

11241

17
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

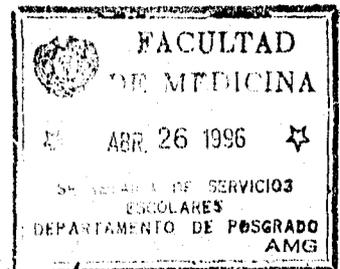
TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN PSIQUIATRIA GENERAL

NOMBRE DE LA TESIS

**LOS INTENTOS SUICIDAS Y AUTOAGRESIONES EN PACIENTES
PSIQUIATRICOS DE UN CENTRO PENITENCIARIO.
RELACIONES CON LA IMPULSIVIDAD.**

ALUMNO: Dr Alberto López Díaz.

TUTORES:



[Signature]

Dr Héctor Ortega Soto
(Teórico)

[Signature]

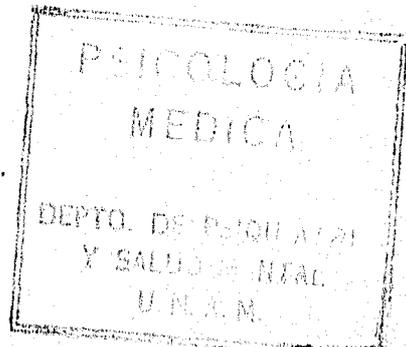
Dr Francisco Pérez Agraz
(Metodológico)

[Signature]

Co-Tutor: Dr Héctor Sentíes Castela.

Instituciones Participantes:

Reclusorio Preventivo Sur. Departamento del Distrito Federal.
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez. Secretaría de Salud
División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría.



ADM.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

INTRODUCCION	2
ANTECEDENTES GENERALES.	3
SUICIDIO EN MÉXICO.	4
FACTORES DE RIESGO	4
Factores Sociales	4
Trastornos Psiquiátricos	5
Trastornos Somáticos	6
Factores Genéticos	6
Factores Biológico	6
INTENTO SUICIDA	7
SUICIDIO EN PRISIONES	8
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS.	12
MATERIAL Y METODOS	13
Diseño	13
Universo y Muestra	13
CRITERIOS DE INCLUSION	13
CRITERIOS DE EXCLUSION	14

INTRUMENTOS	14
PROCEDIMIENTO	14
ANALISIS ESTADISTICO	15
CONSIDERACIONES ETICAS	15
RESULTADOS	15
DISCUSION Y CONCLUSIONES	17
BIBLIOGRAFIA	20
TABLAS Y FIGURAS	24
ANEXO # 1	28

INTRODUCCION.

A lo largo de la historia, el suicidio ha estado presente como una manifestación compleja de los sentimientos humanos, despertando entre los espectadores actitudes diversas, que van desde la remota aceptación hasta la condenación del acto, interrelacionándose con ello conceptos generales y particulares, culturales, religiosos y existenciales.

El suicidio es un acto rápido y violento, que representa la culminación fatídica de un problema complejo, cuyas determinantes aún se encuentran en estudio y están siendo abordadas desde las perspectivas biológica, psicológica y social. De esta manera la investigación pretende esclarecer los orígenes y curso del problema con el propósito de poder intervenir anticipadamente y dejar de partir del final de la vida.

Hasta el momento, las investigaciones han señalado factores de riesgo entre los que se incluyen aspectos sociales, legales (encarcelamiento), trastornos psiquiátricos, factores psicológicos, genéticos y biológicos.

Sin duda alguna, el mejor indicador de riesgo suicida es el intento suicida. Este por si solo representa un problema al que con dificultades se ha aproximado la salud pública. El estudio enfocado al intento suicida, no sólo ha destacado su relación con el suicidio consumado, sino que, partiendo de sus determinantes, ha ampliado el campo comprendido por la conducta suicida.

Recientemente, el campo de la investigación ha comenzado a converger con correspondencias entre aportaciones biológicas y conceptos psicopatológicos básicos como son la agresión, impulsividad y estados de ánimo, ya que el intento y la consumación suicida coinciden en ser, generalmente, el resultado de una condición psicopatológica previa.

El estudio del riesgo suicida en pacientes psiquiátricos encarcelados por delitos sancionados jurídicamente, nos permite analizar una población potencialmente suicida, donde la enfermedad psiquiátrica y la conducta violenta e impulsiva se enlazan para dar como resultado el intento suicida, pudiendo llegar al suicidio consumado.

La aplicación de la información que se genera del estudio de poblaciones particulares con riesgo suicida, permitirá la planificación de estrategias acertadas y eficientes en la atención preventiva y terapéutica de la conducta suicida.

ANTECEDENTES GENERALES.

El suicidio como forma de muerte violenta y poco usual, se ha registrado a lo largo de la historia. En las diferentes culturas, se ha considerado que las situaciones que conducen al individuo a esta practica fatal incluyen: la muerte de un ser querido, el miedo al castigo, la esclavitud, el remordimiento, el sentimiento de vergüenza u orgullo herido, el coraje y la venganza.

Esquirol, refiere que el hombre que atentaba contra su vida se encontraba en pleno delirio y por lo tanto era un alienado. (1).

De acuerdo con el psicoanálisis la base teórica del suicidio radica en el impulso agresivo, destructivo o instinto de muerte que al buscar constantemente su descarga o reposo puede encontrar su expresión en el suicidio (2). A partir de esta premisa freudiana se extienden concepciones psicoanalíticas de otros autores, describiendo tres componentes de la hostilidad en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de que lo maten a uno y el deseo de morir (3).

Se estima que aproximadamente 1000 personas se suicidan diariamente en el mundo (3). En la mayoría de los países, el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad general, y en una elevada proporción se ubican entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de los 15 a 34 años de edad (4).

En los últimos 25 años se ha generado un crecimiento general promedio de 37% , con un rango de 66% a 437% en la mortalidad por suicidio (5). Por otro lado es constante encontrar en todos los países, tasas más elevadas para el sexo masculino (5).

Sainsbury en 1960 encontró que condiciones sociales, como tasas de elevadas de divorcio, desempleo y homicidios, se relacionan con incrementos en las tasas de suicidios. Posteriormente se agregaron otras dos variables, el consumo de litros de alcohol per cápita y el porcentaje de población afiliada a la iglesia. De esta

manera un conjunto de cambios sociales profundos, coincidentes con el desarrollo del país, se asocia a un aumento en la incidencia de suicidios (4).

SUICIDIO EN MÉXICO.

En México, la epidemiología de la conducta suicida, tiene también sus características particulares. Borges (6) hace notar que la tasa de suicidios en la República Mexicana es de las más bajas del mundo, con diferencias importantes no sólo con los países de Europa y Asia sino también con los países latinoamericanos (7). El suicidio en México no se ubica dentro de las primeras 20 causas de mortalidad en general, pero si se elimina a la población menor de 15 años, aparece como la causa número 14 de mortalidad productiva (8).

Desafortunadamente, en México se acentúan las dificultades en el registro estadístico señalado por Borges (6), la presencia de información contradictoria de las fuentes de información, apareciendo como más confiable la obtenida en los certificados de defunción que la emitida por el poder judicial. La situación es aún peor para el reporte de intentos suicidas.

Un reciente estudio, realizado en la unidad de cuidados especiales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" de la ciudad de México, concluye que la variable impulsividad tiene una tendencia a ser más elevada en pacientes con intento suicida que en pacientes sin intento suicida (37).

FACTORES DE RIESGO.

Ha sido la epidemiología, a través del estudio de las variaciones de las enfermedades dentro de una población, lo que nos ha llevado a conocer aquellas características de los individuos que se asocian con mayor probabilidad a una conducta suicida. Este concepto estadístico, conocido como factor de riesgo es fundamental en el estudio del espectro suicida.

Factores Sociales:

En 1897 Durkheim publicó el primer estudio epidemiológico del suicidio, estableciendo desde entonces una relación inversamente proporcional entre las tasas de suicidio y el grado de integración de los grupos sociales,

conclusión a partir de la cual propuso la existencia del suicidio egoísta, anónimo y altruista (10). Posteriormente, se observó que no solo los aspectos sociales, culturales y socioeconómicos de un país estaban relacionados con la frecuencia de suicidio sino también la etapa de desarrollo en que se encontraba (4). Esto explicaría parcialmente las diferencias encontradas entre Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia y los países latinoamericanos y árabes.

