992; citado por Loza, 1995), Sánchez (2001) y De las Herras (1989) las alteraciones del sueño tales como dificultad para conciliar el sueño, despertares precoces, interrupción del sueño o pesadillas son comunes en la depresión, éstas se presentaron en el 76.7% de las personas con intentos suicidas.

El consumo de hipnóticos se relacionan con las alteraciones del sueño, porque las personas que no pueden dormir suelen consumirlos sin prescripción médica, en el 14.4% de los casos de personas con intentos suicidas se consumen frecuentemente, lo cual puede agravar el problema.

Para Carveth y Goltlieb (1979; citados por De las Herras, 1989) los signos de ansiedad y depresión son los factores más importantes del riesgo suicida. Esa fue la razón por la cual en el reciente estudio se cuantificaron los síntomas de ansiedad y depresión y se agruparon en dos factores. Los factores de ansiedad y depresión se formaron a través de la sintomatología que de acuerdo con el DSM-IV TR (2002) se consideran para el diagnóstico de ansiedad y depresión. El factor ansiedad se formó con la presencia de alteraciones en la espontaneidad del discurso; alteraciones en el ritmo del discurso; alteraciones en el discurso; alteraciones en el contenido del pensamiento; alteraciones en la sensopercepción; alteraciones en la memoria; presencia de síntomas somáticos; presencia de irritabilidad; presencia de obsesiones y/o compulsiones; disminución en la concentración; presencia de ansiedad; y presencia de fobias. Para el factor depresión se consideraron alteraciones en la espontaneidad del discurso; alteraciones en el ritmo del discurso; alteraciones en el discurso; alteraciones en el contenido del pensamiento; alteraciones en el contenido afectivo; alteraciones en la memoria; presencia de fatiga; alteraciones al dormir; presencia de irritabilidad; presencia de ánimo depresivo; y disminución en la concentración.



Los síntomas más frecuentes ligados al factor ansiedad que se presentaron en diversas ocasiones en personas con potencial suicida fueron la presencia de ansiedad (87%), la presencia de irritabilidad (74%) y la disminución de la concentración (67.1%). Síntomas que se manifiestan en los diferentes trastornos de ansiedad, de acuerdo con el DSM-IV TR (2002).

Schneider (1971; citado por Marchiori, 1998) comentó que los síntomas de ansiedad como incapacidad para relajarse, tendencia a la preocupación, se relacionan con la melancolía y la depresión. De acuerdo con este autor la ansiedad y la depresión se encuentran presentes en la persona que posea cualquiera de los dos trastornos y da origen al otro, ahí radica la importancia de su adecuada evaluación.

Entre los síntomas más frecuentes del factor depresión encontrados en sujetos con potencial suicida resaltan la presencia de ánimo depresivo (98.6%), las alteraciones en el contenido afectivo (89.7%), las alteraciones al dormir (76.7%), la presencia de irritabilidad (74%), la presencia de disminución de la concentración (67.1%) y la presencia de fatiga (65.8%).

Bancroft y Marsack (1991; citados por Marchiori, 1998) mencionan que existe una pauta de repetición que siguen las personas que cuentan con algún tipo de tentativa suicida, para la muestra total se encontró que el 85.1% no han sufrido ningún intento, pero para el resto de los usuarios se detectaron hasta cinco intentos en el pasado, se confirmó que las personas con mayor número de intentos en el pasado tienen actualmente la idea de quitarse la vida. Cabe la pena resaltar que para el consejero el número de intentos que reporte el usuario deben servir de alarma para considerar una peligrosidad mayor y si a ello sumamos la presencia de sintomatología depresiva, debe considerarse con mayor posibilidad de intentarlo.

Para conocer si existía diferencia entre las personas que mencionaron tener intentos suicidas de las que mencionaron no haberlos tenido se aplicó la prueba del anova de una sola vía y un post hoc, en la muestra total uno para el factor ansiedad y otro para el factor depresión. El anova del factor ansiedad ratificó que el grupo sin riesgo suicida ostenta menor número de síntomas o indicadores que los grupos que han tenido



tentativas anteriores o actuales. Por lo que se infiere que entre menor nivel de ansiedad tenga una persona menos probabilidad de intentar el suicidio.

