

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.

“RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ EN SU PRIMER SEMANA DE HOSPITALIZACIÓN”.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

SONIA LÓPEZ LUNA

TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. FERNÁNDO LÓPEZ MUNGUÍA.

DR. FRANCISCO FRANCO LÓPEZ SALAZAR.

MÉXICO, D.F.

AÑO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1) Resumen	2
2) Introducción	3
3) Marco Teórico	
a. Epidemiología	3
b. Factores de riesgo	4
c. Etiología	7
d. Métodos de intento suicida	9
e. Suicidio y comorbilidad	10
f. Evaluación del riesgo suicida	12
g. Prevención y tratamiento	14
4) Justificación	15
5) Hipótesis, objetivo general y específicos	16
6) Metodología	16
7) Análisis Estadístico	19
8) Resultados	20
9) Discusión	21
10) Conclusiones	22
11) Referencias Bibliográficas	24
12) Apéndice	
○ Cuadro 1. Características sociodemográficas grupo genérico.	27
○ Cuadro 2. Características clínicas grupo genérico.	28
○ Cuadro 3. Descripción comparativa clínica-sociodemográfica entre grupos.	29
○ Cuadro 4. Resultados de las escalas aplicadas.	30
○ Gráfica I. Descripción de resultados.	31

Palabras clave: Riesgo Suicida, desesperanza, "Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez", primer semana, hospitalización.

“RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA EN PACIENTES DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ EN SU PRIMER SEMANA DE
HOSPITALIZACIÓN”.

RESUMEN.

Se analizó la presencia y grado del riesgo suicida y desesperanza en los pacientes del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” a través de un estudio comparativo y de corte transversal. Se realizó en 240 pacientes (120 de sexo femenino y 120 de sexo masculino) que cursaban su primer semana de hospitalización sin considerar diagnóstico de ingreso ni área en la que se encontraban hospitalizados, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y Escala de Desesperanza de Beck además de obtener datos sociodemográficos (edad, religión, ocupación, escolaridad, estado civil) y otros datos de importancia como número de intentos suicidas previos, método de realización de éstos, última ocasión en que se pensó en realizar suicidio, cuándo se realizó el último intento suicida y si dentro de los motivos de ésta hospitalización, se encontraba la ideación o intento suicida. Dentro de los resultados se observó que sí existe diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a edad promedio, estado civil, método de intento suicida utilizado, diagnósticos psiquiátricos, además del grado de desesperanza presentado.

INTRODUCCIÓN.

Desde la antigüedad algunos hombres y mujeres han elegido darse muerte. Esta elección ha mantenido el interés de la sociedad. El acto voluntario de la muerte, atenta contra el proceso de la vida en general y por extensión el de la vida de los parientes, de los allegados y de la sociedad.

En 1838, el Dr. Dominique Esquirol, jefe de la reforma psiquiátrica en Francia, afirmó que “todos los suicidados están enajenados”. Actualmente los psiquiatras admiten que no todos los suicidas son enfermos mentales, aunque siguen viendo en el acto suicida algo profundamente patológico, puesto que es contrario al instinto “normal” de conservación. En el siglo XX, el suicida no es únicamente un enajenado, ni una víctima de la sociedad, sino un ser que se debate entre dificultades psicológicas debidas a una deficiente relación con su entorno social.

Hoy se sabe que el suicidio rara vez es un acto aislado, sino que adquiere todo su sentido dentro de un contexto social, económico y relacional. Desde el psicoanálisis, se sabe que todo hombre está movido por impulsos contradictorios de vida y de muerte. Las investigaciones psicológicas actuales muestran que la problemática suicida se inscribe también en una relación de ambivalencia entre querer-vivir (otra vida) y querer-morir. Como explicó Schopenhauer, “el que se da la muerte, querría vivir”. La prevención del suicidio se justifica en esta aparente paradoja.

La palabra suicidio proviene del latín sui, “de sí” y de caedere, “matar” y apareció hace solo doscientos años aproximadamente. Antes se hablaba del “crimen de sí mismo”. Al hablar de “Suicidio” la Organización Mundial de la Salud habla de un “acto consumado contra la propia persona, con un grado variable en la intención de morir”. Una “tentativa de suicidio o intento suicida” es un acto deliberado por el cual un individuo se causa un perjuicio físico, con la intención de darse muerte o de obtener un cambio de estado (poner fin a un sufrimiento físico y/o psíquico), pero cuyo desenlace no es fatal. Las “conductas de riesgo” son comportamientos peligrosos por los cuales una persona se encuentra en un estado próximo al suicidio o a la tentativa de suicidio, pero en el cual la muerte no es buscada conscientemente. (Bardet, 1997).

Epidemiología.

Al hablar de epidemiología del suicidio, se debe considerar que algunas veces, no se relaciona con patologías mentales declaradas, y el tiempo que dura la idea suicida, en estos casos, es más bien corta. En México se considera que la tendencia al suicidio es más importante entre los jóvenes de 15 a 30 años y disminuye ligeramente con la edad. Después de los 14 años la tasa aumenta extraordinariamente hasta alcanzar su máximo en el grupo de 20 a 24 años y después hasta los 49, para aumentar discretamente entre los 50 y los 59 años. (Borges, Rosovsky, Caballero, Gómez, 1994).

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas. En 1999, la tasa de mortalidad por suicidio en México fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres. (Mondragón et.al., 2001).

En México, en el año 2002, ocurrieron 3089 suicidios con un aumento de 13% en dos años y de diez veces entre adolescentes en los pasados nueve años. Un 82% correspondió a hombres y el 18% a mujeres, es decir, por cada mujer suicida se identificaron 5 hombres suicidas, de entre 15 y 34 años de edad. (INEGI, 2002).

También se debe tener en cuenta que los intentos suicidas son considerablemente más comunes que los suicidios consumados. En la población general, aquellos que intentan y aquellos que consuman el suicidio tienden a diferir en términos de sexo, raza y edad, los que intentan suicidio son mujeres blancas jóvenes y aquellos que consuman suicidio son hombres blancos mayores. (Moscicki EK, 1995).

Se ha llegado a estimar que hay de 10 a 20 intentos suicidas por cada suicidio completado y que pese a la asombrosa morbilidad y mortalidad asociada con este comportamiento, hay una escasez de intervenciones médicas efectivas demostradas (Oquendo et.al., 2004).

La conducta suicida en sus distintas formas representa un problema de salud pública internacional. En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra dentro de las diez principales causas de mortalidad general, y en muchos de ellos se ubica entre las tres primeras causas de muerte en el grupo de 15 a 34 años de edad del sexo masculino. Sin embargo los datos solo se aproximan a la realidad, pues solo se registra y se atiende uno de cada cuatro intentos de suicidio. Además es importante mencionar que por cada suicidio consumado hay diez intentos fallidos. (Dervic et.al., 2004).

Factores de riesgo para el suicidio.

Todo hombre "normal" puede tener ideas o ganas de morir durante su existencia, pero solamente "algunos pasan al acto suicida". Casi todos los suicidas evocan un acontecimiento desencadenante (ruptura sentimental, pérdida de empleo, jubilación, etc.). (Bardet, 1997).

No obstante no todas las personas con ideación y/o intento suicida manifiestan la evocación de un acontecimiento desencadenante, se han identificado factores en común que se asocian a la presencia de mayor riesgo suicida. Los factores sociales a considerar debido a que sugieren un mayor riesgo de suicidio son: ser de sexo masculino, personas que se encuentran en la segunda mitad de la vida (ya que el riesgo es mayor a medida que avanzan los años), el aislamiento social, el ser soltero o viudo (principalmente si esto último es reciente y posterior a un matrimonio prolongado), la presencia de enfermedad física (especialmente cuando se acompaña de síntomas severos y un mal pronóstico), historia de intentos suicidas previos (esencialmente por métodos considerados letales como el ahorcamiento, uso de armas de fuego, arrojarse de grandes alturas, ahogamiento, etc.). (Bardet, 1997).