La investigación en esta área ha delineado el perfil del suicidio. Así tenemos que las tasas de suicidio se incrementan con la edad y son más elevadas en el sexo masculino, quienes a su vez utilizan los métodos más violentos, destaca también su mayor incidencia en individuos solteros, divorciados o separados, desempleados y con escasos vínculos familiares, sociales y religiosos (11).

Así también se ha atestiguado un incremento en la incidencia de suicidios durante crisis económicas nacionales y eventos adversos en un país, como lo fueron la gran depresión de 1929 en Estados Unidos y en Europa como consecuencia de las dos guerras mundiales.

En diversos estudios esta bien establecido que el suicidio es mucho mayor en individuos que se encuentran privados de su libertad por algún delito sancionado por la ley, que aquellos de la población en general (24).

Trastornos Psiquiátricos:

En 1957, Robins et al, (11). realizó el primer estudio sobre los aspectos clínicos del suicidio. Mediante entrevistas sistemáticas y cuidadosas con personas cercanas a la víctima y criterios diagnósticos operacionales, encontró que el 94% de los sujetos estudiados se trataba de portadores de alguna enfermedad psiquiátrica, predominantemente depresión mayor recurrente (45%) o alcoholismo crónico (23%), (11). Dorpat et al, en 1960 encontró trastornos psiquiátricos en el total de 108 suicidios en Seattle: depresión 30%, alcoholismo 27%, esquizofrenia 12% y trastornos de personalidad 9% (12). Barraclough estudio cien casos de suicidios ocurridos entre 1966 y 1968 en West Sussex y Portsmouth, Inglaterra; de manera similar entrevistó a personas cercanas a la víctima y se recopiló información de registros médicos, psiquiátricos y patológicos; los diagnósticos fueron realizados por tres psiquiatras en forma independiente. Se encontró enfermedad mental en el 93% de la muestra, distribuida así: depresión 70%, alcoholismo 15%, esquizofrenia 3%, ansiedad fóbica 3%, dependencia a barbitúricos y psicosis esquizofrénica 1% para cada uno (Barraclough B., 1974).

Estos estudios demuestran que más del 90% de la población suicida padecían un trastorno psiquiátrica, en orden de frecuencia, depresión, alcoholismo y esquizofrenia.

Trastornos Somáticos:

Desde los primeros reportes se ha identificado la asociación entre suicidio y entidades somáticas, sobre todo enfermedades terminales, ya sea en combinación con trastornos psiquiátricos e incluso solos, entre ellos se incluye el cáncer en cualquiera de sus modalidades, SIDA, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismo craneoencefálico, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica y hepatopatía alcohólica (Barraclough, 1974; Roy, 1969; Dorpat, 1960).

Factores Genéticos:

Existen estudios familiares, en gemelos y de adopción que indican la participación de un factor genético, factor que parece correr independientemente al de la depresión o trastorno psiquiátrica en general y que podría estar asociado a los hallazgos en estudios postmortem (5).

Factores Biológico:

En la década de los sesenta, comenzaron a publicarse estudios sobre monoaminas y metabolitos en piezas cerebrales de suicidas como parte de la extensa investigación que se realizaba sobre depresión. A pesar de que estas mediciones postmortem conllevan varias limitaciones en los múltiples estudios llevados a cabo, fue constante el encontrar concentraciones bajas de serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el tallo cerebral mas no en la corteza cerebral (16). Este fue el primer índice de alteración en el recambio de serotonina. Con menor consistencia, también se ha encontrado que la actividad de la monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria, la cual guarda relación compleja con el sistema serotoninérgico, muestra disminución en alcohólicos suicidas (16).

INTENTO SUICIDA.

Se ha reconocido que el intento suicida es el mejor indicador de consumación suicida. Desde los primeros estudios hasta los más recientes, se ha destacado que el 30 y 60% de los suicidios tienen antecedentes de intentos previos (10).

Las tasas de intento suicida son diez veces mayores a las de suicidio. En los seguimientos de pacientes con intentos suicida, entre el 10 y 15% lo consumen en 5 años (13).

En términos generales las investigaciones coinciden en que son las mujeres menores de 35 años las que lo realizan con mayor frecuencia, dentro de un contexto reactivo a un evento vital adverso, empleando métodos de baja letalidad y de una manera impulsiva (3 y 4). En el 90% de los casos existe un trastorno psiquiátrico, con mayor frecuencia se menciona la depresión y trastornos de personalidad.

En México, los estudios registran que entre el 57 y 77% de los intentos suicidas son realizados por mujeres y casi la mitad tienen antecedente de intentos previos (17).

Brown en una muestra pequeña correlacionó concentraciones bajas de 5-HIAA en LCE con historia de conducta agresiva (18). Posteriormente, Linnoila (19), al trabajar con criminales (homicidas o que intentaron el homicidio) logro separar violencia de impulsividad, correlacionando mayormente este último con niveles bajos del metabolismo mencionado.

Estos hallazgos estimularon la investigación clínica respecto al papel de la impulsividad en la conducta suicida. A finales de la década de los sesenta y principios de los setentas se había hecho mención en diferentes reportes que las dos terceras partes de los intentos suicidas eran impulsivos, sin embargo, se trata de estudios poco controlados con su mayor limitante en una definición operacional de la impulsividad (20), este autor buscó además variables que diferenciaran a los individuos con intento suicida impulsivos, utilizando como criterios de acto suicida impulsivo una premeditación menor de 5 minutos ; obtuvo un 40% de intentos impulsivos y que a estos se asociaba menor estado de ánimo depresivo y menor deseo de morir . En una investigación más reciente con adolescentes , en quienes se considera que la mayor parte de la conducta suicida es impulsiva , Brown, utilizando como definición operacional de intento suicida dos items de la Escala de Intento Suicida de Beck,

detecto que los adolescentes no impulsivos, estaban significativamente mas deprimidos y desesperanzados que los impulsivos (18).

En las investigaciones de Plutchik (21), ha sido consistente la correlación entre impulsividad , riesgo suicida y de violencia; en los últimos años sus estudios se han enfocado a la identificación de variables que diferencien el riesgo suicida en la población impulsiva violenta y no violenta.

SUICIDIO EN PRISIONES.

Topp, señala un importante incremento de suicidios en prisiones, lo cual ha sido investigado en Norte América por diferentes autores (23). El porcentaje de suicidios en prisioneros fue estimado cuatro veces más frecuente que en la población en general, McClure (24), y este alto porcentaje es citado de igual manera por otros autores (44).

En Estados Unidos se encontró que el suicidio en la población penitenciaria era doce veces mayor que el de la población en general (39 y 40).

Freud en 1917, reporta el suicidio como una forma de agresión interna y por ello es más fácil que los prisioneros que tienen una historia de conductas agresivas, cometan suicidio.

La alta correlación entre conducta violentas y conducta suicida ha sido bien documentada epidemiológicamente por Holinger (27) , clínicamente por Tardiff y Apter (28 y 29), y psicodinámicamente por Plutchik (21), y apoya la noción de que ambos tipos de agresión pueden tener una base común. Estos mismos autores han reportado previamente correlación entre afecto, ansiedad, ira, impulsividad, riesgo de violencia y riesgo suicida y han hipotetizado que existen evidencias de que todas estas dimensiones psicopatológicas están relacionadas a una función serotoninérgica anormal (31).

Se ha visto que gran número de prisioneros se autoagreden con fines manipulatorios, sin embargo, la presencia de manipulación en prisioneros no se diferencia entre un intento suicida médicamente significativo de otro no significativo (32). Este mismo autor menciona que los pacientes estudiados presentaron pobre control de impulsos en otras áreas aparte de la autoagresión, la mayoría cometieron crímenes violentos, y cinco

cometieron homicidio. La alta frecuencia de abuso de sustancias también puede estar relacionada a la dificultad para el control de impulsos. También fue común la psicosis, cerca de tres cuartas partes de los pacientes fueron declarados por el psiquiatra con presencia de alucinaciones e ideación suicida.

La desesperanza y la desadaptación social fueron estudiadas en relación con el intento suicida, encontrándose como predictores del suicidio (33).

Investigadores sobre el tema, recomiendan que los prisioneros con historia de enfermedad psiquiátrica son potencialmente suicidas, pueden identificarse y vincularse por el servicio de psiquiatría mientras se encuentren encarcelados, siendo más probable que realicen el acto mientras se encuentre en una celda solos (34).