Para el anova del factor depresión, el grupo que no presentó intentos suicidas obtuvo inferiores niveles de depresión a diferencia de los que han tenido intentos en el pasado o en el presente. Por lo que se determinó que entre menor número de indicadores de síntomas depresivos, menor riesgo se tiene a llevar a cabo el suicidio. Como explicó Kelly (1956; citado por Trujillo, 1999) el suicidio es equivalente a una depresión extrema. La depresión se considera extrema entre mayor sea la intensidad y cantidad de síntomas presentes. Realizando una clara detección de los síntomas depresivos se podrá adecuar la intervención o canalización.

Para conocer la influencia del conjunto de factores sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación y religión) por separado en los factores de ansiedad y depresión se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, para cada factor.

El análisis de regresión elaborado en este estudio para el factor ansiedad, descartó que los factores sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación, estado civil y religión) influyen en las personas con intento suicida, es decir, ninguno de los factores sociodemográficos pueden considerarse como desencadenantes. Por tanto es necesario que se presente mayor número de factores, marcados como factores predisponentes.

El análisis de regresión realizado en la investigación para el factor depresión mostró que ninguno de los factores sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación, estado civil y religión) posee la suficiente influencia para que se dé el intento suicida. De lo cual se concluye que se requiere la presencia de éstos y otros factores, de los cuales la cédula de registro de Saptel no contiene evaluación.

El análisis de regresión tanto para el factor ansiedad como para el factor depresión en sujetos con tentativas suicidas indica que no existe relación o influencia en los niveles de ansiedad y depresión, por lo que se aceptaron las hipótesis nulas. Existen estudios de Alcántara (2002), De las Herras (1989), Marchiori (1998) y el INEGI (2003) que han encontrado que los factores sociodemográficos (ya mencionados) que han encontrado son importantes. El hecho de que en esta investigación no se hayan considerado determinantes, no significa que no lo sean.



Para Oxley y Van Meter (1996; citados por Hales, 2000) explican que ningún factor de riesgo es más importante a otro, sino que la interacción entre todos son los que predicen el suicidio, al considerar la presencia de los factores de riesgo al suicidio en un mismo solicitante de Saptel se tiene mayor probabilidad de que la evaluación sea certera y por tanto la intervención prevenga el inicio del proceso suicida.

Se recomienda agregar a la cédula de registro los siguiente rubros: apoyo social (redes sociales y aislamiento); dinámica familiar (alianzas, ambiente familiar, roles, conflictos y antecedentes); salud (física y psicológica); nivel de estrés; desesperanza; pérdidas recientes de personas cercanas; abuso de sustancias (hostilidad y impulsividad); depresión y ansiedad; descripción breve de posibles ideaciones, planes, métodos empleados para quitarse la vida; arreglos finales; lugar de suicidio; internamientos previos en cualquier tipo de institución; por mencionar algunos factores que podrían resultar de más peso en la evaluación del riesgo suicida.

Para llevar a cabo una evaluación e intervención precisa acerca del riesgo suicida es preciso indagar los factores que faltaron como: Apoyo social (Clemente, 1996), las redes de apoyo con las cuales cuenta el usuario, pueden ser familiares o amigos, la cantidad y calidad de vinculación con las demás personas y si se percibe solo, en especial porque el principal motivo de consulta es derivado del sentimiento de soledad. Comenzando por el consejero que debe brindar un apoyo temporal en caso de que el usuario se encuentre aislado, debe dejar claro que su apoyo es de tipo profesional y no como amigo, sin perder la relación de trabajo.

La dinámica familiar, para conocer las alianzas, los roles y bloques que se encuentran dentro de la familia y el tipo de relaciones que se manejan, conflictos intrafamiliares (Alcántara, 2002) o antecedentes familiares (Fernández Liria, 2001), para conocer si la familia puede contener los impulsos agresivos y autodestructivos del suicida y así frenar la tentativa que se puede presentar en dado caso. Es decir, que el consejero pueda valerse de la familia para darle mayor apoyo y un mejor manejo al usuario reduciendo la posibilidad de intento.

La salud física actual de acuerdo con De las Herras (1989), las alteraciones somáticas es un foco indicador, también la presencia de trastornos mentales, de acuerdo



con el DSM-IV TR (2002) tienen relación comórbida con el suicidio, la persona puede presentar otro trastorno y aunque sea de otra naturaleza puede acercarlo a la muerte autoinfligida.