Se debe considerar dentro de los factores de riesgo, la probabilidad de errores médicos al valorar a un paciente suicida, por ejemplo: diagnóstico incorrecto, inadecuada integración de semiología, hacer preguntas inadecuadas o no escuchar al paciente, no indicar la importancia de continuar el tratamiento posterior al egreso hospitalario, prescripción inadecuada de medicamentos. (Bardet, 1997).

Para identificar factores de riesgo para suicidio, en México se realizó un estudio utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en 1094 pacientes adultos de tres servicios de atención de un hospital general: consulta externa, urgencias y hospitalización. En este estudio se encontró que los factores de riesgo relacionados con la idea suicida fueron: el ser mujer, estar divorciados o separados, patrón de consumo de alcohol consuetudinario y presentar desesperanza (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

Gutierrez-García et.al (2006) describen dentro de los factores de riesgo en los suicidas el aislamiento, salud precaria, depresión, alcoholismo, baja autoestima, desesperanza y sentimientos de rechazo familiar y social. También se debe considerar el antecedente de daño dirigido hacia sí mismos y la incapacidad para resolver problemas, principalmente de tipo social.

En México, dentro de aquellos que intentan suicidio, existe un elevado porcentaje de sujetos desempleados y sin pareja, característica ya bien documentada no sólo en población suicida sino en pacientes psiquiátricos en general. En relación a la edad, el grupo etáreo de 15 a 34 años es el más afectado. (Jiménez Genchi et.al., 1997).

Cabe mencionar que los pacientes con intentos suicidas serios, una historia familiar de suicidio, comorbilidad psiquiátrica extensa, psicosis, intoxicación alcohólica y sentimientos de desesperanza son también factores de riesgo significativamente alto para suicidio. Adicionalmente, la severidad y la letalidad de los métodos de suicidio serios a lo largo de la vida del paciente ha sido encontrado como un predictor de riesgo suicida en el futuro. (Beck et.al., 1999).

Entre los múltiples factores de riesgo suicida se encuentran la depresión y la desesperanza, ésta última se ha considerado la variable mediadora entre la depresión y el intento suicida. Sin embargo es inconsistente la información sobre la relación que existe entre la depresión, la desesperanza y el intento suicida en países con baja tasa de conducta suicida y que se han atribuido a aspectos socioculturales. (Ibarra, et.al., 2000).

Durante el tratamiento de sujetos deprimidos con conducta suicida, Beck y cols. (1963, 1970) encontraron que las preocupaciones suicidas de estos pacientes se relacionaban con una actitud negativa hacia el futuro, a la cual denominaron desesperanza. Posteriormente, identificaron que la relación entre la gravedad de la desesperanza y la del intento suicida persistía cuando se controlaba desde el punto de vista estadístico la depresión, mientras que no sucedía lo mismo cuando se controlaba la desesperanza. De esta manera se propuso a la desesperanza como el elemento mediador entre la depresión y la conducta suicida.

Tres estudios han evaluado estas relaciones en sujetos mexicanos, de los cuales sólo uno ha identificado relaciones positivas significativas entre la desesperanza y el intento suicida, mientras que otro no encontró relación significativa entre la depresión y el intento suicida. (Jiménez, 1997).

También entre los factores de riesgo suicida se incluyen escasas habilidades para la resolución de problemas y antecedentes de conducta agresiva. Los factores de riesgo adicionales incluyen antecedentes familiares de conductas autolíticas, exposición a violencia familiar, impulsividad, abuso de sustancias y disponibilidad de métodos letales. (Kaplan, 2001).

Los trastornos de ansiedad moderadamente severos, las reacciones transitorias de ajuste, la ansiedad como rasgo de personalidad y las características obsesivas también se consideran como factores de riesgo suicida. (Chioqueta, et.al., 2003).

En el aspecto de la religión, se ha observado que los sujetos que no profesan algún tipo, tienen significativamente más intentos suicidas y más posibilidades de realizar un primer intento suicida que aquellos sujetos que sí tienen alguna. Los sujetos sin religión son frecuentemente jóvenes, con menor frecuencia casados, con menor frecuencia con hijos y tienen menos contacto con los miembros de su familia. Además los sujetos sin religión perciben pocas razones para vivir, particularmente con menores objeciones morales para suicidarse. En términos de características clínicas, los sujetos sin religión presentan mayor impulsividad, agresividad y abuso de sustancias a lo largo de la vida. (Dervic et.al., 2004).

Forman et.al. (2004) realizó un estudio utilizando baterías de autorreporte y entrevistas clínicas en 39 sujetos que sólo habían realizado un intento suicida y 114 sujetos que habían realizado múltiples intentos suicidas y en sus resultados describe que los sujetos con múltiples intentos suicidas contra sujetos con un solo intento suicida mostraron un mayor grado de características como una historia de abuso emocional en la infancia, una historia familiar de suicidio o historia de trastornos mentales en la familia, además de una psicopatología incrementada (Vg. depresión y abuso de sustancias), alto grado de realizar suicidio (Vg. ideación) y pobre funcionamiento interpersonal. Pero dichas diferencias no pueden explicarse siempre por un diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Los resultados sugieren que la identificación del estado de intentos suicidas puede ser un simple pero poderoso marcador del grado de riesgo y psicopatología.

Etiología.

Durante los últimos sesenta años, algunos psicoanalistas y psicoterapeutas han aceptado la idea de que el ser humano no es agresivo por naturaleza, sino que llega a serlo a consecuencia de la frustración. Otros han postulado un impulso agresivo innato, pero con la suposición de que, en su origen, se dirige destructivamente contra el yo y que solo se vuelve hacia el exterior (contra otras personas o contra el mundo en general) como un fenómeno secundario. (Storr, 1970).

El psicoanalista Sigmund Freud afirmaba que todo lo que vive, muere por razones internas y que el objetivo de toda vida es la muerte. El componente masoquista, a la larga suicida, es algo incorporado en el mismo organismo; los impulsos destructores que en su proyección se hacen visibles como agresión, serían originalmente dirigidos hacia la interioridad de un modo autodestructor. Desde el punto de vista de la tendencia a sobrevivir de todo individuo, éste instinto de muerte sería efectivamente el mal, el mal biológico, pues lo que quiere destruir y aniquilar es la propia vida. (Hacker, 1973).

Fromm encuentra una estrecha relación entre frustración y agresividad. La frustración conduce a la depresión, la ansiedad a la impotencia, al hastío, al aburrimiento. A su vez el aburrimiento puede ser crónico-depresivo y conducir a la destructividad o autodestructividad y a la violencia. (Tecla, 1995).

De acuerdo con Beck, Rush y Shaw (1979), la etiología implicada en el intento suicida es un continuo en el que hay que otorgar especial atención a los deseos y a los planes para cometerlo (ideas suicidas), a los sentimientos de inutilidad, a las pérdidas recientes, al aislamiento social, a la desesperanza y a la incapacidad para pedir ayuda. De ahí que una buena evaluación de la conducta suicida permita predecir el riesgo.

Beck et.al. (1993) han reportado que la desesperanza es 1.3 veces más importante que la depresión para explicar la ideación suicida y Mondragón et.al.

(1998) han encontrado que los sujetos mexicanos con elevadas calificaciones en desesperanza tienen 6 veces más riesgo de tener ideas suicidas. Esta información sugiere que cuando un individuo siente que su situación es desesperanzada, él o ella pensarán en el suicidio.

El hombre contemporáneo está aislado y solo, aunque forme parte de una muchedumbre; no tiene convicciones que compartir con los demás: sólo consignas e ideologías que le proporcionan los medios de comunicación masiva, se ha convertido en un individuo que se mantiene unido por intereses comunes que al mismo tiempo suelen ser antagónicos, además del nexo del dinero. Émile Durkheim denominaba a éste fenómeno "anomia" y descubrió que era la principal causa de suicidio, que ha incrementado al desarrollarse la industrialización. Calificaba de anomia al quebrantamiento de todos los vínculos sociales tradicionales. No es la densidad de población en sí, sino la falta de estructura social, falta de vínculos comunes genuinos y falta de interés por la vida lo que causa la agresión humana. (Fromm, 1989).