Linehan y Nielsen (13), estudiaron la desesperanza y desadaptación social, concluyendo que cuando existe una prolongada desadaptación social es mayor el porcentaje de conducta suicida fatal.

La tasa de suicidio en prisiones de Inglaterra y Gales, aumentó a finales de los ochentas, a cifras aproximadas de 90 a 100 por cada mil habitantes, del promedio de la población diaria (36). Esto es cerca de 8 veces más para hombres que en la población en general. de 1984 fue de 11.8 por 100 000 (38). En Estados Unidos, aunque la tasa de suicidios para hombres en prisiones federales y estatales es apenas una y media veces mayor que en la población en general (Lester, 1982), la tasa en prisiones locales es 16 veces mayor que en la población en general (Hayes, 1983). Se ha comentado que las prisiones locales en Estados Unidos (de estancia breve) prueban el potencial suicida de un grupo inclinado al suicidio y de esta manera tiende a detectar a los prisioneros con mayor peligro de un intento suicida, (40). Los reportes de estos países parecen indicar que la tasa de suicidios en prisioneros ingleses cae en el nivel más bajo del rango internacional (41, 42).

Algunos estudios (43, 44), indican que la población de prisioneros tienen un exceso de factores de riesgo conocido como parasuicidio. Los prisioneros son con más frecuencia hombres, solteros, con historia de enfermedades psiquiátricas o de abuso de alcohol y están en estado agudo de incertidumbre en relación al futuro y la alteración consecuente de los vínculos sociales. Por lo tanto no es sorprendente que la tasa de suicidios en prisioneros sea mayor que la de la población en general. No obstante al ingresar un delincuente a prisión, el tipo de cuidado es determinado por autoridades de la prisión, e independientemente de la causa posible, el hecho de

que el suicidio ocurra mas frecuentemente en prisión comparado con la población en general es una fuente de serio interés.

. El hecho de que el suicidio en prisiones involucre predominantemente a hombres en grupos de edades más jóvenes refleja la naturaleza de la población, aunque los suicidas de población general son predominantemente de mayor edad que la de los prisioneros (45). Puede ser que las mujeres estén subrepresentadas, aunque en vista de la pequeña proporción de mujeres en la población prisionera, ésta es difícil de evaluar. Los suicidios consumados suelen tener una historia en forma más frecuente de tratamiento psiquiátrica, ya sea en prisión o fuera de ella. El abuso de alcohol es más prevalente entre los suicidas prisioneros en relación con la población de prisioneros en general, al igual que la historia de intentos suicidas previos.

Aproximadamente el 90% de los suicidios en prisiones en Inglaterra ocurren por ahorcamiento, ya que este es el medio disponible más rápido y eficiente . El suicidio en prisiones ocurre mas frecuentemente entre la medianoche y las 8 AM (45), casi todos los suicidios ocurren cuando el individuo se encuentra solo en una habitación.

La predicción precisa del suicidio en un individuo en particular es oscurecida por los problemas de la predicción de falsos positivos y falsos negativos. Es probable que los esfuerzos por mejorar el entrenamiento del personal y los registros dentro de las prisiones tendrá mayor efecto que tratar de identificar individuos particulares que consumieron el suicidio (44). Un reporte en estados Unidos de Charle (46), identifico cinco requisitos para un programa de detención de suicidio en prisiones: 1-entrenamiento apropiado de los empleados y todo el personal para la detección de internos potencialmente suicidas ; 2-la creación de sistemas dentro de la prisión que identifiquen internos que requieran atención médica especializada; 3-programas médicos y psicológicos que permitan al personal tener acceso rápido y fácil a sus pacientes; 4-diseño interior de metas que no conduzcan a suicidios fáciles; 5-investigación formal de todos los suicidios, no solo para hacer recuentos sino también para proporcionar apoyo y un foro de identificación.

Más recientemente un equipo formado por el Inspector en jefe de prisiones para Inglaterra y Gales de su Majestad (36), recomendaron una serie de pasos designados para reducir el número de suicidios, y sugirieron que la primera responsabilidad de prevención individual debe de ser tomada por los médicos oficiales de la prisión. El inspectorado cree que el principal rol de el personal no médico es referir pacientes potencialmente

suicidas al médico de la prisión y que los empleados de la prisión deberán tener un papel especial en la identificación de aquellos con trastorno mental, abuso de sustancias, alcoholismo y riesgo suicida. El tipo de aspectos que el personal no médico debe vigilar, incluye cambios en la conducta, cambios en el estado de ánimo y negativismo a la ingesta de alimentos. Las medidas preventivas deben de incluir la ubicación en un lugar especial (dormitorios para hospitalización), vigilancia especial cada 15 min., restricción de trabajo y uso de herramientas, y referencias para su control psiquiátrico dándole manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico.

En 1984, la Oficina del Hogar Ingles (44), implemento nuevas guías para prevención del suicidio (Instrucción circular No. 20/1989). En la recepción, un individuo tiene que ser evaluado por un oficial del hospital y un médico, para detectar un nivel de riesgo suicida. Esto esta parcialmente hecho mediante un cuestionario que pregunta acerca de conductas suicidas previas, trastornos psiquiátricos previos, historia de uso de alcohol y sustancias, antecedentes conflictivos con la policía, alto riesgo de delitos (homicidios, agresiones sexuales, agresiones a niños), y nivel de apoyo social. El cuestionario también incluye un examen del estado mental. Siguiendo esto, el prisionero es clasificado en diferentes niveles de riesgo suicida.

Danto (23) editó una serie de escritos en Estados Unidos de Norte América describiendo conductas suicidas en prisiones para sentencias cortas. Hoff (47) demostró que hay un riesgo incrementado de suicidios para individuos en prisión en diversos países y que este riesgo es mayor tratándose de prisioneros en proceso (aún no sentenciados). Johnson (35) puntualizó que los prisioneros son un grupo peculiarmente deficiente en el soporte emocional externo, lo que produce que cuando se enfrentan al estrés hay un incremento de de otras formas de autoagresión.

En Escocia también se han reportado fenómenos similares. Entre Octubre de 1981 y Abril de 1985, hubo 7 suicidios en la institución de jóvenes delincuentes de Gleochil. Para el control o prevención de los suicidios, fue instituido un programa bajo la supervisión del Dr. Derec Chjiswick del departamento de salud de Escocia 1985. Entre las recomendaciones que proponen se menciona a la identificación de aquella serie de muchachos con riesgo especial por medio de una cuidadosa observación de factores adversos en el hogar reciente, ansiedad, incertidumbre, alteraciones en el ánimo, pérdida del interés y comentarios que indiquen decepción. El programa tiene como propósito tres niveles de cuidado, basándose en una identificación adecuada de los riesgos mediante una vigilancia permanente por parte del personal personal. Normalmente este tipo de cuidado no debe ser necesario por más de una semana, si esto pasa, el individuo tendrá un riesgo mayor, entonces el cuidado tendrá

que ser amplificado y trasladar al individuo al hospital de la prisión donde pueda ser atendido por enfermería bajo vigilancia en todo momento. Para los internos percibidos como portadores de un riesgo mayor de suicidio, el cuidado especial debe ser instituido en forma estricta bajo vigilancia estrecha de enfermería aún cuando el paciente esta en el baño. Se debe alentar al paciente a sostener relaciones amistosas e interpersonales .

Un punto que no emerge de la literatura en la prevención del suicidio en las instituciones, pero que es necesario enfatizar, además de identificar individuos con alto riesgo y hacer vigilancia policiaca, es el reducir tensiones, injusticias, verbalizar esperanza y escuchar. El ambiente de la prisión debe ser diseñado con el objetivo de prevenir la violencia auto y heterodirigida, donde la participación del psiquiatra es fundamental.

JUSTIFICACION.

El suicidio es un fenómeno frecuente en el medio penitenciario. Esto ha sido confirmado por los estudios de Topp (22), y apoyado en diversos trabajos (23).

La tasa de suicidio en prisiones de Inglaterra y Gales aumentó a finales de los 80 a aproximadamente 90 a 100 por cada 100 mil sujetos del promedio de la población penitenciaria diaria (36). Estos es cerca de 8 veces más para el sexo masculino que en la población general (24).

En un estudio previo que evalúa la impulsividad en el intento suicida de pacientes psiquiátricos, se demostró que los sujetos con intento suicida son más impulsivos que otros pacientes sin el intento (37).