El nivel de estrés para Parker (1979; citado por Fremouw, 1990) está relacionado con el suicidio, ya que es provocado por separaciones, pérdidas, enfermedades y duelos que aumentan la propensión al suicidio. Se debe explorar a través de la verbalización del usuario cuáles son las situaciones que le provocan el estado de crisis y conocer cómo percibe el futuro (esperanzador o desastroso). A partir de ello, el terapeuta telefónico pueden dotar al usuario de técnicas para aminorar el nivel de estrés y trabajar la fuente del estrés a través de llamadas posteriores.

La hostilidad que muestra el suicida, según Cull & Grill (1982; citados por Fremouw, 1990) debe determinarse hacia quien la dirige, cómo la maneja, se sabe que la persona suicida puede llegar a ser homicida por la cantidad de enojo que tiene. Para lo cual el consejero le podría sugerir qué hacer para liberar esa energía como podría ser una actividad física, un pasatiempo, algún deporte de la elección del usuario, por mencionar algunas posibles soluciones.

El abuso de sustancias, de acuerdo con el INEGI (2003) es una de las principales características del suicidio en México, se ha encontrado que la mayoría de personas que han consumado el suicidio durante la autopsia poseían altos niveles de alcohol y otras sustancias tóxicas (Fremouw, 1990). El consejero debe explorar sobre el consumo de éstas sustancias aun cuando no se encuentren indicios de abuso.

La depresión y la ansiedad se encuentran exacerbadas durante el suicidio (Marchiori, 1998), por lo que es importante la intensidad con que las vive el suicida potencial y cuantos factores predisponentes posee, ya que no todas las personas que sufren éstas alteraciones se encuentran en un proceso suicida. En el momento en que el terapeuta telefónico evalúe la presencia de depresión y ansiedad es conveniente que inherentemente se evalúe riesgo suicida a profundidad, que de acuerdo con teóricos como Alcántara (2002), De las Herras (1989); Marchiori (1998); entre otros están altamente relacionados como también se demostró con este estudio, ya que de acuerdo al análisis de



medias (anova de una sola vía) se encontró que los usuarios que presentaron ansiedad y depresión de un modo más agudo tienen tendencia al suicidio.

En cuanto al proceso suicida, o sea, la ideación, los intentos de suicidio previos o actuales, el método, el escenario y los arreglos finales Alcántara, 2002; De las Herras, 1989; Fremouw, 1990; y Sarró, 1991 encontraron que son los elementos más importantes a explorar porque si bien se pueden presentar los factores predisponentes (sociodemográficos, biológicos, afectivos y cognitivos) sin haber considerado matarse. O bien, puede existir la combinación de factores predisponentes, sociodemográficos, biológicos, afectivos y cognitivos y además las fases del proceso suicida aumentando alarmantemente su peligrosidad, es de suma importancia diferenciar al suicida en potencia de personas que presentan sólo algunos factores.

En resumen, cuando el consejero detecte en el discurso del usuario de Saptel cualquiera de los factores ligados al riesgo suicida es importante que se haga una exploración exhaustiva sobre suicidio, ya que se pueden dar casos en que estos datos pasen desapercibidos y por tanto se infiera que no es candidato a suicidio.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una limitación del estudio se refiere al acceso de la información, debido a expedientes repetidos, por lo que se trató de tener el mayor control posible para no repetir información. Una medida que se podría implementar para evitar que un mismo sujeto posea dos o más cédulas de registro o llamadas cuya duración es muy corta o correr el riesgo de que llame una única vez, se puede aplicar una precédula de registro, en donde se explore superficialmente el motivo de consulta, la sintomatología general, el estado mental y posteriormente aplicar completo el interrogatorio de la cédula de registro.

En muchas ocasiones los usuarios no responden adecuadamente el interrogatorio del consejero y resultan datos falsos o contradictorios. También es posible que los terapeutas telefónicos no hagan de manera correcta el llenado de la cédula de registro de llamadas.



Una de las dificultades que se presentaron durante el estudio fueron los expedientes con llamadas breves. En algunos casos la primera llamada fue de entre 5 y 30 minutos (poco tiempo para el llenado total de la cédula). En estos casos se aplicó el criterio de una segunda llamada con una duración mínima de 30 minutos.

Si al estudio se le aumentara el número de participantes se podrían obtener datos que se pudieran generalizar y corroborar los resultados encontrados en este estudio, sacar un perfil más preciso acerca de la persona en proceso suicida.

