



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
PSICOLOGIA MEDICA E HIGIENE MENTAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“INFLUENCIA DEL MANEJO INTRAHOSPITALARIO  
SOBRE LA DESESPERANZA EN PACIENTES CON  
INTENTO DE SUICIDIO”

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRA

**P R E S E N T A:**

DR. RAFAEL VAZQUEZ MALDONADO



ASESORES:

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

DR. J. JONATHAN CEBALLOS RIVERA

México, D.F

Febrero 2012.



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA  
PSICOLOGIA MEDICA E HIGIENE MENTAL  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TUTOR METODOLÓGICO

---

DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

TUTOR TEÓRICO

---

DR. J.JONATHAN CEBALLOS RIVERA

---

PRESENTA

DR. RAFAEL VAZQUEZ MALDONADO



## AGRADECIMIENTOS

*A más padres:*

*Por su apoyo en todo momento y su gran amor que me tienen.*

*Al Dr. Ceballos:*

*Por su valioso apoyo y tiempo.*

*A mis Pacientes:*

*Quiénes son mis mejores maestros.*

*A Dios:*

*Quien permite que todo lo anterior exista.*

## INDICE

Identificación del protocolo.....	1
Introducción.....	3
Antecedentes históricos.....	4
Planteamiento del problema.....	18
Hipótesis.....	19
Objetivo.....	20
Objetivos particulares.....	21
Justificación.....	22
Material y métodos.....	23
Variables.....	24
Procedimiento.....	26
Resultados.....	28
Discusión.....	40
Conclusiones.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	46

## **IDENTIFICACION DEL PROTOCOLO**

### **TITULO**

**INFLUENCIA DEL MANEJO INTRAHOSPITALARIO SOBRE LA DESESPERANZA EN PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO.**

### **SEDE**

**ADMISION CONTINUA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA UNIDAD MORELOS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DOMICILIO DEL INVESTIGADOR:**

HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIDAD MORELOS.

SAN JUAN DE ARAGON Y EDUARDO MOLINA COL. SAN PEDRO EL CHICO. MEXICO, D.F.

**DOMICILIO DEL TUTOR METODOLOGICO:**

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y SALUD MENTAL.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

**DOMICILIO DEL TUTOR TEORICO:**

HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIDAD MORELOS

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE PSIQUIATRÍA.

MEXICO, D.F

# INTRODUCCION.

Conducta autolítica. Los gestos autolíticos son frecuentes y la tasa se ha incrementado progresivamente durante los últimos 30 años. En el momento actual representan una preocupación seria para todas las naciones, además un número menor de casos son sólo vistos por los médicos de cabecera y no se les remite al hospital porque el riesgo médico es escaso, o acuden al servicio de urgencias pero no se ingresan, los estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto las características de los sujetos que es más probable que se autolesionen y los métodos más habituales, sin embargo, el suicidio actualmente representa un reto por la complejidad del mismo.

La mayoría de los pacientes con grave riesgo suicida, necesitan ingreso hospitalario. El primer requisito es la seguridad del paciente, para conseguir este objetivo se requiere un número adecuado de personal de enfermería que pueda vigilarle, una valoración conjunta del nivel de riesgo y la comunicación fluida entre todos los profesionales, si el riesgo es muy grande puede ser necesaria la vigilancia continua para que el paciente nunca se quede sólo.

Los pacientes suicidas incluidos aquellos con tentativas de suicidio, requieren una evaluación cuidadosa y los que tienen un riesgo elevado deben ser hospitalizados.

Algunos piensan que el único método generalmente efectivo para disminuir el índice de suicidio puede ser la hospitalización.

Las ventajas del ingreso son proteger un aumento del riesgo de suicidio, un examen exhaustivo de los factores de riesgo de suicidio, la exploración psicopatológica más completa y diagnóstico más preciso, limita el acceso a métodos violentos, proporciona al paciente un mecanismo de retraso en el tiempo que pueda salvarle la vida, disminuye la mortalidad, posibilita una valoración somática más completa, permite un tratamiento más específico de la patología individual, el tratamiento se hace con mayor intensidad y menor morbilidad, disponibilidad del tratamiento durante las 24 horas, posibilita la entrevista a todas las figuras significativas del entorno, y se produce una mejor derivación favoreciendo el seguimiento posterior.

Si bien el manejo intrahospitalario representa las ventajas antes mencionadas, existen aspectos importantes que no se contemplan en muchas ocasiones, uno de ellos la desesperanza.

Existen investigaciones que demuestran que la desesperanza es un elemento fundamental de la decisión suicida del sujeto y por lo general, este considera al suicidio como la solución más atrayente para hacer frente a sus problemas. Esta desesperanza muchas veces se subestima y se deja de lado. Para Beck es importante que, al formular el plan de tratamiento el terapeuta trate la decisión de suicidarse como el resultado del conflicto entre los deseos del paciente de vivir y los deseos de morir, de manera que los esfuerzos del terapeuta deben dirigirse a ganar votos a favor de la vida, no importa lo decidido a morir que este un paciente, generalmente le queda cierto deseo de seguir viviendo. Estos sentimientos positivos pueden ser reforzados y reconducir al paciente a una visión más positiva del futuro (Esperanza).

El objetivo principal y central de la presente tesis es conocer la influencia del manejo hospitalario sobre la desesperanza en pacientes con intento de suicidio. En el primer capítulo se expone el contenido conceptual, los antecedentes históricos y el marco teórico.

En el segundo capítulo se explica el planteamiento del problema, hipótesis, objetivo, justificación y metodología.

En el tercer capítulo se describen los resultados obtenidos de los datos sociodemográficos, así como el análisis y discusión de datos y algunas sugerencias, implicaciones prácticas que puedan derivarse de

esta investigación a fin de contribuir a los programas preventivos que permiten enfrentar el suicidio en el contexto de la salud mental.

## **Antecedentes históricos.**

### **Panorama mundial del suicidio.**

A través de la historia el suicidio ha sido un tema de interés, en diferentes épocas y culturas siempre ha existido, mostrando la ideología del país donde se comete, al igual que las razones del suicidio han reflejado las condiciones sociales particulares que prevalecen en determinada época, y el momento en que se encuentra la cultura en la que se estudie este fenómeno.

En los casos de suicidio del antiguo Egipto, se pedía a la muerte la liberación, estos casos son documentados desde el primer hasta el tercer milenio a.c. (Fremouw, de Perczel. & Ellis. 1990, citado en Bongar, 1991.) También se tienen algunos casos de suicidio registrados de la antigua Grecia y en Roma (Robertson, 1988, Rosen, 1976, citado en Bongar, 1991.), donde la actitud hacia el suicidio era desde tolerancia hasta condenación y admiración, las circunstancias que rodean al suicidio eran militares o políticas, como la necesidad de mantener el honor, o evitar la captura, la humillación o la muerte infame. (Choron, J; 1972, citado en Del corral, 1986).

Los suicidas eran numerosos en Roma, sobretodo en el periodo de la decadencia del imperio. Se debe observar la influencia de los filósofos (para Séneca, "Pensar en la muerte es pensar en la libertad") y los literatos como Lucano, llamado "El poeta del suicidio" (Morón, 1992).

En la Grecia, específicamente en Atenas, se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura, la mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar, sin embargo, cuando el Juzgado griego quedaba convencido que había razones de peso para que alguien se suicidara se le permitía hacerlo bebiendo cicuta (Del corral, 1986). Igualmente, El Torah hebreo recuerda cinco actos de autodestrucción incluyendo la muerte del primer Rey (Robertson, 1988, Rosen, 1976, citado en Bongar, 1991).

Los filósofos estoicos consideraban el suicidio como el medio ideal para liberarse del sufrimiento, ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo, sus enseñanzas especialmente alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria, por bien de los amigos o a causa de un dolor intolerable, de mutilación o de enfermedad incurable ( Del corral, 1986).

Aristóteles argumentó que el trato y el estado del suicidio es injusto (Robertson, 1988, Rosen, 1976 citado en Bongar, 1991). Pitágoras y Platón en cambio, lo consideraban con puntos de vista semejantes a los que posteriormente formuló el cristianismo. Los primeros cristianos eligieron el martirio voluntario, haciéndolo con un entusiasmo que muchas veces fue causa de vergüenza para su opresor, pues sus creencias religiosas eran de que alcanzarían la vida eterna en el otro mundo, logrando la remisión de sus pecados al ser testigos de la sangre de Cristo .El suicidio ejerció una fascinación intensa durante los tres primeros siglos, después de Cristo (Dublin, 1963, citado en Del Corral, 1986).

Ya con la doctrina cristiana, en Roma no se manifestó ninguna actitud social respecto al suicidio, ni tampoco constituyó nunca un delito penal, salvo cuando era cometido por algún soldado, un esclavo o alguien acusado de algún crimen (Morgan, 1979, citando en Del Corral, 1986).

En la actualidad la actitud hacia el suicidio es menos dogmática de lo que solía ser en el pasado. El suicidio fue castigado sólo en países que estaban bajo la soberanía británica, no obstante, en la mayoría de los suicidios los jueces formulaban el veredicto de que el equilibrio mental está perturbado y que el suicidio merece ser tratado por psiquiatras, y se ha establecido como delito criminal el ayudar, incitar o procurar el suicidio de otra persona, así mismo, el intento de suicidio debe ser tratado por los profesionales, como un problema médico y social.

En México actualmente se toman las mismas consideraciones en el sentido médico y social ya que no está penado legalmente el intento de suicidio (Aranda y Ramos,1986). Así, a través de los años, se ejemplifica la universalidad de la idea del suicidio en la historia.

### **Una visión entre la vida y la muerte**

El fenómeno de la ideación suicida en México es enfocado a las diversas actitudes del mexicano frente a la muerte y su visión, en base a sus componentes históricos y culturales. Las leyendas y tradiciones de la historia de México están llenas de conductas suicidas, una de las más famosas leyendas sobre el suicidio es la creación del sol y la luna en Teotihuacán, en la cual un Dios noble y otro plebeyo se suicidan arrojándose a una hoguera, de donde resurgen transformados en otros con ayuda de un tigre y un águila (Tecucitécatl y Nanauatzin) (Sahagún, Fray Bernardino, 1957, citado en Belsasso y Lara, 1974).

En nuestra historia la ideación suicida aparece menos, dado que se describe más la tolerancia al castigo, al tormento o a la actividad. Tal es el caso de la captura de Cuauhtémoc, último emperador mexica y de su antecesor, Moctezuma Xocoyotzin, a manos de los españoles.

El suicidio en los pueblos mayas es extenso, pues se creía que así se iban en condiciones privilegiadas al paraíso, para estar al lado de la Diosa Ixtab, en particular aquellos que se ahorcaban. Se refieren como motivos de suicidio la tristeza, el temor a ser torturado o el acto de culpar al cónyuge por trato cruel (Belsasso y Lara, 1974).

En el códice Dresde aparece la Diosa auspiciadora del suicidio, pendiendo de una cuerda enrollada en su cuello, con los ojos cerrados por la muerte y resaltando en una mejilla un círculo negro que representa la decoloración por la descomposición de la carne (Morley, 1956, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Durante el preclásico en sitios como en Tlatilco, Cuicuilco, Tlapacoya y Copilco, cerca de la ciudad de México, se encuentra un culto a los muertos donde se observan las representaciones en objetos de barro, de la dualidad de la vida y de la muerte en máscaras de la mitad derecha del rostro conservado y la mitad izquierda descarnada. En la cultura Olmeca las únicas representaciones de la muerte son formas localizadas en las tumbas de Izapa, Chiapas (Matos Moctezuma, 1971, citado en Belsasso y Lara, 1974).

La relación entre la vida y la muerte nuevamente se presenta en la lápida de la tumba de Palenque, la cual recuerda que el origen del hombre es el maíz, de acuerdo con el libro del Popol Vuh ( Formando una alegoría de la vida en el recinto de la muerte”) (Popol Vuh, 1970, citado en Belsasso y Lara, 1974). En los códices mayas hay diversos glifos relacionados con la muerte,. En el calendario ritual llamado Tzolkin, el sexto día denominado Cimí, que significa muerte, se representa por una calavera.

En el Posclásico se encuentra un incremento en la representación de la muerte, tanto en edificios y monumentos como en cerámica. El sacrificio humano cobra importancia por motivos religiosos, como evidencia son los sitios arqueológicos llamados “Tzompantlis” o “lugares de cráneos”, estructuras complejas donde se colocaban en forma de muros los cráneos de los decapitados o sacrificados en los altares de los dioses.