La problemática suicida en sujetos con patología mental y convictos por diversos crímenes es relevante, y la identificación de posibles factores de riesgo para dicha conducta es prioritaria para la posible y posterior elaboración de estrategias preventivas.

OBJETIVOS.

1.- Determinar la incidencia de intentos suicidas en 1 año en una muestra de pacientes psiquiátricos reclusos en un centro penitenciario.

- 2.- Determinar las características demográficas y criminológicas asociadas a los intentos suicidas en una muestra de pacientes psiquiátricos reclusos en un centro penitenciario.
- 3.- Comparar los niveles de impulsividad de una muestra de pacientes psiquiátricos reclusos en un centro penitenciario con y sin intentos suicidas.
- 4.- Correlacionar los niveles de impulsividad con la gravedad del intento suicida de pacientes psiquiátricos reclusos en un centro penitenciario.

MATERIAL Y METODOS.

Diseño:

Se realizó una cohorte retrospectiva a 1 año para la determinación de las conductas autolesivas. En una segunda fase de análisis, se realizó un estudio comparativo entre los sujetos que presentaron el efecto (conductas autolesivas) y los que no lo presentaron.

Universo y Muestra:

La población blanco fue la totalidad de los sujetos clasificados dentro del área psiquiátrica del Reclusorio Preventivo Sur del Departamento del Distrito Federal. Esta área está designada para recibir internos de cualquier centro penitenciario del Distrito Federal que presente alguna patología psiquiátrica que amerite manejo especializado. La capacidad de los dormitorios psiquiátricos es de 200 sujetos. El Reclusorio Sur es una institución penitenciaria preventiva donde se encuentran sujetos del sexo masculino procesados o sentenciados por diversos delitos del fuero común y federal. La muestra fue de tipo censo en donde se incluyeron a todos aquellos internos que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Internos en el área psiquiátrica que tengan el historial de por lo menos 1 año continuo de reclusión en algún centro penitenciario.
- 2.- Que sepan leer y escribir.

3.- Que brinden el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1.- Sujetos con un cuadro psicótico agudo o alguna otra condición física o mental que haga imposible el interrogatorio.

INTRUMENTOS. (Anexo 1)

1.- Grafica diseñada *ad hoc* para obtener la historia personal de los internos con respecto a intentos suicidas y autoagresiones en los 12 meses previos a su evaluación.

2.- Escala de intento suicida de Beck (EIS) (9).

3.- Escala de Impulsividad de Plutchik (21). Este instrumento evalúa el control de los impulsos y consiste en 15 reactivos autoaplicados. El instrumento fué utilizado en un estudio previo en pacientes con intentos suicidas en un hospital psiquiátrico (37).

4.- Cuestionario de datos demográficos y criminológicos.

PROCEDIMIENTO.

El investigador principal detectó a los sujetos que cumplan con los criterios de inclusión y procedió a solicitar al interno su participación en la investigación. Posteriormente obtuvo los datos demográficos y criminológicos, tanto del interrogatorio directo como del expediente clínico del interno. Acto seguido procedió a obtener la relación de intentos suicidas y autoagresiones presentes en los últimos 12 meses de reclusión del interno, utilizando el gráfico diseñado para ello. La diferencia entre autoagresión e intento suicida fué establecida por el juicio clínico del evaluador, tomando en cuenta la intencionalidad de morir presente en el acto. Finalmente, el investigador entregó al interno la escala de impulsividad para que fuera completada.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se procedió en primer lugar a la descripción general de variables, utilizando media y desviación estandar para las variables continuas, y polígonos de frecuencia para las categóricas.

Como medida epidemiológica para la descripción de los índices de suicidio y autoagresiones se utilizó la densidad de incidencia.

Se realizarán comparaciones entre los sujetos con intentos suicidas reales, autoagresiones y sin dichos fenómenos utilizando T de student para el contraste de medias y chi cuadrada para los contrastes categóricos.

Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para relacionar los índices de impulsividad con el número de intentos suicidas y autoagresiones.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El estudio realizado no viola ninguno de los estatutos establecidos en la Declaración de Helsinki para investigación en humanos (versión actualizada de 1984), pues no implicó ninguna maniobra que representara riesgo para el paciente. Se garantizó la total confidencialidad en los datos obtenidos.

RESULTADOS.

Se evaluaron en total a 123 sujetos, todos del sexo masculino. De ellos 73(59.3%) estaban catalogados como pacientes agudos y 50(40.7%) como crónicos. La edad promedio fué de 31.7 ± 8.9 , con 7.4 ± 3.2 años de escolaridad. En la figura #1 se muestran los delitos principales por los que se produjo la convicción. La edad promedio al cometer el primer delito fué de 25.1 ± 8.8 años. El tiempo promedio de sentencia fué de 79.6 ± 76.8 con un rango de 4 hasta 400 meses. El resto de las variables sociodemográficas se muestran en la tabla #1.

La densidad de incidencia de intentos suicidas en 1 año fué de 8.9%, mientras que la incidencia de autoagresiones en el mismo periodo fué de 23.5%.

En la figura #2 se muestra la distribución de los intentos suicidas y autoagresiones a lo largo de los 12 meses que comprendió la investigación.

Los pacientes con conductas autodestructivas no mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad (32.4505 ± 9.527 $n=91$ vs 29.5333 ± 6.653 $n=30$, $t=1.55$ $gl=119$ $p=.123$), lugar que ocupa el sujeto en la familia (4.9155 ± 10.789 vs 3.0870 ± 2.410 , $t=.80$, $gl=92$, $p=.424$), y de especial importancia es que no difirieron en cuanto a los niveles de impulsividad medidos por la escala de Plutchik (13.8681 ± 6.276 $n=91$ VS 14.4667 ± 6.090 $n=30$, $T=-.46$, $gl=119$, $p=.649$).

Los sujetos con conductas autodestructivas tuvieron significativamente menos años de escolaridad (6.1 ± 2.6) que los sujetos que no las presentaron (7.9 ± 3.3) ($t=2.62$, $gl=112$, $p=.010$). También se encontró que los sujetos con conductas autodestructivas habían cometido su primer delito a una edad significativamente más temprana que aquellos que no las tuvieron (26.5 ± 9.0 vs 20.7 ± 6.6 , $t=2.76$, $gl=86$, $p=0.007$). En este mismo sentido, se encontró un tiempo de sentencia significativamente menor para aquellos con conductas autodestructivas (40.9 ± 43.4 VS 87.4 ± 83.6 , $t=2.66$, $gl=98$, $p=.009$).

Los internos con conductas autolesivas provenían significativamente más frecuente de ciudades medianas (60%) mientras que los que no tuvieron conductas provenían de una gran ciudad (78.3%) (Chi cuadrada 11.70647 , $gl=5$, $p=.0390$). No se encontraron diferencias en cuanto a la situación de jefe de familia, a la religión,

a la presencia de ocupación antes de ser convicto, a los antecedentes familiares de delitos o de enfermedades mentales. El tipo de delito cometido tampoco mostró asociación con la presencia de las conductas autoagresivas.

El promedio de la severidad del intento suicida de los 11 sujetos que lo presentaron, de acuerdo a la escala de Beck fué de 16.7 ± 4.4 , mientras que el promedio de la escala de riesgo rescate fué de 5.6 ± 2.2 .

Cuando se compararon a los internos con conductas autoagresivas contra los que tuvieron intentos suicidas, no se encontraron diferencias en edad, escolaridad, ocupación, tiempo de sentencia e impulsividad.

En el análisis de correlación, la impulsividad no mostró relación significativa con ninguna de las variables analizadas.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El presente trabajo encontró una incidencia anual de intentos suicidas de 8.1% y de autoagresiones sin fines suicidas de 23.5%. No tenemos cifras en población abierta o en poblaciones criminales para poder afirmar que esta tasa es elevada. Si la comparamos con la tasa de suicidio consumado, que se estima en nuestro país alrededor de 2.5 por cada 100,000 habitantes, la cifra sería estratosféricamente mayor en la población bajo estudio. Es importante mencionar que en el periodo de seguimiento sólo se produjo un suicidio consumado.

La distribución de intentos suicidas a lo largo del año fué prácticamente homogénea, pero hubo un incremento que llama la atención en el mes de septiembre de 1994. Este tipo de situación pudo haber estado

relacionado con algun estresor institucional (del cual no tenemos conocimiento), aunque algunos autores se han referido a la estacionalidad de los trastornos afectivos y por ende la conducta suicida (48).