En los últimos años se ha realizado investigación acerca del riesgo suicida en estudiantes universitarios, preparatorianos y personas hospitalizadas, sin embargo se ha dejado de lado el estudio en otro tipo de poblaciones. En la búsqueda de información para el marco teórico se presentó que la cantidad de estudios relacionados al suicidio en hombres mexicanos no se encuentra actualizada.

Hace falta mayor cantidad de investigación acerca de la época del año y condiciones específica en torno al suicidio, características como carta suicida, días de la semana, horarios, etc., que nos ayuda a tener mayor cantidad de factores importantes para determinar el potencial suicida en la población general que llama a Saptel.

En el caso de que el usuario manifieste haberse querido suicidar con un medicamento sería conveniente que Saptel contara con un diccionario de farmacología para tener nociones sobre la sustancia que consumió y qué efectos se pueden lograr o esperar y así precisar la peligrosidad de suicidio.

Se propone que en casos remotos en los cuales se puede encontrar a un usuario que se haya lesionado físicamente se le pueda enviar ayuda médica. Para evitar falsas alarmas se podría hacer la evaluación por el consejero y posteriormente por el coordinador de la guardia, si ambos consideran que es una llamada verídica, entonces enviar una ambulancia.

Se sugiere tener mayor control o precisión durante la capacitación de los consejeros telefónicos para el manejo del instrumento, para obtener información veraz y así evitar en lo posible información alterada o viciada por la subjetividad del consejero.

Por último se sugiere realizar una actualización cada seis meses aproximadamente a las cédulas de registro de Saptel, cuyos usuarios continúen llamando.

REFERENCIAS

*C'est meilleur mourir qui disparaître
Kurt Cobain (1967 - 1994)
Mejor morir que desaparecer*



REFERENCIAS

- ALAMILLA, C., (1997). *Actitudes hacia la Muerte en Ancianos en una Comunidad Urbana*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- ALCÁNTARA, M., (2002). *Prevalencia del Intento Suicida en Estudiantes Adolescentes y su Relación con el Consumo de Drogas, La Autoestima, La Ideación Suicida y El Ambiente Familiar*. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- ASSOCIATION PSYCHIATRIC AMERICAN (2000). *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Bipolar Disorden*. (1-36 pp.) Am J Psychiatry 151 suppl. 12.
- BARRAZA S., E., (1996). *La Conducta Suicida y Depresión entre una Revisión de la Perspectiva Cognitivo-Conductual*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- BECK, A., (1976). *Alcoholism, Hopelessness and Suicidal Behavior*. (66-76 pp.) Stud Alcohol. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- BELLAK, L., (1993). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. (2da. Edición). Santa fe de Bogotá, Colombia. Manual Moderno.
- BELLOCH, A., (1995). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. (380-397 pp.). España. Mc Graw Hill.
- BONGAR, B., (1994). *The Suicidal Patient: Clinical and Legal Standards of Care*. Association Psychiatric American, Estados Unidos.
- BOURGEOIS, M., (1996). *Numéro Especial IV*. (1-3 pp.). L'Encephale: Revue de Psychiatrie Clinique, Biologique et Thérapeutique. Vol. 22. Paris, Francia.
- BOWLBY, J., (1980). *Loss Sadness and Depression*. Cap. II. Basic Books, New York.



- BUELA-CASAL, G., (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid, España. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- CAPLAN, G., (1988). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Capítulo I – IV. Buenos Aires, Argentina. Piadós.
- CHINCHILLA, A., (1999). *Guía Terapéutica de las Depresiones*. Barcelona. España. Masson.
- CLEMENTE, M., (1996). *Suicidio: Una Alternativa Social*. Madrid, España. Biblioteca Nueva España.
- DAVIDOFF, L., (1998). *Introducción a la Psicología*. (3ra Edición). Capítulos 9,11, 13 – 15. México. Mc Graw Hill.
- DE LAS HERRAS, F., (1989). *La Intervención o Prevención Secundaria del Suicidio*. Volumen 12. No. 3. Septiembre. México. Salud Mental.
- DIMAS, H., (2000). *Muerte y Tanatología*. Madrid. España. Piadós.
- DURKHEIM, E., (1982). *Le suicide. Etude de Sociología*. México. Alcan.
- EDITORES MEXICANOS UNIDOS S.A., (1997). *Diccionario Enciclopédico Ilustrado*. Tomo I, II y III. México. Siglo Nuevo.
- EMANUEL, R., (2001). *La Angustia*. (7-28 pp.). Buenos Aires, Argentina. Editorial Longseller.
- FERNÁNDEZ, A., (2000). *Intervención en Crisis: Guías Técnicas y Psicología Clínica*. (7-150 pp.). Madrid, España. Síntesis.