En este periodo no se reforzaba la muerte en sí misma, pero se aceptaba el autocastigo como penitencia. Se punzaba con Púas de maguey durante festividades religiosas, como la ceremonia del fuego nuevo al terminar un siglo de 52 años ( Mitos Aztecas, 1965, citado en Belsasso y Lara 1974)., o se aceptaba la muerte voluntariamente a manos de los sacerdotes, en festividades como las de los dioses Camxatli, Quetzalcóatl o tezcatlípoca. El sacrificio era desarrollado y un sacerdote vestía su piel, después de que la víctima había vivido en condiciones privilegiadas durante algunos días previos (Sahagún Fray Bernardino, 1956, citado en Belsasso y Lara, 1974).

Según Octavio Paz, para los antiguos mexicanos la oposición entre la vida y la muerte no era tan absoluta como entre nosotros. La vida se prolonga en la muerte, y a la inversa, la muerte no era el final natural de la vida, sino un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico que se repetía insaciable. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, y la muerte en sí, no era un fin, pues el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida. Esta dicotomía puede encontrarse en la ambivalencia de la Diosa Azteca Coatlicue, la cual es al mismo tiempo Diosa de la muerte y la fertilidad. Posiblemente el rasgo más característico de esta concepción es el sentimiento impersonal del sacrificio, del mismo modo que su vida no les pertenecía, su muerte carecía de todo propósito personal (Paz O, 1965, citado en Belsasso y Lara, 1974).

La creencia común de Mesoamérica, respecto a lo que sucedía después de morir, era que la suerte del alma estaba relacionada directamente con el papel del individuo en la sociedad y lo era más importante con la forma de su muerte. Según esto, en el más elevado de los trece cielos, donde vivía el señor y la señora de la dualidad, se encontraban las almas de los niños inocentes. Los guerreros muertos en batalla, tanto los derrotados como los victoriosos, acompañaban al sol en su diaria batalla contra las sombras. Las mujeres parturientas muertas emigraban al paraíso Oeste del Sol, llamado Cincalco. El paraíso de Tláloc, paraíso de maíz y frijol, estaba reservado para los que morían ahogados o por enfermedades tales como lepra y reumatismo. Todos los demás iban a Mictlán, el mundo subterráneo del cielo del norte, pero antes de llegar al destino final, el alma tenía que realizar un azaroso viaje en el cual encontraba animales salvajes, crueles bestias mitológicas y muchas dificultades. El muerto iba provisto con una gran variedad de amuletos y presentes, para asegurar un pasaje seguro y para ofrecerlos a Mictlantecuhtli, el señor de las tinieblas (León Portilla, 1968, citado en Belsasso y Lara, 1974).

En la historia de México el suicidio inicialmente era una forma de ritualismo, fortificado por creencias religiosas muy arraigadas en las diferentes culturas durando casi 3,500 años hasta la conquista de los españoles, quienes con la imposición de la religión católica cambiaron el punto de vista de los pueblos acerca de sus creencias religiosas, ritos, costumbres y también sobre el suicidio (Del Corral, 1986).

A partir de entonces se observa una actitud actual del mexicano ante la muerte, mezcla de tradiciones indígenas remozadas por la idea religiosa producida por la conquista. Aún cuando en la historia de México no existen vestigios de ideación suicida, ésta se ve claramente como parte de nuestra cultura. En las culturas prehispánicas lo importante era la visión de la muerte como un ciclo infinito con la vida, una ambivalencia que también se presenta en la ideación suicida, como un continuo en cuyos extremos se localiza la vida y la muerte. Esa dicotomía que aparece propia de nuestra cultura, la visión de la muerte como algo natural y burlado, como un fin para vivir nos ha sido heredado, la misma dualidad que caracteriza a la ideación suicida en este contexto, puede ser explicada y entendida dentro de nuestra cultura.

A manera de conclusión, el suicidio ha estado presente en toda la historia del mundo, en diferentes culturas, pueblos y regiones, y ha sido visto como un castigo, pecado o patología, como una forma de libertad o con admiración. Pero en el México prehispánico no se consideraba al suicidio como tal, principalmente la muerte formaba parte de la misma naturaleza que la vida, la muerte estaba presente en su vida cotidiana, en su cerámica, cultura, poemas, cantos y pensamientos, una clara visión entre la vida y la muerte, una ambivalencia que se expresa en la ideación suicida, esto nos hace pensar que la ideación suicida es una respuesta cultural.

No obstante el contexto histórico, los antecedentes en las investigaciones demuestran que existe una alta prevalencia de ideación suicida, y que esta tiene correlación con la desesperanza, alcohol, drogas y depresión, en diferentes poblaciones y diferentes países.

### **Antecedentes en la investigación.**

Beck y cols. (1993a) llevaron a cabo una investigación con el fin de determinar si el diagnóstico de depresión intervenía en la relación de desesperanza y depresión con la ideación suicida en la población de pacientes psiquiátricos externos. Utilizó como instrumentos el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de desesperanza (BHS) y la escala de ideación suicida (SSI), en 1306 adultos con trastorno del ánimo y 488 pacientes sin trastornos; la muestra estaba distribuida en 769 hombres (42.9%) y 1025 mujeres (57.1%). El análisis de los datos mostró que la desesperanza era 1.3 veces más importante que la depresión para explicar la prevalencia de la ideación suicida.

En otra investigación del mismo Beck (1993b), encontró que el nivel total de actitudes disfuncionales (pensamientos negativos, derrotistas y pesimistas), en pacientes que había sido diagnosticados con algún tipo de trastorno psiquiátrico según el DSM- III-R, de acuerdo a las versiones preliminar y final de la entrevista clínica estructurada, era más alto en los ideadores suicidas que en los no ideadores. Además, diagnósticos de trastorno emocional, trastorno de la personalidad la realización de un intento suicida previo, estaban estrechamente relacionadas con la ideación suicida. Sin embargo, los elementos que más se asociaron con ésta, fueron el intento suicida previo y el sentimiento de desesperanza ante el futuro; las actitudes disfuncionales quedaron en segundo término. En este caso, la muestra estuvo compuesta por 406 hombres (44.7%) y 502 mujeres (55.3%).

En E.U. la conducta suicida es frecuente, las investigaciones testifican las relaciones de dicha conducta con el abuso de alcohol y drogas, desesperanza, depresión y otras variables demográficas.

A lo largo de este capítulo se hace una revisión teórica del suicidio abordado por la psicología, sociología y salud pública, además de establecer las relaciones entre la ideación suicida y desesperanza, es decir, se establecieron los pilares teórico-conceptuales que soportan la investigación.

Las teorías sobre el suicidio han ayudado a entender tanto a individuos o grupos de individuos que han cometido suicidio o que tienen un alto riesgo de actos autodestructivos. Desde Durkheim en 1897, la teoría de la conducta suicida ha sido exclusivamente interdisciplinaria. Con pocas excepciones han sido los sociólogos los que se han enfocado en los aspectos sociales que se asocian con, o que predisponen con alto riesgo de suicidio en la población.

En comparación con los psicólogos y psiquiatras que han enfatizado las características individuales internas, las investigaciones biológicas se han enfocado en los neurotransmisores, así como a lo genético y sociobiológico que han proporcionado de explicaciones con base en especies sobrevivientes. Los suicidólogos han sido influenciados por su particular orientación y disciplina en sus esfuerzos teóricos de proveer solo una parcial explicación de por qué ocurre un suicidio. Es necesario integrar una teoría o varias teorías que ayuden a entender los aspectos complejos de la conducta suicida (McIntosh y cols; 1994).

El estudio del suicidio en los últimos años se ha realizado desde una perspectiva clínica, debido a que se considera un acto individual, el cual no afecta a otros, es decir, a la sociedad, tomándose más en cuenta variables de índole clínico.

### **Teorías sociológicas sobre el suicidio**

Existen aproximaciones que enfatizan los aspectos sociales del suicidio, un ejemplo de éstas es la de Durkheim, quien en su libro de "El suicidio" (1897), analiza el problema del suicidio desde la perspectiva de los sentimientos y la actitud de los individuos, plantea la tesis de que la sociedad posee la capacidad para regular estos sentimientos y esa actitud, pudiendo existir una relación entre la cuota de suicidios y

esta fuerza reguladora. La perturbación del orden existente ejerce una influencia negativa. Con el término anomia Durkheim denomina una situación social que en su opinión subyace al fenómeno del suicidio. Esta situación social está caracterizada por la ausencia de normas sociales aceptadas, es decir, por la ruptura del sistema de normas hasta entonces obligatorias (Schaff, 1989).

Clasifico al suicidio en suicidio altruista y suicidio anónimo; el suicidio egoísta procede de que los hombres no perciben ya la razón de estar en la vida, el suicidio altruista, de que ésta razón les parece estar fuera de la misma vida; la tercera clase de suicidios, el suicidio anómico en el que su actitud está desorganizada y por esta razón sufre (Durkheim, 1983). Además desarrollo una metodología sociológica como factor innovador para estudiar el fenómeno, basándose en éstos datos, analiza los cambios sucedidos casi un siglo después, observando y detallando estadísticas.

Sin embargo, Durkheim enfatiza que el enfoque sociológico, es sólo una forma entre muchas de valorar el problema: la suma de suicidios traumatizantes, imprevisibles e individuales dan como resultado una nueva realidad; entre el suicidio de X o de Y, y una tasa de suicidios, existe una diferencia de naturaleza y no de grado. El conjunto de casos individuales y de grandes categorías ponen en evidencia las variaciones regulares y constantes de cada tasa de suicidios a través del tiempo y del espacio.

Algunas categorías establecidas por Durkheim, a finales del siglo XIX son: la tasa de suicidios aumenta con la edad, la tasa de suicidios es mayor en los solteros y en los viudos que en los casados; también es mayor en las zonas urbanas que en las rurales. Entre los países europeos las variaciones se mantienen con el tiempo; y de un año a otro, la tasa de suicidio varía poco, y a largo plazo sigue un patrón definido; se comete con más frecuencia de día, y el orden de las estaciones, según la frecuencia de suicidio es: verano, primavera, otoño e invierno; el suicidio se da más al principio de la semana que al final; está íntimamente ligado a la religión, los protestantes se suicidan más que los católicos y éstos más que los judíos; el suicidio aumenta de acuerdo al tamaño de las aglomeraciones.

Esto significa que el suicidio no es un simple fenómeno psicológico individual, sino que se trata también de un hecho social con dimensiones colectivas. Las decepciones amorosas, la pérdida de empleo, los reveses financieros, los remordimientos, la depresión, la enfermedad mental y los sufrimientos físicos son los motivos individuales o psicológicos que pueden llevar al hombre a suicidarse. Pero eso no es todo, es importante tomar en consideración las dimensiones colectivas del fenómeno, su constancia y su regularidad, así como su variación (Baudelot y cols, 1985). Durkheim utiliza a la familia como modelo observacional; explica que el suicidio prevalece más en los hombres que en las mujeres, y en los ancianos que en los jóvenes, ya que estos están menos integrados a la estructura familiar (Baudelot y cols, 1985).

Durante años los sociólogos han debatido los méritos de la teoría de Durkheim, pero en realidad, casi toda la teoría social del suicidio se debe al estudio de Durkheim considerado una obligación intelectual (Collette, Webb, & Smith, 1979, citado en McIntosh y cols, 1994). Una posición teórica propone que los cuatro tipos de suicidio de Durkheim son reducibles a una simple y moderna categoría (Johnson, 1965, citado en McIntosh y cols, 1994). El primer argumento ha sido que en la actualidad poco se realizan tanto los suicidios fatalistas como los altruistas.

Otros autores con el mismo enfoque sociológico estudian la relación de la conducta suicida con aspectos sociales como: nivel socioeconómico, clase social, actividades ocupacionales y roles sociales, principalmente, Walter Martin y Jack P. Gibbs en 1964, proponen una teoría que relaciona la desintegración del estatus social con el índice de suicidios. Así mismo, son numerosos los estudios llevados a cabo sobre aislamiento social dentro de las conductas suicidas entre ellos se encuentran las de Murphy y Robins (1967). Todos estos autores encontraron una relación significativa en la proporción de suicidios en individuos aislados socialmente.

Una mejor alternativa teórica de la Durkheim, fue hecha por Henry y Short (1954) (Citado en McIntosh y cols, 1994). Utilizan el constructo psicológico de frustración agresiva propuesta por Dollard, Doob, Miller, Mower y Sears (1934) como un concepto básico.