Un aspecto importante es que el suicidio puede tener un significado distinto dependiendo del lugar de la tierra donde ocurra y estas diferencias nacionales comprenden los factores económicos, culturales y religiosos. Así, pueden aparecer algunas actitudes que contribuyan a que los pueblos condonen o condenen el suicidio o también determinando tipos de relaciones interpersonales que pueden influir negativa o positivamente sobre la conducta suicida, tales como: ciertos aspectos de la dependencia, actitudes respecto al éxito y al fracaso, modos de controlar los sentimientos de culpa y agresividad, relaciones entre los sexos, afectividad y apoyo dentro de la familia y otros grupos de referencia. (Hendin, 1997).

También una historia de abuso sexual en la infancia se asocia con comportamiento suicida e impulsividad en adultos deprimidos. Se ha asociado una historia de abuso sexual en la infancia y comportamiento autodestructivo (por ejemplo automutilación) e ideación suicida e intentos suicidas en particular. También hay evidencia de que el abuso en la infancia contribuye a la presencia de comportamiento suicida que inicia en la infancia y adolescencia. (Brodsky, et.al., 2001).

Rudd et.al. (1996) describen que es importante hacer notar que los sujetos que han realizado un intento suicida muestran mayor psicopatología y disfuncionalidad que aquellos que presentan sólo ideación pero que no han realizado intento suicida alguna vez. Los sujetos con múltiples intentos suicidas representan un simple punto en el tiempo ya que alguna porción desconocida de los sujetos que han realizado un intento suicida se convertirán en un futuro en sujetos que realicen múltiples intentos suicidas.

Además de los factores psicológicos y sociales se han considerado en la etiología del suicidio, también se ha tratado de encontrar alguna especie de marcador bioquímico en los pacientes que realizan suicidio. Asberg et.al. (1976), detectaron

en pacientes deprimidos a un subgrupo con concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR), además sorprendentemente con una historia de intención suicida previa; más aún notaron que los sujetos que utilizaban métodos considerados violentos tenían niveles menores de 5-HIAA. En un estudio de seguimiento durante un año, el 20% de los sujetos con niveles bajos de 5-HIAA en LCR consumó el suicidio, por lo que esta medición se preconizó como un posible marcador biológico. (Traskman et.al., 1981).

Volavka (1995) describe que se han hallado bajos niveles de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo en pacientes deprimidos con historia de intentos suicidas violentos. Existe también una relación entre agresividad y comportamiento suicida. La relación entre bajos niveles de ácido 5-HIAA en LCR, el comportamiento suicida y la agresividad ha sido demostrada en una muestra de reclusos que tuvieron historia de abuso de alcohol y fueron encarcelados por homicidio o intento de homicidio. Estos infractores mostraron una crueldad inusual contra sus víctimas. Los homicidas infractores fueron clasificados como impulsivos y tuvieron bajos niveles de 5-HIAA en LCR comparados con otros infractores. Los bajos niveles fueron hallados en infractores impulsivos que tuvieron una historia de intentos suicidas. También la relación entre suicidio, agresión y bajos niveles de ácido 5-HIAA fue apoyada por observaciones en 3 pacientes con depresión severa que asesinaron a sus hijos e intentaron suicidio. Cabe mencionar que ha sido reconocido el papel crucial de la regulación serotoninérgica en la agresión impulsiva contra sí mismo y otros.

Métodos de intento suicida.

Toda tentativa de suicidio, sea grave o no, traduce un deseo de ruptura con el entorno o con una situación, juzgados intolerables. Para muchos hombres y mujeres, querer “morir”, supone primero escapar de un sufrimiento, aspiran a ser liberados, no de la existencia, sino de lo que la hace insoportable a sus propios ojos. (Bardet, 1997).

En España la intoxicación voluntaria con medicamentos o gas es el método más utilizado en las tentativas de suicidio. Las mujeres que parecen querer conservar su integridad física hasta en la muerte, recurren frecuentemente a éste método. Cuando el método empleado es violento (horca, arma de fuego, etc.) y desemboca en muerte, como el caso de la mayoría de los suicidas varones, lleva a suponer un intenso deseo de muerte, pero según algunos especialistas, los hombres recurren a tales métodos para evitar cualquier fracaso o paso atrás que les presentaría ante la sociedad como cobardes y despreciables, en suma para “dejar a salvo su virilidad”. (Bardet, 1997).

Jiménez Genchi et.al. (1997) realizaron un estudio en 36 sujetos admitidos en la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica (UMQAIP) del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez reportando la frecuencia de los métodos empleados para intento suicida con la siguiente distribución: sección de

venas 37%, sobredosis de fármacos 26%, ahorcamiento 18%, envenenamiento 7%, otros (precipitarse de gran altura y hacia vehículos en movimiento) 7% y sumersión 4%. En 70% de los casos se documentó una historia de intentos suicidas previos con una media de 1.6 (DE 8.9).

Cataldo-Neto et.al. (2002) describen en el género masculino el ahorcamiento como método más utilizado para el suicidio, seguido por el que se consuma con armas de fuego; en el género femenino lo es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos principalmente.

La ideación suicida no es un fenómeno estático, sino que puede aparecer y desaparecer en el tiempo. La decisión de realizar una conducta suicida puede ser impulsiva, sin gran previsión o puede ser la culminación de prolongadas rumiaciones. El método utilizado para intento de suicidio influye en la morbilidad y la tasa de consumación, independientemente del convencimiento de querer morir en el momento del intento. Por ello, los métodos más utilizados en el suicidio consumado son en primer lugar la utilización de armas de fuego (dos tercios de los casos de suicidio en varones y la mitad de los casos de suicidios en mujeres). El segundo método más habitual de suicidio en varones es el ahorcamiento en el 25% de los casos; en mujeres cerca del 25% se suicidan con la ingesta de sustancias tóxicas. El envenenamiento por monóxido de carbono es el tercer método más habitual en varones pero en menos del 10% de los casos. El suicidio por ahorcamiento o envenenamiento por monóxido de carbono en mujeres es en el 10% de los casos. (Kaplan, 2001).

Suicidio y comorbilidad.

Los diagnósticos psiquiátricos clásicamente asociados con suicidio consumado incluyen el Trastorno Depresivo Mayor, Esquizofrenia y Trastornos por consumo de sustancias. Dos o más trastornos psiquiátricos pueden interactuar de forma sinérgica incrementando el riesgo de suicidio comparado con el grado de riesgo que involucraría tener un diagnóstico. (Lecrubier, 2001).

También el suicidio se ha relacionado históricamente con los trastornos psiquiátricos del Eje I. Se ha confirmado progresivamente que los trastornos de Eje II también tienen un papel importante, en particular cuando coinciden con los trastornos del Eje I. En 2 estudios que compararon individuos suicidas contra individuos de la población general, la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y de la personalidad constituyó el principal factor de riesgo de suicidio. La investigación ha prestado escasa atención a los motivos por los cuales determinadas características extremas de la personalidad aumentan el riesgo suicida, especialmente cuando coinciden con trastornos psiquiátricos. (Mann, et.al., 1999).

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio: más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos.

El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia. La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. (Gutierrez-García, et.al., 2006).

Entre los rasgos de la personalidad que parecen incrementar el riesgo de conductas suicidas destacan la agresividad, la impulsividad y la escasa capacidad para hacer frente a los problemas. (Linehan et.al., 1987).

El término "impulsividad" ha sido utilizado como 1) Una tendencia de personalidad o estilo cognitivo caracterizado por desinhibición, 2) Una tendencia a actuar rápidamente frente a un estímulo y 3) Una clase de trastorno psiquiátrico caracterizado por un comportamiento descontrolado. La impulsividad se ha asociado con comportamiento suicida y autodestructivo dentro de algunas poblaciones psiquiátricas adultas. En individuos con trastorno de inestabilidad emocional, la impulsividad es la tendencia de personalidad más predictiva de un comportamiento suicida. (Brodsky, et.al., 1997).