- FERNÁNDEZ LIRA, A. (2001). *Intervención en Crisis*. Guía Técnica. Madrid. España. Síntesis.
- FREUD, S. (1915). *Obras Completas*. Consideraciones de Actualidad sobre la Guerra y la Muerte. (2101-2117 pp.). Tomo II. Capítulo XCIII. Madrid, España. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1917). *Obras Completas*, Duelo y Melancolía. (2091-2100 pp.). Tomo II, Capítulo XCIV. Madrid, España. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1926). *Obras Completas*. Inhibición, Síntoma y Angustia. (2833-2883 pp.). Tomo VIII. Capítulo CXLV. Madrid. España. Biblioteca Nueva.
- FREMOUW, W., (1990). *Suicide Risk: Assessment and Response Guide Lines*. Estados Unidos. Pergamon Pres.
- GÁNDARA, J., (1999). *Angustia Y Ansiedad: Causas, Síntomas Y Tratamiento*. (11-28 pp.). Madrid, España. Pirámide.
- GARCÍA, R., (1995). *Larousse: Diccionario Enciclopédico Ilustrado*. (6ta. Edición). Tomo I - III. Querétaro, México. Larousse.
- GODFROID, I., (2001). *La Violence, Le Decir et La Mort. Reflexions sur Trois Tabous en Psychiatrie*. (22-27 pp.). Volumen 27. L'Encephale: Revue de Psychiatrie Clinique, Biologique et Thérapeutique. Paris, Francia.
- GÓMEZ, C., (1996). *Los Estudios que se Han Hecho en México sobre al Conducta Suicida: 1966-1994*. Volumen 19. No.1. Marzo. México. Salud Mental.
- GONZÁLEZ, S., (1995). *El Suicidio en Población Adolescente Mexicana*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.



- GONZÁLEZ-FORTEZA, C., (2002). *Prevalencia de Intento Suicida en Estudiante Adolescentes de la Ciudad de México: 1997 y 2000*. Volumen 25, No. 6. Diciembre. México. Salud Mental.
- GREENBERG, D., (1974). *Internamiento Psiquiátrico Involuntario para Prevenir el Suicidio*. (256 pp.). Mayo-junio. Revista New York University, Law Rew. Estados Unidos.
- GUARNER (1994). *Psicopatología Clínica y Tratamiento Analítico*. (2da. Edición). México. Porrúa.
- HALES, R., (2000). *DSM-IV: Tratado de Psiquiatría*. (3er. Edición). (473-561 y 1379-1400 pp.). Tomo I. Barcelona, España. Masson.
- HERNÁNDEZ, A. (1995). *Estudio acerca de la Muerte*. (2da. Edición). Capítulo III y IV. Buenos Aires, Argentina. Pirámide.
- HERNÁNDEZ S., R. (2000). *Metodología de la Investigación*. (2da Edición). México. Mac Graw Hill.
- INEGI (2003). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno Número 8. México.
- JONGHE, R., (1982). *Los Suicidios*. México. Productos Roche, S.A. de C.V.
- KAPLAN, H., (2000). *Sinopsis de Psiquiatría: Creencias de la Conducta*. (983-992 y 1423-1425 pp.). (8va Edición). Madrid, España. Médica Panamericana S. A.
- KERLINGER, F., (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. (4ta Edición). Capítulo XIII – XVI. Mc Graw Hill.
- KIELHOLZ, P., (1987). *Angustia: Aspectos Psíquicos y Somáticos*. (178-187 pp.). Madrid, España. Morata S.A.