El hecho de que no se encontraron diferencias en cuanto a la impulsividad entre pacientes con conducta autolesiva y sin ella puede explicarse de varias formas: La primera es que por ser una población convicta y con enfermedad mental, la variable "impulsividad" se distribuye de forma homogénea entre todos los sujetos. Esta no es una determinante directa de la autoagresión, sino más bien, la autoagresión es sólo una manifestación más del poco control de los impulsos, pero en otros sujetos la impulsividad toma otros caminos como la heteroagresividad, el abuso de sustancias, etc. La segunda posibilidad es que el instrumento diseñado por Pluchik (21) tenga una validez de constructo cuestionable, y que por ende, o bien no se refiere específicamente a la impulsividad en sí, o bien, sólo evalúa algún aspecto de la impulsividad que no es relevante para la conducta suicida. Este último punto pudiera ser factible, tomando en consideración que los hallazgos de Jimenez (37) tampoco asociaron a la conducta impulsiva con el intento suicida en población psiquiátrica.

Diversas variables demográficas y especialmente las criminológicas se asociaron más con el intento suicida en la población estudiada. La menor escolaridad entre pacientes suicidas no es referida en la literatura como un factor de riesgo específico (48) pero en la población altamente seleccionada que se estudió, pudiera reflejar una serie de factores socioeconómicos y culturales que hagan al sujeto más vulnerable al estresor de la institución penitenciaria.

La asociación de la edad menor al cometer el primer delito entre internos con conducta autoagresiva pudiera estar reflejando de manera indirecta la presencia de alguno de los trastornos de la personalidad del grupo B (antisocial o límite), cuya asociación con los intentos suicidas ha quedado claramente establecida (49). Esto

también es compatible con el hecho de que los suicidas tengan un tiempo de sentencia más corto, lo cual habla de que posiblemente se encuentran apenas en la fase de adaptación a la institución y sus mecanismos de defensa y soportes sociales son insuficientes para enfrentar el estresor (47).

La población que se estudió, es decir, enfermos mentales con conducta criminal, es un grupo especial, con características diferentes del resto de los criminales y enfermos mentales. Este apunte es necesario en términos de la generalización posible que se pretenda hacer de los resultados. Sin embargo, el grupo en particular es de importancia penitenciaria especial, pues su manejo y readaptación representan un reto profesional altamente difícil de resolver.

El suicidio en prisiones se estima 8 veces más frecuente en las prisiones que en la población general en países desarrollados (50). Esto nos refleja la serie de factores de riesgo suicida que se concentran en estos sujetos, cuyo estudio merece mucho más atención de la que se le ha prestado en nuestro país. De la percepción correcta de la realidad, se podrán instaurar programas de detección oportuna del interno en riesgo y de el rescate de la crisis que pudiera terminar con su vida.

BIBLIOGRAFIA.

1. Ackernrecht R. Breve Historia de la Psiquiatria. Buenos aires, 1964.
2. Farberow N, Shneidman E. Necesito Ayuda, La Prensa Medica mexicana, Mexico 1969.
3. Roy A. Suicide. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. 5, H I Kaplan, B Sadock, editors. Wiliams, Baltimore, 1989.
4. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psych Scand 1993: suppl:371:9-20.*
5. Klerman G. Clinical epidemiology of suicide. *J Clin Psychiatry, 1987;48:12(suppl).*
6. Borges G., Rosovsky H., Caballero M, Gómez C. Evaluación reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria.*
7. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol of Sanit Panam 1993:114.*
8. Mortalidad 1989. SSA, INEGI, Marzo 1992.
9. Beck A, Schulyer D, Herman I. Developmnet of suicidal sclaes. En: Beck a y cols. *The prediction of suicide.* Charless Press. 1974.
10. Roy A. Risk Factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psych 1982;39:1089-1095.*
11. Robins E., Murphy G., Wilkinson R. Some Clinical considerations baed on a study of 134 succesful suicides. *Am J Publ Health 1959;49:888.*
12. Dorpat, Ripley H. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psych 1960, 1;349.*
13. Nielssen B, Wang A, Bille-Brahe U. Attempted suicide in Denmark. . A five year follow up. *Acta Psych Scand 1990:81:250-254.*
14. Asberg M, Schalling D, Traskman-Bendz L, Wagner. A Psychobiology of suicide. impulsivity and related phenomena. EN: Meltzer H. *Psychopharmacology: The third generation of progress.* Raven Press, New York 1987.
15. Roy A. Suicide in Chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry 1982, 141:171-177.*
16. Asberg M, Thoren P, Traskman L. "Serotonin Depression"-A Biochenical subgroup within the affective disorders. *Science 1976;191;6*
17. Medina Mora M. Accidentes y violencias: Homicidio y suicidio en MéxicoVI congreso. Academia Nacional de México. 1989.

18. Brown L, Overholser J, Spirito A, Frits G. The correlates of planning in adolescent suicide attempts *J. Am Acad Child Adolesc Psych*, 1991;30:1.
19. Linnoila M, De Jong J, Virkkunen M. Monoamines, glucosa, metabolism and impulse control. *Psychopharmacol Bull* 1989;25.
20. Williams C, Davidson J, Montgomery I. Impulsive suicidal behavior. *J Clin Psychol*. 1980;36:90-94.
21. Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, agresivity and impulsivity. *Prog Neuro-psychopharmacol and Biol Psychiat*. 1989, 13, suppl.
22. Topp, D.O. Suicide in prision. *Br J Psychiatry* 179;134: 24-27.
23. Danto, B.L. (1973) Jail House Blues. Michigan: Epic Publications.
24. McClure, G. M. Suicide in Inland and Wales, 1975-1984. *Br J psychiatry* 1983;150:309-314.
25. Philips, M. (1986) A study of suicide and attempted Suicides at HMP Brixton, 1973-1983. London London : directorate of Psychological Services , Home Office.
26. Hayes, L. M. And darkness closes in a national study of jail suicides.*Criminal justice and behaviour* 1983; 10: 461-484.
27. Holinger PC: ViolentDeaths in the United States. New York, Gilford Press, 1987.
28. Tardiff K, Sweillam A: Assault, suicide and mental illnes. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:164-169.
29. Apter A, Bleich A, Plutchik R, et al: Suicidality, depression and conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:696.
30. Apter A, van PraagHM: Plutchik R. et al: Interrelationships among anxiety, aggression, impulsivity, a1 mood: a serotonergically linkedcluster? *Psychiatry Res* 1990; 32:191-199.
31. Van Praag HM. Depression, suicide and the metabolism of serotonin in the brain. *J. Affective disorders*. 1982; 4:275:290.
32. Haicock J: Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatric Quarterly* 1989;60:85.
33. Cole, D.A. Hoelessness, social desirability, depression, and parasuicide in two college samples, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988;56, 131-136.
34. Hayes LM, Kajdan B: And Dakness Closes In: ANational Study of Jail Suicides. Washington,DC, Naciona1 Center on Institution and alternatives 1981.

35. Johnson, E.H. (1973) Felcon self-mutilation: correlates of stress in prision. In Jail Hause Blues (ed.B.L. Dante) Epic: Orchard Lake, MI.
36. Her Majesty's Chief Inspector of Prisons for England and Wales. (1990) Report of a Review of Suicide and Self-herm in Prison Service Establishmenta in In gland and Wales Cmnd 1383.
37. Jimenez A (1995), Impulsividad en Intento Suicida. Tesis recepcional para obtener el grado de Psiquiatra General. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.
38. McClure G.M.G. Suicide in England and Wales 1975-1984. *Br J Psychiatry* 1987; 309:14 (813).
39. Hayes, L.M. A national study of jail suicides. *Criminal Justice and Behavior* 1983;10:461-84.
40. Stone W. E. Jail Suicide, Correlations. *Psychol Today* 1984;461-84.
41. Buech, B.E. Prison Suicides Reconsidered. *International Journal of Law and Psychiatry* 1979;2:407-13.
42. Tournier, P, (1983) Report of Prison Demography in the Membre State of the Council of Europa. Paper preparat for the sixth conference of directors of prison administration, Council of Europa : Strebourg (813).
43. Faulk, M. A Psychiatric Study of Men serving a sentence in Winchestes prison. *Medicine. Science and the Law* 1976;16:244
44. Home Office (1985) Report of the working Grup of Suicide prevention, London: HMSO (813-814).
45. Dooley, E. Prison Suicide in England and Wales, 1972 -87. *Br J Psychiatry* 1990;156: 40-45.
46. Charle, S. Suicide in the Cell blocks. *Correctional Magazine* 1981;6-15 .
47. Hoff, H, (1965) Preventions of Suicide among prisons (197): Orchard Lake, MI 815.
48. Murphy GE. Suicide and Attempted Suicide. EN: Winokur & Clayton. The Medical Basis of Psychiatry. 2nd edition. WB Saunders Co ed. 1994.
49. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, Mcevoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:459-463.
50. Grounds A, Gunn J, Mullen P, Taylor PJ. Secure Institutions: their characteristics and problems. EN: Gunn J & Taylor PJ. Forensic Psychiatry: Clinical, legal & ethical issues. 1 ed. Butterworth & Heineman eds. 1993.