En cuanto a suicidio relacionado con consumo de sustancias, Alec Roy (2001) describe que aunque el comportamiento suicida es frecuente entre los pacientes dependientes a cocaína, ha sido poco estudiado, así que comparó 84 pacientes dependientes a cocaína que intentaron suicidio contra 130 pacientes dependientes a cocaína que no realizaron intento suicida. En sus resultados comenta que muchos de los pacientes que intentaron suicidio fueron de sexo femenino y tuvieron una historia familiar de comportamiento suicida y fueron significativamente más introvertidos y hostiles además de presentar mayor comorbilidad con dependencia a alcohol y opiáceos, depresión mayor y trastornos físicos.

Respecto a comorbilidad de trastornos psiquiátricos y trastornos de personalidad, Hawton et. al. (2003) publicó un estudio en un grupo representativo de 111 pacientes (72 mujeres y 39 varones) que habían efectuado una tentativa de suicidio, comparando las características de los pacientes que padecían los dos tipos de trastornos (Eje I y II) con las características de los pacientes que no exhibían trastornos comórbidos, realizando evaluación a los 12-20 meses y se confirmó la presencia de trastornos psiquiátricos y de la personalidad comórbidos en 49 pacientes (44%). Un mayor número de pacientes con trastornos comórbidos habían efectuado con anterioridad tentativas de suicidio (n=41 [84%] frente a n=28 [45%]) y reincidieron durante el periodo de seguimiento (n=25 [51%] frente a n=9 [15%]).

Los pacientes con Trastornos de Personalidad presentan un espectro de comportamiento suicida que va desde el autodaño aparente hasta amenazas de suicidio. Además frecuentemente ocurre el comportamiento autolesivo sin intento letal. El manejo puede ser especialmente complicado cuando los pacientes que presentan su ideación suicida, lo hacen con fines manipulatorios, pero tienen

claramente factores de riesgo muy reales para consumir suicidio. (Lambert, 2003).

Se ha considerado que la presencia de trastornos psiquiátricos es el factor de riesgo más importante para realizar intento suicida a cualquier edad, el riesgo es mayor en pacientes con enfermedades comórbidas y formas más severas de la enfermedad mental. En la esquizofrenia el riesgo de comportamiento suicida (intento y suicidio consumado) es significativamente elevado cuando hay síntomas depresivos concomitantes. Es importante mencionar que el riesgo también puede ser elevado en trastornos afectivos con presencia de síntomas psicóticos. Mientras la frecuencia de comportamiento suicida fue mayor entre pacientes con psicosis y síntomas depresivos concomitantes, la severidad médica de intentos de suicidio recientes fue elevada entre pacientes con psicosis del espectro de la esquizofrenia (esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo). (Radomsky, 1999).

El suicidio es la principal causa de muerte prematura entre individuos con esquizofrenia. Aproximadamente 10% de los pacientes con Esquizofrenia mueren por suicidio. Los factores de riesgo para suicidio en esquizofrenia incluyen: ser joven, de sexo masculino y los años tempranos de la enfermedad y tener una historia de episodios múltiples previos de intentos suicidas. Un porcentaje substancial de pacientes con esquizofrenia también intentan suicidio con estimaciones de ocurrencia a lo largo de la vida de un 18-55%. Entre el 50 y 80% de intentos suicidas no culminan en muerte, pero una historia de intentos suicidas es común en pacientes con esquizofrenia que mueren por suicidio (40-61% de los casos). Se ha descrito que la frecuencia de intentos suicidas a lo largo de la vida ha sido alta (entre 23 y 42% en todas las categorías de trastornos psicóticos, con excepción del trastorno esquizofreniforme orgánico). La literatura existente sugiere que el riesgo de suicidio es más alto durante los primeros diez años de la esquizofrenia. (Virkkunen, 1974).

La baja frecuencia de intentos suicidas en pacientes con trastorno esquizofreniforme sugiere que el riesgo de suicidio puede ser más bajo cerca del grupo de los trastornos del espectro de esquizofrenia y éste se incrementa durante los primeros años de los trastornos (Radomsky et. al., 1997).

Los individuos con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor tienen una frecuencia considerablemente alta de suicidio en comparación a la población general. De cualquier manera estimar el riesgo de suicidio es complicado y hay una carencia general de consenso entre investigadores que han observado que la frecuencia de suicidio es más elevada en pacientes con trastorno unipolar, bipolar I o trastorno bipolar II depresivo. Los factores específicos que contribuyen a un riesgo alto de suicidio en pacientes con trastornos afectivos pueden ser modificables aisladamente: abuso de sustancias y de alcohol, historia familiar de suicidio, comorbilidad con ansiedad, recurrencia de depresión, efectos estacionales, ciclamiento rápido y una historia de internamientos por depresión, todo parece contribuir a la probabilidad de que estos pacientes presenten un comportamiento suicida. (Dunner, 2004).

Evaluación del riesgo de intento suicida.

González, Díaz, Ortiz (2000) en un estudio realizado en México, evaluó por medio de la escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) una muestra de 122 estudiantes de 17 a 25 años que solicitaron ayuda al Servicio de atención del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM entre enero a junio de 1996. En los resultados: El clínico detectó a 23 (18.9%) de los 122 participantes en el estudio, de los cuales 22 también fueron identificados por la escala de ISB. Estas 22 personas con ideación suicida representaron 18% del total de los participantes. En los estudiantes varones (n=27) la ideación suicida fue menor: según el criterio clínico, 3 de ellos (11.1%) tuvieron ideación suicida; de éstos, 2 fueron detectados también por la escala de ISB. En 20 (21.1%) de las 95 mujeres que participaron se encontró ideación suicida y todas fueron correctamente identificadas con ideación suicida por la escala de ISB. También se observó que de los 53 estudiantes a los que no se les detectó ideación suicida de acuerdo con los criterios de la escala de ISB en 52 de ellos (98.1%) tampoco la encontraron los clínicos. De los 17 estudiantes varones que según la escala de ISB, no tenían ideación suicida, según el clínico 16 (94.1%) no la tenían. De las 36 estudiantes que según la escala de ISB no tenían ideación suicida, según el clínico tampoco la tenían.

A medida que aumenta el riesgo suicida en la escala, aumenta también la ideación suicida. Esto explica porqué estas personas pocas veces llegan al suicidio consumado en forma abrupta; casi siempre hacen fantasías y piensan en el suicidio como una forma de solucionar sus conflictos. Cuando la idea de suicidarse ocupa por completo el pensamiento del sujeto, éste imagina que lo lleva a cabo (ideación y fantasías suicidas). Cuando el sujeto piensa y ensaya un método, se crea un proceso autónomo que cobra fuerza gradualmente hasta que comete el acto suicida. (Lazard 1988).

Ibarra et.al. (2000) realizaron un estudio para evaluar la relación existente entre depresión, desesperanza e intento suicida utilizando la Escala de ideación suicida (EIS), Inventario de depresión de Beck (IDB) y Escala de desesperanza de Beck (ED) en 82 sujetos mexicanos hospitalizados por intento suicida en la Unidad Médico Quirúrgica de Atención Intensiva Psiquiátrica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, reportando que el promedio de edad para las mujeres fue de 33.4 años (DE 10.1) y para los hombres de 26.7 (DE 8.9). La distribución respecto al estado civil fue: solteros 47%, casados 40%, divorciados 4%, separados 3% y viudos 6%. Con respecto a la ocupación: 35% tenían empleo, 31% se dedicaban a labores del hogar, 22% eran desempleados y 12% estudiantes. El promedio de calificación en la EIS para toda la muestra fue de 13.2 (DE 5.7), el promedio en el IDB fue de 30.6 (DE 12.9) y el promedio de la ED fue de 9.2 (DE 4.4). Las mujeres obtuvieron calificaciones significativamente más altas que los hombres en la ED. Sin embargo en la EIS y el IDB no hubo diferencias significativas por sexo.

Las evidencias a favor o en contra de la evaluación del riesgo suicida en los escenarios de cuidados primarios deberían ser consideradas dentro de una

práctica y un contexto epidemiológico complejos. Los estudios aleatorios y controlados sobre suicidio, éticamente no pueden incluir el uso de placebo. Consecuentemente todas las intervenciones son comparadas con tratamientos que de hecho pueden o no ser efectivos. Finalmente los patrones de comportamiento suicida son muy complejos. Aún cuando un intento suicida previo es un factor de riesgo fuerte para consumir suicidio, las características sociodemográficas y el comportamiento son claramente diferentes entre los grupos de quienes han intentado suicidio, los que han realizado repetitivamente autolesiones deliberadas y los que han realizado suicidio consumado.(Gaynes et.al., 2004).

Prevención y “Tratamiento” del Suicidio.

Ninguna campaña de información para el público en general ha tratado de romper el silencio existente alrededor del grave problema que representa el suicidio. La causa radica en la existencia de prejuicios como éste: El suicidio es “contagioso”. Sin embargo las personas que luchan en este tema están de acuerdo en una cosa: Hablar de ello es prevenirlo. El 63% de los que intentan suicidarse no esperan ni un año para volverlo a intentar. La vigilancia debe continuar durante este periodo e incluso más allá. (Bardet, 1997).

Para realizar una acción preventiva se debe conocer las variables que generan el problema y su posible solución así como las conductas que se deberían desarrollar en la población a fin de que los daños fueran menores y los procedimientos de cambio de dichas conductas además de la metodología que haga posible valorar los efectos de nuestra intervención.(Guibert, 2002).

Generalmente las medidas que se utilizan para reducir la incidencia del suicidio tienen la finalidad de prevenir el desenlace mortal de los actos suicidas, la repetición de dichos actos, el primer intento suicida y la inclinación al suicidio. En cada uno de estos casos el éxito de las medidas preventivas dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población más expuestos. La mayoría de las personas que se suicidan o lo intentan, ofrecen alguna advertencia o indicio de sus intenciones antes de consumir el acto. (Madinson, 1986).

Respecto a tratamiento farmacológico en suicidio, las investigaciones tienden a estar de acuerdo en que el litio es eficaz en la reducción del comportamiento suicida en pacientes con trastornos afectivos. (Dunner, 2004).

Además, Muller-Oerlinghausen (2001) reporta que el litio debería ser considerado de primera elección para estabilizar el afecto en trastornos afectivos, particularmente en pacientes con historia de intento suicida. Además hace hincapié en que los psiquiatras y otros médicos deberían actuar con extrema precaución cuando interrumpen el tratamiento con litio o cambian a otro

estabilizador del afecto, porque un paciente podría haber sido protegido de los impulsos suicidas a pesar de una respuesta incompleta en el número y características de episodios depresivos y maníacos.

Nosotros, los médicos, que trabajamos arduamente para salvar vidas, debemos también asumir alguna responsabilidad en el salvamento de esas vidas que, con frecuencia, están llenas de promesas y que son destruidas, por así decirlo, en un momento de mal criterio, impulsivamente, un momento de errónea predeterminación. Pero no podemos contraer esta responsabilidad nosotros solos. Nos hemos de esforzar en conseguir la cooperación de los familiares para evitar la complacencia de un suicida en potencia y los parientes deben aceptar nuestras advertencias tomándolas en serio y actuar en consecuencia. Pero persiste el hecho de que el suicidio continúa atrayendo mucho menos atención de lo que su gravedad y su prevalencia parecerían justificar. (Menninger, 1972).

JUSTIFICACIÓN.

Los intentos suicidas se observan en la población en general, sin embargo, son más frecuentes en la población de pacientes psiquiátricos. No todos los casos de intento suicida son identificados ni son suicidios. Ciertamente es que existen estudios sobre la frecuencia de intento suicida en algunos países, pero no en todos se considera la presencia y el grado del RIESGO SUICIDA Y DESESPERANZA que preceden en los pacientes aún cuando NO realicen intento suicida. El riesgo suicida y la desesperanza son factores importantes para la predicción de un intento suicida en el paciente ya que éste casi siempre tiende primero a plantearse la posibilidad de realizar suicidio y posteriormente tiende a planearlo pese a que finalmente decida o no realizarlo. En México existen algunos estudios al respecto y siendo el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" uno de los hospitales con mayor concentración de pacientes psiquiátricos considero que es importante realizar una comparación de la presencia y nivel del riesgo suicida y la desesperanza en éstos, ya que NO todos son hospitalizados debido a presentar dichos factores, pero algunos posterior a su ingreso los manifiestan. Además puede ser de utilidad para brindarles una mejor atención médica y también realizar una adecuada y oportuna intervención para evitar que el riesgo suicida se convierta en intento de suicidio y posteriormente en suicidio consumado.

Con el presente estudio se pretende comparar la presencia y nivel de riesgo suicida y desesperanza en pacientes de ambos sexos de 18 a 55 años de edad, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que cursan su primer semana de hospitalización, además de enunciar cuáles son los diagnósticos más frecuentes que presentan y las características sociodemográficas de dichos pacientes para finalmente determinar las correlaciones entre éstas variables.

HIPÓTESIS.

La presencia y grado de riesgo suicida y de desesperanza resulta diferente en relación al género en pacientes ingresados a hospitalización continua.

OBJETIVO GENERAL.

Describir la presencia del riesgo suicida y niveles de desesperanza en pacientes masculinos y femeninos del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" que cursan su primera semana de hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1) Comparar presencia de riesgo suicida entre géneros a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.
- 2) Comparar niveles de desesperanza y de cada factor (afectivo, motivacional y cognitivo) de la Escala de Desesperanza de Beck entre cada grupo genérico.
- 3) Analizar las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados que presentan riesgo suicida y desesperanza.
- 4) Precisar los diagnósticos que presentan los pacientes hospitalizados con riesgo suicida y desesperanza.

METODOLOGÍA.

- 1.- Diseño: Estudio comparativo y de corte transversal para describir la presencia y nivel de riesgo suicida y desesperanza en pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" durante su primera semana de hospitalización.
- 2.- Muestra: Asignada por cuota y pareada por sexo, de los cuales 120 fueron de sexo femenino y 120 de sexo masculino obteniendo la N=240.
- 3.- Sujetos: 120 pacientes de sexo femenino y 120 pacientes de sexo masculino, de 18 a 55 años, cursando primera semana de hospitalización en Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- 4.- Criterios de Inclusión: Pacientes de 18 a 55 años de edad de sexo masculino y femenino, que se encontraban cursando la primera semana de hospitalización en los meses de junio a diciembre del 2005, con cualquier diagnóstico en eje I y II, en condiciones de ser entrevistados y que aceptaron participar en el estudio.
- 5.- Criterios de Exclusión: Pacientes que no aceptaron participar en el estudio, que presentaban agitación psicomotriz y que cursaban con cuadro psicótico moderado a severo.

MATERIAL.

- ❖ Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van. (Risk of suicide, RS)

Es una escala diseñada para evaluar el riesgo suicida. Permite discriminar entre individuos sin riesgo suicida y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas. Incluye cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. (Bobes, 2002).

Plutchik et.al. (1989), autores de la escala original que consta de 26 ítems, proponen un punto de corte de 8 puntos y en cuanto a validez describen una sensibilidad y una especificidad del 68% además de que su consistencia interna es de 0.84 (alfa de Cronbach).

Rubio et.al. (1998) realizaron la validación en población española proponiendo un punto de corte de 6 puntos, describiendo una sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte, la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna. Aquí la consistencia interna fue de 0.90 (alfa de Cronbach) y la fiabilidad test-retest tras 72 horas fue de 0.89.

La escala es un instrumento autoaplicable y consta de 15 ítems a los que el individuo debe responder "Sí" o "No" y procede de la versión original de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa vale 1 punto y cada respuesta negativa vale 0 puntos. La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 15, con un punto de corte de 6.

❖ Escala de Desesperanza de Beck. (Hopelessness Scale, HS).

Para facilitar el estudio de la desesperanza en varias condiciones psicopatológicas, Beck et.al.(1974) elaboraron un instrumento designado a reflejar las respuestas a las experiencias negativas. Esta escala para cuantificar la desesperanza fue aplicada a varias muestras de pacientes para evaluar sus características psicométricas. Se encontró que ésta escala tiene un alto grado de consistencia interna y mostró una relativa correlación elevada con la frecuencia clínica de desesperanza y otras mediciones de desesperanza autoaplicables. La escala resultó ser sensible a cambios durante el estado de depresión del paciente.

En una población de 294 pacientes hospitalizados que habían realizado intento suicida reciente se aplicó la Escala de Desesperanza y se reportó que la consistencia interna fue de 0.93 (alfa de Cronbach).

La validez concurrente fue determinada comparando los ítems de la escala con la frecuencia clínica de desesperanza y con otros tests diseñados para medir las actitudes negativas acerca del futuro. La correlación de los ítems de la Escala de desesperanza con la frecuencia clínica de desesperanza fue comparada en dos muestras: 23 pacientes en la práctica médica general y 62 pacientes hospitalizados que realizaron intento suicida reciente. La correlación con la frecuencia clínica de desesperanza en la práctica médica general fue de 0.74 y con la muestra que tuvo intentos suicidas fue de 0.62.

La Escala de desesperanza fue utilizada en varios estudios y en cada caso, las hipótesis fueron confirmadas, un hallazgo que apoya la validez de constructo de este instrumento. Entre las hipótesis que fueron evaluadas y confirmadas se encuentra la siguiente: los pacientes deprimidos tienen una actitud negativa irrealista acerca del futuro y estas experiencias negativas son reducidas cuando se recuperan clínicamente de su depresión.

La Escala de Desesperanza de Beck es un instrumento que puede ser utilizado por cualquier profesional que esté involucrado en la detección y evaluación de la desesperanza como una importante variable en muchos procesos psicopatológicos.

Mondragón et.al. (1998) reportaron un coeficiente de confiabilidad de 0.56 en una muestra de 1094 sujetos mexicanos, de los cuales 71% eran mujeres y 29% hombres. El 45.5% de los sujetos tenía entre 18 a 29 años y el 54.5% restante oscilaba entre los y los 65 años, encontrando una media de 34 años de edad. El análisis simple de la variable desesperanza reveló una relación de incremento en el riesgo según se avanza en la escala, concluyendo que los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida.

Bobes (2002), describe que esta escala fue diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

La Escala es un instrumento autoaplicable. Consta de 20 ítems a los que el individuo debe responder "Falso" o "Verdadero". Las respuestas señaladas como

“Verdadero” en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como “Falso” en esos ítems valen 0 puntos.

Las respuestas señaladas como “Falso” en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, valen 0 puntos.

Proporciona una puntuación total y puntuaciones en 3 factores diferentes:

- Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
- Factor motivacional (pérdida de la motivación).
- Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro).

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 0 y 20.

La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1, 6, 13, 15 y 19 y puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 y 20 y puede oscilar entre 0 y 8.

La puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems 4, 7, 8, 14 y 18 y puede oscilar entre 0 y 5.

En función de la puntuación total recomiendan los siguientes puntos de corte:

- 0 a 8: Riesgo bajo de cometer suicidio.
0 a 3: ninguno o mínimo.
4 a 8: leve.
- 9 a 20: Riesgo alto de cometer suicidio.
9 a 14: moderado.
15 a 20: alto.

PROCEDIMIENTO.

- Aceptación del protocolo por parte del Comité de Bioética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- Se identificó por medio del servicio de Urgencias, a los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
- El investigador principal acudió a las áreas de hospitalización para entrevistar a los pacientes (previo consentimiento verbal obtenido al proporcionar información sobre el protocolo a realizar) y recolectar información de los expedientes.
- Se aplicó la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y HM Van, así como la Escala de Desesperanza de Beck a los pacientes identificados.

Se realizó la codificación y captura de los datos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó el análisis con pruebas de resumen (media, desviación estándar y porcentaje), X^2 para variables nominales, ANOVA para variables numéricas, tomando como factor el género.

RESULTADOS.

El 62% del total de los pacientes (N=240) residen en el D.F. En cuanto a religión: el 72% son católicos, 13% sin religión, 10% cristianos: tanto en mujeres (n=120) como en hombres (n=120) predominó la religión católica, en segundo lugar para mujeres fue el NO tener religión (14%) y en hombres fue el cristianismo (25%).

En el aspecto laboral sí hubo una diferencia significativa [$X^2=60(2),p.000$] : más del 50% de los hombres tienen una ocupación remunerada, 40% no tienen empleo y sólo el 3% se dedica al hogar. En cambio, casi el 50% de las mujeres son las que se dedican al hogar, el 30% tiene una ocupación remunerada y solo el 20% no tienen empleo.

En cuanto al estado civil también se observó diferencia significativa [$X^2=15(4),p.004$] : 30% de mujeres y 20% de hombres son casados. La mitad de las mujeres y casi tres cuartas partes de los hombres son solteros. El 10% de mujeres viven en unión libre y el 4% de los hombres son divorciados.

En escolaridad, una tercera parte de hombres y mujeres concluyeron secundaria, 30% de mujeres y 25% de hombres nivel medio superior y 20% de mujeres y 19% de hombres concluyeron primaria. Casi un 20% en ambos cuentan con licenciatura.

En cuanto a métodos de intento suicida utilizados también se observó diferencia significativa [$X^2=22(5),p.000$] : En hombres, el 12% ha utilizado armas de fuego y punzocortantes, el 8% ha realizado ingesta de medicamentos y el 6% se había arrojado de grandes alturas o vehículos en movimiento. En las mujeres, el 21% había recurrido a la ingesta de medicamentos, 13% utilizó armas y 3% arrojarse de grandes alturas o vehículos en movimiento. Solo el 1% de las mujeres y el 2% de los hombres habían recurrido al ahorcamiento. El 51% de los hombres y 27% de las mujeres no había realizado ningún intento suicida aún. Una tercera parte de las mujeres y una quinta parte de los hombres han utilizado dos o más de los métodos mencionados anteriormente.

Respecto al riesgo suicida (detectado durante la entrevista clínica de urgencias) como motivo de la hospitalización reciente, el 55% de las mujeres fueron

internadas por ello y el restante 44% fue hospitalizado por otro motivo (alucinaciones, delirios, errores de juicio y conducta, etc.). En el caso de los hombres esto se invierte y se observa que el 56% fue ingresado por otros motivos y el 44% fue ingresado por riesgo suicida.

Se observó diferencia significativa en cuanto al diagnóstico [$X^2=31(9), p.000$] : El 33% de las mujeres y el 44% de los hombres tuvieron diagnóstico de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes persistentes y trastorno esquizoafectivo. En las mujeres el segundo diagnóstico predominante fue trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (21%), seguido de los trastornos afectivos en los que se incluye el trastorno depresivo mayor (16%). En los hombres, el segundo y tercer diagnóstico presentado fueron trastorno por abuso de sustancias (18%) y trastorno mental orgánico debido a lesión o disfunción cerebral (16%).

Se observó diferencia significativa en la edad de los sujetos [$X^2=4.9(1), p.02$]: las mujeres tuvieron una media de 34 años con una DS de 10 y los hombres tuvieron una media de 31 años con una DS de 9.6. La media de el número de intentos suicidas en mujeres fue de 2.55 con una DS de 3.7 para mujeres y en hombres fue de 2.10 con una DS de 6.3.

DISCUSIÓN.

Lo observado en este estudio en cuanto a características sociodemográficas coincide con lo reportado por Bardet(1997), Beck(1999) y Kaplan(2001) quienes consideran que los factores que se presentan en los individuos con riesgo suicida son: ser soltero, tener una historia de intentos suicidas previos especialmente con uso de métodos letales (ahorcamiento, uso de armas de fuego y punzocortantes, ingesta de medicamentos, arrojarse de grandes alturas, etc), tener además un diagnóstico psiquiátrico y consumir alguna sustancia (Vg. Alcohol).

Con relación a la edad, nuestras observaciones se encuentran dentro de lo reportado por Jiménez Genchi (1997) donde refiere que el grupo etáreo más afectado es de 15 a 34 años. Nosotros encontramos que en las mujeres la edad promedio fue de 34 años y en hombres de 31 años.

Jiménez Genchi (1997) menciona que entre los que intentan suicidio hay muchos desempleados y sin pareja; Nosotros encontramos que más de la mitad de los sujetos incluidos en el estudio eran solteros. Pero en cuanto a la ocupación, una tercera parte de las mujeres y la mitad de los hombres tenían un empleo remunerado. El 40% de hombres y solo el 20% de mujeres no tenían empleo.

En lo referente a métodos de intento suicida se ha reportado en primer lugar el uso de armas punzocortantes, seguidos de ingesta de medicamentos y ahorcamiento tanto en hombres como en mujeres (Jiménez, 1997). Kaplan (2001) describe en primer lugar el uso de armas de fuego tanto en hombres como en mujeres, seguido de ahorcamiento y envenenamiento en hombres e ingesta de sustancias y ahorcamiento en mujeres. Nosotros encontramos diferencias en los métodos de

suicidio ya que los hombres en primer lugar utilizan armas de fuego y punzocortantes seguidos de ingesta de medicamentos y arrojarse de grandes alturas; en el caso de las mujeres es más frecuente la ingesta de medicamentos seguido de uso de armas y arrojarse de grandes alturas. Nuestras observaciones coinciden con lo que cometa Farberow et.al. (1969) quienes describen que entre los métodos más utilizados por aquellos que atentan contra su vida está la ingesta de medicamentos y el uso de armas de fuego y punzocortantes.

Respecto al diagnóstico psiquiátrico Virkkunen (1974) describió que la frecuencia de intento suicida ha sido alta en todas las categorías de trastornos psicóticos con excepción del trastorno esquizofreniforme orgánico y Lecrubier (2001) describe que los diagnósticos psiquiátricos clásicamente asociados al suicidio incluyen trastorno depresivo mayor, esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias. Nosotros observamos que una tercera parte de mujeres y casi la mitad de los hombres tuvieron diagnóstico de esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes persistentes y trastorno esquizoafectivo. Pero observamos diferencia en los diagnósticos que siguen ya que en las mujeres el segundo diagnóstico predominante fue trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, seguido de los trastornos afectivos. En los hombres, el segundo y tercer diagnóstico presentado fueron trastorno por abuso de sustancias y trastorno mental orgánico debido a lesión o disfunción cerebral. Finalmente solo el 1% de hombres y mujeres presentaron diagnóstico de trastorno esquizofreniforme orgánico.

En relación a los niveles de desesperanza alta encontrados en mujeres coincide con lo reportado por Mondragón (1998) e Ibarra (2000), quienes consideran como factores de riesgo suicida en población mexicana el ser de sexo femenino y presentar desesperanza.

CONCLUSIONES.

Por medio de la Escala de Riesgo Suicida se identificó riesgo suicida en hombres y mujeres, pero es mayor en mujeres (media:8.22) que en hombres (media: 7.03).

Según la Escala de Riesgo Suicida, el 69% de mujeres y el 65% de los hombres presentaron RS. Comparado con el riesgo suicida detectado a través de entrevista clínica (55% de mujeres y 44% de hombres), entre un 10 y 20% de los pacientes con riesgo suicida NO son identificados durante ésta última.

Tanto en hombres como en mujeres el grado de desesperanza total en la Escala de Desesperanza de Beck, se asocia con riesgo suicida leve, sin embargo en mujeres fue mayor (8.29) en comparación a los hombres (7.15).

Dentro de la Escala de Desesperanza de Beck, las mujeres presentan mayor puntaje en el factor motivacional (3.52), comparado con el puntaje de los hombres (2.85). Probablemente a esto se debe que las mujeres presentan mayor riesgo suicida.

En la Escala de Desesperanza de Beck, las mujeres presentaron desesperanza leve a moderada y los hombres entre mínima y leve. Las mujeres presentan en un 17% desesperanza alta, mientras que los hombres la presentan en un 9% solamente.

La comparación entre grupos genéricos fue significativa, en cuanto a edad, Escala de Riesgo Suicida y factor motivacional de la Escala de Desesperanza de Beck. Ambas escalas, Escala de Desesperanza de Beck y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, son útiles para la medición del riesgo suicida.

Se debiera considerar la posibilidad de incluir las escalas utilizadas en el presente estudio para obtener una valoración más objetiva sobre el riesgo suicida que realmente presentan los pacientes que acuden a un servicio de urgencias.

REFERENCIAS.

1. ASBERG M, THOREN P, TRASKMAN L: Serotonin depression-A biochemical subgroup within the affective disorders?. *Science*, 191: 478-480, 1976.
2. BARDET M: El suicidio. Editorial Esenciales Paradigma. España, 1997: 3-57.
3. BECK AT: Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry*, 9: 324-335, 1963.
4. BECK AT: Depression: Causes and treatment. Philadelphia University of Pennsylvania Press, 1970.
5. BECK AT, BECK JS, STEER RA, NEWMAN CF: Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life Threat Behav*, 23: 139-145, 1993.
6. BECK AT, BROWN GK, STEER RA: Suicidal ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav*, 29: 1-9, 1999.
7. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Assessment of suicidal intention: The scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47 (2): 343-352, 1979.
8. BECK AT, WEISSMAN A, LESTER D, TREXLER L: The measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consul Clin Psychol*, 42 (6): 861-865, 1974.
9. BOBES J, G-PORTILLA MP, BASCARÁN MT: Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. *Ars Médica*. 2ª edición. España, 2002: 59, 64.
10. BORGES G, ROSOVSKY H, CABALLERO MA, GÓMEZ C: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales, Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994: 15-21.
11. BRODSKY B, MALONE K, ELLIS S: Characteristics of Borderline Personality Disorder associated with Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*, 154 (12): 1715-1719, 1997.
12. BRODSKY B, OQUENDO M, ELLIS S, HAAS GL, MALONE KM, MANN JJ: The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with Major Depression. *Am J Psychiatry*, 158 (11): 1871-1877, 2001.
13. CATALDO-NETO A, MORELLI LB, MENEZES F: Paciente Suicida. En: Fritscher CC, Chatkin JM, Wainstein R (eds). *Manual de Urgencias Médicas*. Epipucrs, Porto Alegre. 509-515, 2002.
14. CHIOQUETA AP, STILES TC : Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3): 105-112, 2003.
15. DERVIC KM, OQUENDO MA, GRUNEBAUM MF, ELLIS S, BURKE AK, MANN JJ: Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*, 161 (12): 2303-2308, 2004.
16. DUNNER DL: Correlates of suicidal behavior and Lithium treatment in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 65 (10): 5-10, 2004.
17. FARBEROW N, SHNEIDMAN E: Necesito ayuda. *La Prensa Médica Mexicana*. México, 1969.

18. FORMAN EM, BERK MS, HENRIQUES GR, BROWN GK, BECK AT: History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161 (3): 437-443, 2004.
19. FROMM E: Anatomía de la destructividad humana. Siglo Veintiuno Editores. 13ª ed. México, 1989: 113-133.
20. GAYNES BN, WEST SL, FORD CA, FRAME P, KLEIN J, LOHR K: Screening for suicide risk in adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 140 (10): 822-835, 2004.
21. GONZÁLEZ S, DÍAZ A, ORTIZ S: Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23 (2): 21-29, 2000.
22. GUIBERT W: Prevención de la conducta suicida en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 18 (2): 1-14, 2002.
23. GUTIERREZ-GARCÍA A, CONTRERAS C, OROZCO-RODRÍGUEZ R: El Suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5): 66-74, 2006.
24. HACKER F: Agresión; La brutal violencia del mundo moderno. Ediciones Grijalbo. España, 1973: 117-177.
25. HAWTON K, HOUSTON K, TOWNSEND E: Comorbilidad de los trastornos de los Ejes I y II en pacientes que efectuaron tentativas de suicidio. *Am J Psychiatry*, 160: 1494-1500, 2003.
26. HENDIN H: Suicide in America. New York: Brunner, Mazel, 1997. Pp: 32-42.
27. IBARRA ALCANTAR C, PEÑALOZA I, JIMENEZ GENCHI A, DIAZ CEBALLOS MA: Desesperanza y depresión en sujetos hospitalizados por intento suicida. *Psiquis*, 9(4): 79-83, 2000.
28. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA: Estadística de intentos de suicidio y suicidios. México. Cuaderno 8: 20-25, 2002.
29. JIMENEZ-GENCHI A: Depresión, desesperanza e intento suicida. *Psiquiatría*, 13: 74-77, 1997.
30. JIMENEZ GENCHI A, SENTÍES H, ORTEGA H: Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. *Salud Mental*, 20(1): 36-41, 1997.
31. KAPLAN H: Sinopsis de Psiquiatría. Editorial Médica Panamericana. 8ª edición. España, 2001: 1423-1425.
32. LAZARD SP: Probabilidad de riesgo suicida en adolescentes masculinos que hayan perdido al padre por muerte o por abandono. Tesis del Doctorado en Psicología, UNAM, 1988.
33. LAMBERT MT. Suicide risk assessment and management: focus on personality disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 16 (1): 71-76, 2003.
34. LECRUBIER Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*, 16: 395-399, 2001.
35. LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMAN D: Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cogn Ther Res*, 11: 1-12, 1987.
36. MADINSON: Suicide: Prevention: a resource and planning guide. Berkan WA ed. Wiscosin, 1986: 17-26.

37. MANN JJ, WATERNAUX C, MALONE KM: Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*, 156: 181-189, 1999.
 38. MENNINGER K: El hombre contra sí mismo. Ediciones Península. Barcelona, 1972: 15-77.
 39. MONDRAGÓN L, BORGES G, GUTIÉRREZ R: La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6): 4-15, 2001.
 40. MONDRAGÓN L, SALTIJERAL MT, BIMBELA A, BORGES G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21 (5): 20-27, 1998.
 41. MOSCICKI EK: Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*, 25: 22-35, 1995.
 42. MULLER-OERLINGHAUSEN B: Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251: 1172-1175, 2001.
 43. OQUENDO MA, STANLEY B, ELLIS S, MANN JJ: Protection of human subjects in intervention research for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 161 (9): 1558-1563, 2004.
 44. PLUTCHIK R, VAN PRAGA HM, CONTE HR, PICARD S: Correlates of suicide and violence risk: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (4): 296-302, 1989.
 45. RADOMSKY ED, HAAS GL, KESHAVAN MS, SWEENEY JA: Suicidal behavior before the first hospitalization in psychotic disorders. *Schizophr Res*, 24: 256-261, 1997.
 46. RADOMSKY E, HAAS G, MANN J: Suicidal behavior in patients with Schizophrenia and other Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry*, 156 (10): 1590-1595, 1999.
 47. ROY A: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 158 (8): 1215-1219, 2001.
 48. RUBIO G, MONTERO I, JÁUREGUI J, VILLANUEVA R: Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*, 61 (2): 143-152, 1998.
 49. RUDD MD, JOINER T, RAJAD MH: Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *J Abnorm Psychol*, 105: 541-550, 1996.
 50. STORR A: La agresividad humana. Alianza Editorial. Madrid, 1970: 16-30.
 51. TECLA JA: Antropología de la violencia. Ediciones Taller Abierto. 2ª ed. México, 1995: 7-40.
 52. TRASKMAN L, ASBERG M, BERTILSSON L, SJÖSTRAND L: Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 38: 631-636, 1981.
 53. VIRKKUNEN M: Suicides in schizophrenia and paranoid psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 250: 1-305, 1974.
- VOLAVKA J: *Neurobiology of Violence*. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC, 1995: 49-58.

Cuadro 1.- Características sociodemográficas de los pacientes estudiados por grupo genérico (n=240)

		Femenino (n=120)		Masculino (n=120)		Totales (n=240)	
		n	%	n	%	n	%
Residencia	D.F.	75	63	75	63	150	62
	Foráneo	45	37	45	37	90	38
Religión	Católica	88	73	84	70	172	72
	Cristiana	10	8	15	13	25	10
	Otra	6	5	5	4	11	5
Ocupación*	Ninguna	16	14	16	13	32	13
	Ninguna	25	20	48	40	73	30
	Hogar	56	47	4	3	60	25
Edo. Civil **	Remunerada	39	33	68	57	107	45
	Soltero	61	51	87	73	148	61
	Casado	36	30	24	20	60	25
	Divorciado	6	5	5	4	11	5
	Viudo	5	4	1	1	6	3
Escolaridad	Unión libre	12	10	3	2	15	6
	Ninguna			4	2	4	2
	Primaria	24	20	22	19	46	19
	Secundaria	39	32	50	37	89	37
	Medio Sup.	37	30	24	25	61	25
	Licenciatura	20	18	20	17	40	17

* [$X^2=60(2)$, p.000]

** [$X^2=15(4)$, p.004]

Cuadro 2.- Características clínico-médicas de los pacientes estudiados por grupo genérico (n=240)

		Femenino (n=120)		Masculino (n=120)		Total (n=240)	
		n	%	n	%	n	%
Método IS*	Ninguno	32	27	61	51	93	39
	Medicamentos	25	21	9	8	34	14
	Arma	16	13	15	12	31	13
	Altura/metro	4	3	7	6	11	5
	Ahorcamiento	1	1	3	2	4	1
	Dos o más de los anteriores	42	35	25	21	67	28
Motivo	RS	67	55	53	44	120	50
	Sin RS	53	44	66	56	120	50
Diagnóstico **	Esquizofrenia, T. Ideas delirantes, T. esquizoafectivo	39	33	53	44	92	38
	T. Esquizofreniforme Orgánico	1	1	1	1	2	1
	T. Afectivos	19	16	4	3	33	14
	T. Orgánicos	17	14	21	16	38	15
	T. Ansiedad	6	5	1	1	7	3
	T. personalidad	26	21	12	10	38	15
	T. Abuso de Sustancias	6	5	21	18	27	10
	Retraso Mental	1	1	3	3	4	1
	T. Bipolar	4	3	4	4	8	3
	T. del puerperio	1	1			1	1

* [$X^2=22(5)$, p.000]

** [$X^2=31(9)$, p.000]

Cuadro 3.- Descripción y comparación de las características sociodemográficas y clínicas numéricas entre grupos genéricos y de los resultados de los instrumentos aplicados (n=120)

	FEMENINO				MASCULINO				ANOVA		
	media	ds	min	max	media	ds	min	max	F	gl	p
Edad * (años)	34	10.4	19	56	31	9.6	18	55	4.9	1	.02
Número intentos	2.55	3.7	0	20	2.10	6.3	0	60			
Tiempo transcurrido con la idea (meses)	6	32.27	0	328	5	24.18	0	206			
Tiempo transcurrido desde el último IS (meses)	7.8	33.8	0	328	7.9	28.5	0	328			
Escala de Riesgo Suicida **	8.22	3.8	0	14	7.03	3.5	0	14	6.18	1	.01
Factor afectivo	1.49	1.6	0	5	1.20	1.5	0	5			
Factor motivacional ***	3.52	2.5	0	8	2.85	2.3	0	8	4.12	1	.03
Factor cognitivo	2.82	1.5	0	5	2.49	1.4	0	5			
Desesperanza total	8.29	5.3	0	20	7.15	4.8	0	20			

* [$X^2=4.9(1)$, p.02]

** [$X^2=6.18(1)$, p.01]

*** [$X^2=4.12(1)$, p.03]

Cuadro 4.- Descripción de la interpretación y asociación de los resultados de las escalas aplicadas por grupo genérico (n=120)

		Femenino		Masculino		Totales	
		n	%	n	%	n	%
Escala de RS*	Con RS	83	69	78	65	161	67
	Sin RS	37	31	42	35	79	33
Escala de Desesperanza	Mínima	22	18	33	28	55	23
	Leve	52	43	45	37	97	40
	Moderada	26	22	31	26	57	24
	Alta	20	17	11	9	31	13

*[$X^2=37(3)$, p.000]

Gráfica 1.- Descripción de los resultados en las escalas aplicadas por grupo genérico (n=240)