- KÜBLER-ROSS, E. (1985). *Sobre la Muerte y los Moribundos: La Enseñanza que los Agonizantes Ofrecen a los Doctores, Enfermeras, Sacerdotes y a sus Propias Familias*. Barcelona, España. Grijalbo.
- LAGUNES, J., (1995). *El Suicidio en la Adolescencia*. Capítulo I. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- LAPLACHE, J., (1998). *Diccionario de Psicoanálisis*. (2da Reimpresión). Barcelona, España. Paidós.
- LAZARUS, J., (1995). *Ethical Issues in Doctor – Patient Sexual Relationships*. Psychiatry Clinic, N Am. Estados Unidos.
- LEVIN, J., (1999). *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*. (2da Edición). Capítulo 9. Colombia. Oxford.
- LÓPEZ-IBOR, J., (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR)*. (387 – 544 pp.). Texto Revisado. Barcelona, España. Masson.
- LOZA, G., (1995). *Estudio de las Características del Paciente con Conductas Suicidas, Usuarios del Sistema de Apoyo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- MARTÍNEZ, M., (2000). *Las Reacciones Transferenciales y Contratransferenciales en la Relación Consejero – Usuario del Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- MARCHIORI, H., (1998). *El Suicidio: Enfoque Criminológico*. México. Porrúa.
- MAY, R., (1968). *La Angustia Normal y Patológica*. (69-115 pp.). Buenos Aires, Argentina. Paidós.



- MENINGER, K., (1977). *El Hombre Contra Sí-Mismo*. Barcelona, España. Península.
- PICHOT, P., (2000). *DSM-IV Breviario: Criterios Diagnósticos*. (167-169 y 201-215 pp.). Barcelona, España. Masson.
- PUENTE S., F. (1993). *Saptel-Cruz Roja Mexicana. Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono: Guía de Capacitación y Manual de Procedimientos*. Departamento de Psicología. Universidad Ibero-Americana. México.
- PUENTE S., F. (2001). *Saptel Cruz Roja Mexicana Sistema Nacional de Apoyo Psicológico por Teléfono*. Folleto. Cruz Roja Mexicana.
- QUIROZ, A., (1980). *Medicina Forense*. Buenos Aires. Argentina. Paidós.
- RAMALES, D., (1997). *Discriminación de Ansiedad y Angustia, Rasgo y Estado: Un Estudio Exploratorio*. Capítulo I. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- RAMÍREZ, A., (1996). *Actitud Hacia La Muerte, Comparando Dos Grupos Policiales: Policías Federales De Caminos En Activo Y Aspirantes A Policías Judiciales Del DF*. Capítulo II. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- RAVAGNAN, R., (1981). *El Origen de la Angustia*. (1-40 pp.). Buenos Aires, Argentina. Universitaria de Buenos Aires.
- RODRÍGUEZ, E., (2002). *Implementación del Servicio Telefónico para Información y Psicoterapia en Crisis para Personas Agredidas Sexualmente*. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- RODRÍGUEZ, M., (1963). *El Suicidio en México*. UNAM. México. Biblioteca de Ensayos Sociológicos del Instituto de Investigación Social.



- ROMERO, O., (2000). *Opción para la Psicología ante la Problemática de la Muerte una: Tanatoterapia*. Capítulo I y II. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- SÁNCHEZ, M., (2001). *Estudio Comparativo sobre la Predicción del Riesgo Suicida, Adolescentes que Viven en Hogares de Origen contra Adolescentes Institucionalizados*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- SARRÓ, B., (1991). *Los Suicidios*. Barcelona, España. Editorial Martínez Roca.
- SECO, M., (2000). *Diccionario Consultor*. Madrid, España. Espasa Calpe S.A.
- SHNEIDMAN, G., (1985). *Definition of Suicide*. (203 pp.). New York, Estados Unidos. Wiley Publications.
- SHNEIDMAN, G., (1986). *Some Essentials of Suicide and Implications for Response, in Suicide*. (1-16 pp.). Edited by Roy 4 Baltimore, MD, Williams & Walkins.
- SLAIKEU, K., (1996). *Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación*. (2da Edición). Capítulo 1-7 y 16. Santa Fé de Bogotá, Colombia. Manual Moderno.
- SOGI, C., (1997). *Aportes de la Epidemiología la Nosología de la Depresión*. No. 5. Lima, Perú. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hidalgo Noguchi": Serie monográfica de Investigación.
- SOUBRIER, J., (1999). *Définitions du Suicide: Signification de la Prévention*. (157, 158; 526-529 pp.). L'Encephale: Revue De Psychiatrie Clinique, Biologique Et Thérapeutique. Paris, Francia.
- TORRES, C., (2002). *Estudios sobre las Creencias en Torno a la Vida y la Muerte en un Grupo de Mexicanos Adultos*. Capítulo I. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.