El suicidio es parecido a un homicidio, es una forma de conducta agresiva. Henry y Short expusieron que cuando el ambiente es frustrante el individuo puede bloquearse o frustrarse para alcanzar una meta. Entonces se da como resultado la conducta agresiva. Para probar éstas hipótesis, ellos sugirieron que los círculos de trabajo (fuerzas económicas) pueden diferenciar la influencia para un grupo de alto o bajo estatus, y esto es igual a los porcentajes de suicidios.

Henry y Short (1954) (Citado en McIntosh y cols, 1994), explicaron que en los círculos de trabajo producen diferencias en recompensas y estatus entre individuos, entonces las frustraciones resultan del fracaso de mantener un constante estatus. Ellos presentaron datos que fueron interpretados como reflejo de un incremento de suicidios durante depresión económica (negocios), un declive en tiempo de prosperidad, y una alta correlación entre índices y los círculos de trabajo para los grupos con estatus alto, más que los de bajo. Sugirieron que los de alto estatus pueden perder el estatus relativamente que los grupos de bajo estatus en tiempo de depresión económica (negocios), pero los grupos de bajo estatus pueden perder el estatus relativamente en comparación de los grupos de alto estatus en tiempos de prosperidad económica (negocios). Finalmente estos investigadores propusieron que el suicidio ocurre primordialmente en los grupos de alto estatus, y el homicidio es encontrado más frecuentemente entre los grupos de bajo estatus.

El suicidio también se retoma para estudiarse en la teoría de la desviación en E.U, y eso tiene mucho que ver con la corriente positiva para los estudios posteriores del suicidio. También es explicado en la teoría de alienación de Marx; la sociología marxista hace del suicidio un fenómeno ligado ante todo a la estructura capitalista de la sociedad. En una sociedad sana, idealmente comunista no habría suicidios. Todas estas son aproximaciones sociológicas de importante impacto actual.

Otra postura con la cual se ha estudiado el suicidio es como un problema de salud pública a través de la epidemiología. Desde la perspectiva epidemiológica el suicidio ha sido definido como un acto dirigido a terminar la vida de una manera autoinflingida y autodeterminada. De esta forma la conducta suicida se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él. No todos los actos suicidas tienen la muerte como objetivo (Narváez y cols, 1991). El suicidio es complejo ya que puede variar con los años, en diferentes culturas, grupos socioeconómicos y entre países.

Entre los factores de riesgo de la conducta suicida, Garland y Zigler (1993), identificaron los siguientes factores: Desequilibrio de neurotransmisores, predictores genéticos, trastornos psiquiátricos, baja capacidad para resolver problemas, abuso sexual y físico, problemas de identidad, preferencias sexuales, acceso a armas de fuego, abuso de sustancias, desempleo y problemas laborales. Otros han identificado: intentos suicidas anteriores, conducta antisocial y agresiva, antecedentes familiares de suicidio y disponibilidad de un arma de fuego (González-Forteza y col, 1994), bajo estatus económico, viudez, jubilación, divorcio y ocupación (es alto el índice de doctores, hoteleros, enfermeras, escritores y abogados) (Beaumont y cols, 1992). Los factores sociales pueden ser importantes en las relaciones que se establecen entre el suicidio y algunas condiciones médicas, como la depresión, esquizofrenia, dependencia al alcohol y la desesperanza. Es importante señalar que de acuerdo con algunas investigaciones, los individuos que se suicidan habían tenido un reciente contacto con un doctor (Barraclough y cols, 1974), estos autores encontraron que en más del 90% de los casos de suicidio, habían consultado uno de dos doctores, familiares o psiquiatras un año antes de su muerte y el 40% lo habían consultado una semana antes (Beaumont y cols, 1992).

El grupo del centro de estudios para la prevención del suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental, de E.U, propuso una clasificación tripartita multiaxial de las conductas suicidas con el objeto de proveer un método sistemático para definir, codificar y reportar las conductas suicidas, así como, facilitar el diagnóstico y la prognosis, y sugerir nuevos métodos de investigación, dicha clasificación se divide en las siguientes categorías: suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida (Bredonsian, 1981).

Muchos de los estudios sobre el suicidio se han enfocado tanto al suicidio consumado como al intento de suicidio, dejando a un lado la ideación suicida. Sin embargo, ésta ha sido considerada como la mejor predictora de un intento suicida o de la letalidad médica del acto (Bredrosian, 1981), mismo que a su vez ha sido identificado como el mejor predictor del suicidio consumado. Es decir, que quien tiene pensamientos suicidas puede tener mayor tendencia a intentar suicidarse, y quien lo ha intentado una vez puede volver a hacerlo con consecuencias fatales (González-Forteza y cols, 1994). La ideación suicida es más frecuente que el intento real de continuar con la vida, sin embargo ha sido difícil diferenciarlos.

La ideación suicida es un constructo cognitivo, manifestado en un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel de conflicto interno ( Kienhorts, Dewilde, Van Den Bout, Dijkstra y Walters, 1990, Citado en Gómez, 1996), que se incrementa cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognitiva, vive situaciones estresantes ( González-Forteza, 1994), se asocia con la desesperanza y la falta de autoestima, con el intento de suicidio ( Kosky, Silburn y Zubrik, 1990, citado en Gómez, 1996), la depresión y el abuso de sustancias ( Levi y Deykin, 1989, citado en Gómez, 1996).

### **Teorías psicológicas sobre el suicidio**

Dentro de las teorías psicológicas esta la Futterstockman ( 1995), que partiendo de las ideas del psicoanálisis llega a la conclusión de que el suicidio surge cuando el impulso sexual se convierte en impulso agresivo, originando una conducta autodestructiva, la agresión aparece con una especial ambigüedad-destrucción. La impulsividad suicida se contrarrestaría con la sexual (citada en Rojas E; 1980).

Desde el principio de las investigaciones psicoanalíticas quedó aceptado que el acto suicida implica un acto de agresividad hacia los demás. Esta agresividad es en ocasiones deliberada, consciente: deseo de causar problemas al objeto de tal agresividad, causarle remordimientos. “Para mí la muerte, para ti luto”. Pero, es cuestionable una agresividad inconsciente, ya que es un mecanismo de identificación del objeto de dicha agresividad, volcado sobre sí mismo (Morón, 1992).

Siguiendo con el punto de vista psicodinámico Freud en su escrito “Duelo y melancolía” presenta una explicación psicológica en la cual postula que el suicidio es un acto de hostilidad inconsciente dirigido al objeto amado introyectado (ambivalente).

Freud nunca escribió acerca del suicidio formalmente, sin embargo sus escritos contienen nociones de una teoría que puede ser usada para su explicación. Quizá la mejor síntesis de estas ideas fue presentada por Litman (1967) (citado en McIntosh y cols, 1994).

Pará él, Freud sugirió que el suicidio es determinado por muchas causas y no solo un factor, considerándolo como una conducta compleja. Para Freud entender el suicidio era esencial para conocer una parte del instinto humano o la tendencia hacia la agresión y destrucción.

Él consideró al suicidio como una manifestación del instinto humano de muerte, el cual llamó Thánatos (en oposición a Eros, o al instinto de vida); en el suicidio, el instinto de muerte controla el dominio del poderoso instinto de vida (McIntosh y cols, 1994).

Una segunda mayor explicación del suicidio hecha por Freud, fue considerablemente más compleja y basada en la noción de que el individuo que se suicida se siente agresivo con otros, y en vez de conducir hacia afuera la acción manifiesta, actualmente la expresión de la agresión es la interior, es decir para sí mismo. Esto interiormente va directo a impulsos asesinos, a lo que Litman (1967) (citado en McIntosh y cols, 1994) ha llamado “ruptura de ego”. Por un instante, el suicidio puede ser descrito como un sentimiento de culpa, con deseos de muerte hacia otros. Freud ( 1920-1955) resumió lo que pensaba en lo siguiente:” Probablemente él no encuentra la energía mental que requiere para matarse a sí mismo a menos que, en primer lugar, muriendo de esta manera, él está al mismo tiempo matando el

objeto con el que se ha identificado como a sí mismo, y en segundo lugar, volviendo en contra de él mismo, los deseos de muerte, los cuales han sido dirigidos en contra de alguien más” ( citado en McIntosh y cols, 1994).

En esta área de estudio Robert Litman (1967-1970) (citado en McIntosh y cols, 1994), explica desde su punto de vista el suicidio, para él, el suicidio es el análisis de mecanismos de: Agresión, culpa, ansiedad, dependencia, así como de condiciones predisponentes como lo serían los sentimientos de inutilidad, de desesperanza y de abandono. Karl Menninger ha sido un destacado psicoanalista que en su libro “Man Against Himself” (1938) delinea la psicodinamia de la historia y considera que el impulso hostil en la idea de suicidio está integrado por tres aspectos: 1) El deseo de muerte, 2) el deseo de estar muerto, 3) El deseo de morir, los casos individuales de suicidio, pueden estar envueltos en uno de esos elementos más fuertemente que de otros. El deseo de muerte implica la idea de Freud de agresividad y destructividad dirigida al interior, realizando un asesinato, en ante todo tranquilidad, la anulación de tensiones, satisfacer el deseo, ser pasivo y dormir. El deseo de estar muerto se refiere a un deseo de ser castigado o de sufrir, que ocurre como resultado de los sentimientos de culpa y de la conciencia real o imaginaria de transgresión de varias clases. Esas transgresiones pueden incluir la noción de Freud de deseos de muerte dirigidos hacia otros, como a los padres. El tercer componente, el deseo de morir, explica mejor la manifestación del instinto de muerte que es más poderoso que el instinto de vida y pone inmediatamente fin a la existencia de la persona (McIntosh y cols, 1994). Este componente agresivo se manifiesta en los casos de suicidio pasional, donde la idea de dañar profundamente, precede con frecuencia a la del suicidio, es nuevamente la agresividad hacia sí mismo, que mediante el suicidio, alcanza incluso a agredir a su objetivo. Otro autor considera que todo acto suicida está invadido de fuertes sentimientos de hostilidad inconscientes combinados con una incapacidad de amar a otros, utiliza el modelo de dinámica intrapsíquica y el modelo etiológico para explicar el suicidio.

Es importante observar que no es posible evidenciar una representación inconsciente de la muerte, de manera que se puede decir que “la muerte no existe para el inconsciente” (p.69). Las ideas conscientes sobre la muerte se refieren en realidad a fantasmas libidinosos y agresivos (Morón, 1992).

Kilpatrick (1948/1968, de acuerdo a la teoría de Horney) propuso que el suicidio es el resultado de “autodesprecio acumulado” en el cual el orgullo de sí mismo es devuelto por el acto del suicidio. En otros casos este auto odio puede estar asociado con relaciones sociales tensas, el suicidio proporciona una aniquilación de sí mismo y, algunas veces causa sufrimiento (Álvarez, 1972, Colt, 1991, citados en McIntosh y cols, 1994).

Alfred Adler, un miembro del grupo original de psicoanalistas, describió el suicidio en términos más sociales que como lo hizo Freud. El individuo no puede ser separado de su contexto social. Para Adler, el suicidio fue la solución que el individuo tomó por “Un problema urgente”, pero el individuo suicida carece del nivel de “ interés social” necesario para producir una solución adaptativa. El suicidio puede ser considerado como una forma dramática de comunicación con otros en el ambiente social. El suicidio comunica un mensaje decidido a lastimar o manipular a otros y, también a hacer comprensible la pérdida. La muerte suicida lleva un obvio elemento de venganza (Ansbacher, 1968, citado en McIntosh y cols, 1994). Ansbacher, (1961) explico que el aspecto suicida es ineptitud social, el cual es la falta de contribución, y hasta compromiso, del individuo con la sociedad (McIntosh y cols 1994).

De acuerdo con Adler, los individuos suicidas tienen características comunes, son egoístas, pero además se sienten inferiores. El acto del suicidio es un intento vano de ganar superioridad a través del control de la vida y la muerte (McIntosh y cols, 1994). “Para todo hombre que se evoca ideas de suicidio en una situación de angustia, la experiencia psicoanalítica muestra que el paso del acto es rechazado, en tanto la elección objetal narcisista, es decir, la posibilidad de involucrarse afectivamente en los objetos concretos o imaginarios de la realidad, sigue siendo aún posible. Cuando esta elección está bloqueada, sea por una conmoción exterior de valores, sea por el abandono progresivo de la realidad en el alienada, el individuo puede retroceder hasta llegar a aniquilarse con el objeto que su imaginación masiva

confunde. Así, por la elección suicida, el hombre puede permitirse saciar, volcándola contra sí, y al precio de su destrucción concomitante, su intensa hostilidad hacia el mundo exterior” (Morón, 1992, p.77).

Las características de personalidad han sido asociadas con la conducta suicida, Kastenbaum y Aisenberg (1972) han sugerido la personalidad suicida básica (BSP) que es claramente una raíz en la teoría psicoanalítica. Kastenbaum y Aisenberg sugirieron que “todos los individuos poseen una clase de personalidad suicida básica que puede tener en común con determinados atributos patológicos o ser potencialmente letales para” un punto débil”. Sin embargo, ellos admitieron que se heredan factores que pueden jugar un importante rol, también sugirieron que en las primeras experiencias de la niñez, principalmente las desagradables son primordiales para producir la BSP.

La hipótesis de Kastenbaum y Aisenberg es que quienes poseen la BSP pueden desarrollar una debilidad que predispone al suicidio, incrementando su sensibilidad y problemas bajo condiciones de pérdida de objeto, fracaso y rechazo (McIntosh y cols, 1994).

Finalmente otros dos autores han avanzado en lo que se refiere a las teorías del suicidio (Draper, 1976; Leonard, 1967).

Sin embargo, ellos tienen algunas diferencias en las formulaciones teóricas propuestas por los otros autores. Estos autores han sugerido que el suicidio resulta de los problemas alrededor de los procesos de diferenciación y de la importancia de la madre, como objeto amoroso. Para quienes este proceso de diferenciación e identificación es interrumpido, al igual que por el abandono y el rechazo en los primeros años, pueden desarrollar una vulnerabilidad de suicidio, bajo una vida estresante (McIntosh y cols, 1994).

Shneidman (1985-1987) ha sugerido dos conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas. Para ayudar a entender los factores que pueden conducir a un suicidio. Shneidman (1987) propuso el modelo cúbico (tercera dimensión) que representa tres componentes del suicidio: presión, pena y perturbación, la presión se refiere a los eventos de la vida que son importantes para el individuo y que influyen en sus pensamientos, conducta y sentimientos. Siendo tanto positivos como negativos en su vida, pero es del tipo negativo los que predispone al suicidio. La pena se refiere a un castigo psicológico resultado de una frustración de necesidad psicológica (1987). Mientras que la perturbación es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona.

En el modelo de Shneidman, cada dimensión puede variar en niveles altos y bajos de pena a perturbación y de presión positiva a negativa. Los 125 niveles del cubo, representan el máximo nivel de perturbación, pena intolerable y presión negativa para cometer un suicidio. Sin embargo, los tres niveles interactúan, Shneidman piensa que la pena es más importante y que su reducción puede prevenir el suicidio. En resumen en este modelo conceptual del suicidio, Shneidman ha incorporado estas tres dimensiones dentro de una amplia tendencia que caracteriza a los individuos suicidas. También identificó los rasgos psicológicos de las personas suicidas.

Para Shneidman, el estímulo más común en el suicidio es la intolerable pena psicológica, que es un factor prominente en el modelo del cubo, y el resultado de la pena es un común estresor, frustrador de las necesidades psicológicas. El individuo busca una “pausa” o una completa interrupción, de su conciencia dolorosa, pero no, morirse. Este puede ser un sentimiento que en circunstancias es desesperado y en el que el individuo es incapaz de efectuar un cambio. Al mismo tiempo, esto puede ser ambivalente, con o sin la vida, pero no ser capaz de ver el cambio para continuar bajo condiciones intolerables. La persona puede ser capaz de ver un número restringido de soluciones, el deseo de escapar de la pena, e incluso comunicar su intención. Finalmente, Shneidman sugirió que esto es una copia del patrón de siempre que predice el suicidio que eventualmente ocurre. Esta es también el mejor rasgo en el “suicidio violento”, que ha sido estudiado y elaborado por Maris (1981) (McIntosh y cols, 1994).

Tradicionalmente las teorías psicológicas del aprendizaje, al igual que los modelos cognitivos, han sido usados para entender y prevenir la conducta suicida. Jeger (1979) brevemente explicó que las teorías del aprendizaje no hacen una discusión de los individuos suicidas y menos de los aspectos de la conducta suicida. La suposición es que el suicidio, similar a otras conductas puede ser desaprendido de acuerdo a los principales aprendizajes que están bien establecidos.

El suicidio puede ser el resultado de la asociación de hábitos y aprendizaje (Frederick y Resnick, 1971, citado en McIntosh y cols, 1994), El reforzamiento de una conducta igual, o de falta de reforzamiento de otra conducta más apropiada y adaptativa también puede ocurrir como resultado de la imitación de un modelo (Phillips y Carstensen, 1988; Stack, 1990, citado en McIntosh y cols, 1994), como el observacional o el aprendizaje social (McIntosh y cols, 1994).

En el campo de la psicología cognitiva se han realizado numerosos estudios sobre el suicidio, siendo Aaron Beck el máximo representante de esta corriente. En uno de sus estudios, Lester y Beck (1977) encontraron que la relación entre la presencia de deseos suicidas y otros síntomas de depresión es muy similar, en las personas que han intentado suicidarse, así como en aquellas con ideas suicidas.

En cuanto al terreno de las estructuras mentales, el de las asociaciones interiorizadas de la personalidad suicida, Beck, Steer y Ranieri (1988) han sido pioneros en el estudio de las cogniciones de los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida. Beck y sus colaboradores, proponen, por vez primera, una característica de la persona suicida: la ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir, conflicto previo al acto suicida; además de este esquema hay otros: ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad y la intensidad del deseo de muerte. Los problemas de los individuos son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas éstas en premisas y supuestos erróneos o falsos.

La génesis del suicidio no sólo se encuentra en las desintegraciones intrapsíquicas, en el fracaso para mantener el estatus, en el desamor, etc ; sino también en las estructuras cognoscitivas. Las acciones interiorizadas pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenante para que se produzcan otras respuestas (deseo de morir). Las operaciones interiorizadas pueden representar también por sí mismas, conductas a modificar debido a su papel crucial para la adaptación (Por ejemplo la idea de muerte). Finalmente, las acciones interiorizadas del sujeto pueden funcionar como consecuencia de otras acciones interiorizadas (por ejemplo las reflexiones autocríticas). De esta forma, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio. Uno de los tipos de distorsión es la tendencia pensar en términos absolutos de todo o nada: bueno o malo, correcto o incorrecto, hermoso-feo, justo e injusto.

Se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. La rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en sujetos no suicidas con problemas psicosomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales (Díaz de Guante y cols, 1994). La idea suicida se implanta en la mente del sujeto con tal fuerza que este no puede rechazarla. Existen transiciones graduales que en ocasiones pueden observarse con claridad, pero que otras veces son perceptibles: idea dominante del suicidio primero idea fija o parásita después y, por último, la idea obsesiva del suicidio (Rojas, 1980).

### **Relación entre ideación suicida y desesperanza**

Uno de los elementos cognitivos más asociados con la conducta suicida es la desesperanza (González-Forteza y cols, 1994); Beck y cols. Han propuesto a la desesperanza como un factor de riesgo para el

suicidio (Murphy G, 1988) De acuerdo a los estudios, los sentimientos de desesperanza tienen una correlación alta al respecto del suicidio, es el sentimiento inminente que aparece precipitado a la autoinfluencia destructiva. La desesperanza es definida como actitudes negativas acerca del futuro (Beck y cols, 1989).

Esencialmente, el esquema cognitivo toma la forma de expectativas negativas o pesimismo acerca de consecuencias o eventos futuros, y da como resultado pérdidas de motivación y sentimientos negativos acerca del futuro (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990; Beck, Kovacs & Garrison, 1985, citado en McIntosh y cols, 1994).

El estado subjetivo de la desesperanza es la llave para la disposición de un suicidio actual. El alcohol y las drogas influyen en los sentimientos de desesperanza para sus efectos tóxicos, para manipular neurotransmisores responsables del humor y juicio, dando como resultado el rompimiento de las relaciones interpersonales y la ayuda o apoyo social (Miller y cols, 1991).

Cole (1989) identificó factores cognitivos (creencias en la auto-eficacia, habilidades de enfrentamiento) que mediatizan la relación entre la desesperanza y el suicidio, especialmente entre varones. Además, las deficiencias en resolver problemas interpersonales como contar con pocas alternativas de solución, se han identificado como factores asociados a la conducta suicida (Rotheran-Borus, Trautman, Dopkis y Shrout, 1990, citado en González-Forteza, 1996).

Rich y cols (1992), realizaron un estudio con el propósito de analizar las diferencias de género en la ideación suicida y los correlatos psicosociales implicados en el modelo de vulnerabilidad-estrés. Los resultados indican que fueron significativas las diferencias de género en el autoreporte de la ideación suicida, depresión, razones para vivir, aislamiento y abuso de sustancias. Los hombres y mujeres se separaron en dos grupos diferentes cuatro de las variables se encontraron como predictores significativos de la ideación: es decir, la depresión, la desesperanza, el abuso de sustancias, y las pocas razones para vivir. Finalmente, el hallazgo más importante del estudio es que la desesperanza fue la primera variable predictora en toda la muestra, y explicó la mayoría de la varianza en los puntajes de ideación (30%-40%).

La relación entre la ideación suicida y la desesperanza es muy estrecha, según McIntosh se puede hacer una evaluación del suicidio potencial utilizando una aproximación cognitiva, en la cual el rol del médico es importante para detectar la ideación suicida. Para McIntosh y cols; existen cuatro factores básicos (estresores psicosociales significativos, límites de ayuda social, alteraciones cognitivas, y deficiencia en solución de problemas) se han encontrado que pueden ser relacionados con dos condiciones centrales de las alteraciones del ánimo y desesperanza. La coexistencia de las alteraciones del ánimo y los sentimientos de desesperanza dan como resultado el deseo de morir. Cada vez que los deseos de muerte están presentes, el médico aconseja la exploración de la intensidad de la ideación suicida en una manera minuciosa.

En esto está implicada la identificación y evaluación de un existente plan suicida, la posesión o disponibilidad de planear los métodos, y alguna indicación de reducción del impulso de control (intoxicación, características psicóticas, intentos de suicidio previo). Finalmente una valoración que debe ser hecha para la evitación de una conducta suicida y la probabilidad de rescata una vez iniciado el intento. De esta forma, el médico puede evaluar el suicidio potencial del paciente en una manera eficiente y comprensiva (McIntosh y cols, 1994).

## **MARCO TEÓRICO**

El intento de suicidio se ha convertido en una preocupación de alta prioridad entre los planeadores de salud pública, profesionistas de salud mental y médicos de nuestro país, dado que su índice ha aumentado hasta tres veces más en los últimos 30 años. Haciéndolo un problema apremiante de la salud pública y de los servicios de urgencias.

El suicidio es un fenómeno de carácter multifactorial, su problemática es compleja y en México va en aumento. Solo en 1994 hubo 2603 defunciones, con una tasa de 2.89 por 100,000 habitantes; que podría crecer aceleradamente en los próximos años, afectando a diferentes grupos de edad.

Entre semejantes, la vida también tiene una gran atracción igual que para la mayoría es dolorosa. ¿Qué puede impulsar entonces a alguien para intentar seriamente destruir lo más preciado de todas las posesiones, su propia existencia?

Un paciente suicida en crisis es uno de los retos más grandes que enfrenta un psiquiatra en su vida profesional. Cuando falla en lograr un adecuado tratamiento o la identificación correcta del paciente en situación de riesgo con ideación suicida, representa una práctica equivocada dentro de la psiquiatría.

El sujeto que ha intentado suicidarse constituye un desafío clínico. Demanda un esfuerzo en términos diagnósticos, terapéuticos y preventivos. Es necesaria una evaluación individual que concilie la especificidad y la sensibilidad y detecte los factores que convergen en la intención de suicidarse.

Se reconoce que hay una superposición entre el grupo de sujetos que intenta suicidarse y el que lo consume. Entre el 25 y 40% de los suicidas ya habían intentado suicidarse, en ocasiones anteriores. Entre el 1 y 2% de ellos logran su propósito el año siguiente, lo que representa un riesgo cien veces mayor que el de la población general. La repetición del intento aunque no logre consumarse también es frecuente. Una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad y entre el 18 y el 25 % lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez.

No hay estadísticas generales sobre intentos de suicidio en ningún país, pero se estima que de cada 100,000 habitantes lo intentan 100 al año, lo que es diez veces mayor que la tasa de suicidio.

Estudios retrospectivos coinciden que los que se matan a sí mismos, casi siempre tienen un trastorno psiquiátrico significativo. Revisiones post mortem, las cuales incluyen entrevistas con familiares y amigos, sugieren que más del 90% de aquellos que se quitan la vida tienen asociado un trastorno psiquiátrico y muchos tienen más de un trastorno.

El suicidio ha sido asociado tradicionalmente con la depresión mayor, con el alcoholismo, con la esquizofrenia y con la ansiedad.

## **LA ATMÓSFERA PSICOLÓGICA QUE RODEA AL INTENTO DE SUICIDIO**

Desde hace varios años Beck y otros investigadores han estudiado el papel que desempeña la depresión, la ideación suicida, la desesperanza y la intención de suicidarse. Se encuentra plenamente establecida la presencia de estados depresivos de una importante proporción de los pacientes que han intentado suicidarse. En un amplio estudio epidemiológico Weissman afirma que la depresión es el diagnóstico más frecuente abarcando entre el 30 y 79% de los casos. Un estudio citado por Adam, revela que del 68 al 90% de las mujeres jóvenes que intentaron suicidarse, manifestaban un síndrome depresivo.

Beck y Lester encontraron que un componente específico de la depresión constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse. Se formuló el concepto de desesperanza, como un sistema de esquemas cognoscitivos, que comparten el elemento común de expectativas negativas, y se llevó a cabo mediante el desarrollo de un instrumento específico. Se reconoció que la asociación entre la desesperanza y la ideación suicida era mayor que entre ésta y la depresión. Se comprobó que esta última perdía significado al excluirse de la depresión el factor de desesperanza. La desesperanza se asocia significativamente con la intención suicida en los pacientes que han intentado suicidarse, lo que demuestra que su papel es determinante en el propósito de suicidarse.

Estos hallazgos han sido confirmados y extendidos a diferentes grupos de pacientes alcohólicos, esquizofrénicos y adictos a las drogas. Por último la desesperanza, y también la depresión es mayor en los individuos que han intentado terminar con su vida, en comparación con aquellos que sólo han buscado manipular a los demás o al ambiente.

La desesperanza podría tener un valor predictivo en el suicidio a largo plazo. En un grupo de pacientes hospitalizados por riesgo suicida, el 91% de los sujetos que se suicidaron, 5 o 10 años después habían obtenido puntajes de 10 o más en la escala de desesperanza. En un seguimiento de cuatro años a pacientes con trastornos afectivos mayores, Fawcett y cols, encontraron que la desesperanza era una característica que diferenciaba significativamente de los suicidas a los no suicidas, también mostró que el valor predictivo era mayor para predicciones sobre riesgo suicida más allá del primer año. Se logró mejor medición de la desesperanza preguntando al paciente que hable acerca de cómo visualiza el futuro. Los pacientes con desesperanza no podían hacerlo, se muestran sombríos o sin convencimiento en sus descripciones.

Así mismo, se llevó a cabo una investigación con el fin de determinar si el diagnóstico de depresión intervenía en la relación de desesperanza e ideación suicida en la población del paciente psiquiátrico externo, utilizando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck, la escala de desesperanza y la escala de ideación suicida en 1,306 adultos con trastornos de estado de ánimo y en 488 pacientes sin trastornos. El análisis de los datos mostró que la desesperanza era más importante que la depresión para explicar la prevalencia de la ideación suicida.

El riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza. Este vínculo se debe a que generalmente se ha relacionado la conducta suicida con las características cognoscitivas. En este caso, la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales, rigidez que a la vez no está exenta de desesperanza. Beck y sus colegas han enfatizado la importancia, en la cual la desesperanza es vista como cogniciones y expectativas que pueden influir en la ocurrencia de los eventos negativos de la vida.

Esencialmente, el esquema cognoscitivo toma la forma de expectativas negativas o de pesimismo acerca de las consecuencias o los acontecimientos futuros, y da como resultado la pérdida de motivación y la presencia de sentimientos negativos acerca del futuro. Así, el papel del psiquiatra es fundamental para la prevención del suicidio y para detectar y tratar los casos de ideación suicida. Según Barraclough y cols, más del 90% de los suicidios habían consultado a uno o dos doctores un año antes de su muerte y 40% lo habían consultado una semana antes.

Existen estudios que describen los esfuerzos hechos recientemente para cuantificar varios aspectos de la ideación del suicidio. La escala de Intentos de suicidio, la escala de desesperanza y la escala de ideación suicida, valoran componentes individuales del suicida. La desesperanza parece ser el componente principal en la relación entre la depresión y el intento de suicidio. El propósito del estudio es dar a conocer los esfuerzos para cuantificar varias dimensiones cognoscitivas de la conducta suicida, el conocimiento de variables cognoscitivas tales como la desesperanza, permite evaluar con facilidad el riesgo suicida y establecer la terapia en las personas que han intentado suicidarse.

En un análisis de factores de IDB realizado por Pichot y Lemperie en 1964, se aisló un factor de pesos elevados sólo para dos reactivos, la desesperanza y el suicidio. Un análisis de las intercorrelaciones de los reactivos individuales de IDB reveló que los deseos suicidas se correlacionaban contra la desesperanza.

La escala de desesperanza consiste en 20 reactivos calificados como falso o verdadero, de los cuales 9 son falsos y 11 verdaderos, a cada uno se ha asignado una calificación de 0 a 1, el puntaje total es la suma de todas las calificaciones, que puede ir de 0 a 20. Kunder –Richardson KR21 0.93.

La respuesta a la terapia cognitiva es un predictor de suicidio, se compararon 17 pacientes con trastornos afectivos que cometieron suicidio con 17 pacientes que no cometieron suicidio. Los pacientes suicidas acudieron a menos sesiones de terapia o abandonaron la terapia más frecuentemente: 88% de los suicidas, comparado con 53% de controles requirieron más terapia al término. Ellos tuvieron también grandes niveles de desesperanza al término de la terapia. Los resultados sugieren que la terminación prematura de la terapia y la inadecuada respuesta al tratamiento tienen pronóstico desfavorable para el suicidio.

Diversos estudios han determinado factores de riesgo demográficos como estado civil, sexo, así mismo, la relación con trastornos afectivos, intentos de suicidio y más recientemente la desesperanza y la ideación suicida. Pocos estudios determinan la relación entre la respuesta al tratamiento psiquiátrico y el suicidio. Este estudio investiga acerca del rol que juega la terapia cognitiva como predictor de suicidio en un grupo de pacientes externos que cometieron suicidio comparados con un grupo controlado que no cometió suicidio. Se utilizaron diversos instrumentos de medición, que de los cuales interesa el siguiente: La escala de desesperanza de Beck que se compone de 20 ítems, que mide el nivel de creencias negativas acerca del futuro, el total de resultados en un rango de 0 a 20 Kunder-Richardson KR21 fue 0.93.

Los resultados determinan que el abandono de la terapia cognitiva y los niveles altos de desesperanza favorecen el intento de suicidio.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿El manejo intrahospitalario modifica la desesperanza en el paciente con intento de suicidio?

## **HIPÓTESIS**

La desesperanza se modifica posterior al manejo intrahospitalario en el paciente con intento de suicidio.

HO: La desesperanza no se modifica posterior al manejo intrahospitalario en el paciente con intento de suicidio.

## **OBJETIVO**

Determinar si la desesperanza se modifica posterior al manejo intrahospitalario en el paciente con intento de suicidio.

## **OBJETIVOS PARTICULARES**

- 1.1 Aplicar la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con intento de suicidio antes y posterior al manejo intrahospitalario.
- 1.2 Determinar el diagnóstico psiquiátrico más frecuente asociado al intento de suicidio.

## JUSTIFICACIÓN

La importancia de estudiar la desesperanza ha sido reconocida en la literatura por ser considerada un factor de riesgo en el intento de suicidio. Estudios previos repontan la relación entre desesperanza y suicidio. Indican el rol que representa la desesperanza como predictor a un futuro de conductas suicidas incluso posterior a un internamiento. Beck evaluó a 207 pacientes hospitalizados por ideación suicida al tiempo de la admisión, en un seguimiento a 10 años se observó que pacientes que presentaron altos niveles de desesperanza concluyeron en suicidios consumados.

Así mismo, durante un estudio Beck midió la desesperanza posterior al tratamiento psicoterapéutico observando que, pacientes que persistían con niveles elevados de desesperanza presentaban intentos de suicidio.

Por todo lo anterior es importante en el presente estudio conocer el nivel de desesperanza al inicio del manejo intrahospitalario en pacientes con intento de suicidio y al finalizar el mismo para conocer el grado de desesperanza a su egreso y con esto tener un parámetro para prevenir conductas suicidas y en el futuro elaborar estrategias para la prevención del intento de suicidio.

### **Relevancia teórica**

La importancia de evaluar la desesperanza ha sido reconocida en la literatura por ser considerada como factor de riesgo de intento suicida. La información que se genere en este estudio brindará la oportunidad de crear estrategias de prevención del intento de suicidio.

### **Relación social**

A pesar de que el suicidio no sea una de las 10 primeras causas principales de mortalidad en México se considera que es un problema emergente de salud pública que en las últimas décadas se ha incrementado. Es oportuno investigarlo antes de que se convierta en un problema apremiante. Los resultados de este trabajo podrán servir de apoyo para el diseño, implementación y evaluación de programas de educación para la salud mental a fin de incidir en el acto suicida.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Todos los pacientes de 18 a 65 años que acuden a ser valorados en admisión continua de Hospital Regional Psiquiátrico Unidad Morelos del IMSS con el diagnóstico de envío de intento de suicidio en los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2000.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Pacientes de 18 a 65 años de edad de cualquier sexo.

Pacientes que acepten participar en el estudio.

Pacientes que sepan leer y escribir.

Pacientes que presentes intento de suicidio en un periodo máximo de 30 días y que sean internados.

### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.**

Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.

Pacientes que presenten diagnóstico de cuadro psicótico.

Pacientes que presenten cuadro de delirium.

Pacientes que presenten enfermedad médica grave al momento de la evaluación.

Pacientes que presenten cuadro demencial.

Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Pacientes que no se hospitalicen.

Pacientes que se encuentren en tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

Pacientes que deciden su alta voluntaria

Pacientes que no contesten la segunda evaluación

Pacientes que contesten incompleta la evaluación.

## **ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE INDEPENDIENTE: Manejo intrahospitalario.

VARIABLE DEPENDIENTE: Desesperanza.

### **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL.**

**MANEJO INTRAHOSPITALARIO:** El manejo intrahospitalario hace referencia a las siguientes actividades, protección del riesgo suicida, examen de factores de riesgo suicida, exploración completa y diagnóstico preciso, limita el acceso a métodos violentos, proporciona un mecanismo de retraso en el tiempo, disminuye la mortalidad, posibilita una valoración somática más completa, el tratamiento se hace con mayor intensidad y disponibilidad del mismo las 24 horas; posibilita la entrevista a todas las figuras del entorno, se produce una derivación favorable para el seguimiento posterior.

**DESESPERANZA:** Actitudes negativas acerca del futuro.

#### **DEFINICIÓN OPERACIONAL.**

**MANEJO INTRAHOSPITALARIO:** Incluye las acciones para la protección, manejo, diagnóstico, tratamiento y seguimiento intrahospitalario.

**DESESPERANZA:** Puntaje obtenido a través de la Escala de Desesperanza de Beck de 20 reactivos.

## RECURSOS HUMANOS FÍSICOS Y FINANCIEROS

RECURSOS HUMANOS: El investigador

El tutor teórico

El tutor metodológico

Los pacientes participantes.

RECURSOS MATERIALES: Escala de Beck de desesperanza de 20 ítems.

Cuestionario de datos personales.

Lápiz.

Hojas para el vaciamiento de datos.

RECURSOS FINANCIEROS: No requeridos.

## **PROCEDIMIENTO**

Se captó a los pacientes que acudieron a valoración al servicio de admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos del IMSS, quienes fueron enviados de diversas clínicas, HGZ y hospitales psiquiátricos como causa de envío intento de suicidio. En el periodo comprendido del 1 de Junio de 2000, al 31 de Octubre del mismo año. Se trabajó de lunes a domingo durante las 24 horas del día. Una vez realizada la valoración psiquiátrica, si el paciente era hospitalizado y cumplía los criterios de inclusión y no inclusión, se aplicaba un cuestionario previamente estructurado con algunos datos personales del paciente y posteriormente se aplicó la Escala de Desesperanza de Beck.

Una vez que se decidía el egreso de cada paciente del manejo intrahospitalario por el médico, se aplicó nuevamente la Escala de Desesperanza de Beck.

Se contó con la colaboración de 10 psiquiatras entrenados con anterioridad en el uso y manejo del instrumento de medición.

## **Instrumento de medición**

1.- Escala de Desesperanza: Desarrollada por A. T. Beck, consiste en 20 reactivos estructurados como falso-verdadero, de los cuales 9 son falsos y son las preguntas ( 1,3,5,6,8,13,15,19) y 11 se contestan como verdadero ( 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20) en el caso de ser positivos a desesperanza.

A cada uno de estos 20 reactivos se le ha dado una calificación de 0 o de 1: Falso (0), o cierto (1), asignándole el valor de (1) a los reactivos positivos a desesperanza y el valor de ( 0) a los reactivos negativos a desesperanza.

El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20.

El punto de corte es: puntaje mayor o igual 9. Dicho puntaje indica la presencia de desesperanza y se considera predictor de un intento suicida.

### **Confiabilidad de la Escala de Desesperanza de Beck.**

En México son muy pocos los trabajos que han utilizado esta escala, razón por la cual se decidió estudiar su confiabilidad en esta población.

Para obtener la confiabilidad de la escala se realizó la validación en un estudio realizado por Liliana Mondragón en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

En la escala de desesperanza el alpha de Cronbach fue de 0.56.

## RESULTADOS

La distribución por sexo de la muestra de pacientes estudiada ( n=50) resultó ser considerablemente más frecuente en el sexo femenino con un 90% (n=45) en comparación con el sexo masculino que se encontró con un 10% (n=5), como lo muestra el cuadro 1.

Respecto a la distribución de pacientes por grupo de edad tenemos que del total de la muestra, el mayor porcentaje de pacientes se encuentra en una moda de 27 años.

Por otro lado la distribución de pacientes por religión que profesan, arrojó un 88% (n=44), para la preferencia para la religión católica, y un 12% (n=6) para todas las otras religiones (cuadro2).

Considerando el grado de escolaridad de la muestra tenemos que, el mayor porcentaje se encuentra en secundaria completa, con un promedio de 24% (n=12). Cuadro 3.

En cuanto al estado civil el mayor porcentaje de la muestra corresponde a los sujetos casados, con un 50% (n=25) seguidos del grupo de pacientes que son solteros 18% (n=9) y en tercer lugar el grupo de pacientes separados y en unión libre con un 10% (n=5). Cuadro 4.

En el rubro de ocupación encontramos que del total de la muestra, el 38% (n=19) se refiere como amas de casa, seguido de los profesionistas y empleados, compartiendo un 22% (n=11). Cuadro 5.

Con lo que respecta a los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes a su ingreso del manejo intrahospitalario, se desprende lo siguiente: El trastorno depresivo severo en primer lugar con un promedio de 30% (n=15), en segundo lugar el trastorno depresivo moderado con un 28% (n=14) y compartiendo porcentajes en el tercer sitio, el trastorno distímico, el trastorno límite de la personalidad y los trastornos de adaptación, con un 10% cada uno (n=5). Como lo muestra la gráfica 1.

Así mismo, los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes a su egreso del manejo intrahospitalario arroja lo siguiente: Trastorno depresivo moderado 30% ( n=15), en segundo sitio el trastorno límite de personalidad corresponde al 28% (n=14). Finalmente, compartiendo porcentajes, el trastorno mixto ansioso depresivo, la distimia y los trastorno de adaptación. Como lo muestra la gráfica 2.

En lo concerniente al empleo del fármaco dentro del manejo intrahospitalario en el grupo de antidepresivos el comportamiento es el siguiente: la fluoxetina en primer sitio con un porcentaje de 54.2% (n=26) del total de la muestra, seguido de la sertralina con un 22.9% (n=11). Cuadro 6.

En el rubro de los ansiolíticos el mayor porcentaje de la muestra corresponde a los sujetos que se manejaron con clonazepam 63% (n=29), seguido de bromazepam con 32.6% (N=15). Cuadro 7

El manejo con anticomieles mostró que el porcentaje mayor de la muestra se inclinó al uso de carbamazepina 87.5% (n=14), seguido de valproato de magnesio con 12.5% (n=2). Cuadro 8

El manejo con neurolépticos mostró que el porcentaje mayor de la muestra usó levomepromazina con 55.6% (n=5), seguido de la perfenazina con 33.3% (n=3). Cuadro 9.

En cuanto al manejo psicoterapéutico intrahospitalario el tipo de terapia más usado fue la psicoterapia breve 83.7% (n=41) y en segundo sitio la terapia cognitivo conductual con 16.3% (n=8). Cuadro 10.

Con lo que respecta a los días de estancia intrahospitalaria, el mayor porcentaje se encuentra entre 10 y 20 días de estancia, es decir el 54% (n=27). Cuadro 11.

El método de intento de suicidio más socorrido de la muestra corresponde al uso de medicamentos con 90% (n=45) seguido de la venodisección con un 8%. Cuadro 12.

Finalmente, según los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala de Beck, encontramos que el 68% de pacientes al momento del ingreso presentaban desesperanza (según los criterios de dicho instrumento de medición), mientras que el 32% no la registraron a su ingreso hospitalario. Como lo muestra la gráfica 3

Ahora bien, al medir la desesperanza posterior al manejo intrahospitalario, el 50% de pacientes aún la presentaban, descartándose la presencia de desesperanza (de acuerdo a los criterios del instrumento de medición) en el 50% restante. Como lo muestra la gráfica 4.

En cuanto a la influencia del manejo intrahospitalario sobre la desesperanza, motivo principal del presente estudio se puede observar lo siguiente: la desesperanza encontrada al ingreso del manejo intrahospitalario en pacientes con intento de suicidio comprendió al 68% del total de la muestra y al egreso del manejo intrahospitalario la desesperanza se encuentra en un 50%. Es decir, existe modificación de la desesperanza al término del manejo intrahospitalario.

Al comparar los valores pareados de la presencia de desesperanza (según los criterios del instrumento de medición) antes y después el manejo hospitalario mediante la prueba no paramétrica de chi cuadrada se, se obtuvo significancia estadística ( $p < 0.05$ ).

### Distribución por sexo

	Número de pacientes	Porcentaje
Femenino	45	90.0%
Masculino	5	10.0%

Fuente: Entrevista Cuadro 1.

### Distribución por religión

	Número de pacientes	porcentaje
Católica	44	88.0%
Ninguna	3	6.0%
Testigo de Jehová	2	4.0%
Evangelista	1	2.0%

Fuente: entrevista cuadro 2

### Distribución por escolaridad

	Número de pacientes	Porcentaje
Primaria	9	18.0%
Secundaria	12	24.0%
Preparatoria	8	16.0%
Carrera técnica	10	20.0%
licenciatura	8	16.0%
Posgrado	1	2.0%
Ninguna	2	4.0%

Fuente: Entrevista Cuadro 3

### Distribución por estado civil

	Número de pacientes	Porcentaje
Casados	25	50.0%
Soltero	9	18.0%
Separado	5	10.0%
Unión libre	5	10.0%
Divorciado	4	8.0%
Viudo	2	4.0%

Fuente: Entrevista cuadro 4

### Distribución por ocupación

	Número de pacientes	Porcentaje
Ama de casa	19	38.0%
Empleado	11	22.0%
Obrero	2	4.0%
Comerciante	3	6.0%
Profesionista	11	22.0%
Desempleado	4	8.0%

Fuente: Entrevista Cuadro 5

## Tratamiento farmacológico

### Tratamiento con antidepresivos

	Número de pacientes	Porcentaje
Fluoxetina	26	54.20%
Paroxetina	3	6.30%
Sertralina	11	22.90%
Imipramina	7	14.60%
Otro	1	2.10%

Fuente: Entrevista Cuadro 6

### Tratamiento con ansiolíticos

	Número de pacientes	Porcentaje
Clonazepam	29	63.0%
Bromazepam	15	32.60%
Otros	2	4.30%

Fuente: Entrevista Cuadro 7

### Tratamiento con anticomiciales.

	Número de pacientes	Porcentaje
Carbamazepina	14	87.50%
Valproato de magnesio	2	12.50%

Fuente: Entrevista Cuadro 8

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

### Tratamiento con antipsicóticos

	Número de pacientes	Porcentaje
Perfenazina	3	33.30%
Tioridazina	1	11.10%
Levomepromazina	5	55.60%

Fuente: Entrevista Cuadro 9

## TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

### Psicoterapéutico

	Número de pacientes	Porcentaje
Psicoterapia breve	41	83.70%
Psicoterapia cognitivo conductual	8	16.30%

Fuente: Entrevista Cuadro 10

## **DIAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA**

	Número de pacientes	Porcentaje
1 a 10 días	2	4.0%
11-20 días	27	54.0%
21-30 días	16	32.0%
31-40 días	4	8.0%
41-50 días	1	2.0%

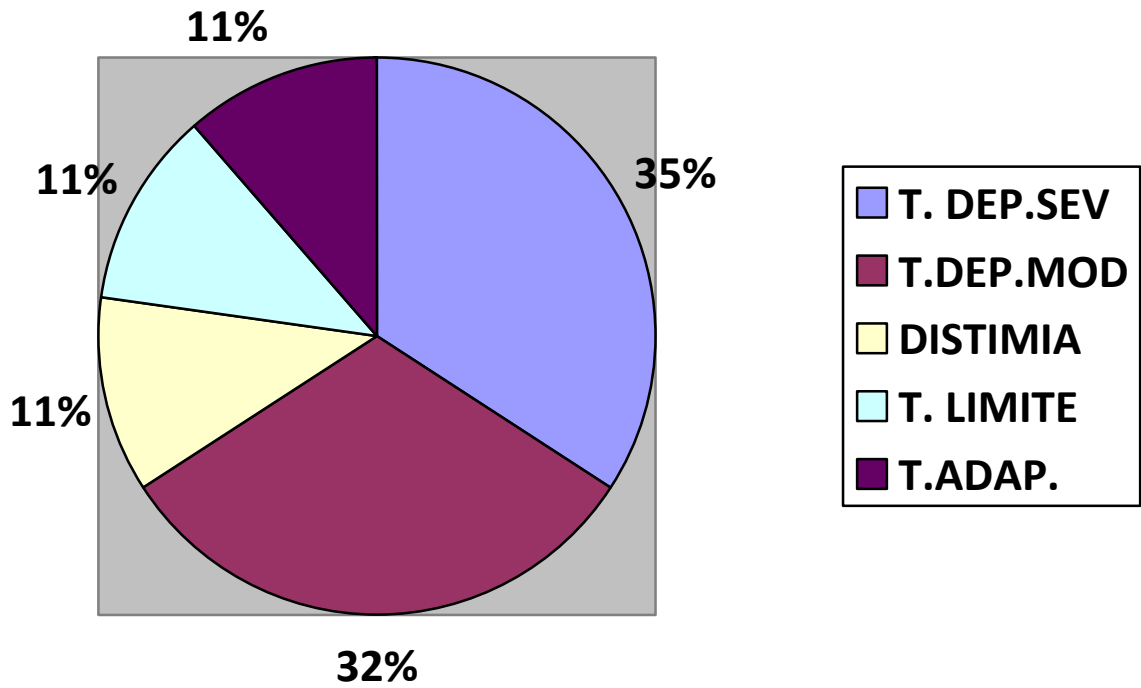
Fuente: Entrevista Cuadro 11

## **METODOS DE INTENTO DE SUICIDIO**

	Número de pacientes	Porcentaje
Medicamentos	45	90.0%
Venodisección	4	8.0%
Sustancias tóxicas	1	2.0%

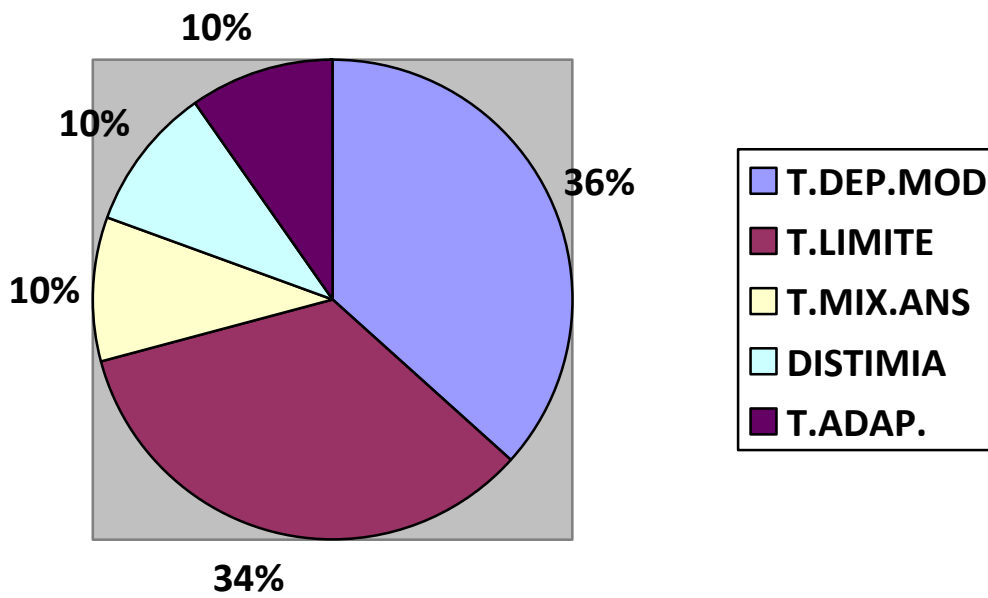
Fuente: Entrevista cuadro 12

## DIAGNÓSTICO DE INGRESO



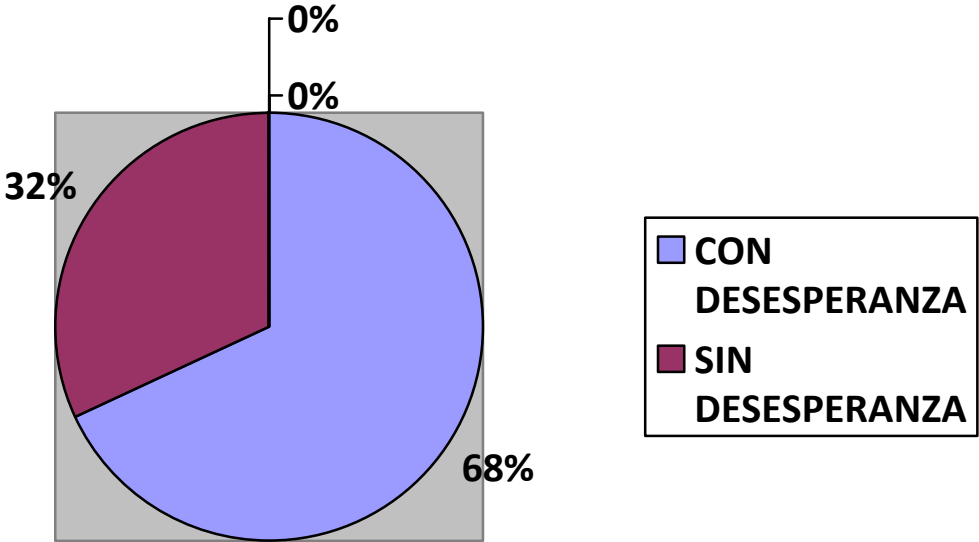
GRAFICA 1.

## DIAGNOSTICO DE EGRESO



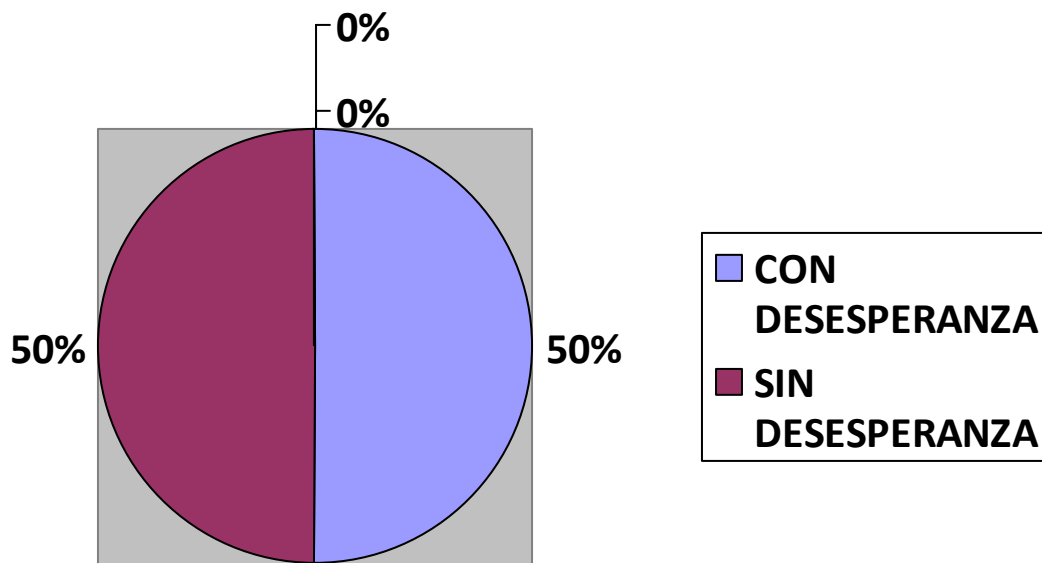
GRAFICA 2.

# DESESPERANZA AL INGRESO



GRAFICA 3

## DESESPERANZA AL EGRESO



GRAFICA 4

## DISCUSIÓN

La muestra se obtuvo de 145 pacientes que se internaron para manejo intrahospitalario con antecedente de intento de suicidio de los cuales, los que cumplían los criterios de inclusión y no exclusión seleccionaron 50, en un periodo comprendido entre los meses de junio, julio, agosto y septiembre del 2000.

Con respecto a la distribución por sexo de la muestra predomina el sexo femenino 90% (n=45), lo cual corresponde con las referencias bibliográficas en que las mujeres cuentan con más intentos de suicidio que hombre en una proporción de 4:1.

La distribución de pacientes por grupo de edad arroja cifras que indican el mayor porcentaje para los 27 años de edad 12%, lo cual corresponde con lo citado en la bibliografía en que el rango de edad de las personas que intentan suicidarse va de los 15 a los 35 años.

El estado civil de mayor porcentaje de las muestras corresponde al grupo de casados 50% (n=25) resultado que difiere de lo encontrado en la bibliografía, donde el peso mayor recae en los solteros, sin embargo, cabe señalar que en el presente estudio los solteros ocupaban el segundo sitio. Esto se puede explicar por las características de muestra que corresponden al sexo femenino con promedio de edad de 27 años, que comparado con datos sociodemográficos de México se encuentran casadas.

La religión predominante en la presente muestra es la católica, con un 88% (n=44), esto considerando que estudios específicos sobre religión y cultos de la población mexicana han demostrado un 95% de preferencia por la religión católica.

En cuanto al nivel de escolaridad tenemos un 24% en toda la muestra que corresponde fielmente a la media nacional de escolaridad que es de 9 años de instrucción.

Un porcentaje significativo de la muestra 38% (n=19) son referidos en el presente estudio como amas de casa, los datos anteriores corresponden con estudios que marcan aumento de intentos de suicidio en pacientes dedicados al hogar hasta un 50%.

Con lo que respecta a los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes a su ingreso al hospital, los trastornos depresivos resultan con un porcentaje significativo del total de la muestra, dato que corresponde con lo referido a la bibliografía en la que la depresión mayor es el diagnóstico más asociado a intentos de suicidio.

Dentro de las estadísticas encontradas en el hospital en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2000, la depresión mayor se encuentra en el tercer sitio y en el primer lugar los trastornos orgánicos afectivos, estos se pueden explicar por el tipo de población que recibe.

En relación al diagnóstico psiquiátrico posterior al manejo intrahospitalario, que más se asocia con los intentos de suicidio corresponde a la depresión moderada y en segundo sitio los trastornos de personalidad límite. Resultados que corresponden fielmente a lo que marca la literatura en que la

depresión sigue jugando un papel importante en pacientes con intento de suicidio y recientemente se han observado los trastornos de personalidad como padecimientos asociados a esta conducta auto agresiva, el más significativo, el trastorno límite de la personalidad.

Los resultados anteriores se pueden explicar de la siguiente manera, durante el manejo intrahospitalario se explora más detenidamente la personalidad de los pacientes, misma que se diagnostica.

El uso de fármacos durante el manejo intrahospitalario se distribuye de la siguiente manera; dentro de los antidepresivos más prescritos la fluoxetina, lo cual tiene su explicación en el auge mismo de los ISRS y la inclusión a cuadro básico recientemente, así mismo es sabido que este tipo de antidepresivo se utiliza en pacientes con intento de suicidio por efectos de la serotonina sobre el mismo. El clonazepam como ansiolítico más utilizado en el presente estudio se explica por la disponibilidad del producto dentro de la institución. Así mismo, en el uso de antipsicóticos y anticomiciales destacan la levomepromazina y la carbamazepina, medicamentos que se utilizan para disminuir la impulsividad y agresividad en pacientes con trastornos de personalidad principalmente, lo cual corresponde con los datos obtenidos en el presente estudio.

En lo concerniente a días de estancia intrahospitalaria resulto en el presente estudio el rango de 11 a 20 días de internamiento, mismo que corresponde a los días de estancia promedio dentro de la institución.

La psicoterapia breve resultó ser la más empleada dentro del manejo intrahospitalario. Lo anterior se explica por el tipo de atención hospitalaria de la institución en la que se utilizan psicoterapias breves. Cabe señalar que la terapia de corte cognitivo conductual requirió de , más días de internamiento.

El método de intento de suicidio más empleado es el uso de medicamentos, dato que corresponde con lo encontrado en las referencias bibliográficas en referencia a la conducta suicida.

En cuanto a la influencia del manejo intrahospitalario sobre la desesperanza, motivo principal del presente estudio se puede observar lo siguiente; la desesperanza encontrada al ingreso del manejo intrahospitalario en pacientes con intento de suicidio comprendió el 68% del total de la muestra y al egreso del manejo intrahospitalario, el comportamiento de la desesperanza es de un 50% del total de la muestra.

Es decir, que existe una disminución de la desesperanza el término del manejo intrahospitalario.

Al comparar los valores pareados de la Escala de Desesperanza de Beck antes y después del manejo intrahospitalario mediante la prueba no paramétrica de chi cuadrada, se obtuvo significancia estadística ( $p < 0.05$ ).

## **ANALISIS ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se realizó con el programa de software S.P.S.S versión.

Así mismo, la estadística descriptiva en el paquete estadístico antes referido.

## CONCLUSIONES

Durante el análisis de resultados del presente estudio se observó en la muestra características sociodemográficas similares a las referidas en la literatura en materia de intento de suicidio.

Por otro lado fue posible observar la patología psiquiátrica más frecuentemente asociada al intento de suicidio que en este caso continua siendo la depresión y los trastornos de personalidad.

Con lo que respecta a la desesperanza, punto principal del presente estudio, como se ha mencionado en repetidas ocasiones, la desesperanza es un factor altamente predictivo para un intento suicida. La trascendencia del estudio radica en este punto.

Tras la revisión minuciosa de la bibliografía, el visualizar un futuro negativo parece estar presente en pacientes suicidas y mientras no se trabaje sobre este constructo cognitivo el riesgo de suicidio es alto.

En el presente estudio se evalúa el comportamiento de la desesperanza en pacientes con intento de suicidio tras un manejo intrahospitalario. Si bien la desesperanza disminuyó en la población del estudio, el porcentaje de pacientes que persisten con niveles de desesperanza elevados es alto y es motivo de consideración.

Existen estudios que identifican la desesperanza y la manejan por espacio prolongado en psicoterapias de corte cognitivo conductual con relativo éxito, sin embargo la desesperanza persiste en algunos pacientes que llegan al suicidio consumado.

Lo trascendente del presente estudio es evaluar con más calma y a detalle a estos pacientes que persisten con desesperanza, ya que se observó en algunos de ellos nuevos intentos de autoagresión. Si bien es cierto que hasta la fecha no existe un predictor cien por ciento confiable del intento de suicidio, el presente estudio pretende incluir dentro de la evaluación y prevención del paciente suicida poner más énfasis en éste síntoma.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alonso de la Torre López A et al. El paciente suicida en trastornos mentales en atención primaria. Junta de Castilla y León 1992; 257-270.
- 2.-Allebeck P. Prevention of suicidal behavior. Ed European handbook of psychiatry and mental health Zaragoza. 1991; 1823-1829.
- 3.- Beck A. T Rush A.J Shaw B.F. Técnicas específicas para el paciente suicida. Ed. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao DDB 1983.
- 4.- Beck A. T Rush A.J. Cognitive therapy: Comprehensive Textbook of psychiatry. Baltimore. Bilbao DDB 1983.
- 5.- Beck A.T Steer R. A. Hopelessness depression suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. Suicide and life-threatening behavior. Vol. 23 (2) 139-145.
- 6.-Beck A. T R. A Brown. Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric out patients. Suicide and life-threatening behavior. Vol. (1) 11-20.
- 7.-Beck A.T.Weissman A. Lester D. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. Journal of consulting and clinical psychiatry 42: 861-865, 1974.
- 8.- Beck A. T Steer R. A Kovacs M, Garrisman B. Hopelessness and eventual suicide: A 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. American Journal of Psychiatry, 142. 559-563. 1985.
- 9.- Beck A. T Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior: An overview JAMA. 234: 1146-1149. 1975.
- 10.-Beck R. W. Morris J. B. Lester D. Suicide notes and risk of future suicide. Journal of American Medical Association. 288:495-496.1974.
- 11.-Belsasso G y Lara, TH. El suicidio en México Instituto Nacional de Neurología. Vol. 8. 5-24.
- 12.- Bongar. The suicidal patients: Clinical and legal standars of care. Edit. American Psychological Association E.U.
- 13.- Borges, G Rosovsky, H. Análisis de casos y controles de los intentos de suicidio en una muestra de servicios de urgencia. Anales del Instituto Mexicana de Psiquiatría. 198-203.
- 14.- Borges G. Quienes cruzan el umbral: Intento de suicidio y suicidio consumado, información clínica. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 6. 37-39.

- 31.- Litman R. Predicting and preventing hospital and clinic suicide. The Guilford press. 1992, 448-446.
- 32.-McIntosh J, L Sartos J. F Hubbard R.W. Elder suicide Research Theory and treatment. Ed American Psychological association.
- 33.- Minkoff K. Bergman E. Beck: Hopelessness depression and attempted suicide. American Journal of Psychiatry 130: 455-459.1973.
- 34.- Mondragón L. La ideación suicida en relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. Tesis licenciada en psicología. UNAM 1997.
- 35.- Morán P (1992) ¿Qué es el suicidio? Ed. Publicaciones cruz, México.
- 36.- Richard C. A.T Beck: Cognitive aspect of suicidal behavior. Salud mental V. 4 1981.
- 37.- Rojas E. (1980). Clasificación de los fenómenos suicidas. Instituto Nacional de Neurología. Vol. 14 106-124.
- 38.- Roy A. Risk factors for suicide in psychiatry patients. A. Gen Psychiatry 1987. 39. 1089-1095.
- 39.- Sarro B De la Cruz. Los suicidios. Barcelona Roca 1991.
- 40.- Tyer M, Frances A.J Sullivan T. Suicide attempts in patients with borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry. 145: 737-739. 1988.
- 41.- Weissman M. K. Klerman CL. Hostility and depression associated with suicide attempts. American Journal of Psychiatry 130. 450-454. 1973.
- 42.- Wolfesdarf G. Hospital suicides in psychiatric institutions. Zaragoza 1991: 1804-1815.

# ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE DESESPERANZA

- 1.- NOMBRE: \_\_\_\_\_
- 2.- SEXO: <A> M.- MASCULINO  
F.- FEMENINO
- 3.- EDAD: ## AÑOS
- 4.- ESTADO CIVIL: <A > S.- SOLTERO  
C.- CASADO  
D.- DIVORCIADO  
V.- VIUDO  
UL.- U. LIBRE  
SEP.- SEPARADO
- 5.- RELIGION: <A > C.- CATOLICA  
CR.- CRISTIANA  
TJ.- TESTIGOS DE JEHOVA  
E.- EVANGELICA  
O.- OTRAS  
N.- NINGUNA
- 6.- ESCOLARIDAD: <A> 1.- PRIMARIA  
2.- SECUNDARIA  
3.- PREPARATORIA  
4.- CARRERA TECNICA  
5.- LICENCIATURA  
6.- POSTGRADO  
7.- NINGUNA
- 7.- OCUPACION: <A> 1.- AMA DE CASA  
2.- EMPLEADO  
3.- OBRERO  
4.- COMERCIANTE  
5.- PROFESIONISTA  
6.- DESEMPLEADO
- 8.- DIAGNOSTICO DE INGRESO: <A > 01.- TRAS. DEP. LEVE  
02.- TRAS. DEP. MOD.  
03.- TRAS. DEP. SEV.  
04.- TRAS. MIXTO ANS-DEP  
05.- DISTIMIA  
06.- TRAS. LIMITE DE PERS.  
07.- TRAS. HIST. DE PERS.  
08.- TRAS. ANSIEDAD GENER.  
09.- TRAS. ADAPTACION  
10.- TRAS. ESTRES POSTRAUM.  
11.- OTROS
- 9.- DIAGNOSTICO DE EGRESO: <A > 01.- TRAS. DEP. LEVE  
02.- TRAS. DEP. MOD.  
03.- TRAS. DEP. SEV.  
04.- TRAS. MIXTO ANS-DEP  
05.- DISTIMIA  
06.- TRAS. LIMITE DE PERS.  
07.- TRAS. HIST. DE PERS.

- 15.- Borges G. Rosovsky H. Gomez (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1993. Salud Pública México. Vol. 38. 15-21.
- 16.- Castellán C. Vergugus Lolas F. Desesperanza, ideación suicida y depresión. Terapia psicológica, 7:33-36. 1988.
- 17.- Borges G. Rosovsky H, Caballero M. A Gómez (1994). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1993. Salud Pública México. Vol. 38. 197-206.
- 18.- Comstock B.S. Discussion to hospitalize and alternatives to hospitalization, Ed suicide guidelines for assessment management and treatment. New York Oxford 1992: 204-217.
- 19.- Del Corral A. R. 1986. El suicidio y su relación con el alcoholismo. Tesis en psicología Universidad Intercontinental.
- 20.- Díaz Del Guante M, A. Molina H. M 1994. Motivaciones para el suicidio e instrumentos de diagnóstico. Rev. Psicología y salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana. 89-115.
21. Díaz Suárez J. Pedregal Sánchez J. A. El suicidio manual práctico de psiquiatría actual. Oviedo 1994.
- 22.- Dyer J. Kietman N. Hopelessness depression and suicidal in parasuicide. British Journal of Psychiatry 144. 127-133.1984.
- 23.-Fawcett J, Schefter W Clark. Clinical predictors of suicide in patients mayor affective disorders. American Journal of Psychiatric. 1987.
- 24.- Fredman A. Reinecke M. A. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao DDB 1995.
- 25.- Friedman R. S. Hospital treatment of the suicidal patients. Harvard Medical perspectives in suicide 1989.
- 26.- Gómez C Borges (1996). Estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1996-1994. Salud mental Vol.19.45.
- 27.- Gómez A. Los factores condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud mental Vol. 14 No 1 1991.
- 28.- González-Forteza C. (1996). Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis doctorado en psicología. Facultad de psicología UNAM.
- 29.- Katherine K. Dahlgard. AT Beck. Inadequate response to therapy as predictor of suicide. Suicide and life-threatening behavior. Vol.28 (2) 1998.
- 30.- Kovacs M Beck A. Weissman. Hopelessness and indicator of suicidal risk. Suicide 1975.

- 08.- TRAS. ANSIEDAD GENER.  
 09.- TRAS. ADAPTACION  
 10.- TRAS. ESTRES POSTRAUM.  
 11.- OTROS
- 10.- TRAT. FARMACOL. ANTIDEP. <A> 1.- FLUOXETINA  
 2.- PAROXETINA  
 3.- SERTRALINA  
 4.- IMIPRAMINA  
 5.- OTROS
- 11.- TRAT. FARMACOL. ANSIOL. <A> 1.- CLONAZEPAM  
 2.- BROMAZEPAM  
 3.- DIAZEPAM  
 4.- FLUNITRAZEPAM  
 5.- OTROS
- 12.- TRAT. FARMACOL. NEUROL. <A> 1.- PERFENAZINA  
 2.- TIORIDAZINA  
 3.- LEVOMEPRIMAZINA
- 13.- TRAT. FARMACOL. ANTICOM. <A> 1.- CARBAMAZEPINA  
 2.- VALPROATO DE MG.
- 14.- TRAT. PSICOTERAPEUTICO: <A> 1.- PSICOTERAPIA BREVE  
 2.- PSICOTERAPIA COG-COND  
 3.- OTROS
- 15.- DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA: <A> 1.- DE 1 A 10  
 2.- DE 11 A 20  
 3.- DE 21 A 30  
 4.- DE 31 A 40  
 5.- DE 41 A 50  
 6.- DE 51 A 60  
 7.- MAS DE 60
- 16.- INTENTO DE SUICIDIO (METODO) <A> 1.- MEDICAMENTOS  
 2.- VENODISECCION  
 3.- SUSTANCIAS TOXICAS  
 4.- OTROS
- 17.- ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK: <A> 1.- 0 A 8 PUNTOS  
 (PUNTUACION INGRESO) 2.- 9 A 20 PUNTOS
- 18.- ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK: <A> 1.- 0 A 8 PUNTOS  
 (PUNTUACION EGRESO) 2.- 9 A 20 PUNTOS

## ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

NOTA: AHORA LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SUS EXPECTATIVAS DEL FUTURO. POR FAVOR, DESCRIBA SU SITUACIÓN EN LA ÚLTIMA SEMANA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY

INSTRUCCIONES: ANOTE EN EL CUADRO CORRESPONDIENTE 0 SI EL PACIENTE RESPONDE FALSO, Y 1 SI RESPONDE CIERTO

0

FALSO

1

CIERTO

- |   |   |
|---|---|
| 1.-¿CONSIDERA SU FUTURO, CON ESPERANZA Y ENTUSIASMO? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 2.-¿SE DARIA POR VENCIDO, AL NO PODER HACER NADA PARA QUE LAS COSAS MEJOREN? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 3.-¿CUANDO LAS COSAS SALEN MAL, LE CONSUELA SABER QUE NO PUEDEN QUEDARSE ASI PARA SIEMPRE? _____                                | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 4.-¿NO PUEDE IMAGINARSE COMO SERA SU VIDA EN 10 AÑOS? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 5.-¿TIENE SUFICIENTE TIEMPO, PARA LLEVAR A CABO LAS COSAS QUE MAS QUIERE HACER? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 6.-¿ESPERA TRIUNFAR EN EL FUTURO, EN LAS COSAS QUE MAS LE INTERESAN? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 7.-¿VE SU FUTURO NEGRO? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 8.-¿CREE QUE ES UNA PERSONA AFORTUNADA Y QUE PUEDE CONSEGUIR MAS COSAS BUENAS DE LA VIDA, QUE LA MAYORIA DE LAS PERSONAS? _____ | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 9.-¿NO PUEDE SUPERAR SUS PROBLEMAS, Y NO CREE QUE EXISTE ALGUNA RAZON PARA HACERLO EN EL FUTURO? _____                          | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 10.-¿SUS EXPERIENCIAS PASADAS, LE AYUDARAN PARA ENFRENTAR EL FUTURO? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 11.-¿TODO LO QUE ESPERA DEL FUTURO, ES MAS DESAGRADABLE QUE AGRADABLE? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 12.-¿NO ESPERA CONSEGUIR LO QUE REALMENTE DESEA? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 13.-¿CUANDO PIENSA EN EL FUTURO, ESPERA SER MAS FELIZ DE LO QUE ES AHORA? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 14.-¿PARA USTED, LAS COSAS NO FUNCIONAN DE LA FORMA QUE DESEA? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 15.-¿TIENE MUCHA ESPERANZA EN EL FUTURO? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 16.-¿NUNCA CONSIGUE LO QUE SE PROPONE, POR LO QUE ES INÚTIL DESEAR OBTENERLO? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 17.-¿ES POCO PROBABLE, QUE TENGA ALGUNA SATISFACCIÓN REAL EN EL FUTURO? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 18.-¿SU FUTURO LE PARECE INCIERTO? _____  | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 19.-¿PIENSA QUE EN EL FUTURO, HABRA MAS TIEMPOS BUENOS QUE MALOS? _____   | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |
| 20.-¿ES INÚTIL TRATAR REALMENTE DE CONSEGUIR ALGO, PORQUE PROBABLEMENTE NO LO VA A LOGRAR? _____                                | <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> |

TOTAL