35. Johnson, E.H. (1973) Felcon self-mutilation: correlates of stress in prison. In Jail House Blues (ed.B.L. Dante) Epic: Orchard Lake, MI.
36. Her Majesty's Chief Inspector of Prisons for England and Wales. (1990) Report of a Review of Suicide and Self-harm in Prison Service Establishments in England and Wales Cmnd 1383.
37. Jimenez A (1995), Impulsividad en Intento Suicida. Tesis recepcional para obtener el grado de Psiquiatra General. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.
38. McClure G.M.G. Suicide in England and Wales 1975-1984. *Br J Psychiatry* 1987; 309-14 (813).
39. Hayes, L.M. A national study of jail suicides. *Criminal Justice and Behavior* 1983;10:461-84.
40. Stone W. E. Jail Suicide, Correlations. *Psychol Today* 1984;461-84.
41. Buech, B.E. Prison Suicides Reconsidered. *International Journal of Law and Psychiatry* 1979;2:407-13.
42. Tournier, P, (1983) Report of Prison Demography in the Member State of the Council of Europa. Paper prepared for the sixth conference of directors of prison administration, Council of Europa : Streboung (813).
43. Faulk, M. A Psychiatric Study of Men serving a sentence in Winchestes prison. *Medicine. Science and the Law* 1976;16:244
44. Home Office (1985) Report of the working Grup of Suicide prevention, London: HMSO (813-814).
45. Dooley, E. Prison Suicide in England and Wales, 1972 -87. *Br J Psychiatry* 1990;156: 40-45.
46. Charle, S. Suicide in the Cell blocks. *Correctional Magazine* 1981;6-15 .
47. Hoff, H, (1965) Preventions of Suicide among prisons (197): Orchard Lake, MI 815.
48. Murphy GE. Suicide and Attempted Suicide. EN: Winokur & Clayton. The Medical Basis of Psychiatry. 2nd edition. WB Saunders Co ed. 1994.
49. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, Mcevoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:459-463.
50. Grounds A, Gunn J, Mullen P, Taylor P.J. Secure Institutions: their characteristics and problems. EN: Gunn J & Taylor P.J. Forensic Psychiatry: Clinical, legal & ethical issues. 1 ed. Butterworth & Heineman eds. 1993.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Victor y Ma. Trinidad

**Lili
Cristina
Felipe
Estela**

A

**Christian
Stephanie
Davidcito**

A MIS MAESTROS

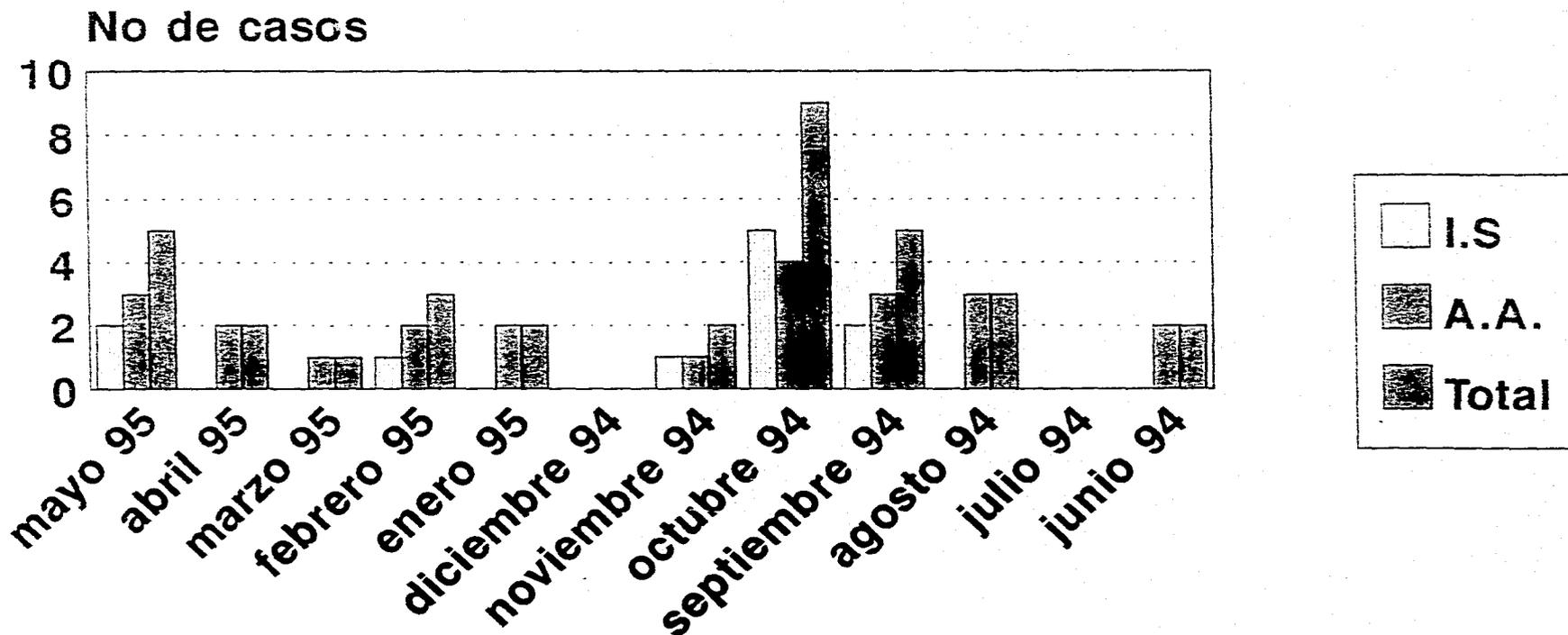
A MIS PACIENTES

Y a todos aquellos que hicieron posible mi preparación como psiquiatra.

TABLAS Y FIGURAS

DISTRIBUCION ANUAL DE LOS INTENTOS SUICIDAS Y AUTOAGRESIONES

Figura #2



n=123. Seguimiento a 1 año.

I.S Intento Suicida

A.A Autoagresión

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y CRIMINOLOGICAS.

TABLA #1

Lugar de Residencia

Gran ciudad	92 (75.4%)
Ciudad mediana	10 (8.2%)
Ciudad pequeña	8 (6.6%)
Otro	12 (12.2%)

¿Era jefe de familia?

Si	51 (41.8%)
No	71 (58.2%)

¿Trabajaba antes de convicción?