- TRUJILLO N., G., (1999). *Relaciones Objetuales En Pacientes Psiquiátricos Suicidas Y No Suicidas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- URIARTE, V., (1997). *Psicopatología*. (2da Edición). UNAM. México.
- VALLEJO, J., (2000). *Trastorno Afectivos: Ansiedad y Depresión*. (2da Edición). Capítulo I, XI, XIV, XV, XXIV, XXV, XXXV, XXXVIII y XXXIX. Barcelona, España. Editorial Masson.
- VALLEJO NÁJERA, C., (1988). *Introducción a la Psiquiatría*. Barcelona. España. Científica-Médica.
- VÁZQUEZ, (2000). *Nueva Enciclopedia*. Volumen I – V. Barcelona, España. Espasa.
- VIVEROS, D., (1996). *Examen Mental a Través del Sistema Nacional de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono en México (SAPTEL)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- WALTER, M., (2003). *Identification et Évaluation de la Crise Suicidaire*. (161, 173-178 pp.). L'Encephale: Revue de Psychiatrie Clinique, Biologique et Thérapeutique. Paris, Francia
- WARREN, H., (1998). *Diccionario de Psicología*. México. Fondo de Cultura Económica.
- YOUNG, C., (1994). *Interaction of Risk Factor in Predicting Suicide*. (434-455 pp.). Paidós.

APÉNDICE

I

EXAMEN MENTAL (incisos 44 al 55)

- | | |
|--|--|
| 1. Espontaneidad del discurso: _____ | 45. Ritmo del discurso: _____ |
| 2. Alteraciones del discurso: _____ | |
| 3. Alteraciones en el contenido del pensamiento: _____ | |
| 4. Afecto: _____ | 49. Alteraciones de la senso-percepción: _____ |
| 5. Memoria: _____ | 51. Orientación: _____ |
| 6. Despersonalización: _____ | 53. Atención y concentración: _____ |
| 7. Inteligencia: _____ | 55. Grado de reconoc. del problema: _____ |

SINTOMATOLOGÍA ESPECÍFICA (incisos 56 al 66)

- | | |
|--|--|
| 5. Síntomas somáticos: _____ | 57. Fatiga: _____ |
| 6. Atención inadecuada hacia las funciones corporales: _____ | |
| 7. Hipnóticos: _____ | 60. Alteraciones del dormir: _____ |
| 8. Irritabilidad: _____ | 62. Obsesiones y/o compulsiones: _____ |
| 9. Ánimo depresivo: _____ | 64. Disminución concentración: _____ |
| 10. Ansiedad: _____ | 66. Fobias: _____ |

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA RELACIÓN DE TRABAJO (incisos 67 al 72)

- | | |
|--|---|
| 7. Rapport: _____ (SI) (NO) | 68. Catarsis: _____ (SI) (NO) |
| 8. Abreacción: _____ (SI) (NO) | 70. Respuesta-reacción: _____ |
| 9. Credibilidad de la información: _____ | 72. Calificación global de severidad: _____ |

DIAGNOSTICO DE PRESUNCIÓN, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO (incisos 73 al 79)

- | | |
|---|----------------------------|
| 3. ICD-10: _____ | 74. ICD-10 Agregado: _____ |
| 4. DSM-IV: _____ | 76. DSM-IV Agregado: _____ |
| 5. Dx asignado en supervisión: _____ | |
| 6. Escuelas terapéuticas utilizadas y/o recomendadas: _____ | |
| 7. Pronóstico: _____ | |

CIERRE DE LA LLAMADA (incisos 80 al 85)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 0. Opinión voluntaria: _____ | 81. Opinión al preguntar: _____ |
| 1. Próxima llamada: _____ | 83. Reacción: _____ |
| 2. Nombre y teléfono: _____ | |
| 3. Resultado de la llamada: _____ | |

DATOS DEL CONSEJERO (incisos 86 al 91)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 6. Nombre: _____ | 87. N°: _____ |
| 7. Procedencia: _____ | 89. Forma o razón: _____ |
| 8. Nombre del supervisor: _____ | 91. Supervisa este caso: _____ (SI) (NO) |

COMENTARIOS:



CRUZ ROJA MEXICANA

Cédula N° _____



HISTORIA CLÍNICA DE USUARIOS – CÉDULA DE REGISTRO

CUADRO-RESUMEN (incisos 2 al 9)

Número Consec.	Fecha	Consejero y turno	Hora en que inicia	Hora en que finaliza	Duración	Referencia	
						Motivo	Lugar

OTRO (S) TRATAMIENTO (S) ACTUAL (ES) (incisos 10 al 15)

10. Otro actual: _____ (SI) (NO) 11. Tipo: _____
 12. Desde cuándo: _____ 13. Motivo de la consulta: _____
 14. Razón para no buscarlo: _____ 15. Medicación: _____

OTRO (S) TRATAMIENTO (S) ANTERIOR (ES) (incisos 16 al 22)

16. Otro anterior: _____ (SI) (NO) 17. Tipo: _____
 18. Hace cuánto: _____ 19. Cuánto duró: _____
 20. Motivo de la consulta: _____ 21. Razón para no buscarlo: _____
 22. Medicación: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN (incisos 23 al 38)

23. Sexo: () Masculino () Femenino 24. Edad: _____
 25. Estado civil: _____ 26. Escolaridad: _____
 27. Ocupación: _____ 28. Religión: _____
 29. Lugar de origen: _____ 30. Domicilio actual: _____
 31. N° de personas c/quien vive: _____ 32. Parentesco: _____
 33. Tipo de vivienda: _____ 34. N° de habitaciones: _____
 35. Aportación \$/usuario: _____ 36. Aportación \$/otros: _____
 37. Aportación \$ total: _____ 38. Fuente de referencia: _____

MOTIVO DE CONSULTA (incisos 39 al 43)

39. Motivo principal: _____ 40. Motivos secundarios: _____
 41. Riesgo suicida: _____ 42. Tipo de consulta: _____
 43. Verbalización del usuario: _____

Comentarios: _____

APÉNDICE

II

APÉNDICE II. EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA

De acuerdo con el Manual de Procedimientos de Saptel, la inteligencia se evalúa del siguiente modo.

Se debe registrar el nivel intelectual del paciente de acuerdo con la impresión clínica del terapeuta.

Esta es, quizá, la calificación más subjetiva y menos acuciosa de toda la prueba. Algunos parámetros que pueden servir de guía para predecir cómo evaluar esta función en el sujeto son las siguientes:

Por lo general, las personas con inteligencia inferior al término medio funcionan a un nivel de pensamiento concreto, tornándoseles difícil la comprensión de aquellas situaciones que requieren abstracciones para su entendimiento.

Cuando no entienden algo, no son por lo general capaces tampoco de expresar en qué consiste su duda o dónde no entienden.

Por el contrario, personas con un nivel intelectual superior al término medio o superior o son capaces de establecer asociaciones de nivel abstracto, y en ocasiones expresan sus conceptos entre líneas, llegando a obtener gran placer en poner a prueba la capacidad intelectual de las personas que las rodean.

Como tal vez haya quedado claro ya, todo lo anterior también puede presentarse en cuadros clínicos más o menos severos en los que estas mismas funciones se ven afectadas por conflictos emocionales. Así, una inteligencia inferior al término medio debe distinguirse diferencialmente de un trastorno de tipo esquizoide, en donde existe una gran dificultad para mejorar los cambios, y debido a ello es que le sujeto prefiere situaciones externas bien sistematizadas y estructuradas, concretas. Esto puede confundirse o entremezclarse con una baja inteligencia, tal como fue descrita más arriba.

De igual manera, existen padecimientos como la neurosis obsesiva y los trastornos de tipo paranoide, en donde el uso excesivo de los mecanismos de radicalización e intelectualización pueden parodiar el funcionamiento de una persona intelectualmente superior.

Tales situaciones pueden ser clínicamente distinguibles, pero es común que tal discriminación se logre sólo después de años de experiencia práctica.

De cualquier forma, y sin olvidar las limitaciones descritas, debe hacerse un esfuerzo por categorizar al usuario dentro de la siguiente escala:

- 1 Inferior al término medio
- 2 Término medio
- 3 Superior al término medio
- 4 Superior
- 5 Otra alteración de la función intelectual. Especificar.

Si se desea profundizar en algún ejemplo de cual pudiera ser otra alteración de la función intelectual, para quedar clasificada como número 5, pueden consultarse las "100 preguntas y respuestas relacionadas con SAPTEL, Sistema de Apoyo Psicológico y de Intervención en Crisis por Teléfono", especialmente lo relacionado con la pregunta número 54 de tal texto.