Si	91 (75.2%)
No	30 (24.8%)

Ant. Fam Delictivos

Si	15 (12.5%)
No	105 (87.5%)

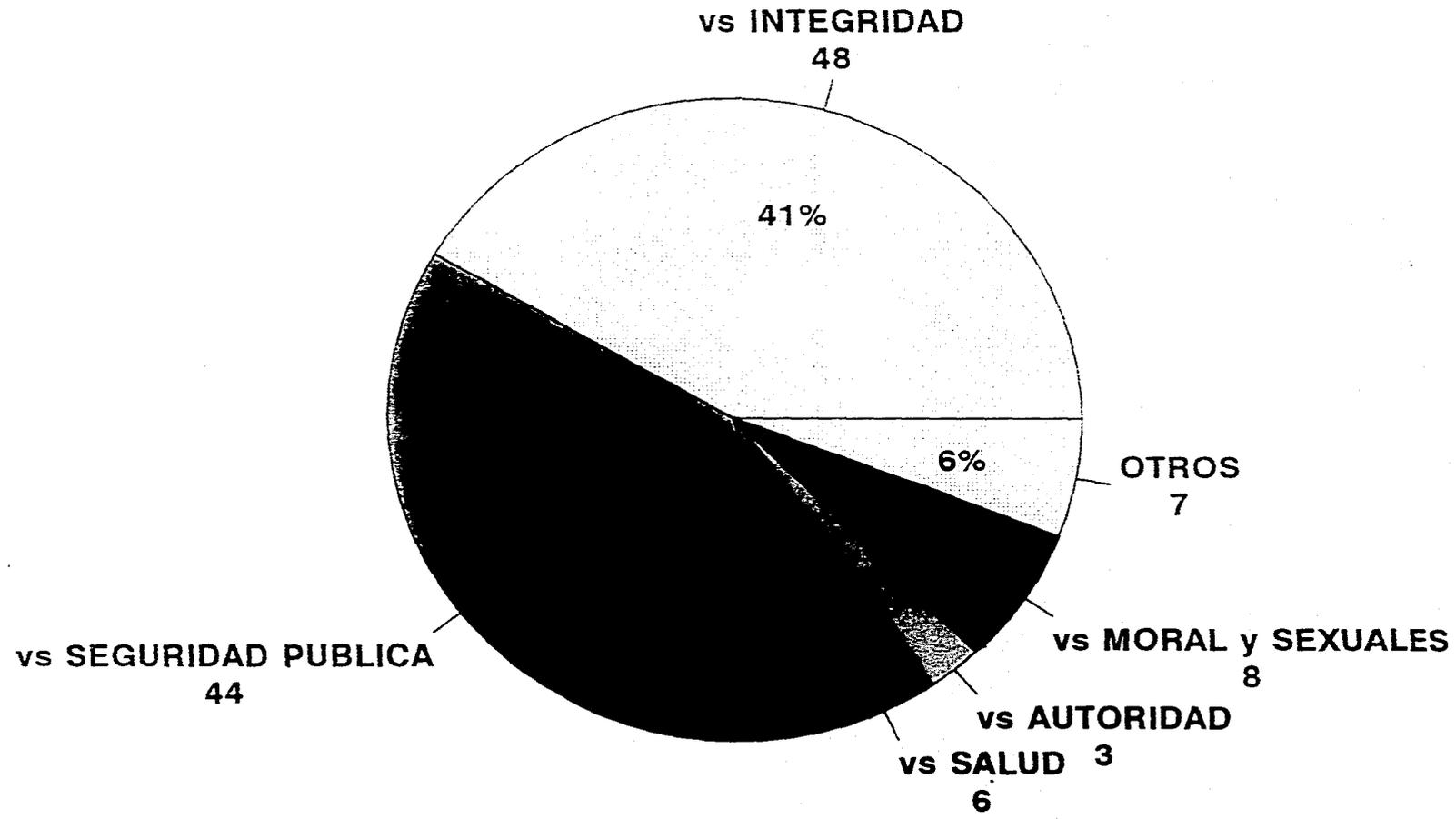
Ant. Fam Mentales

Si	16 (13.2%)
No	105 (86.8%)

CCCCCCCCCCCCCCCCCC

DISTRIBUCION DE CATEGORIAS DELICTIVAS

Figura #1



n = 123. Casos sin información = 6

ANEXO # 1

DATOS GENERALES Y CRIMINOLÓGICOS

REGISTRO: _____

I. DATOS DEMOGRÁFICOS:

Fecha: ___/___/___ No. de Expediente (serv. médico): _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Religión _____

- a) Lugar de Nacimiento: _____ edo _____ []
 Nacimiento padre _____ edo _____ []
 Nacimiento madre _____ edo _____ []
 b) Último lugar de Residencial: _____ edo _____ []
 c) ¿Cuanto tiempo llevaba viviendo en ese estado? _____ []
 d) ¿Donde vivía antes de residir ahí? _____ edo _____ []

- e) El lugar en donde ha vivido la mayor parte del tiempo era (es): []
 Una gran ciudad.....1
 Una ciudad mediana.....2
 Una ciudad pequeña.....3
 Un poblado.....4
 Una ranchería.....5
 No sabe, no contesta.....6

- f) ¿Era usted el asalariado principal o jefe de familia en su casa, o sea, administraba usted más de la mitad del ingreso en su casa? []
 si (1) no (0)

- g) ¿A qué religión pertenece? []
 Católico..... 1
 Protestante 2
 (Bautista, evangelista, etc...)
 Judío..... 3
 Otra 4
 Ninguna 5
 N.S., N.C..... 9

- h) ¿Cuál fue el último año que aprobó en la escuela? _____ []

	año	nivel	
a) su padre?			[]
b) su madre?			[]
c) su esposa o pareja?			[]
d) el jefe de familia?			[]
e) usted?			[]

i) Antes de ser consignado ¿Estaba trabajando?
 si (1) no (0)

j) ¿Qué hacía en el lugar donde trabajaba?

k) ¿Porqué causa no trabajaba?

- Buscaba otro trabajo.....01
- Se dedica al hogar.....02
- Estudiaba.....03
- Estaba pensionado, Jubilado.....04
- Rentista.....05
- Incapacidad permanente.....06
- Otros inactivos.....07
- Incapacidad temporal08
- Vacaciones.....09
- Problemas propios del lugar del trabajo.....10
- Otros no desempleados.....11
- N.S..... 99

l) Lugar en la familia: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Anote si algún miembro de la familia ha cometido algún delito y haya sido sentenciado:

Familiar	delito	sentencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano					
No de hermanos	(_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo					
No de Hijos	(_____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro familiar (especificar)					
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) ¿Cuanto tiempo fué sentenciado en el primer delito? _____ | |

d) ¿Cual o cuales delitos ha cometido en su vida y por cuales de ellos ha sido sentenciado? (En la columna de "orden" anote del primero al último de los delitos)

e) ¿Los delitos que ha cometido han sido bajo la influencia de alcohol y drogas? (anote las respuestas en la columna "drogas" del cuadro)

	1=si 2=no	Sentencia	Orden	Drogas	motivo
1) Contra la seguridad de la nación	()	()	()	()	()
2) Contra la integridad	()	()	()	()	()
3) Contra la seguridad pública	()	()	()	()	()
4) En materia de vías de comunicación y correspondencia.	()	()	()	()	()
5) Contra la salud	()	()	()	()	()
6) Contra la autoridad	()	()	()	()	()
7) Contra el derecho internacional	()	()	()	()	()
8) Contra la moral pública y las buenas costumbres	()	()	()	()	()
9) Revelación de secretos	()	()	()	()	()
10) Contra la administración de Justicia	()	()	()	()	()
11) Responsabilidad Profesional	()	()	()	()	()
12) Falsedad	()	()	()	()	()
13) Contra la economía pública	()	()	()	()	()
14) Delitos sexuales	()	()	()	()	()
15) Delitos contra el estado civil y bigamia	()	()	()	()	()
16) Delitos en materia de inhumaciones y exhumaciones	()	()	()	()	()
17) Contra la vida y la integración corporal	()	()	()	()	()
18) Privación de la libertad y otras garantías	()	()	()	()	()
19) Contra las garantías en su patrimonio	()	()	()	()	()

f) Anote la CRUELDAD que a su juicio el interno ha ejercido en la comisión de los ilícitos:

0= ninguna 1= leve 2= moderada 3= extrema | |

g) Índice del estado peligroso | |

1= bajo 2= medio 3= alte

ESCALA DE INTENTO SUICIDA Y AUTOAGRESIVIDAD. (DURANTE EL ULTIMO AÑO)

/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

1 2 3 4 5 6

/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

7 8 9 10 11 12

1 a 12 = meses del año

IS = intento suicida

A= autoagresividad

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE LA VALORACION:

ESCALA DE IMPULSIVIDAD

NOMBRE:

SEXO:

EDAD:

FECHA:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	MUY FRECUENTE MENTE
1-¿Le resulta difícil esperar en una fila?				
2-¿Hace cosas sin pensar?				
3-¿Gasta dinero impulsivamente?				
4-¿Usted planea con anticipación?				
5-¿Pierde fácilmente los estribos?				
6-¿Le resulta fácil concentrarse?				
7-¿Le resulta difícil controlar sus impulsos sexuales?				
8-¿Dice lo primero que le viene a la mente?				
9-¿Usted come aunque no tenga hambre?				
10-¿Es usted impulsivo?				
11-¿Termina las cosas que comienza?				
12-¿Le resulta difícil controlar sus emociones?				
13-¿Se distrae con facilidad?				
14-¿Encuentra difícil permanecer quieto mientras esta sentado?				
15-¿Es usted precavido?				

INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cada pregunta e indique que tan frecuentemente usted actúa o se siente de esta forma, colocando una cruz (X) en el espacio apropiado.

ESCALA DE SUICIDIO

AARON T. BECK

CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON EL INTENTO DE SUICIDIO

Por favor evalúe la situación del paciente y califique, encerrando en un círculo el número que antecede a la frase que usted considere adecuada para el caso.

19 20

145. Aislamiento.

- 0. Alguien estaba presente cuando intentó suicidarse.
- 1. Alguien estaba cerca o en contacto (Vg. por teléfono).
- 2. Nadie estaba cerca o en contacto.

21

146. Tiempo.

- () No se aplica.
- 0. Hizo planes de tal manera que hubiera tiempo de que alguien lo descubriera y evitara la comunicación del acto.
- 1. Programado de manera que la intervención no era probable.
- 2. Programado de manera que la intervención era altamente improbable.

22

147. Tomó alguna precaución para evitar que alguien lo descubriera y pudiera evitar la consumación del intento.

- 0. No se tomó ninguna.
- 1. Precaución pasiva tal como evitar a otros, pero no hacer nada para prevenir la intervención.
- 2. Precaución activa (v.g. puerta cerrada con llave).

23

148. Actuar para obtener ayuda durante/después del intento.

- () No se aplica.
- 0. Notificó a un ayudante potencial sobre el intento.
- 1. Contacto pero no notificó específicamente a un ayudante potencial sobre el intento.
- 2. No contactó o notificó a un ayudante potencial.

24

149. Actos finales en la anticipación de muerte.

() Ninguna.

1. El paciente pensó como hacer (o hizo) algún arreglo anticipado a la muerte.
2. Hizo planes definitivos (v.g. cambios en el testamento, dar regalos, comprar un seguro).

150. Grado de planeación del intento suicida.

0. Ninguna planeación.
1. Mínimo o moderada preparación.
2. Preparación extensiva.

151. Nota sobre el suicidio.

0. Ausencia de nota.
1. Escribió una nota pero la rompió o pensó en hacer una nota.
2. Presencia de la nota.

152. Comunicación abierta sobre el intento antes del acto.

0. Ninguna.
1. Comunicación equívoca.
2. Comunicación no equívoca (clara, definitiva).

153. Propósito del intento.

0. Principalmente cambiar o manipular el ambiente.
1. Componentes de "0" y "2".
2. Principalmente para remover el self del medio ambiente.

AUTO REPORTE

154. Expectativas con relación a la fatalidad del acto.

0. El paciente pensó que la muerte era improbable o no pensó acerca de eso.
1. El paciente pensó que la muerte era posible pero no probable.
2. El paciente pensó que la muerte era probable y certera.

36

160. Reacción al Intento.

0. Estaba arrepentido de haberse intentado suicidarse.
1. Acepta tanto el intento como el hecho de que aún está vivo.
2. Se apena de que está vivo.

37

161. Visualización de la muerte.

0. Visto como vida-después-muerte o reunión con descendientes.
1. Visto como un sueño u oscuridad.
2. Que aunque termina no visualizó o pensó acerca de esto.

38

162. Número de intentos previos. ¿Cuántos? especifique

0. Ninguno.
1. Uno o dos.
2. Tres o más.

39

163. Consumo de alcohol durante el intento.

- () No se aplica.
1. El paciente ingirió suficiente alcohol de manera que estaba confundido y no sabía lo que estaba haciendo en el momento del intento.
 2. El alcohol fue tomado para potencializar el efecto de lo(s) fármacos consumidos o de otros métodos usados.

155. Métodos de mortalidad (letalidad).

0. El paciente hizo menos de lo que consideró si sería necesario o no (v.g. tomó menos cantidad de pastillas de las que consideró que eran necesarias para morir).
1. El paciente no estaba seguro o pensó que lo que hizo (v.g. la dosis que tomó) podía ser mortal.
2. Acto excedido o igualado a lo que el paciente consideró que sería mortal (v.g. tomó suficiente cantidad a dosis mayor de lo que consideró necesario para quitarse la vida).

156. Seriedad del intento.

0. El paciente no consideró que el acto fuera un intento serio para dar fin a su vida.
1. El paciente no estaba seguro sobre si el acto era un serio intento para dar fin a su vida.
2. El paciente consideró que el acto fue un intento serio para dar fin a su vida.

157. Ambivalencia hacia el vivir.

0. El paciente no quería morir.
1. El paciente no le importó si moría o vivía.
2. El paciente deseaba morir.

158. Concepción de reversibilidad.

0. El paciente pensó que la muerte sería improbable si él recibiera atención médica.
1. El paciente no estaba seguro sobre si la muerte podría ser evitada por atención médica.
2. El paciente estaba seguro que moriría aunque recibiera atención médica.

159. Grado de Premeditación.

0. Ninguno-impulsivo.
1. Suicidio contemplado por tres horas o menos, antes del intento.
2. Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento.

40

164 . Consumo de drogas durante el intento.

() No se aplica.

1. El paciente estaba bajo efectos de una droga; así que no supo lo que estaba haciendo en el momento del intento o no estaba consciente de todas las implicaciones del intento.
2. La droga fue usada para liberar al paciente de inhibiciones, de manera de poder realizar el intento.
3. La droga fue usada para potencializar y suplementar el método usado.

Escala de Riesgo-Rescate (Weisman and Worden)

FACTORES DE RIESGO

165 . Agente usado.

1. () Ingestión, cortada, puñalada.
2. () Ahogado, asfixia, estrangulación.
3. () Saltar, disparo.

166 . Consciencia dañada.

1. () Ninguna en evidencia.
2. () Confusión, semi-coma.
3. () Coma, coma profundo.

167 . Lesión/toxicidad.

1. () Media .
2. () Moderada .
3. () Severa .

168 . Reversibilidad

1. () Buena, se esperó completa recuperación.
2. () Regular, se espera recuperación.
3. () Pobre, se esperan daños residuales si hay recuperación.

45

45

47

169. Tratamiento requerido.

1. () Ayuda primaria de emergencia hospitalaria.
2. () Admisión en el hogar, tratamiento de rutina.
3. () Tratamiento especial, intensivo.

FACTORES DE RESCATE

48 49

170. Locación, Localidad.

3. () Familiar
2. () No familiar - no remoto
1. () Remoto

50

171. Personas que inician el rescate.

3. () Persona clave
2. () Profesional
1. () Transeunte.

51

172. Probabilidad de ser descubierto por alguien.

3. () Aita, muy certera.
2. () Descubrimiento incierto.
3. () Descubrimiento accidental.

52

173. Accesibilidad al rescate

3. () Solicitó ayuda
2. () Dio índices o señales claves.
1. () No pide ayuda.

53

174. Tiempo transcurrido antes de descubrirlo.

3. () inmediatamente, una hora.
2. () Menos de cuatro horas.
1. () Más de cuatro horas.

54

**"LOS INTENTOS SUICIDAS Y AUTOAGRESIVIDAD EN PACIENTES PSIQUIATRICOS
DE UN CENTRO PENITENCIARIO. RELACIONES CON LA IMPULSIVIDAD"**

Carta de aceptación del paciente para la participación en la realización del estudio de investigación.

POR MEDIO DEL PRESENTE HAGO CONSTAR QUE EN FORMA VOLUNTARIA ACEPTO - PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACION, QUE PREVIAMENTE SE ME EXPLICÓ Y NO AGREDE DE NINGUNA MANERA MI INTEGRIDAD FISICA Y MENTAL, HABIENDO QUEDADO EN EL ENTENDIDO QUE TODA INFORMACIÓN QUE YO PROPORCIONE PERMANECERA BAJO EL ANONIMATO, UTILIZANDOSE EXCLUSIVAMENTE PARA EL FIN ESTABLECIDO.

FIRMA AUTORIZACION DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

MEXICO, D.F., A _____ DE _____ DE 1995.

AGRADECIMIENTO.

Al departamento de investigación y enseñanza de las siguientes instituciones:

RECLUSORIO PREVENTIVO SUR..

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA.