

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



ESTUDIO EXPLORATORIO DE ALGUNAS VARIABLES
PSICOSOCIALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SU RELACIÓN
CON LA CONDUCTA PARASUICIDA.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA

JUANA GUERRERO DÍAZ

NOVIEMBRE DE 1994

TM

Z7164

.C6

FTS

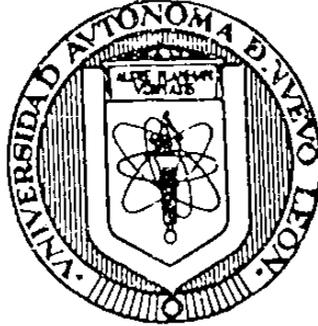
1994

G8



1020091234

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**ESTUDIO EXPLORATORIO DE ALGUNAS VARIABLES
PSICOSOCIALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SU RELACIÓN
CON LA CONDUCTA PARASUICIDA.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

JUANA GUERRERO DÍAZ

NOVIEMBRE DE 1994

TM
27164
.C6
FTS
1994
G8



FONDO TESIS

166842

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**ESTUDIO EXPLORATORIO DE ALGUNAS VARIABLES
PSICOSOCIALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SU RELACIÓN
CON LA CONDUCTA PARASUICIDA.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
PRESENTA**

JUANA GUERRERO DÍAZ

**ASESOR DE LA TESIS
DR. MANUEL RIBEIRO FERREIRA**

NOVIEMBRE DE 1994

A DEYANIRA Y NALLELI

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a las instituciones y personas que me apoyaron en la realización de este trabajo.

En primer lugar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo económico. Así como a la Dra. Rosalinda Sepúlveda García, Directora del Hospital Regional de Especialidades No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social por su disposición desde el inicio de respaldarme institucionalmente y concretarlo al haber autorizado la realización de la investigación con los pacientes atendidos en esta institución.

Al Dr. Manuel Ribeiro Ferrerira asesor de mi tesis, por su valioso acompañamiento en el desarrollo de la misma, en especial durante la fase final y por su cálida y particular manera de valorar el esfuerzo realizado y motivar la continuación de una carrera académica.

A mi compañera de estudios, Lic. Patricia Elizabeth Zavala González, con quien trabajé en equipo en algunas de las fases del proceso de la investigación.

A mis compañeros de trabajo, tanto a nivel directivo como operativo porque de diversas maneras mostraron interés y disposición para colaborar en mi estudio, aquí quiero destacar la participación del Dr. Felipe Corpus González, por sus comentarios y observaciones del trabajo, principalmente en algunos aspectos específicos relacionados al campo de la Psiquiatría.

Y a mi familia por el apoyo moral y tangible que siempre me ha proporcionado.

Un reconocimiento especial a los pacientes, por la comprensión y colaboración mostrada para proporcionar la información requerida, a pesar de encontrarse en una etapa difícil en su vida.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
TABLA DE CONTENIDO.....	ii
INDICE DE CUADROS.....	iv
1. PRIMERA PARTE.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Modelo Rector.....	7
2. SEGUNDA PARTE. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Depresión.....	13
2.1.1. Definición.....	13
2.1.2. Clasificación.....	14
2.1.3. Principales Teorías.....	16
2.2. El Suicidio.....	18
2.2.1. Depresión y Suicidio.....	22
2.2.2 Factores de Riesgo Suicida.....	24
2.3. Estresor Psicosocial.....	25
2.3.1. Estrés y depresión.....	26
3. TERCERA PARTE. METODOLOGÍA.....	27
3.1. Diseño del Instrumento.....	27
3.2. Selección de la Muestra.....	28
3.3. Levantamiento de Datos.....	29
3.4. Las variables y sus indicadores.....	31
4. CUARTA PARTE. ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	39
4.1. Características sociodemográficas y sociomédicas individuales y familiares de la población estudiada.....	39
4.1.1. Características sociodemográficas Individuales.....	39
4.1.2. Características Sociodemográficas Familiares.....	44
4.1.3. Características Sociomédicas.....	45
4.1.4. Estresor psicosocial.....	51
4.2. Comparación de características sociodemográficas y sociomédicas entre los dos grupos de pacientes deprimidos.....	56

4.2.1. Características sociodemográficas individuales.....	56
4.2.2. Características sociodemográficas familiares.....	60
4.2.3. Características Sociomédicas.....	61
4.3. Estrésor psicosocial.....	66
4.3.1. Estrésor psicosocial crónico.....	66
4.4. Características del Intento de Suicidio.....	70
5. QUINTA PARTE. CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	85
ANEXOS.....	90
Cédula de entrevista.....	91
Programa utilizado para procesar la información.....	99

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	
Lugar de nacimiento de los entrevistados.....	39
Cuadro 2	
Sexo.....	40
Cuadro 3	
Estado civil	40
Cuadro 4	
Estado civil de la población entrevistada según sexo	41
Cuadro 5	
Distribución por edad de la población entrevistada	41
Cuadro 6	
Distribución de edad por sexo	42
Cuadro 7	
Instrucción	42
Cuadro 8	
Ocupación	42
Cuadro 9	
Participación religiosa	43
Cuadro 10	
Tamaño de la familia	44
Cuadro 11	
Composición familiar	44
Cuadro 12	
Nivel socioeconómico.....	45
Cuadro 13	
Diagnóstico médico	45
Cuadro 14	
¿A qué edad enfermo de depresión?.....	46
Cuadro 15	
Tiempo de evolución	46
Cuadro 16	
¿Buscó ayuda al enfermar?.....	47
Cuadro 17	
¿Ha estado internado en hospital psiquiátrico?	47
Cuadro 18	
¿Qué información tiene sobre la depresión?	47
Cuadro 19	
¿Quién proporcionó información sobre depresión?	48
Cuadro 20	
Tratamiento farmacológico. anterior y actual	48

Cuadro 21	
¿Ha recibido psicoterapia?.....	48
Cuadro 22	
Tipo de psicoterapia recibida	49
Cuadro 23	
Otros tratamientos	49
Cuadro 24	
Efectividad del tratamiento recibido	50
Cuadro 25	
Razones efectividad del tratamiento	50
Cuadro 26	
Estresor psicosocial crónico.....	51
Cuadro 27	
Tiempo de estrés crónico	51
Cuadro 28	
Relación entre sexo y estresor psicosocial crónico (%).....	51
Cuadro 29	
Situación estrés crónico	52
Cuadro 30	
Intensidad del estresor psicosocial crónico.....	52
Cuadro 31	
Relación entre sexo e intensidad del estresor crónico (%).....	52
Cuadro 32	
Estresor psicosocial agudo.....	53
Cuadro 33	
Intensidad del estresor agudo	53
Cuadro 34	
Relación entre sexo e intensidad del estresor agudo	53
Cuadro 35	
Situación del estresor agudo.....	54
Cuadro 36	
Relación sexo y frecuencia de dificultades graves (%).....	55
Cuadro 37	
Relación sexo y tipo de dificultades graves (%).....	55
Cuadro 38	
Relación entre sexo e intento de suicidio (%).....	56
Cuadro 39	
Relación entre estado civil e intento de suicidio	56
Cuadro 40	
Relación edad y conducta parasuicida.....	57
Cuadro 41	
Relación entre escolaridad y conducta parasuicida (%).....	58
Cuadro 42	
Tipo de ocupación y conducta parasuicida	59
Cuadro 43	

Religión y conducta parasuicida (%).....	59
Cuadro 44	
Participación religiosa e intento de suicidio	59
Cuadro 45	
Tamaño de la familia e intento de suicidio (%).....	60
Cuadro 46	
Composición familiar e intento de suicidio (%).....	60
Cuadro 47	
Relación entre diagnóstico médico y conducta parasuicida.....	61
Cuadro 48	
Antecedencia de internamientos psiquiátricos	61
Cuadro 49	
Número de internamientos y conducta parasuicida.....	62
Cuadro 50	
Tratamiento farmacológico e intento de suicidio	62
Cuadro 51	
Tratamiento farmacológico actual	62
Cuadro 52	
Antecedente de tratamiento psicoterapéutico	63
Cuadro 53	
Tipo de psicoterapia y conducta parasuicida	63
Cuadro 54	
Antecedentes familiares de problemas emocionales	64
Cuadro 55	
Antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico.....	64
Cuadro 56	
Antecedentes familiares de intento suicida	65
Cuadro 57	
Estresor psicosocial crónico y conducta parasuicida.....	66
Cuadro 58	
Situación estresor crónico e intento de suicidio	66
Cuadro 59	
Intensidad de estresor psicosocial	67
Cuadro 60	
Estresor psicosocial agudo e intento de suicidio.....	67
Cuadro 61	
Situación entre estrés agudo y conducta parasuicida.....	68
Cuadro 62	
Frecuencia de dificultades graves en el pasado y relación con conducta parasuicida	68
Cuadro 63	
Tipo de dificultades graves e intento de suicidio.....	69
Cuadro 64	
¿Ha intentado suicidarse?.....	71
Cuadro 65	

¿Ha pensado intento suicida?.....	71
Cuadro 66	
Reincidencia de conducta parasuicida.....	72
Cuadro 67	
Motivos de intento de suicidio.....	73
Cuadro 68	
Buscó ayuda antes del intento.....	74
Cuadro 69	
Método empleado en intento suicida.....	75
Cuadro 70	
Forma como se salvó.....	76
Cuadro 71	
Grado de letalidad en el intento de suicidio.....	76

1. PRIMERA PARTE.

1.1. Introducción.

En los últimos años, uno de los principales motivos de preocupación para las instituciones que norman la atención a la salud, tanto a nivel nacional como internacional, es el incremento de la población portadora de enfermedades de tipo mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, (O.M.S. 1984) para 1981, en el mundo había cerca de 40 millones de personas que habían padecido o estaban sufriendo trastornos mentales severos, como las esquizofrenias y las demencias. La O.M.S. consideraba para esa fecha que esta cifra se incrementaba cuando menos al doble por aquellos casos de personas seriamente afectados por su dependencia a las drogas, los problemas relacionados con el alcoholismo, el retraso mental y los trastornos orgánicos del sistema nervioso. Y se estimaba que el número de personas que sufrían enfermedades menos graves, pero en algún grado incapacitantes, ascendía a cerca de 200 millones.

La Organización Panamericana de la Salud reporta que una quinta parte de los pacientes que acuden a los servicios generales de salud, tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados padecen problemas fundamentalmente psicosociales y somáticos (O.P.S.1983).

En un estudio epidemiológico llevado a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (Pucheu, 1987) sobre la frecuencia de los trastornos mentales en la práctica médica general, se reportó una prevalencia del 43%, lo cual quiere decir que de cada 100 personas que solicitan atención médica, 43 de ellas presentan en algún grado manifestaciones de trastorno psicológico.

Además se considera que la prevalencia de las enfermedades mentales habrá de aumentar, debido a la prolongación de expectativa de vida, las probabilidades mayores de sobrevivir que hoy tienen los enfermos mentales y la complejidad de la vida cotidiana y las tensiones que ésta genera.

Levav y cols. (1990) estiman que en el año 2000, 88.3 millones de personas sufrirán trastornos psiquiátricos en América latina, con 28.7 millones de casos nuevos.

Dada esta situación la Organización Mundial de la Salud en su asamblea XXVII en 1974, giró una serie de recomendaciones a sus países miembros; una de ellas fue la de apoyar la investigación del papel de los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, "dado que pueden precipitar o contrarrestar enfermedades físicas y mentales y son de importancia crucial en el manejo de todas las enfermedades" (OMS,1984).

Y en la asamblea XXVIII en 1975, se declaró que los trastornos mentales son problemas mayores de salud pública (De la Fuente, 1990). A partir de esos años, en México se han estado desarrollando estudios sobre factores sociodemográficos y psicosociales que pueden tener una importancia etiológica en psicopatología; consideramos que este trabajo se encuentra dentro de ésta línea, porque nuestro enfoque es psicosocial y está dirigido a un grupo de personas afectadas por uno de los padecimientos psiquiátricos de mayor morbilidad en la actualidad: los trastornos depresivos.

Hoy es ampliamente reconocida la elevada prevalencia de las depresiones, la que incluso ha llegado a ser considerada por algunos autores como un problema de salud pública (Calderón, 1987, Kupfer, 1991) debido a la importante morbilidad que causa, a los altos costos de asistencia, a la pérdida de productividad que ocasiona y al riesgo muy elevado de suicidio que conlleva.

Al respecto, Lehman, (1971)¹ revisando un material epidemiológico abundante, llegó a las siguientes cifras: 3 a 4 % de la población mundial, es decir una de cada 25 personas padece depresión; de éstas, solamente una de cinco recibe tratamiento médico y una de cada 50 es hospitalizada. Según este autor, uno de cada 200 enfermos deprimidos se suicida y 50% de todos los suicidas sufren depresión. De acuerdo con la O.M.S. (1984) hay en el mundo 100 millones de personas deprimidas.

Para Ayuso y Sainz (1981) los trastornos depresivos son posiblemente la fuente más importante de sufrimiento humano. Lehman (1989) considera que la depresión es probablemente la enfermedad más difundida, grave y costosa, de las que afectan actualmente a la humanidad, ya que es al menos 10 veces más prevalente que la esquizofrenia.

El incremento de su prevalencia, ya había sido pronosticado por la OMS, basándose en:

¹ Lehman, H. E. (1971) "Epidemiology of Depressive Disorders", en: R.R. Fieve (ed), *Depresión in the 70 Excerpta Médica*. Citado por de la Fuente, 1992.

- el aumento en la esperanza de vida en la mayoría de los países, elevándose así las cifras de la población expuesta a sufrir una depresión.
- las rápidas transformaciones del medio psicosocial.
- el aumento de las enfermedades crónico degenerativas que aparecen asociadas a reacciones depresivas.
- el exagerado consumo de fármacos, algunos de los cuales producen efectos depresivos (Sartorius, 1975)².

En el caso de la población neoleonesa, específicamente la de la ciudad de Monterrey, los trastornos afectivos tienen una incidencia importante; un ejemplo de esta situación lo es el que durante los últimos años este grupo de trastornos se encuentran dentro de los 10 primeras causas de morbilidad en la población atendida en el Hospital Regional de Especialidades No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social (SIMO).

Por otro lado es alto también el número de pacientes deprimidos atendidos en el programa de Hospitalización Parcial³, ya que en el último año, aproximadamente el 90 % de los pacientes atendidos en esta alternativa de tratamiento, padecía algún tipo de trastorno depresivo; y en los Hospitales Generales de Zona (2o. Nivel de atención), según información de los psiquiatras, es numerosa la población que se atiende en consulta externa por este grupo de trastornos (produciéndose períodos prolongados de incapacidad para el trabajo, lo que repercute económicamente en el paciente y en su familia).

Además, los trastornos depresivos constituyen algunos de los más frecuentes motivos de envío de pacientes a 3er. nivel para valoración de hospitalización psiquiátrica.

La elevada prevalencia de esta enfermedad constituyó una de las razones por las que nos interesamos por realizar este estudio en personas portadoras de trastornos depresivos atendidas en el Hospital Regional de Especialidades No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Una de las condiciones que nos parecieron oportunas para realizar este trabajo, fue la posibilidad de abordar a estos pacientes a través de una entrevista estructurada, a diferencia de pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos, quienes debido a los síntomas propios de su enfermedad se les imposibilita o más bien se dificulta el que sean informantes directos en una investigación (ideas delirantes, o falta de contacto con realidad)

² Sartorius, N. (1968) "Epidemiología de la depresión", en: *Crónica de la O.M.S.*, pp. 29-40. Citado por Ayuso, 1981.

³ Programa de atención ambulatoria, el paciente asiste de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 hrs, forma parte de un grupo atendido por un equipo interdisciplinario y realiza actividades terapéuticas y de resocialización.

Al inicio, la idea era efectuar un estudio exploratorio en pacientes con trastorno depresivo, de tal manera que nos permitiera esbozar una panorámica de algunas de sus características sociodemográficas y de interacción familiar; posteriormente se vió la necesidad, desde el punto de vista metodológico, de delimitar algún aspecto para investigar de esta misma población, por lo que entrevistamos a varios médicos psiquiatras de la institución, quienes ofrecieron algunas pistas de interés: una de ellas se refería a investigar exclusivamente a las mujeres portadoras de trastorno depresivo, otra el dividir el estudio por grupos de edad y el tercero el abordar la relación entre depresión e intento de suicidio.

Las dos primeras, aún cuando las consideramos importantes y llamaron nuestra atención, fueron descartadas principalmente por su no viabilidad de realizar en el plazo que teníamos para llevar a cabo la investigación.

Seleccionamos el tema "depresión y suicidio" por su viabilidad, y por su importancia: en los últimos meses en el hospital se había registrado un incremento notable de ingresos de pacientes que habían intentado suicidarse, y principalmente porque la ideación suicida es uno de los síntomas más graves de los trastornos depresivos.

Se ha reconocido que la más grave complicación del paciente deprimido es que actúe su ideación suicida: del 30 al 70% de los suicidios consumados corresponde a la depresión (Barraclough y cols., 1974)⁴.

Y partiendo del supuesto de que no todas las personas que cursan o han pasado por un problema depresivo tienen o han tenido ideación y/o actuación suicida, nos inclinamos por investigar en este trabajo algunas características psicosociales individuales y familiares de dos grupos de pacientes deprimidos: los que han presentado conducta parasuicida y los que no han atentado contra su vida, para conocer las diferencias existentes entre ambos, y resaltarlas con el propósito de lograr identificar posibles factores psicosociales de riesgo suicida.

Ya en 1955, Farberow y Schneidman (1969) efectuaron un estudio de comparación entre un grupo de pacientes esquizofrénicos hospitalizados que se suicidaron y un grupo de pacientes esquizofrénicos hospitalizados que no atentaron contra su vida, con el objetivo de hallar claves que ayudaran a la predicción y a la prevención del comportamiento suicida en el ámbito del hospital psiquiátrico.

En el caso específico de nuestro estudio, algunas de las preguntas que nos planteamos al inicio fueron las siguientes:

¿Existe relación entre la conducta parasuicida del paciente deprimido y la frecuencia de ésta, es decir el número de intentos de suicidio realizados, con el tiempo de evolución del padecimiento? Ya que consideramos que el tiempo de evolución

⁴ Barraclough, B y cols. (1974) "A hundred cases of suicide: clinical aspects", en: *British Journal of Psychiatry*, 125, pp. 355-357. Citado por Vieta y cols. (1991).

puede ser uno de los factores que marcan la diferencia entre presentar o no conducta parasuicida.

¿Cuáles son los tipos de estresor psicosocial de los pacientes deprimidos que atentaron contra su vida y cuáles son las semejanzas o diferencias de las características de esta variable (área y grado) con el grupo de pacientes que no presentó conducta parasuicida?

¿Qué grado de letalidad tienen los intentos de suicidio efectuados por los pacientes deprimidos y cuáles son los motivos por los que atacan contra su vida?

¿Con qué frecuencia se presenta el antecedente de suicidio de algún familiar en la historia sociomédica del paciente deprimido?

En base a la serie anterior de preguntas fue que delineamos los objetivos de nuestro estudio, los cuales se presentan en el siguiente punto.

1.2. Objetivos

1. Conocer las características sociodemográficas individuales y familiares de los pacientes deprimidos atendidos en esta institución.
2. Comparar los antecedentes sociomédicos individuales y familiares entre dos grupos de pacientes deprimidos, los que han presentado conducta parasuicida y los que no han atentado contra su vida.
3. Diagnosticar y comparar los tipos de estresor psicosocial a que se sintieron sometidos los pacientes deprimidos de ambos grupos.
4. Conocer las características de los intentos de suicidio efectuados por los pacientes deprimidos en lo referente a motivos, método empleado, letalidad y reincidencia.

Considerando los objetivos planteados, no está de más aclarar que el estudio no tiene fines etiológicos, ni de análisis psicodinámicos, ni de cuestionamiento a los procesos diagnósticos, porque no se trata de entrar a su mundo interno, a sus fantasías y pensamientos. El abordaje del estudio es al área afectiva y cognitiva de los pacientes; el propósito es conocer algunos aspectos de ellos a partir de la percepción de sí mismos.

En base a lo anterior, creemos que la investigación tiene de alguna manera una finalidad preventiva, al buscar elementos que ayuden a conocer objetivamente a nuestros pacientes y, de ser posible, nos ayuden a afinar los procesos de intervención terapéutica, así como a comparar nuestros resultados con factores de riesgo

suicida ya identificados y detectados por otros estudios, los cuales principalmente son de tipo epidemiológico y descriptivo y están basados en personas de población en general que han intentado o consumado el suicidio sin distinción de diagnóstico médico.

Es importante mencionar que una de las limitantes para las investigaciones que abordan el tema de suicidio es el hecho de que no existan registros oficiales de suicidios consumados ni de intentos de suicidio, por lo que no se conoce su cifra real.

Porque aún cuando la conducta parasuicida debe ser considerada una urgencia médica, e idealmente todo caso debe ser enviado a atención psiquiátrica, es muy posible que en nuestro medio no todos los casos de intento suicida sean canalizados al servicio de psicología o psiquiatría, al depender la remisión del paciente de la información y del criterio del personal clínico al que le corresponde atender al paciente, y esto, en los casos que llegan a instituciones de salud. Sabemos que se dan casos de personas que no son llevadas a ningún tipo de atención médica, pero aún cuando la autoagresión a juicio de familiares no haya hecho daño físico evidente que amerite atención médica, la intención de la persona de hacerse daño a sí misma denota graves dificultades emocionales que deben ser atendidas.

Creemos que la falta de información y educación sobre el cuidado de la salud mental influye sobre la actitud que asume la familia de las personas que intentan suicidarse; en nuestra institución las actitudes más frecuentes que hemos observado en los familiares de nuestros pacientes es negar la existencia de problemática y/o minimizar la gravedad de la conducta suicida. Muestra de ello es el alto número de altas voluntarias de pacientes que ingresaron por este motivo, solicitadas por los familiares, quienes utilizando los argumentos de "me prometió que ya no lo volverá a hacer", "fue un momento de coraje", "él o ella no está tan mal como para estar internado (a) aquí", denotan la no conciencia en los pacientes y sus familiares de la dimensión del evento suicida.

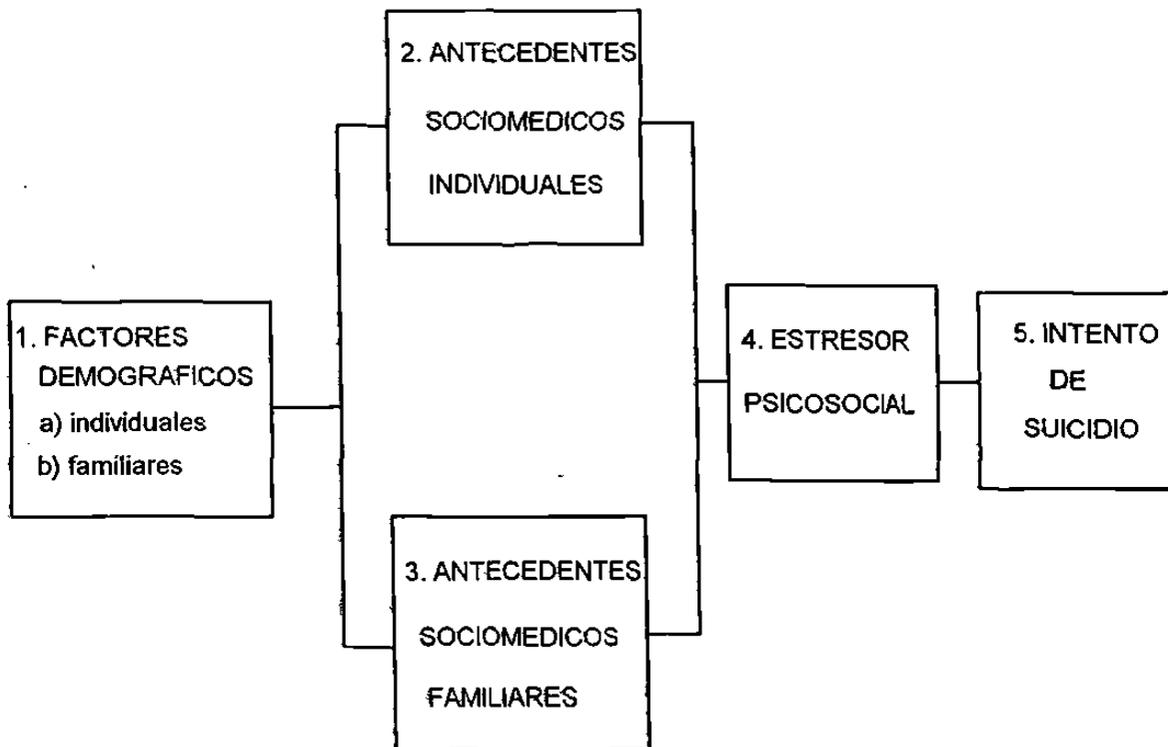
Durante 1993, de 80 ingresos por intento de suicida, 10 egresaron por altas voluntarias, de los cuales 2 personas reingresaron por repetir el intento. Y a pesar de que la norma institucional señala que a los pacientes que egresaron voluntariamente, ya no se les debe proporcionar atención médica en el nivel donde se le estaba atendiendo (al conceptualizar la solicitud de alta voluntaria como un rechazo al tratamiento y a las indicaciones médicas), en nuestra institución en particular, a algunos de estos pacientes se les da la oportunidad de continuar su tratamiento en forma externa. Sin embargo su respuesta hasta la fecha ha sido de desinterés por continuar atendándose.

1.3. Modelo Rector.

El modelo que a continuación se presenta tiene como objetivo central el delimitar esquemáticamente el tipo y número de variables involucradas en este trabajo, y sistematizar el análisis.

Los temas centrales que aborda este estudio: depresión, intento de suicidio y estresor psicosocial son complejos y multifactoriales, por lo que de ninguna manera consideramos que las variables incluidas sean las únicas involucradas. Tenemos claro que existen toda una serie de aspectos que intervienen, como los de tipo individual: rasgos de personalidad, atributos cognoscitivos, grado de desesperanza, de depresión (Gómez, 1991) (15), factores de interacción familiar. El funcionamiento, la comunicación, los valores, la homogamia conyugal, también son variables que definitivamente están involucradas, sin embargo nuestra selección fue fundamentada principalmente en el tipo de estudio (exploratorio), en el enfoque de la investigación (psicosocial), y en las limitaciones de un trabajo de este tipo (recursos humanos y factor tiempo).

MODELO RECTOR DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES DE PACIENTES DEPRIMIDOS Y SU RELACIÓN CON LA CONDUCTA PARASUICIDA.



1. Factores Demográficos

a) Individuales

- Origen
- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión
- Participación religiosa

b) Familiares

- Nivel Socioeconómico
- Composición Familiar
- Tamaño de la Familia

2. Antecedentes Sociomédicos Individuales

- Edad inicio de la enfermedad
- Diagnóstico Médico
- Tiempo de evolución
- Número de Internamientos
- Tratamientos recibidos

3. Antecedentes Sociomédicos Familiares

- Antecedentes de Trastornos emocionales o psiquiátricos
- Antecedentes de tratamientos psicológicos o psiquiátricos
- Antecedentes de suicidio o de intento de suicidio

4. Estresor psicosocial

- Tipo
- Grado o intensidad
- Situación o área
- Acontecimientos Vitales

5. Características del Intento de Suicidio

- Número
- Motivos
- Método
- Forma en que se salvó.

2. SEGUNDA PARTE. MARCO TEÓRICO.

El derecho a la Salud, es uno de los derechos humanos básicos, entendiendo el concepto de Salud, de acuerdo con la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1984), "no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el más completo estado de bienestar físico, mental y social". Pero aún cuando este concepto considera la Salud Mental como un elemento de la Salud Integral, en la práctica clínica ésta se encuentra desvinculada. Para gran parte del sector salud y la sociedad en general aún predomina la tendencia a desligar el aspecto psicológico de lo físico de las personas, como si esto en realidad fuera posible

Tanto Pucheu (1987) como de la Fuente (1988) coinciden en señalar que esta situación de ponderar el aspecto físico de la salud tiene que ver con que es el modelo biomédico el que ha estado vigente en la medicina occidental, y este modelo ha sido el marco de referencia de la atención médica.

En base al modelo biomédico se han tomado decisiones en los distintos niveles, desde destinos de presupuestos, formación de médicos, elaboración e implementación de políticas de salud, programas y formación de actitudes ante pacientes y sus familias.

Según R. de la Fuente (1988), la vigencia del modelo biomédico ha provocado que en nuestro país la salud mental de la población haya sido desatendida, debido a que los recursos, siempre insuficientes, han sido utilizados para hacer frente a otros problemas que han sido considerados como más apremiantes. Él señala que otra de las causas, la cual es de carácter general e histórica, tiene que ver con la ignorancia, los temores y los prejuicios arraigados en nuestra cultura en relación con los trastornos mentales y con quienes los sufren.

Sin embargo, es importante mencionar, antes de continuar con el enfoque de este trabajo, que a partir de 1950 esta percepción ha ido cambiando. Antes de ese año se consideraba que, ante la enfermedad mental y el camino hacia el deterioro de la persona que la padecía, no había nada que hacer, porque se creía que el avance de la enfermedad era algo natural; pero los hallazgos en la psicofarmacología en ese

año influyeron para que mejorara la actitud social hacia los enfermos mentales, al ya no ser considerados como casos perdidos, sino como personas con posibilidades de ser reincorporadas a la sociedad (De la Fuente 1988).

Estos cambios de alguna manera han favorecido, al menos en el sector salud, para aceptar el modelo biopsicosocial y con ello el concepto integral de la salud.

En este trabajo nos basamos en el concepto integral de salud de la O.M.S. y el enfoque que utilizamos es psicosocial, apoyados en el modelo biopsicosocial, el cual es en la actualidad el modelo imperante y consiste en la integración de los tres grandes factores aportados por la evolución de la psiquiatría a lo largo de los dos últimos siglos: el biológico, el psicológico y el social. Para Ayuso (1981) este modelo es la expresión del desconocimiento de la verdadera realidad de la enfermedad, pero lo que sí está claramente aceptado son los componentes diversos de tipo biológico, psicológico y social

Este modelo propone que "la mente, el soma y las manifestaciones de ambos deben ser entendidas en términos de una totalidad humana que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que le rodea". (De la Fuente, 1992).

El modelo biopsicosocial tiene como marco conceptual la Teoría General de Sistemas propuesta por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy (1976). La formulación central de esta teoría es que el organismo como totalidad es un sistema cuyas partes están en interacción dinámica, de tal forma que la alteración de una de ellas altera a las demás. Se distinguen dos tipos de sistemas: los abiertos y los cerrados; los sistemas cerrados son los mecánicos y los sistemas biológicos son sistemas abiertos, los cuales se encuentran en constante interacción con otros sistemas.

De esta manera, la personalidad, el grupo, la sociedad y la cultura son conceptualizados como sistemas en interacciones recíprocas y continuas, considerando a la familia como un sistema intermedio entre el macrosistema social y el microsistema del individuo.

Por lo que en base a esta teoría, la familia es considerada como un sistema dinámico, constituida por el conjunto de sus miembros, cada uno en interacción con los demás. Esto significa que la conducta de los individuos está moldeada por la naturaleza de las relaciones que tienen cada uno de ellos con los demás integrantes de la familia, resultando que el funcionamiento familiar no es sólo la suma de las conductas individuales, sino el producto de su organización y de las interacciones de sus componentes (Minuchin, 1986).

El enfoque sistémico ha sido ampliamente utilizado en terapia familiar. Se parte del supuesto de que la enfermedad de un individuo es el resultado de sus interacciones con el medio anormal creado por la familia y que cualquier problema emocional dentro de la familia no es lo mismo que los problemas de la familia considerada

como un todo, por lo que la enfermedad mental de un miembro de la familia no es considerada como tal, sino como un fenómeno interpersonal, familiar.

Al miembro de la familia que presenta síntomas Virginia Satir (1983) denominó Paciente Identificado (P.I.) quien es el miembro de la familia al que se le ha etiquetado como enfermo.

En este trabajo consideramos que la persona deprimida es el paciente Identificado de toda una enfermedad familiar, y que en la gestación y actuación de la ideación suicida son determinantes los factores de interacción familiar. Sin embargo, el alcance de este trabajo no abarca dar respuesta a esta hipótesis, quedando pendiente para estudios posteriores.

Consideramos conveniente aclarar que la mayoría de los estudios que han confirmado estas hipótesis sobre la influencia familiar en el inicio y evolución de trastornos mentales se han desarrollado en pacientes esquizofrénicos; pero ya en los últimos años se han venido extendiendo a los depresivos. Uno de ellos es el que relaciona los índices de recaída con las tres medidas de expresión emocional familiar (EEF): los comentarios críticos, la hostilidad y la hiperimplicación emocional, donde los resultados en pacientes depresivos han sido semejantes a lo encontrado en pacientes esquizofrénicos (Kaplan, 1989).

Trabajos de esta línea en nuestro país hay pocos, al ser relativamente nueva la importancia que se le ha atribuido a los fenómenos psicosociales en la salud, por lo ya mencionado al inicio: la vigencia del modelo biomédico. Sin embargo, como ya lo hemos dicho, actualmente hay más apertura al modelo biopsicosocial.

Al utilizar el concepto de salud mental, implícitamente estamos considerando la salud integral, porque tenemos el enfoque de atención biopsicosocial, reconocemos el origen multifactorial de los trastornos mentales y la estrecha relación existente entre los padecimientos físicos y los trastornos mentales.

Definir la salud mental es difícil porque los criterios para determinar quién es sano o enfermo mental son discutibles. Para Erich Fromm (1985)¹, el término "sano" puede definirse de dos maneras: desde la perspectiva de la sociedad, que concibe a la persona sana como aquella que es capaz de cumplir el papel social que le toca desempeñar, y desde la perspectiva del individuo, a partir de la cual una persona sana es la que alcanza un grado óptimo de desarrollo y felicidad. El problema, según Fromm, es que en la sociedad en que vivimos generalmente no coinciden ambas perspectivas, y tiende a considerarse normal a quien, despojándose de su yo, se adapta a la sociedad.

¹ Fromm, Erich, (1985) *El Miedo a la Libertad*, Origen/ Planeta, México. Citado por Carillo, 1990.

Además de esta falta de convergencia entre la expectativa social y la individual, existen una serie de factores que influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico y en el bienestar personal: por ejemplo, los diferentes grados de pobreza afectiva, económica, nutricional y educativa, los cambios en la asignación de roles familiares a partir de la incorporación de la mujer a la vida productiva; las constantes campañas publicitarias generadoras de necesidades no básicas, las tensiones emocionales, las dificultades personales, las condiciones de trabajo.

Sin olvidar las dificultades y diferentes criterios que existen para definir la salud mental: estadístico, sociológico y biológico, es necesario para continuar el partir de una de las definiciones propuestas de salud mental.

Para Pucheu (1987) la salud mental es dinámica, porque es la manifestación en que la persona con sus recursos, sus capacidades, responde y se adapta a los desafíos que le plantea la vida y su tiempo histórico. Esta definición está basada en el enfoque biopsicosocial y considera el principio de la autodeterminación del ser humano. Para complementarla, consideramos válido el agregar las cuatro condiciones que tradicionalmente se han aceptado para evaluar el grado de salud mental: conducta normal, adaptación al ambiente, unidad de la personalidad y percepción correcta de la realidad (Kaplan, 1989).

En base a estas condiciones se podría considerar que una persona es mentalmente sana cuando no padece enfermedades mentales, su conducta social es acorde con lo establecido en su contexto, tiene una adaptación adecuada a su ambiente, su personalidad se ha desarrollado individualmente y su percepción del mundo que la rodea y de sí misma es realista.

Aceptando que la Salud Mental varía de acuerdo a la cultura y al momento histórico, también se considera que estos dos factores son determinantes del tipo de desarreglo emocional predominante. Así por ejemplo, en la civilización occidental desde la segunda mitad del siglo XIX hasta el período de la primera postguerra, la histeria y la neurosis conversiva eran los trastornos típicos (Benedek, 1972), y en nuestra época el principal trastorno emocional es la depresión (Benedek 1972, Ayuso 1981, Davison 1980). Tan es así que Storr (1980)² llamó a la cultura actual "cultura depresiva".

Es una opinión frecuentemente encontrada en la bibliografía revisada, el que la depresión es uno de los principales problemas de salud mental en el mundo actual, constituyendo la enfermedad que causa más sufrimiento humano .

² Storr, A., (1968) "Human aggression", en: *Perquin Books*, London. Citado por Ayuso, 1981.

2.1. Depresión.

2.1.1. Definición.

Muy frecuentemente utilizamos o encontramos el uso del término depresión en el lenguaje cotidiano; por ejemplo, cuando por alguna circunstancia de la vida nos sentimos tristes decimos que estamos deprimidos, pero esto no es depresión; es probablemente una reacción normal ante el evento generador de esa tristeza. Es decir, hay una gran diferencia entre las reacciones normales ante los problemas y dificultades de la vida y la depresión como una enfermedad. Beck³ enumeró en 1967 los cinco síntomas más comunes de la depresión, los cuales nos pueden ser útiles para diferenciarla:

1. Estado de ánimo triste, apático.
2. Opinión negativa de uno mismo (autoreproche, reprensión de uno mismo)
3. Deseo de ocultarse, de mantenerse alejado de los demás.
4. Pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual.
5. Cambiar en el nivel de actividad, volverse el paciente letárgico o agitado.

En la actualidad aún existen dificultades para dar una respuesta precisa de lo que es la depresión. Para Lehmann (1989), esta es una pregunta que suscita respuestas casi tan variadas como las orientaciones de los observadores. Un conductista podría definirla como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos de reforzamiento y condicionamiento, o quizá como la consecuencia de la "desesperanza aprendida" frente a reiterados fracasos. Un especialista en ciencias neurológicas podría identificarla como una falta de equilibrio intracerebral entre ciertos neurotransmisores esenciales, moduladores y hormonas, o como la alteración de los mecanismos receptores neuronales, y así se podría continuar enlistando una serie de definiciones formuladas en base a las diferentes orientaciones actualmente existentes.

Fábrega (1981) considera que el dilema que en la actualidad supone definir y clasificar la depresión es el remanente de la tarea de épocas anteriores para determinar las características y los fundamentos de tipo melancólico o de la condición mórbida denominada melancolía.

Debido a que el término depresión significa cosas diferentes para diferentes personas en diferentes contextos (Lehmann, 1989), consideramos que lo más conveniente es apoyarnos en un punto de vista que nos permita entender lo que es depresión, por lo que nos basaremos en la descripción de Ramón de la Fuente (1992):

"El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos.

³ Beck, A.T. y Cols. *Terapia Cognitiva de la depresión*, Descleé de Browe, Bilbao. Citado por Davison, 1980.

Los signos y los síntomas de la depresión pueden presentarse en forma aguda y es frecuente que recurran en forma episódica. El trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual. Se trata de un trastorno global.

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia o la agitación. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autoevaluación. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida del apetito, la baja de peso y la perturbación del sueño".

Debido a estas alteraciones, la vida de las personas deprimidas se ve afectada en mayor o menor grado en las distintas áreas donde se desenvuelve: familiar, ocupacional y social, ya que este tipo de trastorno afecta no sólo al individuo, sino también a su familia que no entiende los cambios que presenta el paciente, y cuyos miembros se sienten incapaces de ayudarlo.

Se ha considerado, en base a la experiencia clínica, que muchos de los pacientes antes de llegar a un servicio de atención psicológica ya han recurrido a gran cantidad de médicos de diferentes especialidades en busca de una solución a sus malestares, resultándoles difícil aceptar que, probablemente, el origen de su problema de salud es psicológico. Creemos que esta situación, es debida en parte a la falta de información sobre el cuidado de la salud mental y la importancia de reconocer la existencia de las necesidades emocionales básicas y esto a su vez posiblemente tenga que ver con el acento al aspecto físico que durante muchos años existió en medicina, es decir a la vigencia del modelo biomédico.

2.1.2. Clasificación.

Han existido y aún existen diferentes clasificaciones de las depresiones. Algunas se han basado en sus posibles causas y otras en la severidad de los síntomas que se presentan.

La primera distinción nosológica fue la de Kraepelin en 1896⁴, quien distinguió las depresiones entre demencia precoz y psicosis maniaco depresiva.

Posteriormente Freud, en su monografía clásica "Mourning and Melancholia"⁵, hizo una distinción teórica entre las características esenciales del pesar normal y la depresión patológica.

⁴Kraepelin, E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. 5 Auflage. Leipzig, A. Citado por Kaplan, 1989.

Durante la primera mitad de este siglo, la clasificación aceptada fue la que distinguió a las depresiones endógenas y depresiones exógenas, psicógenas o reactivas. Las depresiones endógenas se diagnosticaban cuando se consideraba que sus causas eran factores internos, orgánicos, es decir cuando había una fuente interna física a nivel bioquímico.

La depresión exógena, en cambio es el tipo de depresión que tiene una causa externa, ambiental; también se le llama depresión reactiva. Es considerado su origen a nivel psicosocial, porque aparece en relación a situaciones adversas de la vida, eventos considerados como generadores de estrés, por ejemplo las pérdidas importantes para las personas.

Probablemente debido a que se tenían dificultades para determinar si una depresión era debida o no a factores ambientales y "porque el sustrato bioquímico parece ser el mismo y ambas responden satisfactoriamente a los mismos tratamientos, la clasificación basada en esa diferencia ha dejado de usarse" (Davison, 1990).

Otra forma de distinguir los tipos de depresión está basado en la conducta o síntomas observados en las personas deprimidas. Así, cuando son graves o severos, se identifica como depresión mayor y es considerada menor cuando los síntomas no trastocan profundamente las áreas en que se desenvuelve la persona.

En este trabajo se empleará la clasificación basada en el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R, 1988) este manual contiene una clasificación estandarizada de los trastornos mentales ampliamente utilizada en E.U.A. y a nivel internacional, y sirve como guía para el diagnóstico de los trastornos mentales. "El modelo diagnóstico es el proceso de valoración de los patrones de los signos y síntomas y por lo tanto de identificación de trastornos específicos".

En dicho manual se incluye el grupo de los trastornos afectivos o del estado de ánimo. Estos son una alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo o maníaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico. "El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión como en la euforia" (DSM-III R, 1988). Es decir, el grupo de trastornos del estado de ánimo incluyen tanto a los de tipo depresivo como a los maníacos. En nuestra investigación, sólo se incluirán casos de pacientes con diagnóstico relacionados con trastornos depresivos.

Episodio depresivo mayor. La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido (en los niños o adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable) o pérdida de interés o placer en todas o casi

⁵ Freud, Sigmund, (1950) *Mourning and Melancholia*. Collected Papers. Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. Vol. 4. Citado por Ayuso, 1981.

todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas o intentos de suicidio. Una persona con el estado de ánimo deprimido manifiesta regularmente sentimientos depresivos de malestar, desesperanza y desánimo.

Depresión Mayor. El síntoma esencial de la depresión mayor es uno o más episodios depresivos mayores sin una historia de episodio maníaco.

Distimia o neurosis depresiva. La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una alteración crónica del estado de ánimo deprimido que se presenta la mayor parte del tiempo y, que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo. Además, durante estos períodos depresivos hay algunos de los siguientes síntomas asociados: poco apetito o voracidad, insomnio o hipersomnio, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza.

Trastorno depresivo no especificado. Se incluyen en este grupo los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo, con trastorno de ánimo deprimido.

Este estudio también se basará en la clasificación propuesta por la O.M.S. Este organismo cuenta con la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9), en la cual distingue los siguientes trastornos del estado de ánimo: episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, depresión recurrente y trastorno persistente del estado de ánimo.

En base a estas dos clasificaciones, los médicos psiquiatras del H. R. E. No 22 elaboran los diagnósticos de sus pacientes, y debido a que en la práctica clínica se apoyan en el DSM-III-R pero por situación normativa institucional en la documentación oficial deben emplear la clasificación de la O.M.S. (ICD-9), estas dos situaciones provocan que en la práctica institucional se de una situación en la cual se registran diagnósticos de ambas clasificaciones, motivo por el cual en la muestra se incluyen pacientes con diagnósticos de una y otra clasificación.

2.1.3. Principales Teorías.

Consideramos de utilidad hacer una breve revisión de las principales teorías que tratan de explicar el origen de la depresión. Algunas de ellas se apoyan principalmente en factores fisiológicos y otras en psicológicos, de ahí que principalmente se les divida en posturas fisiológicas y psicológicas.

Teorías Psicoanalíticas.

Entre las teorías psicológicas se encuentra la psicoanalítica. Este enfoque se derivó de la teoría de Freud "Tristeza y Melancolía" (1917). En ella, Freud postulaba que "el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia". Él considera que si se cubrían inadecuadamente las necesidades orales del infante (insuficiente o excesivamente), la maduración psicosexual se detendría en esa etapa y esto generaba en la persona la tendencia a depender excesivamente de los demás (otras personas) para sostener o tener una autoestima. Todo este proceso es inconsistente y se revive cuando la persona sufre una pérdida real o simbólica de personas u "objetos" necesarios para el mantenimiento de su nivel adecuado de autoestima. Las personas perciben como rechazo el tener estas pérdidas, al ser excesivamente dependientes de estas personas u objetos, (trabajo, logros) y tener sentimientos de minusvalía.

Un individuo muy dependiente es siempre vulnerable a la depresión, puesto que necesita demasiado nunca puede conseguir lo suficiente sus necesidades son crónicamente inestables. (Solomón, 1976).

Teorías Cognitivas

Estas teorías consideran que los pensamientos y las creencias son las verdaderas causas de los estados emocionales. Probablemente la de Beck (1967) sea una de las más importantes de esta línea teórica; "su tesis fundamental es que los individuos deprimidos se sienten así por estar cometiendo errores de lógica característicos", Beck llama a estos errores en el pensamiento "Schemata" "los cuales determinan la manera en que la persona concibe al mundo que la rodea". Se considera que la persona deprimida opera dentro de un esquema de auto-desprecio y auto-reproche; esto predispone a que la persona identifique los eventos desagradables que le pasan como "que tonto soy" etc., por lo que las personas deprimidas son, en base a este enfoque teórico "víctimas de sus pensamientos, de los procesos ilógicos de éstos".

En base a sus estudios Beck descubrió una correlación entre la depresión y las distorsiones del pensamiento, pero a partir de esos datos no es posible determinar ninguna relación causal específica; la depresión puede ser la causante de los pensamientos ilógicos, pero también estos pensamientos pueden causar depresión. (Davison, 1990).

Las Teorías del Aprendizaje.

Para los teóricos de este enfoque, la depresión se presenta cuando hay una disminución o suspensión de "reforzamiento positivo". Cuando la persona está teniendo un nivel bajo de reforzamiento positivo, se retrae y disminuye sus actividades y con

esto la posibilidad de recibir reforzamientos positivos, las actividades y recompensas disminuyen formando un círculo vicioso.

Martín Seligman (1975)⁶ es uno de los representantes de este enfoque teórico acerca de la depresión. El postuló que la depresión es el resultado de la pérdida de control sobre los medios para obtener refuerzo positivo, y a ese estado le llamó "impotencia aprendida" es decir, ante eventos de gran tensión la persona siente que no tiene control para mitigar el sufrimiento que esto le produce; el mismo autor ha limitado su modelo a los tipos de depresión reactiva.

Teorías Fisiológicas Acerca de la Depresión.

Estas teorías sostienen que la causa de las depresiones se encuentra en procesos fisiológicos, se apoyan principalmente en los estudios en los que se han comprobado los factores genéticos en la psicosis maníaco depresiva. Sin embargo estos resultados no pueden extenderse a las psicosis depresivas ni a las neurosis depresivas.

Las dos principales teorías acerca del origen de la depresión en los procesos fisiológicos están basadas en procesos bioquímicos. Uno de ellos se fundamenta en el metabolismo electrolítico y la otra en los elementos químicos que intervienen en la transmisión nerviosa.

De los anteriores enfoques ninguno por si sólo explica por completo la causalidad de la depresión, y no son contradictorios, más bien son complementarios y ofrecen diferentes perspectivas para conocer y tratar de entender la complejidad de las depresiones.

2.2. El Suicidio.

El acto de quitarse voluntariamente la vida es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Se presenta en todos los grupos y todas las sociedades .

El significado del acto suicida ha variado en las diferentes culturas. En el Japón medieval, el Hara-Kari constituía una norma cultural loable unánimemente aceptada; en la antigua Roma se consideraba cuestión de honor el que un general derrotado se dejase caer sobre su espada; en la India, la viuda estaba obligada a lanzarse sobre la pira funeraria de su marido (Young, 1967).

⁶ Seligman, Martín, (1975) citado por Davison y Neal (1980)

Los judíos, los musulmanes y los cristianos conciben el suicidio como un pecado, porque la vida humana es considerada como algo sagrado. Según Horney (1969), en nuestra sociedad la actitud predominante hacia el suicidio es de condenación.

Por lo que como lo señala F. Gtz. (1989), el suicidio puede ser la causa de muerte más inadecuada para investigar y más arbitrariamente determinada, porque su certificación como tal, está influenciada por factores personales, sociales y culturales.

En el caso de nuestro país, donde según el censo de 1990, el 89.7% de la población es de religión católica (INEGI, 1992), el índice de suicidio es bajo en comparación con otros países. Según datos de la O.M.S., en 1980 los países con el más alto índice de suicidio fueron: Dinamarca con 31.6 Australia y Suiza con 25.7, Alemania Federal con 20.9, Hungría 44.9 x 100,000 habitantes, en ese mismo año México tuvo una tasa de 1.6 x 100,000 habitantes (O.M.S., 1984).

Para el Dr. Clauss Genere (1988)⁷ esta cifra no es real porque existe lo que el ha llamado "la cifra oscura del suicidio", en base a su hipótesis de que la proporción de suicidios es más alta, al existir muertes por este motivo no declaradas en base a los valores de la población mexicana. Por su parte la O.M.S. (1976) también reconoce que sus datos son sólo estimaciones y que éstos sólo son una parte de la totalidad de casos.

La O.M.S. considera que cada día se suicidan aproximadamente 1000 personas y que en varios de los países de Europa, Norteamérica y Oceanía, el suicidio ocupa entre el 3o. y 5o. lugar entre las principales causas de muerte (OMS, 1976).

El problema del suicidio se agrava cuando se reconoce que por cada suicidio consumado hay de 8 a 10 intentos (O.M.S. 1976) por lo que de cada 100,000 personas de la población general de 10 a 12 mueren por suicidio y de 100 a 120 se dañan en un intento de suicidio. (Rosen, 1981).⁸

Resultados de estudios señalan que entre el 25% y el 40% de los suicidas, ya había intentado suicidarse en ocasiones anteriores, entre el 1y 2% logran su propósito al año siguiente de haberlo intentado, y aproximadamente el 10 % lo logra en los siguientes 10 años. La repetición del intento, aunque no se logre consumar, también es frecuente: una cifra cercana al 50% lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez. (Gómez, 1991).

⁷ Entrevistado por González, E. (1988: 28)

⁸ Rosen, D.H. The Serious suicide attempt. Five years follow up study of 886 patients, *JAMA*, 235: 2105-2106. Citado por García M.

Los estudios coinciden en sus resultados que los hombres se suicidan más que las mujeres, pero las mujeres lo intentan más que los hombres de dos a tres veces (Davison, 1980; Hyman, 1990; García, 1990). En México por casi tres hombres que cometen suicidio, existe una mujer que se suicida (Saltijeral y Terroba, 1987).

La mayoría de los estudios sobre suicidio revisados son de tipo descriptivo y epidemiológico, los cuales han identificado que en la conducta parasuicida intervienen dos grandes grupos de factores: los que dependen del sujeto (psicológicos) y los atribuibles al ambiente social (sociológicos). De hecho las dos posturas teóricas que predominan entre los "suicidólogos" son la teoría psicoanalítica y la teoría sociológica de Durkheim.⁹

Durkheim en 1897, después de analizar las estadísticas sobre suicidios en varios países en diferentes períodos históricos, distinguió 3 tipos de suicidio vinculados con las relaciones sociales del paciente:

1. Los suicidios anómicos parecen ser los más frecuentes y tienen lugar después de la disolución de un lazo familiar o una relación social importante.
2. Los suicidios altruistas son menos comunes y se cometen en beneficio de otras personas. En estos casos el paciente puede concebir el suicidio como una forma de rescatar el honor familiar o personal o de aliviar a alguien de la responsabilidad de hacerse cargo de su persona.
3. Los suicidios egoístas o yoicos son aquellos en los cuales el paciente siente que nunca ha estado verdaderamente integrado en la sociedad y en consecuencia piensa que no pertenece a ella.

El estudio toma algunos elementos de ambos enfoques y parte de concebir el suicidio como un acto humano multideterminado y de complejo análisis, donde los factores psicológicos y sociales que afectan el riesgo de suicidio no siempre son claros y la información que proporcionan los estudios que se han hecho al respecto más bien representan tendencias temporales más que auténticos factores de riesgo, punto en que se profundizará más adelante.

Un elemento en común entre varios autores (Beck, Kovacs, 1975)¹⁰ es conceptualizar la "suicidalidad" como un continuo entre las ideas y deseos suicidas, las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos de suicidio) y los suicidios consumados. A partir de esa conceptualización existen varias clasificaciones de la conducta suicida:

⁹ Durkheim, E. (1928), *El Suicidio*, Madrid, Ed. Reus. Citado por Davison, 1980.

¹⁰ Beck, Kovacs, Garrison. (1985) "Hopelessness and eventual suicide: a 10 rearse prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation", en: *American Journal of Psychiatry*, 142: 559-563. citado por Gómez, 1992.

En una revisión de datos disponibles sobre suicidios e intentos de suicidio, el Dr. Oscar Weiss (1969)¹¹ demostró la utilidad de separar los intentos de suicidio por lo menos en tres grupos principales: suicidios abortados, verdaderos intentos de suicidio y gestos suicidas. Las personas del primer grupo son los que intentan seriamente destruirse y lo lograrían si sus esfuerzos no se vieran frustrados por algún acontecimiento fortuito, por atenciones médicas oportunas o por cierta ignorancia o ineptitud de su parte. Las personas del segundo grupo (el verdadero intento suicida) no están totalmente determinadas a suicidarse, pero aún así arriesgan su vida para lograr algo, esperando fracasar y vivir a pesar del peligro involucrado. El tercer grupo está constituido por personas que tratan de evitar cualquier peligro al hacer su gesto, se caracterizan por tratar de emplear el chantaje o alguna otra forma de influir sobre los demás a fin de llevar a cabo su evasión o explotación consciente.

Jerry Jacobs (1967), en su estudio fenomenológico de notas suicidas, consideró tanto a los suicidas como a los que intentan suicidarse. Afirma que los acontecimientos y los procesos que condujeron a estos actos son comparables en base a las definiciones que él mismo determina. Considera que un acto es un intento de suicidio sólo si pretendía privarse de la vida, pero no se consiguió, excluyendo a las personas que intentaron suicidarse con el fin de utilizar este intento como un recurso para atraer la atención, o una técnica de manipulación. Tales intentos pueden fallar y provocar la muerte del mismo modo que las personas que en realidad intentan suicidarse pueden, por obra de alguna circunstancia fortuita, continuar viviendo. Este autor, en su trabajo para distinguir las tres categorías distintas, se basó en la evaluación de tres profesionistas diferentes quienes entrevistaron a los pacientes y revisaron los casos, en distintos momentos.

Los dos autores mencionados contemplan en su clasificación la existencia de intentos de suicidio efectuados por personas que buscan manipular o lograr alguna respuesta de su grupo inmediato, y por lo general este tipo de conducta es compatible con personas diagnosticadas con trastornos de personalidad, e impulsivas. No parece ser el caso de las personas deprimidas quienes actúan su ideación suicida posterior a vivir durante un período de tiempo con ella.

Consideramos conveniente el incluir la aportación de Bruno Klopfer (1969) en relación a las dimensiones que tiene la conducta suicidas con el propósito de lograr una comprensión más amplia del fenómeno del suicidio y nos sea útil como guía en la tipificación de la conducta suicida de nuestro pacientes.

Suicidios colectivos y suicidios pasivos. Los primeros se dan bajo un fuerte impulso colectivo, y aún cuando la tendencia predominante es prohibir los actos destructivos. En realidad existen algunas culturas, en las que bajo ciertas condiciones, está justificado el suicidio; en cambio el suicidio individual es resultado de una decisión personal.

¹¹ Weiss, Oscar, (1969) "Clasificación de suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical letaly", en: *American Journal of Psychiatry*, 132:285-287. citado por Farberow y Shneidman, 1969.

Suicidio activo y suicidio pasivo. Se considera como suicidio pasivo la propensión a los accidentes de ciertas personas que en realidad no desean suicidarse, pero que por alguna razón se atraviesan al paso de un vehículo que no puede ser controlado. Una forma mucho más recurrente y conocida de suicidio pasivo es simplemente la tendencia a dejar que la naturaleza siga su curso, es decir el deseo de morir cuando la persona se ve afectada por una enfermedad para la cual no se conoce ninguna posibilidad de curación.

Este autor también incluye los intentos de suicidio sinceros y los que son para llamar la atención, a los que también les llama exhibicionistas, en los que la persona prepara el acto suicida de tal manera de tener una oportunidad de ser rescatado.

Y hace la distinción entre suicidio planeado y suicidio impulsivo, al que también llama suicidio espontáneo; un ejemplo de este tipo es el efectuado bajo la influencia de alcohol.

La conclusión a que nos llevan estas diferentes y parecidas clasificaciones es que para entender cualquier acto suicida o de intento de suicidio se debe primero determinar en cual de estas dimensiones colocaremos los casos a analizar.

En este trabajo consideramos intento de suicidio al acto que efectuó el paciente en el que el reconoce que tenía el propósito de quitarse la vida pero no lo consiguió.

En base a lo anterior nuestras categorías de intento de suicidio quedaron formadas por:

- 1) pacientes que ingresaron al hospital por haber intentado suicidarse y durante el proceso de su atención se les diagnosticó con enfermedad depresiva.
- 2) pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo y que en su historial clínico tienen el antecedente de intento de suicidio, el cual no necesariamente se encontraba consignado en su expediente clínico.

2.2.1. Depresión y Suicidio.

Actualmente se ha aceptado que existe una correlación positiva entre la conducta suicida y las enfermedades mentales, si bien para algunos autores el suicidio es un tipo de enfermedad difícil de analizar, para otros sólo revela una conducta anormal, no necesariamente patológica (Vidal, 1990)¹².

Pero de igual manera se reconoce que existe una estrecha relación entre la conducta suicida y los trastornos psicóticos, presentándose más frecuentemente entre los

¹² Vidal, citado por Gómez (1991).

esquizofrénicos, los farmacodependientes y los alcohólicos. (De la Fuente, 1992; Vidal, 1990).

Sin embargo, la patología que con más frecuencia conduce al suicidio es la depresión, (De la Fuente, 1992). En esta aseveración coinciden la mayoría de los autores consultados; así algunas de las frases encontradas al respecto de esa asociación son:

- El suicidio es la complicación más grave de los trastornos afectivos (Vieta, E. 1991).
- La causa más frecuente del suicidio es la depresión (Barraclough, 1974).
- Es la puerta de salida de cualquier enfermedad depresiva (SirDenill Hill, 1970).
- Es un desenlace frecuente en sujetos deprimidos no tratados o deficientemente tratados (Coppen, 1970).
- Estudios de 10 años de duración demuestran que 1 de cada 6 pacientes con depresión se suicida. (Coppen, 1970).
- En la mayoría de los casos de suicidio, las víctimas habían sufrido una afección depresiva (Coppen, 1970).
- Debemos tratar a todos los pacientes deprimidos como posibles suicidas y esta posibilidad deberá tenerse en mente al hacerse cargo de su tratamiento (Belsasso, 1970).
- Es muy común encontrar en sujetos profundamente deprimidos francas y evidentes tendencias suicidas (Mc Clure, 1970).
- La mortalidad por suicidio en las depresiones es 6 veces superior a la de todas las otras causas de mortalidad por enfermedad psiquiátrica (González, 1985).
- Es un hecho establecido el que la mitad de las personas que se suicidan lo hacen cuando sufren depresión, es decir un abatimiento profundo del humor y de la vitalidad (De la Fuente, 1990).
- Se encuentra plenamente establecida la presencia de estados depresivos en una importante proporción de los pacientes que han intentado suicidarse (Gómez, 1991).
- Con el inventario para depresión de Beck, Silver y Cols. (1975)¹³, encontraron depresión en el 80% de los que intentaron suicidarse.

Todo lo anterior nos confirma la aceptación general en el área médica de la estrecha relación entre suicidio y depresión. Pero ¿por qué se maneja que la ideación y/o actuación suicida es inherente a todo trastorno depresivo?

Según Kolb (1977) porque la mayoría de los suicidas sufren actitudes de auto-desprecio, sentimientos profundos de desesperanza y falta de defensa y una sensación de que otros los han rechazado.

¹³ Beck, A.T. Assessment of suicidal intention: The Scale for suicide ideation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47:343-352. Citado por Gómez, 1991.

Para Kaplan (1989), se debe a que la depresión es una enfermedad que produce una multitud de síntomas y hace la vida miserable a las personas afectadas; para la persona deprimida, la vida se convierte en una existencia dolorosa, sin promesas o expectativas de alivio, por lo que resulta fácil entender el sentido del suicidio en personas donde su calidad de vida se ve afectada de esa manera.

Beck (1970), menciona que las verdaderas razones del deseo del suicidio son las que expresa el paciente, y están directamente relacionadas con el estado depresivo: la vida ha perdido su significado. . . él se considera como una carga para la familia . . . sus problemas son abrumadores e irresolubles . . . la muerte es su única solución. Su sufrimiento es tan grande que literalmente no puede soportarlo - y está en busca de la solución definitiva de una situación intolerable; por lo tanto, el suicidio representa para él la terminación de sus sufrimientos.

2.2.2 Factores de Riesgo Suicida.

Algunos autores consideran que el suicidio es una conducta que se puede prevenir (Hyman, 1990; Kaplan, 1989), en base a que en varios estudios se ha encontrado que un 75% de las personas que cometieron un suicidio habían consultado a un médico en el curso de los 6 meses previos a la muerte y un 60% de esos pacientes había consultado durante el mes previo al suicidio (Fawcet, 1991), por lo que la tarea de valorar el riesgo suicida es una de las más importantes y difíciles de la psiquiatría (Hyman, 1990).

Consideramos al igual que Hyman (1990) que uno de los elementos que puede ser de utilidad como apoyo a esta valoración, es la serie de factores de riesgo suicida disponibles sobre este tema, los cuales pueden ser empleados como una guía en la valoración, ya que por encima de ellos se encuentra la capacidad del médico para establecer una relación empática con el paciente que le permita conocer sus ideas y sentimientos y la destreza en la formulación de un buen juicio clínico.

Podemos considerar que los factores de riesgo más frecuentemente citados en la bibliografía revisada abarcan los siguientes aspectos:

- sociodemográfico
- psicosocial
- sociomédico

Los resultados de los estudios revisados al respecto, nos serán útiles como marco de comparación con el perfil demográfico y psicosocial que obtengamos de la muestra de éste estudio.

2.3. Estresor Psicosocial.

El término estrés se ha utilizado en inglés al menos desde el siglo xv. Desde esa época ha tenido el significado de presión o tensión física (Wilder, 1989).

Estrés implica una sobrecarga de los sistemas del ser humano (biológico, psicológico y social) que se alterarán si se ejerce sobre ellos tensión suficiente; estos sistemas, al estar relacionados entre sí, producen que la sobrecarga o tensión de uno hará impacto sobre los otros. Un ejemplo de un agente universal de estrés o tensión es cualquier amenaza del ambiente a la integridad física del ser humano.

Los acontecimientos productores de estrés son por lo general los eventos muy graves para la persona promedio y que requieren como respuesta alguna forma de conducta defensiva o adaptativa.

A finales de los años 30, Selye¹⁴ propuso una distinción entre la causa de la alteración corporal y su efecto; se refirió a la causa externa o estímulo como estresor y al estado de desequilibrio corporal como estrés, distinción que se ha aceptado hasta hoy. Sin embargo Fábrega menciona que ha encontrado en varias obras sociopsiquiátricas que los investigadores no suelen distinguir conceptualmente entre las categorías de los factores estresantes y el estrés.

En este trabajo, cuando empleamos el término estresor psicosocial, nos referimos a los acontecimientos o circunstancias ambientales que la persona sintió o siente como problemática. En cambio hablamos de estrés para referirnos a los cambios en el organismo de la persona que pueden resultar de dichas situaciones e interfieren en su ajuste y adaptación.

Es importante considerar ambos aspectos, porque aún cuando sólo abordemos el primero, (los factores estresantes), es muy común suponer que en forma automática los factores estresantes producen estrés y no siempre es así, porque en la relación entre el acontecimiento vital y las respuestas del ser humano, tiene lugar un complejo proceso de mediación que supone una interpretación cognitiva del acontecimiento a la luz de la historia y experiencias del sujeto. Es decir, como menciona Lazarus (1990), el estrés es un fenómeno principalmente subjetivo más que objetivo. No es el evento en sí el generador del estrés, sino la interpretación que de él elabora la persona.

El estrés es un suceso que no es posible observar directamente, por lo que se ha medido de manera indirecta, identificando los estresores y en base a estos se han

¹⁴ Selye, H. (editor) (1980) *Selye's Guide to stress research*, New, York. Vol.1 Van Nostrand Reinhold. Citado por Wilder, 1989.

construido escalas de Readaptación Social. Una de ellas es la desarrollada por Holmes y Rah en 1967¹⁵, otra es la de Pakel y cols.¹⁶

En este trabajo empleamos la escala del Eje IV del DSM III (Metodología), para valorar la situación o área y el grado de los estresores psicosociales que los pacientes deprimidos contestaron haber afrontado, y para obtener esa información las preguntas están basadas en las sugeridas por la O.M.S.

2.3.1. Estrés y depresión.

Diversos investigadores se han interesado por las relaciones entre el estrés y las enfermedades psiquiátricas. En Inglaterra se comparó una muestra de mujeres depresivas, con una muestra comunitaria de personas no depresivas. Las pacientes deprimidas resultaron tener hasta 4 veces más sucesos desagradables en su historial que los sujetos de control durante los 9 meses anteriores al comienzo de la depresión (Wilder, 1989).

Un estudio realizado en Suidney, Australia (Wilder, 1989), con 863 residentes suburbanos, reveló que los efectos de los acontecimientos que producían estrés dependían de que existieran o no apoyos sociales y defensas maduras del yo. Las personas de la muestra con alto estrés, bajo apoyo social y defensas inmaduras tenían un riesgo 4 veces superior de alteración psicológica; es decir presencia de cierto número de síntomas psiquiátricos que las personas con bajo estrés, alto apoyo social y defensas psicológicas maduras.

La mayoría de los estudios relacionados con el tema, han encontrado que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales estresantes, en los meses que preceden al comienzo de la sintomatología, que los grupos controles de la población general y que otros enfermos psiquiátricos no deprimidos. Y que ciertos tipos de acontecimientos parecen estar más relacionados con la depresión, especialmente los que implican pérdidas: muerte de un familiar cercano, divorcio, abandono de la casa por un miembro de la familia, boda o reclutamiento a filas de un hijo. (Ayuso, 1981).

Por lo que, como menciona Kaplan (1989), al evaluar las relaciones causales entre los estresores vitales y la enfermedad, deben evaluarse los estilos defensivos individuales, la disponibilidad del apoyo social y la naturaleza cualitativa del acontecimiento vital: no deseable o amenazador. En el presente estudio indagamos por lo pronto qué tensiones vitales identifica el paciente deprimido atendido en nuestra institución como más estresantes.

¹⁵ Holmes y Rah. (1967) "The social readjustment rating scale", en: *Journal of psychosom.,res.* 213- 218. Citado por Wilder 1989..

¹⁶ Paykel y cols. (1971) "Scaling of life events", en: *Arch gen Psychiatry*, 25: 340. Citado por Fábrega, 1981.

3. TERCERA PARTE. METODOLOGÍA.

La investigación es prospectiva y de tipo exploratorio, se llevó a cabo en el Hospital Regional de Especialidades No. 22 del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el periodo comprendido de septiembre de 1993 a enero de 1994, en una población de paciente diagnosticados por médicos psiquiatras en base a criterios del DSM-III-R y el ICD-9 con algún tipo de trastorno depresivo.

3.1. Diseño del Instrumento.

Dado el tipo de población al cual estaba dirigido el estudio (personas emocionalmente delicadas) y por el tema a tratar, desde el inicio del trabajo consideramos que la manera más adecuada para obtener información sería a través de la elaboración de una cédula de entrevista estructurada y precodificada, la cual comprendería preguntas de dos estudios simultáneos: uno a cargo de una psicóloga y el otro de una Trabajadora Social.¹

Algunas variables y por lo tanto, apartados del formato, son comunes a ambos estudios, como en el caso de ciertas variables de tipo sociodemográfico y de antecedentes sociomédicos.

El instrumento original fue discutido en varias ocasiones por las dos investigadoras, quienes personalmente llevaríamos a cabo el levantamiento de datos, y en base a observaciones de ambas, hubo necesidad de realizar algunas modificaciones.

La siguiente fase consistió en entrevistarnos una a la otra para mejorar el formato antes de aplicarlo a otras personas; con esta prueba nos dimos cuenta de la necesidad de efectuar cambios en el orden de las preguntas, así como en el planteamiento de las mismas, esto porque coincidimos en algunas observaciones, como en el hecho de sentir en un momento la entrevista difícil de sobrellevar por algunos aspec-

¹Por lo tanto se trata de dos trabajos distintos aplicados a la misma población, su desarrollo y término fue responsabilidad de cada una de las investigadoras.

tos emocionales que tocaba, ya que algunas preguntas nos despertaron inquietud, intranquilidad, preocupación y otras respuestas emocionales. Una de ellas fue el adoptar una actitud defensiva y contestar lo más escueto posible al interrogatorio, otra el alargar las respuestas y tratar de conseguir soluciones a la problemática sentida o revivida. Y como posiblemente esta diferente respuesta se debía a la personalidad del entrevistado y a la personalidad y estilo diferente del entrevistador, decidimos en base a esta experiencia lo siguiente:

1) Definitivamente la entrevista la realizaríamos sólo las investigadoras; no emplearíamos más personas, a pesar de que existía el ofrecimiento de colaboración de profesionistas de Trabajo Social y Psicología para la fase de levantamiento de datos.

2) Al término de la entrevista, dependiendo de la actitud del paciente, dejaríamos espacio de varios minutos a fin de intercambiar comentarios con él, como una estrategia de amortiguar los pensamientos y emociones generados por el contenido del cuestionario.

La siguiente fase consistió en aplicar el cuestionario a personas conocidas, no pacientes, con el propósito de que al final nos hicieran comentarios sobre la entrevista, su contenido, la claridad y como se sintieron durante el desarrollo de la misma. Las observaciones recibidas confirmaron que los cambios efectuados en el orden y planteamiento de las preguntas, mejoraron el clima emocional despertado en el proceso de la entrevista, sin afectar el contenido de la información a obtener. En esta fase no se hicieron cambios en la estructura del formato.

Como una prueba final del instrumento, lo aplicamos a seis pacientes del programa de hospitalización parcial, y en base a estas entrevistas decidimos una última modificación: en el apartado de tratamiento farmacológico, decidimos no preguntar tipos o nombres de medicamentos ya que generaba confusión en paciente y el retirar esa información no afectaba los objetivos del estudio.

3.2. Selección de la Muestra.

Utilizamos muestreo no probabilístico intencional para cubrir con los criterios de inclusión. La muestra quedó constituida por 83 personas.

Criterios de Inclusión y de Exclusión.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes atendidos en el Hospital Regional de Especialidades No. 22 del I.M.S.S.

2. Pacientes atendidos y diagnosticados por Médico Psiquiatra con algún tipo de trastorno depresivo..

3. Sexo: masculino o femenino.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pacientes que no reúnan los criterios anteriores de inclusión.

2. Pacientes con daño orgánico o lesión cerebral.

Los casos de pacientes ingresados por conducta suicida, que al ser evaluados por el equipo terapéutico fueron diagnosticados con otro tipo de padecimiento, no se tomaron en cuenta.

Una dificultad que tuvimos en seleccionar a los candidatos al estudio, fue porque algunos expedientes contenían dos o más diagnósticos diferentes registrados en un sólo internamiento, situación que se complicaba aún más en el caso de los pacientes que tenían más de un internamiento. En base a esta situación, decidimos seleccionar el paciente a partir de la nota de alta del último internamiento en los casos de consulta externa y a partir del diagnóstico del médico tratante en los casos de hospitalización y hospitalización parcial.

Sin embargo, es importante aclarar que desde el inicio de la investigación estuvimos conscientes que el criterio diagnóstico era una variable difícil de controlar. Al seleccionar a los pacientes, basándonos en estos criterios, disminuyeron los casos, debido a que los diagnósticos asociados a depresión son más frecuentemente utilizados en los formatos de envío, los cuales por lo general son llenados en los servicios de urgencias y por médicos no psiquiatras, quienes probablemente basados en una primera impresión del paciente, por estereotipos y por poca familiaridad con la psicopatología mental, registran toda una gama de diagnósticos, incluso algunos no contemplados en las diferentes clasificaciones de las enfermedades mentales, motivo por el que descartamos el considerarlos para la selección .

En base al registro diario de ingresos y egresos del Departamento de Trabajo Social, se seleccionaron los pacientes candidatos a la entrevista. En el caso de los que se captaron a partir del diagnóstico de ingreso, fue necesario esperar a la confirmación del diagnóstico del médico tratante para programar la entrevista. Los seleccionados a partir del diagnóstico de egreso, el cual está basado en la nota de alta del expediente clínico, ya se encontraban en consulta externa por lo que fue necesario revisar las agendas de citas, donde se hizo la anotación y la indicación verbal al personal encargado de ésta área de pasar al paciente al Departamento de Trabajo Social en donde trabajamos, el día que acudiera al hospital .

3.3. Levantamiento de Datos.

A los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión se les entrevistó en forma voluntaria, exponiéndoles el objetivo del trabajo; es decir, se les explicó personalmente a cada uno de ellos qué se pretendía investigar, dejándoles en libertad para responder a nuestra solicitud de colaboración, y se les aclaró que la entrevista podría ser interrumpida en el momento que sintieran ya no poder continuar contestando. A todos los que se les solicitó participar aceptaron, y sólo una entrevista fue interrumpida antes del término y fue concluida tres meses después.

Al reportarse el paciente al departamento de Trabajo Social se le explicaba el objetivo de la entrevista y se le daba la opción, en base al tiempo de que dispusiera, de efectuarla en ese momento o hasta la siguiente cita; la mayoría aceptó la entrevista ese mismo día. Lo anterior también se manejó con los pacientes que acudían diariamente al programa de hospitalización parcial; al término de sus actividades en el programa se realizaba la entrevista.

Alguna entrevistas se efectuaron cuando aún el paciente se encontraba en hospitalización, posterior a valoración de si se encontraba en condiciones de trabajar con él, en base al reporte de alguno de los miembros del equipo terapéutico que lo atendía, a la información del personal de enfermería de guardia y a la observación del propio entrevistador.

Los datos se obtuvieron a través de una entrevista personalizada, realizada en consultorio aislado, en los casos de pacientes de consulta externa y hospitalización parcial.

Las entrevistas a pacientes internados se efectuaron en la sala de usos múltiples del pabellón correspondiente, según el sexo del entrevistado, en una mesa relativamente aislada del resto de los pacientes.

Al inicio de la investigación, incluso antes de la revisión bibliográfica, teníamos el propósito de realizar 100 entrevistas, es decir seleccionar 100 casos de pacientes deprimidos, 50 de los cuales tuvieran en su historial clínico por lo menos un intento de suicidio y los otros 50 no.

Preveíamos que donde tendríamos dificultades para completar el número era en el caso de los pacientes con intento de suicidio, al ser los menos que ingresaban, y porque la mayoría de ellos permanecían pocos días hospitalizados al irse de alta voluntaria, lo que implicaba que ya no regresaban a consulta externa. Incluso planeábamos que tendríamos que acudir a sus domicilios.

Sin embargo, durante el desarrollo del trabajo, al ir tomando decisiones en base a lo encontrado en la literatura y el ir afinando los procedimientos de selección, nos topamos con situaciones distintas, no previstas al inicio: por ejemplo un buen número

ro de pacientes que ingresaba con algún diagnóstico relacionado con trastornos depresivos, al ser abordado por un equipo terapéutico especialista en el área egresaba con diagnóstico distinto.

Lo anterior provocó una reducción en nuestra población objetivo. La otra situación fue que la mayoría de los pacientes depresivos tienen entre sus antecedentes el haber hecho alguna vez un intento de suicidio, y esta información no está registrada en su expediente clínico, lo que incrementó el subgrupo de pacientes deprimidos parasuicidas, aminorando el otro subgrupo, el de pacientes deprimidos que no habían atentado contra su vida.

Otro aspecto que no habíamos considerado es que no todas las personas que intentan suicidarse lo hacen por encontrarse en un estado depresivo. En algunos esa conducta obedece a otro tipo de problemas psiquiátricos, como trastornos de personalidad o alcoholismo. Y estos casos no entraron a nuestro estudio.

Dada la situación, nos vimos en la necesidad de ampliar el período de la fase de recolección de datos y reducir el tamaño de muestra a 83 casos, 47 de pacientes que habían presentado conducta parasuicida y 36 de pacientes que no habían atentado contra su vida, (al estar en espera de que ingresaran pacientes que cubrieran los criterios de inclusión y programar las entrevistas tan pronto sus condiciones de salud permitieran trabajar con ellos).

Cada una de las entrevistas tuvo una duración de entre 30 y 45 minutos, y aún cuando su finalidad no era terapéutica, sino sólo de obtener información, en algunos casos era necesario el dar unos minutos más y abordar superficialmente la situación del paciente, dadas las condiciones emocionales en que se encontraba, y por ciertos aspectos que la entrevista tocaba. Nos fue difícil en varios casos el hacer a un lado lo que el paciente contratransferencialmente nos despertaba (deseos de proporcionarle ayuda) y limitarnos a cumplir con el objetivo de la entrevista.

3.4. Las variables y sus indicadores.

En esta sección consideramos conveniente el incluir las definiciones conceptuales de las variables y los índices o escalas empleados para su operacionalización .

Variable dependiente: Intento de suicidio o conducta parasuicida

Como ya lo hemos mencionado, consideramos intento de suicidio al acto que efectúa el paciente y en el que él reconoce tenía el propósito de quitarse la vida pero no lo consiguió.

Algunos pacientes respondieron afirmativamente a la pregunta ¿Ud. ha intentado suicidarse? porque estuvieron muy cerca de cometerlo, sin embargo estos casos los consignamos en el grupo de no intento, ejemplos de ellos fueron aquellos pacientes

que manifestaron deseos muy intensos por lanzarse al paso de algún vehículo en movimiento, tirarse de algún puente, adquirir algún tipo de arma o haber sido sorprendidos ya con ella en la mano para autoagredirse.

Consideramos que los anteriores casos no fueron intentos de suicidio, más bien son los llamados gestos suicidas. (el paciente trata de hacer algo contra sí mismo, pero no lo lleva a cabo, o bien efectúa algún acto que definitivamente no le iba a causar ningún tipo de daño).

Este es un punto muy discutido que requiere de un análisis más profundo, que no se efectuará en este trabajo por no ser parte de nuestros objetivos: el determinar la distinción entre gesto e intento de suicidio; para clarificar este aspecto, nosotros consideramos intento de suicidio a la acción realizada por el paciente que tenía la intención de quitarse la vida, pero no se logró, mientras que gestos suicidas son los casos de pacientes que fueron sorprendidos con algún tipo de arma para autoagredirse e ideación suicida, a los pensamientos e ideas en relación a el suicidio como una alternativa en su vida.

Para medir lo anterior, preguntamos directamente a los pacientes si habían intentado suicidarse y el método empleado, y al darnos la descripción del mismo, nos dábamos cuenta si en realidad se trataba de un intento, de un gesto o de ideación en base a nuestra clasificación. En los casos de los pacientes que negaron haber intentado suicidarse, se les preguntó si habían pensado en realizarlo.

Motivo del Intento de Suicidio

Para medir el motivo del intento, consideramos las respuestas que los pacientes dieron a la pregunta *¿Cuáles fueron las razones o motivos por las que usted intento suicidarse? (en el último intento)*. Por lo que consignamos sólo las "razones" que el propio paciente expresó que lo impulsaron a querer quitarse la vida, independientemente del criterio del entrevistador o de la información registrada en el expediente.

Método Empleado en el Intento de Suicidio.

Los clasificamos basándonos en los criterios de Arora y Meltzer (1989), en función de la violencia del intento:

Estos autores consideran como métodos no violentos a la intoxicación voluntaria mediante fármacos u otras sustancias y los cortes únicos en el brazo no dominante.

En cambio se consideraron métodos violentos: la precipitación (por ejemplo el tirarse de un puente, de un edificio, etc.), el ahorcamiento, el uso de arma de fuego o arma blanca, atropellamientos (tirarse al paso de un vehículo en movimiento) y los métodos mixtos, los cuales son la combinación de dos o más de los métodos anteriores.

Letalidad (gravedad médica)

Beck y cols, (1974)² han desarrollado escalas de evaluación que contienen secciones que abarcan las circunstancias en que se cometió el acto, el informe subjetivo sobre los pensamientos del sujeto, antes y después del suceso, y una consideración profesional sobre el riesgo vital involucrado.

Nosotros nos basamos en Goldney (1982)³ y calificamos la letalidad de acuerdo con los recursos médicos implementados y distinguimos las siguientes tres categorías:

Consideramos el intento como **muy grave** cuando resultó en fracturas múltiples o una alteración del nivel de la conciencia que requirió vigilancia intensiva.

Grave cuando ameritó internamiento en un Hospital de Segundo nivel .

Leve cuando no recibió ningún tipo de atención médica, o sólo fue atendido el paciente en el servicio de urgencias y no fue necesario el internamiento para vigilancia y asistencia de tipo físico.

La información para medir esta variable la obtuvimos de la nota de envío y/o nota de admisión hospitalaria, donde el personal médico que atendió al paciente registra las acciones terapéuticas implementadas y el plan de manejo, lo cual confirmamos con la versión del paciente en los casos de los que sí recordaban claramente la atención médica proporcionada posterior al intento.

Para medir la reincidencia, es decir el número de intentos de suicidio efectuados por el paciente (repetición de intentos), preguntamos directamente al paciente cuántas veces había intentado suicidarse ya que específicamente este dato no se encuentra en el expediente.

Forma en que se salvó la persona que intentó suicidarse.

Por medio de esta variable pretendimos conocer la manera en que se evitó la consumación del suicidio, si la persona fue encontrada o ayudada por alguien o si ella misma solicitó ayuda; quién la encontró y/o quién la ayudó.

Para obtener la información que nos permitiera medir esta variable, partimos de una pregunta abierta ¿cómo fue que se salvó? claro que en muchos de los casos fue necesario ampliar la explicación para clarificar a qué nos referíamos.

² Beck A.T. y cols. (1974) "Components of depression in attempted suicides", en: *The Journal of Psychology* 85: 257-260. Citado por Gómez, 1991.

³ Goldney, R.D. (1982) "Locus of control in young women who have attempted suicide", en: *The Journal of nervous and mental disease*, 170: 198-201. Citado por Gómez, 1991.

Variables familiares.

Nivel socioeconómico.

Incluimos esta variable por dos motivos: uno de ellos era identificar el nivel socioeconómico de los pacientes deprimidos, atendidos en la institución donde se llevó a cabo el estudio; el otro era detectar diferencias significativas de este factor entre los dos grupos de pacientes, los que intentaron suicidarse y los que no lo intentaron, ya que consideramos que a mayor desahogo económico menor fuente generadora de estrés y por lo tanto menor riesgo de conducta parasuicida.

A partir del domicilio actual del paciente, y basándonos en los listados de AGEBS del INEGI, que calculan el nivel socioeconómico en función de varios indicadores, como servicios, condiciones de la vivienda, determinamos esta variable en las familias de nuestros pacientes.

Composición y tamaño familiar.

Incluimos estas variables como un primer acercamiento para conocer las familias de los pacientes deprimidos y detectar a este nivel algo significativo. Tenemos la certeza de que el estudio de la interacción en el núcleo familiar es clave para el entendimiento de el origen y evolución de los trastornos mentales; sin embargo, consideramos que la metodología más adecuada para estos propósitos es el estudio de casos.

Reconocemos las dificultades que existen para delimitar la tipología familiar de acuerdo a la composición del grupo doméstico, especialmente la familia extensa (Ribeiro, 1992). Al respecto, en ambas variables decidimos basarnos en algunos de los indicadores propuestos por Leñero (1983):

Composición del grupo doméstico según parentesco con el jefe de familia:

- 1) Compuesta: padres e hijos casados, hermanos casados, otros parientes de la misma generación.
- 2) Conyugal nuclear: Sólo la pareja conyugal.
- 3) Familia monoparental: familia de un sólo padre (por separación, divorcio o viudez).

Para clasificar a la familia por su tamaño, consideramos el número de miembros que en el momento del estudio habitaban en la misma casa que el paciente.

Los indicadores son:

familias pequeñas (2 a 4 miembros).
 Familias medias (5 a 6 miembros).
 Familias grandes (mayores de 6 miembros).

Antecedentes sociomédicos individuales

Diagnóstico Médico

Como ya lo mencionamos, las clasificaciones en las que nos basamos son el DSM-III R y el ICD-9. Posiblemente a primera vista se podría cuestionar el hecho de emplear dos clasificaciones diferentes; sin embargo la decisión de incluir ambas está basada en que en esta institución los médicos, al diagnosticar a sus pacientes, utilizan las dos.

Tiempo de evolución.

Nos referimos al tiempo comprendido entre el momento en que se identifica el inicio de la enfermedad y la fecha actual.

Este dato fue tomado del expediente clínico de cada paciente, el cual se encuentra registrado en la historia clínica. Esto como primera instancia; si no se localizaba esa información en ese apartado, enseguida se procedía a revisar las notas de evolución, en primer lugar las médicas, después de psicología y por último, si en las anteriores no se localizaba, en las notas de trabajo social (forma 4-30-51) del IMSS.

Número de internamientos.

Esta variable se refiere al número de internamientos en institución psiquiátrica que el paciente había tenido hasta la fecha de la entrevista. Este dato fue obtenido de la pregunta directa al paciente. El motivo por el que se decidió que la fuente de información de esta variable fuera el paciente, obedeció a que es alta la probabilidad de que en gran parte de los casos este dato no esté consignado o sea incompleto en el expediente, porque por un lado o sólo se registran los internamientos de la institución donde se llevó a cabo el estudio, o bien existe el riesgo de que el expediente haya sido depurado y no contenga información de internamientos anteriores.

Tratamientos recibidos.

Con esta variable pretendimos obtener información relacionada con la gama de tratamientos a los que recurren nuestros pacientes. Basándonos en la experiencia en el área, hemos observado que casi como si se tratase de una regla, la mayoría de las familias, probablemente en su angustia y deseo de ayudar al paciente y encontrar una rápida recuperación, -matizado por factores culturales- acuden a una diversidad de tratamientos, desde profesionales, medicinas alternativas (homeópata, naturismo) hasta de tipo mágico como curanderos, hierberos, etc.

¿Qué relación tiene el buscar ayuda en diferentes partes y probar distintos tratamientos con la conducta suicida? la desconocemos. Por lo pronto, nuestro propósito al incluir esta variable es conocer cómo se manifiesta esta situación en los pacientes deprimidos y detectar posibles diferencias en este sentido entre los pacientes que intentaron suicidarse y los que no lo intentaron.

Estresor Psicosocial

Consideramos estresor psicosocial a la situación o experiencia del paciente que él mismo identificó como generadora de tensión y/o preocupación, y a partir de la información que el paciente proporcionó.

Para medir esta variable, consideramos las respuestas a la pregunta abierta ¿Usted se ha visto sometido a estrés o tensión durante mucho tiempo (meses o años) antes del episodio actual de depresión? Aclarándole al paciente que no necesariamente la identificación de esas situaciones debía estar relacionada con el padecimiento, el motivo del internamiento, la recaída o el intento de suicidio.

En el caso de los pacientes que a la primera lectura de la pregunta no la entendían claramente, algunas de las explicaciones proporcionadas fueron: ¿Usted se ha visto muy preocupado o tensionado por algún problema?, ¿Ha vivido una situación que lo haya mortificado mucho?, ¿Durante algún tiempo de su vida ha estado presionado por alguna situación o problema?

Las respuestas positivas a esta pregunta eran seguidas por la descripción de la situación o problema identificado, posteriormente para hacer la distinción entre estresor crónico y estresor agudo, partimos de las respuestas del paciente a la pregunta ¿Durante cuánto tiempo vivió esa situación o problema?

Aquí consideramos conveniente señalar que la información obtenida para medir esta variable no nos permite delimitar si el paciente identifica el estresor como origen de su padecimiento o sólo como factor precipitante.

A partir de la información que el paciente proporcionó, y siguiendo los criterios del DSM-III R y la O.M.S., consideramos estresor psicosocial agudo cuando la duración de el o los acontecimientos fue inferior a seis meses, y crónico cuando las circunstancias identificadas por el paciente como estresantes tuvieron una duración en su vida superior a seis meses.

Y en base a la siguiente escala e instrucciones que proporciona el DSM III evaluamos la intensidad del estresor psicosocial, tanto el crónico como el agudo.

Es importante remarcar que tenemos claro que la evaluación de estas dos variables (tipo e intensidad del estresor psicosocial) es una de las áreas del estudio donde

interviene en gran proporción nuestra subjetividad. Sin embargo, como una manera de control, la tarea de valorar estas variables estuvo a cargo de una sola persona: la responsable de la investigación.

Escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial: adultos

Código término,	Ejemplos de estrés	
	Agudo	Crónico
1 Ausente	No hay estrés aparente	No hay estrés aparente
2 Leve	Ruptura afectiva con la pareja, inicio o graduación en la escuela, marcha del hogar	Discusiones familiares, insatisfacción laboral, vida en un barrio donde hay mucha delincuencia
3. Moderado	Matrimonio, separación conyugal, pérdida del empleo, jubilación, aborto	Incompatibilidad conyugal, problemas económicos serios, diferencias con los superiores, estar a cargo de los hijos como progenitor único.
4. Grave	Divorcio, nacimiento del primer hijo	Paro, pobreza.
5. Extremo	Muerte de la esposa (o), diagnóstico de una enfermedad somática grave, ser víctima de una violación	Enfermedad crónica grave, de uno mismo o de los hijos, alteración física o abuso sexual.
6. Catastrófico	Muerte de algún hijo, suicidio del cónyuge, catástrofe natural devastadora	Cautividad como rehén, experiencia en campo de concentración.

Situación o área del estresor psicosocial.

Las siguientes son las áreas en las que nos basamos para clasificar los diferentes estresores psicosociales:

1. Conyugal (tanto matrimonial como extramatrimonial): Por ejemplo, compromiso matrimonial, matrimonio, desavenencias, separación, muerte de la esposa, adulterio del cónyuge.
2. Paternidad: ser padre, relaciones difíciles con los hijos, enfermedades de los hijos, pérdida de un hijo.
3. Otras relaciones interpersonales: Problemas en las relaciones con los amigos, ve-

cinos, socios o familiares cercanos. Por ejemplo, enfermedad de un amigo, relaciones difíciles con el jefe.

4. Laboral: El DSM III incluye en esta área el trabajo, la escuela, las tareas domésticas, estar en huelga, jubilado, problemas escolares. (Nosotros sólo consideramos en este apartado lo relacionado directamente con problemas laborales).

5. Situaciones ambientales: Cambios de residencia, amenazas a la integridad personal, inmigración.

6. Económico: Por ejemplo, manejo inadecuado de las finanzas, cambio en el estatus financiero.

7. Legal: detención, encarcelamiento, pleito, juicio.

8. Desarrollo: Fases evolutivas, por ejemplo, pubertad, cambio al estado adulto, menopausia, "entrar en la década de los cincuenta".

9. Lesión o enfermedad somática: Por ejemplo, enfermedad, accidente, cirugía, aborto.

10. Otros estresores psicosociales: desastre natural o provocado, persecución, embarazo no deseado, hijo natural, violación.

11. Factores familiares.

4. CUARTA PARTE. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

4.1. Características sociodemográficas y sociomédicas individuales y familiares de la población estudiada.

En base a nuestro primer objetivo, iniciaremos por hacer una revisión general de algunas características sociodemográficas y sociomédicas de la población entrevistada.

Nuestra muestra está compuesta por 83 pacientes portadores de trastornos depresivos, todos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, en las diferentes ramas que contempla la Ley del Seguro Social: ordinario, voluntario, facultativo, eventual e independiente y en las diferentes opciones, asegurados, familiares beneficiarios y pensionados, esto lo mencionamos para aclarar que una característica en común de nuestros pacientes es el contar con un ingreso económico básico producto de una relación patronal o de algún tipo de negocio o actividad que le permite el pago de cuotas a esta institución.

4.1.1. Características sociodemográficas Individuales

Como se aprecia en cuadro 1, el 76 % de los pacientes son originarios del estado de Nuevo León y, de éstos, la mayoría, de la ciudad de Monterrey y su área metropolitana; los demás pacientes nacieron en diferentes estados del país, sin destacar ninguno por su frecuencia.

**CUADRO 1
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS ENTREVISTADOS**

LUGAR	N	%
Edo. de N.L.	63	76
Otro Edo.	19	23

Más de la mitad de la población estudiada son mujeres. La proporción aproximada por sexo en nuestra muestra es: por cada 10 pacientes, 6 son mujeres; de hecho, el que la prevalencia de la depresión sea más alta en el sexo femenino es uno de los hallazgos más constantes en los diferentes estudios epidemiológicos sobre depresión, efectuados tanto en pacientes ya identificados como en población en general, donde la proporción en mujeres siempre es más alta. La proporción por sexos en la depresión encontrada en varios estudios es de 3 mujeres por 1 hombre (Baca, 1992). Consideramos que si en este estudio la diferencia por sexos no fue mayor, es debido principalmente al tamaño de la muestra.

**CUADRO 2
SEXO**

	N	%
Masculino	32	39
Femenino	51	61

Respecto al análisis de la distribución por sexo en las depresiones existen diversas líneas de explicaciones las cuales consideran (Ayuso, 1981):

- la transmisión genética
- la fisiología endocrina
- las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad

En lo que se refiere al estado civil, el 47% son casados y el 24% está comprendido por los pacientes que durante algún período de su vida tuvieron una relación de pareja, pero que al momento de la entrevista había terminado: por separación (10 casos), divorcio (8 casos) muerte (1 caso). Sin embargo, desconocemos si la ruptura se presentó antes del inicio de la enfermedad o bien si la enfermedad se manifestó posterior a la terminación de la relación de pareja, como algo reactivo al estrés psicosocial generado por esa pérdida.

**CUADRO 3
ESTADO CIVIL**

	N	%
Casado	39	47
Soltero	24	29
Divorciado Separado	20	24

Kaplan (1977) encontró mayor índice de depresión en la mujeres casadas que en los

hombres casados. Ayuso (1981), menciona que estos datos apoyan la tesis de que el rol social de la mujer casada, más que sus características biológicas, constituyen el principal causante del mayor riesgo depresivo en relación al varón.

En la población entrevistada, la distribución del estado civil por sexo es la siguiente:

CUADRO 4
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA SEGÚN SEXO

SEXO	EDO CIVIL			(%)
	Casado	Soltero	Divorciado/Sep arado	N
Masculino	50	28	22	32
Femenino	45	30	25	51

Observamos que no hay diferencias significativas en la distribución del estado civil por sexo entre nuestros pacientes.

La edad promedio de los pacientes a la fecha de la entrevista fue de 35 años. El paciente más joven entrevistado tenía 15 años de edad y el de mayor edad, 66 años. El 82% de los pacientes eran menores de 45 años (Véase cuadro 5):

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA.

	N	%
15 - 20	8	10
21 - 35	35	42
36 - 45	25	30
46 - 66	15	18

Para (Ayuso, 1981) la frecuencia de la depresión aumenta con el transcurso del tiempo. En una muestra de la consulta externa del Hospital Clínico de Madrid, el máximo de frecuencia en los pacientes femeninos tiene lugar entre los 30 y 59 años, mientras que en los hombres la morbilidad más alta se inicia una década después. Para este autor, la elevada prevalencia de la depresión en la edad madura y en la 3a. edad se encuentra principalmente determinada por factores psicosociales.

En nuestra muestra la distribución de la edad por sexo es la siguiente:

**CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE EDAD POR SEXO**

SEXO	EDAD			
	15-20	21-35	36-45	46-66
Masculino	6	44	28	22
Femenino	12	41	31	16

En lo que se refiere al nivel de instrucción, todos los pacientes entrevistados recibieron algún grado de educación formal, sólo el 12% no concluyó la primaria, el promedio de años de instrucción de nuestros pacientes es de 9.3 años de escolaridad.

**CUADRO 7
INSTRUCCIÓN**

	N	%
Prim. Inc. y completa	18	22
Sec. Inc. y Completa	21	25
Técnica y/o Prepa.	32	39
Profesional	12	14

En el cuadro VII observamos como en nuestra población, sobresale el porcentaje de los pacientes con escolaridad media.

Respecto a la ocupación (cuadro 8) el 51 % refirieron tener alguna ocupación remunerada, el 33% se dedican al hogar (todas mujeres), y el 8% son pensionados, subempleados y estudiantes.

**CUADRO 8
OCUPACIÓN**

	N	%
Hogar	27	33
Ocup. remunerada	42	51
Desempleados	7	8
Pensionados, estud. subemp.	7	8

El 8% de los entrevistados contestaron estar desempleados, comparando el tiempo que tenían de no trabajar con el inicio de la enfermedad; aparentemente no existe relación entre ambos factores.

De los pacientes que tenían una actividad remunerada, sólo el 18% reportó haber cambiado recientemente de empleo y en casi la mitad de ellos la razón fue porque su contratación era de tipo eventual o temporal; la otra parte por dificultades de carácter y problemas de salud. Es muy pequeño este subgrupo de pacientes como para inferir que al menos en el área laboral, en base a estas variables, nuestros pacientes no tienen graves dificultades.

Otra de las áreas donde frecuentemente se hacen suposiciones es en lo que se refiere al nivel de creencias del paciente, a su religión y grado de participación en ellas. Sin embargo en nuestra muestra no fue notable la movilidad en ambos aspectos, ya que de el 94% de nuestros pacientes que contestó haber nacido bajo la religión católica, el 85% actualmente profesa esa religión. Estos datos son coherentes con los que arroja el censo de población, ya que para 1990, el 89.7% de los neoloneses son católicos (INEGI, 1992).

De los pacientes que contestaron haber cambiado de religión, el cambio lo habían efectuado durante un período de entre 1 y 8 años anteriores, los motivos por los que cambiaron fueron: 36% posterior a un análisis de su religión, 21.4% porque sentían que ya no se identificaban con ella.

En el siguiente cuadro, observamos los resultados acerca de la participación religiosa de nuestros pacientes:

CUADRO 9
PARTICIPACIÓN RELIGIOSA

	N	%
Ninguna	21	25
Menos que el promedio	36	43
Promedio	23	28
Más que el promedio	3	4

En relación a la misma, casi la mitad refirió tener una participación menor al promedio de su grupo (43%), la cuarta parte ninguna actividad (25%) y una mínima parte (4%) más que el promedio. En base a estos resultados nos atrevemos a deducir que el cursar con una enfermedad depresiva no necesariamente está asociado con modificaciones en el plano de las creencias y participación religiosa de nuestros pacientes.

4.1.2. Características Sociodemográficas Familiares

Con una mínima diferencia en sus porcentajes, las familias de la mayor parte de los pacientes deprimidos son de tamaño pequeño y medio, esto es familias de 6 o menores de 6 miembros.

Sólo el 16% pertenece a familias mayores de 6 integrantes, como se aprecia en el cuadro:

**CUADRO 10
TAMAÑO DE LA FAMILIA**

	N	%
Pequeño	35	43
Medio	34	41
Grande	13	16

Consideramos que esta proporción está relacionada a que el estudio se ubicó en área urbana, donde 5.7 es el tamaño promedio de las familias del área metropolitana de Monterrey (Ribeiro, 1989).

Algo semejante resultó en lo que se refiere a la composición familiar. Más de la mitad de las familias de nuestros pacientes son de tipo nuclear y el 31% de tipo compuesto. El 13.4 % son familias monoparentales, y en todas ellas el jefe de familia es una mujer, siendo la paciente identificada la que tiene ese rol, en la mitad de ese grupo.

**CUADRO 11
COMPOSICIÓN FAMILIAR**

	N	%
Compuesta	26	32
Nuclear	45	55
Monoparental	11	13

Creemos que el hecho de que la investigación se llevara a cabo con derechohabientes del Seguro Social influyó en los resultados de la variable socioeconómica, como se ve a continuación: De nuestros pacientes ninguno resultó ser de nivel socioeco-

nómico marginado, pues para tener derecho a las prestaciones de esta institución, una de las condiciones básicas es que la persona tenga un empleo o dependa de un familiar que cuente con un ingreso económico. Y resultó que más de la mitad de los pacientes pertenecen al nivel socioeconómico medio bajo y solamente el 10 % pertenece a nivel medio alto, como se aprecia en el siguiente cuadro:

**CUADRO 12
NIVEL SOCIOECONÓMICO**

	N	%
Bajo	23	28
Medio Bajo	51	62
Medio Alto y Alto	8	10

Para nosotros, la proporción de los niveles medio alto y alto está mayormente determinada porque al contar con más recursos económicos, se tiene la oportunidad de no depender exclusivamente de la atención institucional, y sí en cambio el buscar la opción de tratarse en forma privada; y que ese 10 % no significa que la prevalencia de las depresiones sea menor en los niveles socioeconómicos medio alto y alto.

4.1.3. Características Sociomédicas.

Cerca de la mitad de nuestros pacientes tienen un diagnóstico de depresión neurótica y casi la cuarta parte el de depresión mayor. En los demás pacientes, los diagnósticos corresponden a psicosis maníaco-depresiva y otros diagnósticos asociados a depresión (véase cuadro 13).

**CUADRO 13
DIAGNÓSTICO MÉDICO**

	N	%
Depresión Mayor	20	24
Depresión Neurótica	38	46
Psicosis Maníaco Depresiva	13	16
Otros Diag. asociados a depresión	11	13

La explicación de que sólo el 16% de los pacientes tienen el diagnóstico de Psicosis maníaco-depresiva se debió a que en la selección de la muestra sólo se incluyeron pacientes con este diagnóstico que se encontraban en la fase depresiva.

El grupo comprendido por los diagnósticos asociados a depresión, se debe a que preferimos manejarlo así al resultar problemático y tendencioso el integrarlo a alguno de los anteriores, al tratarse de diagnósticos no comprendidos en ninguna clasificación conocida.

El cuadro 14 muestra lo que los pacientes contestaron respecto a la edad en que enfermaron de depresión, la mitad de los entrevistados mencionó que entre los 16 y 30 años de edad y el 23% entre los 31 y 40 años, la edad menor de inicio del padecimiento referida fue de 9 años y la mayor de 60.

CUADRO 14
¿A QUÉ EDAD ENFERMO DE DEPRESIÓN?

Edad	N	%
9 -15	10	13
16 -30	37	50
31 -40	19	26
41 -60	8	11

En base al registro en el expediente el 47 % de los pacientes tenían un tiempo de evolución menor de seis meses, el 27% entre 7 meses y 5 años y el 25 % restante entre 6 y 36 años.

CUADRO 15
TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Tiempo	N	%
0 - 6 meses	39	47
7 meses - 5 años	22	27
6 años - 36 años	21	26

Creemos que en los resultados del cuadro anterior también intervino el procedimiento de selección de la muestra, al captar a los pacientes de ingresos recientes; de todas maneras son altas las frecuencias de los otros períodos, lo que puede ser un indicador de la cronicidad que tiene este tipo de padecimientos.

Respecto a la solicitud de ayuda al inicio de la enfermedad, el 54% de los pacientes aceptaron que buscaron ayuda cuando enfermaron y de ellos, la mayoría acudió a un profesionalista; los demás, el 20% recurrieron a un familiar o a alguna amistad.

CUADRO 16
¿BUSCÓ AYUDA AL ENFERMAR?

	N	%
Sí	43	54
No	37	46

El 83% de los pacientes han estado internados en un hospital psiquiátrico. De ellos, más de la mitad, el 63% sólo se ha internado en una ocasión, el 22% de 3 a 7 veces y el 16 % ha tenido dos o más internamientos.

CUADRO 17
¿HA ESTADO INTERNADO EN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

	N	%
Sí	68	83
No	14	17

Acerca de la información con que cuentan sobre depresión, el 24% refirió que no sabía nada sobre el padecimiento; de hecho sus respuestas fueron tajantes: "no se nada", "no tengo ninguna información". El 35% contestó que se trata de una enfermedad ocasionada por problemas, en el 25% de los casos las respuestas estuvieron en función de nombrar los síntomas de la enfermedad, de una manera que podríamos considerar como impersonal: "nervios alterados", "es extraño, la enfermedad nada más llega", "enfermedad del alma y del espíritu"; y el 15% describió sus propios síntomas y por lo tanto la referencia fue él mismo, sus sensaciones y molestias, por ejemplo: "me sentía incapaz, impedida de atender a mi bebé", "es una enfermedad que afecta los sentimientos de uno, se va uno para abajo", "estar agüitado, cansado, aburrido", "estar, triste no querer saber de nada" (véase cuadro 18).

CUADRO 18
¿QUÉ INFORMACIÓN TIENE SOBRE LA DEPRESIÓN?

	N	%
Ninguna o nada	19	24
Descripción síntomas	20	25
Ocasionada por problemas	28	35
Sólo se lo que yo siento	12	15

Y a la pregunta de ¿quién informó sobre la depresión? el 37% contestó saber por él mismo, el 34% por un profesionalista y el 24 % por un familiar.

CUADRO 19
¿QUIÉN PROPORCIONÓ INFORMACIÓN SOBRE DEPRESIÓN?

	N	%
Familiar	17	24
Profesionista	24	34
Yo mismo	26	37
Otros	3	4

El grupo de los pacientes que contestaron saber sobre la depresión por ellos mismos, incluye a las personas que leyeron sobre el tema y a quienes mencionaron que han ido conociendo lo que es la enfermedad, al comparar sus síntomas con lo que escuchan de los demás en los diferentes espacios terapéuticos y en las conversaciones sociales.

El 93% de los pacientes han tomado medicamento para la depresión, y a la fecha de la entrevista, el 74% se encontraba en control farmacológico. La diferencia de los que habían tomado tratamiento y en ese momento no lo hacían, era debida principalmente a estar integrados al programa de hospitalización parcial, donde actualmente se le da mayor énfasis al manejo psicoterapéutico.

CUADRO 20
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. ANTERIOR Y ACTUAL

	Ha tomado medicamento		Actualmente toma medic.	
	N	%	N	%
Sí	75	93	60	74
No	6	7	21	26

En lo que respecta a psicoterapia, el 69% refirió haberla recibido y sólo el 31% no. De los que sí han recibido esta clase de ayuda, los tipos de psicoterapia han sido: individual 47%, grupal 44% y de pareja sólo el 4%.

CUADRO 21
¿HA RECIBIDO PSICOTERAPIA?

	N	%
Sí	55	69
No	22	31

Sobre los tipos de terapia recibida, llama la atención que si bien una parte de los estresores son los problemas conyugales (véase cuadros 29 y 35) un mínimo porcentaje recibe tratamiento de pareja. Suponemos que en parte esto es debido a factores culturales y a la no conciencia de reconocimiento de problema y necesidad de tratamiento por parte del cónyuge; pero no descartamos la posibilidad de existencia de otras variables de tipo institucional, por ejemplo: preferencias de los terapeutas por un tipo de terapia en especial y la probabilidad de que algunos pacientes, al contestar, confundían el control farmacológico con una consulta de terapia y por esa causa la de tipo individual sea la que sobresale por su frecuencia.

CUADRO 22
TIPO DE PSICOTERAPIA RECIBIDA

	N	%
Individual	27	47
Grupal	25	44
Pareja	3	5
Otras	2	4

El 61% refirió no haber estado bajo tratamientos diferentes al médico y a los proporcionados en la institución, el 13% habían acudido a profesionistas privados (médicos generales, homeópatas), el 14% aceptó haber sido tratado por curanderos y/o hierberos y el 12% había acudido a grupos metafísicos, naturistas, cristianos, el sacerdote.

CUADRO 23
OTROS TRATAMIENTOS

	N	%
Profesional privado	10	13
Curandero o hierbero	10	12
Ninguno	46	61
Otros	8	10

Los resultados a la pregunta ¿Para usted, de los tratamientos recibidos, cual ha sido el más efectivo? fueron los siguientes: el 31% le dio mayor mérito al farmacológico, para el 28% el mejor fue la terapia, el 18% la combinación de los dos anteriores, el 16% señaló otros tipos de tratamiento como más efectivos, por ejemplo mencionaron: a las actividades de laborterapia, el ambiente hospitalario, etc. Sólo el 7% contestó que ninguno hasta el momento lo había ayudado. Es importante recordar

que el 93% ha tomado medicamento, el 69% ha recibido terapia, y el 83% ha estado hospitalizado, aspectos que necesariamente influye en las respuestas a esta cuestión.

CUADRO 24
EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO RECIBIDO

	N	%
Medicamento	21	31
Terapia	19	28
Ambos	12	18
Ninguno	5	7
Otros	11	16

Para ellos las principales razones en función de las cuales valoraron la efectividad del tratamiento fueron: el 26% porque vio cambio rápido, el 24% porque lo hizo sentirse bien, el 12 % porque le ayudo a no pensar, otro 12% porque consideran que los tratamientos recibidos se complementan, y para los 5 casos que no aceptaron efectividad, la razón que argumentaron fue porque no los curan.

CUADRO 25
RAZONES EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

	N	%
Me hizo sentir bien	16	24
Vi cambio rápido	17	26
Me ayudo a no pensar	8	12
No me curan	5	8

El anterior grupo de respuestas consideramos prudente no agruparlas más porque consideramos que correríamos el riesgo de perder el sentido de las respuestas. Así, aún cuando en algunos renglones el número de casos es pequeño, creemos que es más valioso dejarlas así y limitar dentro de lo posible nuestra subjetividad.

4.1.4. Estresor psicosocial.

CUADRO 26
ESTRESOR PSICOSOCIAL CRÓNICO

	N	%
Sí	58	70
No	25	30

Los resultados del cuadro anterior son en base a la valoración de las respuestas a la pregunta ¿Usted se ha visto sometido a estrés o tensión durante mucho tiempo (meses o años) antes del episodio actual de depresión?

CUADRO 27
TIEMPO DE ESTRÉS CRÓNICO

	N	%
6 meses - 5 años	25	30
6 años - 10 años	10	12
12 años - 40 años	18	22

Consideramos que el 70% de los pacientes han vivido bajo un estresor psicosocial crónico, 9 de ellos tenían 6 meses de estar presionados o preocupados por alguna situación, y el que tenía mayor tiempo, mencionó 40 años, 30% tenía entre 1 y 5 años y el 22 % entre 12 y 40 años.

En el siguiente cuadro observamos que son las mujeres quienes tienen la frecuencia más alta de estresor psicosocial crónico:

CUADRO 28
RELACIÓN ENTRE SEXO Y ESTRESOR PSICOSOCIAL CRÓNICO (%)

Sexo	Estrés Psicosocial Crónico.		N
	Sí	No	
Masculino	56	44	32
Femenino	78	22	51

1020091234

CUADRO 29
SITUACIÓN ESTRÉS CRÓNICO

	N	%
Conyugal	9	16
Factores familiares	29	51
Otras relaciones Interpersonales y situaciones ambientales	7	12
Laboral económico legal y escolar	12	21

Como se aprecia en el cuadro, las áreas que generan mayor estrés crónico en nuestros pacientes son los factores familiares en un 51%. De éstos 26 son mujeres y sólo 2 pacientes son de sexo masculino. Este grupo comprendió una diversidad de problemáticas; como ejemplo de algunas de ellas son: discusiones familiares, sentirse rechazado por la familia, separación de los padres, desconfianza, descubrimiento de secretos familiares, retiro de apoyo, etc.

El 16% mencionó problemas de tipo conyugal, (5 mujeres; 4 hombres), el 21% agrupa estresores de tipo laboral (5 casos), legal (1 caso) y escolar (1 caso).

La intensidad del estresor crónico fue en el 51% grave, el 39% moderada y el 10% leve.

CUADRO 30
INTENSIDAD DEL ESTRESOR PSICOSOCIAL CRÓNICO

	N	%
Leve	6	10
Moderada	22	39
Grave	29	51

Las mujeres son las que han estado bajo estresores más graves que los hombres como se aprecia en el siguiente cuadro:

CUADRO 31
RELACIÓN ENTRE SEXO E INTENSIDAD DEL ESTRESOR CRÓNICO (%)

Sexo	Intensidad estresor crónico			N
	leve	moderado	grave	
masculino	25	56	19	16
femenino	5	32	63	41

Tres cuartas partes de los entrevistados (80%) contestaron haber estado bajo un estresor psicosocial agudo antes del internamiento o envío a atención al hospital. Sólo el 20% contestó no haber sufrido de este tipo de estresor.

CUADRO 32
ESTRESOR PSICOSOCIAL AGUDO

	N	%
SI	66	80
NO	17	20

La intensidad del estresor agudo sufrido por nuestros pacientes fue en el 47% moderado, el 34% grave y el 19 % leve.

CUADRO 33
INTENSIDAD DEL ESTRESOR AGUDO

	N	%
Leve	12	19
Moderado	30	47
Grave	22	34

Al igual que en la intensidad del estresor crónico, el porcentaje mayor es en el nivel moderado, seguido por el grave y por último por el leve.

Y de la misma manera que en la intensidad del estresor crónico, en el agudo, también las mujeres han estado bajo una intensidad mayor. (cuadro 34).

CUADRO 34
RELACIÓN ENTRE SEXO E INTENSIDAD DEL ESTRESOR AGUDO

SEXO	INTENSIDAD ESTRESOR AGUDO (%)			N
	leve	moderado	grave	
masculino	25	56	19	16
femenino	5	32	63	41

El estresor de tipo agudo fue más frecuente en las siguientes áreas: conyugal 36.5%, (alcoholismo del esposo, maltrato doméstico, desacuerdos, procesos de separación y divorcio, problemas de sexualidad) problemas familiares, 23.8% que comprenden (discusiones y enojos, problemas de salud, sentirse rechazado, no sentirse apoyado, descubrimiento de secretos familiares).

Los problemas relacionados con la paternidad se presentaron en el 19% de los pacientes. Lo anterior se aprecia mejor en el cuadro 35.

CUADRO 35
SITUACIÓN DEL ESTRESOR AGUDO

	N	%
Conyugal	23	36.5
Paternidad	12	19
Otras relaciones Interpersonales	6	9.5
Laboral Económico y Escolar	7	11
Fac. familiares	15	23.8

Agregando a los factores familiares los problemas conyugales y de paternidad, resulta que el 79.3% de las situaciones estresantes son de tipo familiar.

Respecto a los acontecimientos vitales, sólo el 7% de los entrevistados refirieron no haber tenido graves dificultades en el pasado, el 93% reconoció haberlas tenido y en lo que se refiere a la frecuencia de éstas, el 34% reportó sólo una, el 22% dos, el 23% tres y de 4 a 7 el 14%.

Es importante recordar que en este estudio estamos partiendo de las respuestas del paciente, por lo que la valoración de un acontecimiento como grave es a partir de su percepción, la cual puede estar afectada por su estado de ánimo, según el momento en que se encuentre en la evolución de su padecimiento. Decimos esto porque se ha observado que en los pacientes depresivos se ha dado la tendencia a exagerar el grado de amenaza de los acontecimientos (Ayuso 1989). Sobre esta línea existe un interés por llegar a determinar si los pacientes depresivos valoran los acontecimientos vitales como más amenazantes que como lo consideran los sujetos normales, al existir un trastorno cognoscitivo que, al distorsionar la percepción, les dificulte enfrentarse a ellos adecuadamente (Beck, 1967; Abramson, Seligman y Teasdale, (1978).

En el cuadro 36, observamos que son las mujeres quienes reportan mayor número de dificultades graves en el pasado.

CUADRO 36
RELACIÓN SEXO Y FRECUENCIA DE DIFICULTADES GRAVES (%)

SEXO	FRECUENCIA DIFICULTADES GRAVES				
	1	2	3	4-7	N
Masculino	39	25	29	7	28
Femenino	35	22	22	21	49

Acerca del tipo de dificultades graves, los más mencionadas fueron: problemas conyugales 27%, problemas de salud 24%, fallecimientos 14%, problemas económicos 12% y problemas familiares 8%.

En el cuadro 37, observamos que el mismo porcentaje (29%), en ambos sexos, identificaron los problemas conyugales como uno de los tipos de dificultades graves más frecuentes, este resultado es coherente con lo encontrado en las respuestas a las situaciones de estresor psicosocial crónico y agudo ya mencionadas.

Otro aspecto que se confirma es como el sexo femenino es más vulnerable a los problemas de tipo familiar, y el sexo masculino a los problemas de tipo económico, resultados que reflejan los roles tradicionales de género.

El haber sufrido la pérdida de un familiar o una persona significativa destaca como uno de los tipos de dificultades graves más frecuentes en ambos sexos.

Mientras que el antecedente de abuso sexual solo fue reportado en el caso de las mujeres, no descartamos que probablemente exista este antecedente en algunos casos de pacientes del sexo masculino, pero que por el hecho de ser una mujer quien los entrevistó hayan preferido no mencionarlo.

CUADRO 37
RELACIÓN SEXO Y TIPO DE DIFICULTADES GRAVES (%)

SEXO	TIPO DIFICULTADES GRAVES						N
	Problemas conyugales	Fallecimientos	Problemas familiares	Problemas Económ.	Abuso sexual	Otros	
Masculino	29	14	18	21	---	18	28
Femenino	29	16	31	2	14	8	49

4.2. Comparación de características sociodemográficas y sociomédicas entre los dos grupos de pacientes deprimidos.

4.2.1. Características sociodemográficas individuales

Antes de iniciar propiamente con el análisis del aspecto sociomédico de los pacientes, consideramos oportuno cruzar nuestra variable dependiente con algunas características sociodemográficas, para comparar nuestros resultados con estudios que consideraron las mismas variables, y esto nos permita revisar si se pueden considerar también como factores de riesgo de suicidio en nuestros pacientes.

CUADRO 38
RELACIÓN ENTRE SEXO E INTENTO DE SUICIDIO (%)

SEXO	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	sí	no	N
masculino	53	47	32
femenino	59	42	51

En nuestra población parece ser más determinante el ser portador de un trastorno depresivo que el ser hombre o mujer, al resultar pequeña la diferencia en lo que respecta a este factor. De todas maneras al igual que en estudios efectuados en México y en otros países (Hyman, 1990), en nuestro grupo de pacientes las mujeres intentaron suicidarse más que los hombres.

En el estudio de Saltijeral y Terroba (1987) al relacionar la tendencia suicida con el sexo, resaltan los índices bajos de intento de suicidio en los hombres, en las mujeres se presentan las cifras más elevadas.

CUADRO 39
RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL E INTENTO DE SUICIDIO

	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Casado	56	44	39
Soltero	50	50	24
Separado o Divorciado	50	50	20

El estado civil no resultó ser un factor de riesgo suicida significativo en nuestro grupo de pacientes, y sólo sobresale un poco en el caso de los pacientes actualmente casados, en los solteros, separados y divorciados la proporción entre los que intentan suicidarse y los que no, es la misma.

Según Jan Fawcet (1988), las personas solteras, divorciadas o viudas corren mayor riesgo de suicidio que las casadas. Para Hyman (1990), los que nunca se han casado tienen un mayor riesgo, seguido por los viudos, separados y divorciados, los casados sin hijos, los casados con hijos y agrega que los pacientes que están solos y han perdido a un ser querido o fracasado en una relación amorosa dentro del último año, tienen mayor riesgo.

En un estudio realizado en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona, (Vieta, 1991) donde se incluyó a todos los pacientes que requirieron ingreso por las lesiones producidas como consecuencia de un intento de suicidio (257 casos), se compararon los que recibieron un diagnóstico de trastorno afectivo (96 casos) con el resto (161) y se encontró que los pacientes afectivos se diferenciaban significativamente del resto por ser de edad más avanzada, predominantemente del sexo femenino y presentar una proporción mayor de casados y viudos.

En el estudio de Saltijeral (1987), tanto el suicidio como el intento de suicidio son conductas que se presentan principalmente en personas solteras (42.5%, 4,283 casos) resultando en segundo lugar las personas casadas (41%, 4137 casos), localizando los porcentajes más bajos en las personas que en alguna ocasión tuvieron algún vínculo marital, mismo que perdieron ya sea por separación, divorcio o muerte.

CUADRO 40
RELACIÓN EDAD Y CONDUCTA PARASUICIDA

	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
15 a 20 años	62.5	37.5	8
21 a 35 "	69	31	35
36 a 45 "	52	48	25
46 a 66 "	33	67	15

Como puede apreciarse en el cuadro, poco más de la mitad de los pacientes entrevistados, son menores de 35 años de edad y, de ellos, el índice más alto de intento de suicidio se dio en el grupo comprendido entre los 21 y 35 años de edad. Estos resultados coinciden con lo encontrado en el estudio de Saltijeral y Terroba sobre suicidios consumados e intentos de suicidio en la república mexicana en el período

de 1971 a 1980, donde se obtuvo que aún las personas que se encuentran entre los 15 y los 49 años son los que intentan y consuman el suicidio más frecuentemente, y es el grupo de 25 a 34 años de edad el que en el estudio citado presentó el coeficiente más elevado, en esa investigación que consideró a población en general.

Para Jan Fawcet (1988) el riesgo de suicidio aumenta con la edad. Sin embargo, él señala que entre las mujeres el índice de suicidio alcanza un valor máximo a los 50 años y permanece en dicho nivel el resto de la vida; entre los hombre, el índice de suicidio alcanza un nivel máximo a los 75 años de edad. Las personas mayores de 65 años de edad representan un 25% de todos los suicidas, Hyman coincide con él y agrega que en los últimos años la tasa de suicidios se ha incrementado entre los adolescentes y adultos jóvenes.

En E.U.A., el número de suicidios entre niños y adolescentes, entre 1979 y 1988, en el grupo de 10 a 24 años de edad es de 9.6 X 100,000 hab. En 1988 se registraron 1.4 suicidios entre 100,000 niños de entre 10 y 14 años. En el grupo de 10 a 24 años los suicidios aumentaron durante el mismo período de 7.9 a 9.6 para 100,000, siendo el estado de Nuevo México donde se registró el mayor número de suicidios de jóvenes (19.9 por 100,000 hab.)¹ (Control Enf. Atlanta, 1993).

En Nuevo León, México, en el Hospital Regional de Especialidades No. 22, durante 1993 se registraron 80 internamientos por intento de suicidio y el promedio de edad fue de 31.2 años.

CUADRO 41
RELACIÓN ENTRE ESCOLARIDAD Y CONDUCTA PARASUICIDA (%)

	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Primaria	56	44	18
Secundaria	67	33	21
Preparatoria y/o Técnica	50	50	32
Profesional	58	42	12

Los pacientes con escolaridad de secundaria fueron el grupo que presentó un porcentaje ligeramente mayor de conducta parasuicida que los demás, así como los pacientes de nivel profesional con un 58%. Sin embargo consideramos que, al menos en nuestro grupo de pacientes, el nivel de escolaridad no destaca como factor de riesgo suicida.

¹ Control de enfermos de Atlanta, Georgia, (1993) Citado en periódico *El Norte*, 19 de junio de 1993.

CUADRO 42
TIPO DE OCUPACIÓN Y CONDUCTA PARASUICIDA

OCUPACIÓN	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Hogar	53	47	27
Act. remunerada	57	43	42
Desempleado	57	43	7
Otros	62.5	37.5	16

Observamos en el cuadro que el porcentaje que sobresale es el que conforma el grupo otros y en éste, se encuentran incluidas las ocupaciones de los pacientes pensionados, subempleados y estudiantes.

Los resultados acerca de la ocupación en los diferentes reportes consultados, muestran una diversidad; probablemente esto tenga que ver con los diferentes tipos de muestras utilizados en los estudios, lo cual dificulta una comparación. Sin embargo un dato en común entre los autores es que las personas sin empleo corren más riesgo de suicidio que las personas que poseen un trabajo.

CUADRO 43
RELIGIÓN Y CONDUCTA PARASUICIDA (%)

RELIGIÓN	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Católica	53	47	70
Otras	71	29	7
Ninguna	83	17	6

A primera vista pareciera ser que los pacientes que no son de religión católica intentan suicidarse más, sin embargo, tales resultados deben ser tomados en forma conservadora, porque la diferencia en las frecuencias es alta, lo que limita una comparación.

CUADRO 44
PARTICIPACIÓN RELIGIOSA E INTENTO DE SUICIDIO

GRADO	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Ninguna	76	24	21
Menos que Promedio	50		36
Promedio	52	48	23
Más que el promedio	33	67	3

En base a los resultados del cuadro 44 parece ser que en nuestro grupo, a menor participación religiosa mayor riesgo de suicidio, lo cual nos hace suponer que los valores religiosos constituyen un freno o bien que la creencia religiosa es un factor de refugio ante las dificultades y crisis de la vida. Al respecto Jacobs (1967) concluye en base a su estudio fenomenológico de notas suicidas que " las convicciones religiosas no parecen ser en última instancia una restricción para el individuo respecto del suicidio, dado que se tiende a interpretar los dogmas religiosos según las necesidades propias".

4.2.2. Características sociodemográficas familiares.

De la información sociodemográfica familiar de los pacientes entrevistados sólo compararemos lo referente a tamaño y composición; no incluimos el nivel socioeconómico al resultar que el 90% de la población son de nivel bajo y/o medio bajo y por lo tanto, al menos en esta variable, hay poco que comparar.

CUADRO 45
TAMAÑO DE LA FAMILIA E INTENTO DE SUICIDIO (%)

TAMAÑO FAMILIA	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Pequeño	51	49	35
Medio	62	38	34
Grande	54	46	13

Según los resultados del cuadro 45, el tamaño de la familia está poco relacionada con la conducta parasuicida. La diferencia en el porcentaje del tamaño de la familia de los que intentan suicidarse y los que no, es poco significativa.

CUADRO 46
COMPOSICIÓN FAMILIAR E INTENTO DE SUICIDIO (%)

Composición Familiar	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Compuesta	54	46	26
Nuclear	51	49	45
Monoparental	82	18	11

Las familias de un sólo padre, resultaron ser las de mayor riesgo suicida con un 82%, entre la familia nuclear y compuesta la diferencia es mínima. Es importante recordar que en las familias monoparentales de nuestro grupo de pacientes, el jefe de familia es una mujer y en la mitad de ellas la paciente identificada es quien tiene ese rol.

4.2.3. Características Sociomédicas

De nuestros pacientes, los diagnosticados con depresión neurótica, resultaron ser los del índice más alto (de intento de suicidio) y en segundo lugar los diagnosticados con depresión mayor.

CUADRO 47
RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO MÉDICO Y CONDUCTA PARASUICIDA

Diagnóstico Médico	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Depresión Mayor	60	40	20
Depresión Neurót.	63	37	38
Otros Diagnósticos asoc. a depresión	46	54	11
Psicosis Man. Dep.	54	46	13

CUADRO 48
ANTECEDENCIA DE INTERNAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

Se ha Internado Hosp. Psiquiátrico	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	60	40	68
No	36	64	14

El 60% de los pacientes que han ameritado internamiento, han intentado suicidarse y el 36% de los que no han sido hospitalizados también han intentado suicidarse. Aún cuando estos resultados reflejan en parte lo esperado (proporción más alta de pacientes con conducta suicida que han sido hospitalizados), creemos que el por-

centaje de los que se han intentado matar y no tienen el antecedente de internamiento es alta, si consideramos que uno de los criterios básicos para justificar un ingreso a una institución psiquiátrica es el riesgo y/o la actuación suicida. Probablemente estos pacientes que no se han internado son los detectados por nuestro estudio respecto a que cuando se inició el padecimiento no solicitaron atención.

De los pacientes que han intentado suicidarse y sí han sido hospitalizados, el número de internamientos psiquiátricos se observa en el siguiente cuadro:

CUADRO 49
NÚMERO DE INTERNAMIENTOS Y CONDUCTA PARASUICIDA

No. DE INTERNAMIENTOS	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
Uno	65	35	37
Dos	60	40	10
Tres a siete	50	50	14

Como era de esperarse, los porcentajes más altos se encuentran en los pacientes que se han hospitalizado una o dos veces y que han intentado suicidarse.

CUADRO 50
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO E INTENTO DE SUICIDIO

Ha tomado medicamento	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
SI	55	45	75
NO	67	33	6

En el cuadro observamos cómo la mayoría de los pacientes entrevistados ha tomado tratamiento farmacológico, independientemente de si han intentado o no suicidarse.

CUADRO 51
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

Actualmente toma medicamento	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SI	NO	N
SI	62	39	60
NO	39	62	21

Más de la mitad de los pacientes que actualmente no toman medicamento no tienen el antecedente de intento de suicidio, y es muy probable que los pacientes comprendidos en el grupo de los que actualmente no toman tratamiento se encuentren en el programa de hospitalización parcial, como ya lo habíamos mencionado.

CUADRO 52
ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEÚTICO

Ha recibido psicoterapia	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	54.5	45.5	55
No	64	36	22

Como se aprecia en el cuadro, poco más de la mitad de los pacientes que contestaron a esta pregunta han recibido psicoterapia; sin embargo llama la atención que el 64% de los pacientes que no han recibido psicoterapia han presentado conducta parasuicida. Si bien esta es una condición para recibir este tipo de tratamiento y en la institución existen los recursos (humanos y técnicos) necesarios para proporcionar este servicio, resultaría interesante el profundizar el estudio en esta área para delimitar las causas de esta situación, si se encuentran en los usuarios o en la institución.

De los pacientes que sí han recibido psicoterapia, en el siguiente cuadro observamos la distribución por tipos de terapia:

CUADRO 53
TIPO DE PSICOTERAPIA Y CONDUCTA PARASUICIDA

	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Individual	70	30	27
Grupal	28	72	25
Pareja	33	67	3

Es evidente como el tratamiento más empleado para los pacientes que han intentado suicidarse es el individual. Además, consideramos pertinente el señalar que los aspectos que también resaltan en el cuadro son: primero el que no aparezca la terapia familiar y en segundo lugar, que sólo a tres casos se les proporcionó tratamiento de pareja, cuando ambos factores, el familiar y el conyugal, son de los estresores psicosociales más frecuentes en nuestra población (Cuadros 29 y 35).

CUADRO 54
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS EMOCIONALES

Antecedentes Familiares	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	59	41	51
No	53	47	32

El 59% de los pacientes con antecedentes de problemas emocionales en la familia han intentado suicidarse, sin embargo es poca la diferencia con la del porcentaje (53%) de los pacientes sin este tipo de antecedentes que también han intentado suicidarse.

CUADRO 55
ANTECEDENTES FAMILIARES DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Anteced. Familiares	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	50	50	32
No	58	42	45
No sabe	80	20	5

La mitad de los pacientes que cuentan con antecedentes de un familiar con tratamiento psiquiátrico ha intentado suicidarse. Sin embargo, es mayor el porcentaje de los que no tienen ese antecedente y también lo han intentado.

Comparando los dos cuadros anteriores, detectamos cómo disminuye el porcentaje de los antecedentes de tratamiento en relación con los antecedentes positivos de padecimientos en familiares del paciente, lo que nos hace suponer que si bien ahora

el paciente identifica esos problemas, probablemente algunos de ellos no recibieron ayuda profesional.

CUADRO 56
ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTENTO SUICIDA

Anteced. Familiar	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	50	50	20
No	60	40	57
No sabe	40	60	5

El cuadro 56 nos muestra que el antecedente de un suicidio o de un intento de suicidio de algún familiar sí es frecuente entre los paciente deprimidos; sin embargo no destaca como factor de riesgo de presentar conducta parasuicida, al ser el mismo porcentaje de los que cuentan con el antecedente y no han presentado esta conducta e incluso más de la mitad de los que no cuentan con ese antecedente también han intentado suicidarse.

Sobre este aspecto se encontró en el estudio de antecedentes familiares de actos suicidas en una muestra de mujeres hospitalizadas de la Unidad de Suicidología de Barcelona por presentar tentativa o ideación suicida, el 36.7% tenían antecedentes de actos suicidas familiares: el 16.4% de suicidios consumados y el 20.3% de tentativa de suicidio; y el autor comenta que sus resultados coincidieron con el estudio de Murphy y Wetzel (1982)² con 127 pacientes hospitalizados por tentativas de suicidio, obtuvieron que un 14% de esta muestra constataba el antecedente de un suicidio de un familiar, y en un 24% el de tentativa de suicidio y en un 6% el de amenaza de suicidio.

En el estudio de Rojas (1978)³ sobre 213 pacientes, recogió que un 31% tenían antecedentes de intentos de suicidio en la familia. De éstos, en un 2.3% de los casos se habían suicidado los padres y en un 15.9% otros parientes (primos, tíos, etc).

En nuestro estudio, al igual que en el mencionado al inicio del análisis de esta variable, se desprende que no existen diferencias significativas entre los pacientes que tenían antecedentes familiares de conductas suicidas versus los que no presentaban este antecedente, y que por lo tanto, al menos en nuestros pacientes, la idea

² Murphy, G. y R. Wetzel, (1982) "Family history of suicidal behavior among suicidal attempters", en: *Journal of Nervous Mental Disease*, 170: 86-90. Citado por Sarró, B. 1993

³ Rojas, E., (1978) *Estudios sobre el suicidio*, Barcelona, Salvat. Citado por Sarró, B. 1993.

de que una historia familiar de suicidio positiva ayude a la identificación de mayor riesgo suicida no se objetiviza.

4.3. Estresor psicosocial.

4.3.1. Estresor psicosocial crónico

Como lo esperábamos (véase cuadro 57) fue más alta la frecuencia de conducta parasuicida en los pacientes que contestaron afirmativamente haber estado bajo un estresor psicosocial crónico, que entre los que no lo estuvieron. Sin embargo la diferencia entre ambos no es muy significativa, por lo que consideramos que el haber cursado un período de la vida bajo una condición estresante sí influye en la actuación suicida, pero no es un factor determinante.

CUADRO 57
ESTRESOR PSICOSOCIAL CRÓNICO Y CONDUCTA PARASUICIDA

Estrés Crónico	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	62	38	58
No	44	56	25

El área de estresor psicosocial crónico que mayormente genera conducta parasuicida es la que se refiere a los problemas familiares (Cuadro 58) con un 65%. Sobresale también el área conyugal con un 56%; sin embargo, en comparación con las otras áreas (relaciones interpersonales, económica y laboral) la diferencia no es muy significativa.

A respecto se encontró en un estudio de intentos de suicidio efectuados por adolescentes, que los factores de riesgo fueron entre otros: muerte de un familiar o problemas familiares en la familia. (Brent, T y cols., 1993).

CUADRO 58
SITUACIÓN ESTRESOR CRÓNICO E INTENTO DE SUICIDIO

ÁREA	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
conyugal	56	44	9
factores familiares	65.5	34.5	29
otras relaciones interpersonales	43	57	8
económico laboral	54.5	45.5	11

En el cuadro 59, observamos los resultados en lo referente a la intensidad del estresor psicosocial crónico sufrido por nuestros pacientes:

CUADRO 59
INTENSIDAD DE ESTRESOR PSICOSOCIAL

GRADOS	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Leve	---	100	6
Moderado	50	50	22
Grave	80	20	29

Observamos que a mayor intensidad de el estresor psicosocial crónico, mayor el riesgo de presentar conducta parasuicida, al resultar que el 80% de los pacientes con un estresor crónico grave han intentado a suicidarse.

CUADRO 60
ESTRESOR PSICOSOCIAL AGUDO E INTENTO DE SUICIDIO

Estresor Agudo	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Sí	56	44	66
No	59	41	17

Los resultados del cuadro anterior nos muestran que el estresor psicosocial agudo no es necesariamente un factor precipitante de conducta parasuicida, al ser mínimo el porcentaje entre los que contestaron haber sufrido un estresor de este tipo y los que no, en relación al intento de suicidio. De hecho el cuadro nos muestra que el 59% de los pacientes que contestaron que en los últimos seis meses no habían pasado por situaciones estresantes, intentaron matarse. Para concluir, la diferencia entre haber pasado o no un estresor psicosocial agudo no es significativo en nuestro grupo de pacientes, recordemos que el estresor psicosocial crónico tiene una mayor influencia al respecto.

CUADRO 61
SITUACIÓN ENTRE ESTRÉS AGUDO Y CONDUCTA PARASUICIDA

ÁREA	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Conyugal	65	35	23
Otras rel. Interper.	25	75	16
Laboral y económ.	67	33	6
Factores familiares	67	33	15

Como se aprecia en el cuadro 61, los problemas familiares y conyugales son las áreas de estrés psicosocial agudo más frecuentes y ambas, al igual que las áreas laboral y económica, tienen casi el mismo índice de intentos de suicidio; los pacientes con dificultades en diferentes relaciones interpersonales fuera de la familia resultaron tener menor riesgo suicida.

Todos los pacientes entrevistados mencionaron haber tenido dificultades graves en el pasado; en el cuadro 62 observamos que los pacientes que recordaron 3 eventos graves en su vida son los de mayor índice de conducta parasuicida (74%), resultando también alto el porcentaje (67%) entre los que mencionaron de 4 a 7 dificultades graves y presentaron esa conducta.

CUADRO 62
FRECUENCIA DE DIFICULTADES GRAVES EN EL PASADO Y RELACIÓN CON CONDUCTA PARASUICIDA

Número	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	SÍ	NO	N
Uno	54	46	28
Dos	39	61	18
Tres	74	26	19
4 a 7	67	33	12

La información del cuadro sólo es útil como referencia, porque se encuentra condicionada al estado emocional y a la memoria del paciente; en algunos de ellos era muy reciente el último problema y sólo se limitaron a mencionarlo.

Para De las Heras (1989), es un hecho que los acontecimientos vitales son un factor que interviene en la conducta suicida. Este autor apoya su afirmación en lo encontrado por Murphy (1967)⁴ y por Pakel y cols (1971). En el estudio de Murphy se revisaron los antecedentes de los sujetos que se habían suicidado y se encontraron importantes rupturas afectivas durante el año anterior al suceso, especialmente durante sus últimas 6 semanas de vida.

Pakel y cols. (1971) encontraron cuatro veces más acontecimientos vitales en los sujetos que habían intentado suicidarse, que en la población general, y 50% más en los depresivos durante los 6 meses anteriores al suicidio.

CUADRO 63
TIPO DE DIFICULTADES GRAVES E INTENTO DE SUICIDIO

DIFICULTADES	HA INTENTADO SUICIDARSE		
	Sí	No	N
Prob. Conyugales	54.5	45.5	22
Fallecimientos	50	50	12
Abuso sexual	86	14	7
Prob. Familiares	65	35	20
Prob. Económicos	30	70	10
Otros	67	33	6

El cuadro 63 nos muestra que el abuso sexual resultó en nuestro grupo de pacientes el tipo de acontecimiento vital que tiene mayor riesgo de suicidio y recordemos que en en nuestro estudio en todos los casos se trata de mujeres.

Los problemas de tipo familiar y conyugal también sobresalen como factores de riesgo suicidio; estos resultados coinciden en que son las mujeres las que mencionaron estos tipos de dificultades graves y lo estresantes y es el sexo que presenta mas este tipo de conducta.

Al comparar a las mujeres que han intentado suicidarse, con otras que no lo han intentado ni lo han pensado, Birtchnell⁵ encontró que había una relación estadísticamente significativa entre la evaluación negativa del matrimonio y la conducta suicida. El haber experimentado pérdidas afectivas a temprana edad se reveló como

⁴ Murphy, Pakels y cols. (1982) "Social factors in suicide", en *JAMA*, 199:307-308 citado por De las Heras, J. (1989).

⁵Birtchell, G.L. (1981) " Some familiar and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients", en: *Britisha Journal of Psychiatry*, 138:381-390. Citado por Gómez A. y cols. (1991).

una razón por la que aumentó la frecuencia con la que intentaron suicidarse las personas que tenían más de tres hijos.

Linehan y cols. (1986)⁶ encontraron que casi todos los sujetos que habían intentado suicidarse, habían informado que tenían problemas en sus relaciones interpersonales.

Se ha encontrado una diferencia significativa en la frecuencia con la que la crisis se precipita por problemas conyugales y familiares, entre los que acuden a consulta por haber intentado suicidarse y los que acuden por otras razones psiquiátricas urgentes.

4.4. Características del Intento de Suicidio.

Consideramos oportuno, antes de iniciar con la descripción de algunas características de los intentos de suicidio, efectuados por los pacientes que comprenden nuestro estudio, revisar de una manera general la información relacionada con la población ingresada al H.R.E. No. 22 durante 1993, por haber presentado conducta parasuicida.

En este año, hubo 80 internamientos por intento de suicidio, los cuales fueron generados por 73 personas, ya que tres pacientes se internaron dos veces por el mismo motivo y una paciente se interno hasta en 5 ocasiones.

De estos 73 pacientes, 38 eran de sexo femenino, 35 de sexo masculino, 31.2 fue el promedio de edad.

Acerca de la forma de egreso hospitalario: 68 fueron altas por mejoría, 9 altas voluntarias, 3 altas administrativas, una porque el paciente ya no regreso de un permiso de fin de semana, y las otras dos porque a los pacientes se les traslado a otros hospitales al presentar complicaciones físicas, (en uno de los casos el paciente había ingerido pan con veneno, y en el otro, la paciente había tomado más de 70 tabletas).

Respecto a los métodos empleados, se presentaron toda una gama de éstos, desde métodos violentos, no violentos y mixtos. El más frecuente fue la ingesta de medicamentos.

Durante 1993 tuvimos conocimiento de dos fallecimientos por suicidio de pacientes que habían sido atendidos en la institución, uno de ellos fue en el domicilio del paciente, aproximadamente a las tres semanas de haber egresado de hospitalización y estaba acudiendo con regularidad a su control médico externo, y el otro en el

⁶Linehan, M.M. y cols. (1986) "Presenting problems of parasuicides vs. suicide ideators and nonsuicidal psychiatric patients", en: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54:880-881. Citado por Gómez A. y cols. (1992).

Hospital Psiquiátrico de la S.S.A., donde se subrogaba su atención; ambos pacientes utilizaron método violento (ahorcamiento).

Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron: trastornos depresivos (30 casos) trastornos de personalidad (17 casos) otros diagnósticos, (alcoholismo, esquizofrenia) 26 casos.

De la panorámica anterior concluimos que la realidad de nuestros pacientes psiquiátricos que presentan conducta parasuicida es muy parecida a la reportada por diversos autores en lo que se refiere a: frecuencia en sexo femenino, edad, diagnósticos y la necesidad de una vigilancia más intensiva en la fase de recuperación del paciente. (6 meses posteriores a su egreso hospitalario, donde aparentemente se da una mejoría.)

Los datos que a continuación se describen corresponden a las características del intento de suicidio efectuado por nuestros pacientes. En el caso de los que han efectuado varios intentos, la información se refiere al último intento.

Como ya lo habíamos mencionado de 83 pacientes entrevistados, 47 habían intentado suicidarse:

CUADRO 64
¿HA INTENTADO SUICIDARSE?

	N	%
Sí	47	57
No	36	36

Sin embargo, es importante mencionar que de los 36 que no lo intentaron, 3 pacientes tuvieron gestos suicidas serios, y el 58 % presentó ideación suicida.

CUADRO 65
¿HA PENSADO INTENTO SUICIDA?

	N	%
Sí	21	58
No	15	43

Algunos autores han considerado que la ideación es un importante indicador de riesgo autolítico (Motto, Heibrán y Juster, 1985)⁷ y que se encuentra asociada con la

⁷ Motto, J.A. y cols. (1985) "Development of a clinical instrument to estimate suicide risk", en: *A.M.J. Psychiatry*, 142: 680-685. Citado por Gómez A. y cols. 1992.

depresividad particularmente a la desesperanza (Beck, Kovacs y Weissman, 1979).⁸

Es importante señalar que se ha encontrado que la ideación suicida es más frecuente en quienes ya han intentado suicidarse y se asocia a severidad y repetición (Barrera y cols. 1991; Robins y Aleisi, 1985)⁹. El artículo donde se citan estos autores reporta el estudio efectuado en una muestra de 103 estudiantes de 5o. año de medicina de la Universidad de Chile acerca de la intensidad de la ideación suicida, y encontró que el 55.1% presentó ideación suicida de diversa intensidad alguna vez en su vida y 28.6% durante el año anterior al estudio. Otros cinco sujetos habían cometido intentos de suicidio durante su vida. Los ideadores presentaron dos veces más estrés vital. La severidad de la ideación suicida, además, se asoció a mayores niveles de depresividad y desesperanza (Gómez, Nuñez, Lolas, 1992). Para estos autores la ideación suicida debe ser considerada un importante indicador, no sólo de riesgo suicida, sino también de patología mental oculta.

En nuestro estudio no indagamos la ideación suicida entre los que ya habían intentado suicidarse, basándonos en la secuencia lógica pensamiento - acción

Los pacientes que reportaron ideación suicida mencionaron como principales motivos para no intentar hacerse daño, el 48% pensar en sus hijos, el 29% el miedo.

Resultó ser alta la reincidencia de conducta parasuicida entre nuestros pacientes ya que el 78% de los que intentaron suicidarse ya lo habían intentado previamente, el 61.4 % había efectuado un intento anterior y el 17% más de dos intentos:

CUADRO 66
REINCIDENCIA DE CONDUCTA PARASUICIDA

No. de intentos	N	%
Uno	18	22
Dos	51	61
Tres	14	17

Por lo que en base a lo encontrado en la literatura revisada consideramos que este es un sólido factor de riesgo suicida entre nuestros pacientes.

Para Hyman (1990) una historia de amenazas e intentos de suicidio es un factor de riesgo con un peso aún mayor que el diagnóstico psiquiátrico; los pacientes con anterior historia de intentos de suicidio tienen un riesgo de nuevo intento de cinco a

⁸ Beck, R.W. y cols. (1974) "Cross validation of suicidal intent scale", en: *Psychological reports*, 34:445-446. Citado por Gómez A. y cols. 1991.

⁹ Robins, D.R. y N.A. Aleisi (1985) " Depressive symptoms and suicide behavior in adolescents", en: *American Journal of Psychiatry*, 142: 588-592. Citado por Hyman, 1990.

seis veces superior. Este autor menciona que entre la cuarta parte y la mitad de las víctimas de suicidio consumado han realizado intento previo.

El riesgo del 2o. intento es mayor dentro de los tres primeros meses después del primero; pero incluso después de un tiempo el riesgo es ligeramente mayor. Incluso los pacientes que realizan intentos crónicos y manipuladores, a menudo consuman el suicidio, por lo que es recomendable el internamiento, aún cuando sea breve. Para Fawcet (1991), de aquellos que han tenido un intento de suicidio, uno de cada 10 se consumará cada año.

La mayoría de nuestros pacientes había intentado suicidarse recientemente; cerca de la mitad durante el lapso del año anterior, y de ellos, 18 durante el lapso del mes inmediato anterior. No descartamos que en éstos resultados influyera el mecanismo de selección de la muestra, porque consideramos a los pacientes ingresados recientemente por intento suicida.

Respecto a las razones que expusieron los pacientes por las cuales habían intentado hacerse daño fueron las siguientes:

CUADRO 67
MOTIVOS DE INTENTO DE SUICIDIO

Motivos	N	%
Problemas conyugales	12	26
Problemas familiares	4	9
Por mis pensamientos	16	35
Otras razones	14	30

Nuevamente destacan los problemas en el subsistema conyugal y en el sistema familiar como generadores de riesgo suicida, las respuestas de el grupo "por mis pensamientos" se refieren principalmente a aquellas donde el paciente describía una serie de ideas de minusvalía, desinterés por la vida y preferir estar muerto, es decir síntomas propios de la enfermedad, más que la identificación de problemática en su entorno, en el renglón de otras razones se agrupan diversas respuestas, ejemplo de algunas de ellas son: dificultades interpersonales, laborales, escolares, económicas, que por su número no resultaron ser significativas.

En el estudio de Saltijeral (1987) se reportan las causas de la tentativa suicida y del suicidio consumado. Al analizar los porcentajes se desconoce la mayoría de las causas, tanto de suicidio consumado, como en intentos de suicidio (42.9%); y entre las causas registradas sobresalen las dificultades familiares (13.2%), los problemas graves de salud (8.1%) y la intoxicación por drogas y alcohol, también tiene un porcentaje elevado.

Según Miller (1984)¹⁰ los hombres se han hecho suicidas por pérdida de trabajo, de ingresos, de poder y de prestigio, mientras que las mujeres se han vuelto suicidas por pérdidas de relaciones afectivas.

En el estudio comparativo de Shneidman y Farberow (1969) entre las personas que intentaron suicidarse y las personas que se suicidaron en 1957, en el municipio de los Ángeles U.S.A., entre los intentos de suicidio la mala salud no ocupó un lugar predominante (excepto entre los varones), sino que las causas más frecuentes fueron las dificultades matrimoniales y la depresión, en ambos sexos, y las dificultades económicas y el desempleo entre los hombres.

Estos resultados confirman la trascendencia del rol social de las personas; mientras los hombres se estresan con más frecuencia por las dificultades para cubrir su rol instrumental, las mujeres son más sensibles a las dificultades de la esfera afectiva.

Por otra parte, en lo que se refiere a la solicitud de ayuda antes del intento, el 77% de nuestros pacientes contestaron no haber solicitado ayuda, y el 23% que sí la solicitó; la mayoría recurrió a un profesionalista. Y respecto a la respuesta de esta solicitud, solamente en tres casos los pacientes contestaron no haberse sentido apoyados de ninguna manera (Véase Cuadro 68).

CUADRO 68
BUSCO AYUDA ANTES DEL INTENTO

AYUDA	N	%
Sí	11	23
No	36	77

Nuestros resultados difirieron de lo encontrado por varios autores:

En el estudio de Rosen (1981) el 80% de todos los suicidios consumados daban avisos verbales o de comportamiento de que estaban contemplando la idea del suicidio; el 70% había visitado a su médico tres a seis meses antes del suicidio y entre el 7 al 15% vio al médico en la semana anterior al suicidio.

Por su parte McCure (1970) menciona que más de un 50% de los sujetos en quienes fue diagnosticada una depresión habían consultado a sus médicos cuando menos un mes antes de cometer el acto suicida.

¹⁰Miller, (1984) "An asnalysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States, en: *American Journal of Public Health*, 74 (4), 340-343. Citado por De las HerasJ. y cols. 1989.

Kaplan (1989) dice que en un estudio de un año del suicidio en una zona urbana el 73% de los sujetos suicidas diagnosticados con un previo trastorno afectivo en fase depresiva, visitaron a su médico en los 12 meses antes del suicidio.

En lo que se refiere a los métodos empleados por los pacientes, más de la mitad utilizaron métodos no violentos, y de éstos la mayoría recurrió a la ingesta de medicamentos, en casi todos los casos utilizaron fármacos que habían sido prescritos por su médico para el tratamiento de su afección psiquiátrica. Esta situación refuerza nuestra idea de la necesidad de la involucración de un familiar en el tratamiento, quien tenga como una de sus tareas principales el supervisar la toma de medicamento (Véase Cuadro 69).

CUADRO 69
MÉTODO EMPLEADO EN INTENTO SUICIDA

MÉTODO	N	%
Violento	15	34
No Violento	29	66

Nuestros resultados en esta variable coinciden con lo encontrado en un estudio en Barcelona (Sarró, 1993), en una muestra de intentos de suicidio graves. Entre los pacientes con trastornos afectivos, también se encontró predilección por métodos no violentos, especialmente la sobreingesta de fármacos, sin embargo su letalidad fue mayor.

Saltijeral y Terroba (1987) encontraron que en la República Mexicana los métodos más frecuentes para realizar e intentar suicidarse son: arma de fuego (34.1%) ahorcamiento (32.7), envenenamiento (14%); le siguen en orden decreciente el arma blanca (3.3%) la precipitación (1.8%), la sumersión (1.5%) y, en mínimo porcentaje, las quemaduras (0.6%) y las laceraciones (0.5%), existiendo marcadas diferencias cuando se analizó esta variable en relación con el sexo. Las diferencias radicarón en que los hombres recurren más al ahorcamiento (29.6%) y al arma de fuego (28.7%), mientras que las mujeres eligen con mayor frecuencia el envenenamiento (7.9%). Sin embargo en la tentativa suicida los métodos más utilizados por los hombres son el arma blanca (0.9%), el envenenamiento (0.8%) y el arma de fuego (0.6%). En las mujeres sigue siendo el envenenamiento el medio al que más frecuentemente recurren.

En U.S.A. las armas de fuego son los medios más comunes, preferentemente entre los hombres; las mujeres utilizan con más frecuencia los barbitúricos. En otras partes del mundo, los métodos varían de acuerdo con el país: en Inglaterra, se utiliza el gas carbónico, en Australia el gas y la horca, en los países escandinavos, medicamentos y veneno (Davison, 1990). En Cuba, en la década de los '70 el fuego (Barrios, 1988).

En el estudio de Tapia (1990), en el Estado de Tabasco, sobre suicidio en el período de 1979 a 1988, los hombres utilizaron más el ahorcamiento y las mujeres el envenenamiento.

De todo lo anterior concluimos que uno de los métodos más recurridos es la sobredosis de fármacos por lo que en JAMA (Kayur Mieczkowski) (1992) efectuaron un trabajo sobre los antidepresivos que conllevan un mayor riesgo de envenenamiento, al ellos considerar que el suicidio por esos medicamentos es un problema de salud pública.

Al preguntar a los pacientes como fue que se salvaron (Cuadro 70), tres cuartas partes contestaron que fueron auxiliadas o encontradas por un familiar y una cuarta parte por un amigo, vecino o compañero de trabajo quien los ayudó y llevó a que recibieran atención médica.

CUADRO 70
FORMA COMO SE SALVÓ

	N	%
Fam. encontró o evitó	31	74
amigo vecino o comp. trabajo	11	26

Farberow y Shneidman (1957), (a ellos la información se la proporcionaron los médicos) encontraron en los Ángeles que el 62% de los hombres y el 64% de la mujeres fueron encontradas por alguien, generalmente el cónyuge y 24% que intentaron suicidarse solicitaron ellos mismos la ayuda.

Como ya lo mencionamos, el grado de letalidad lo obtuvimos basándonos en el tipo de atención médica que recibieron los pacientes posterior al intento, y de esta manera los resultados fueron los siguientes:

CUADRO 71
GRADO DE LETALIDAD EN EL INTENTO DE SUICIDIO

	N	%
Leve	35	76
Grave	7	15
Muy grave	4	9

En más de las tres cuartas partes de los métodos empleados por nuestros pacientes su letalidad fue leve. Como ya se mencionó, generalmente se trata de intoxicación

por fármacos, y en la mayoría de los casos la atención médica al sistema físico del paciente consiste en lavado gástrico en el área de urgencias.

En algunos estudios se han encontrado diferentes correlaciones entre la letalidad y la intención suicida. Sin embargo la relación entre ambos aumenta si el sujeto tiene un concepto preciso del riesgo vital involucrado. Los individuos que han ingerido un mayor número de tabletas o cápsulas y los que han empleado métodos más violentos, demuestran haber tenido intenciones más firmes de suicidarse, así como parece ser que los que lo intentan repetidamente están más decididos a hacerlo, que los que lo intentan por primera vez (Beck, 1975).

Según el estudio de Farberow y Shneidman (1957) los médicos informaron que el 36% juzgó que realmente quería morir, mientras que el 23% dejaba a la suerte la posibilidad de sobrevivir; sólo el 25% de los varones de esta lista juzgó que en realidad esperaba ser salvado. Entre las mujeres, los médicos pensaron que sólo el 27 % pensaba en verdad morir; el 19% dejaba su sobrevivida a la suerte y el 40% esperaba definitivamente alguna salvación. Esto señala la gravedad del intento de suicidio y también el papel importante de hacer algo para salvar estas vidas. Creemos necesario hacer notar que cuando esos estudios se llevaron a cabo, aún no se habían desarrollado escalas de medición de la letalidad.

Posteriormente Rosen (1976), empleó escalas para medir la letalidad y encontró después de 5 años de seguimiento que los sujetos que finalmente se suicidaron habían obtenido porcentajes más altos en la prueba de intención de suicidarse en las tentativas anteriores, y esta diferencia fue significativa cuando se considera la tentativa anterior. Dice Rosen que los que ya han intentado suicidarse seriamente tienen un riesgo de lograr su cometido dos veces mayor que los otros. Estos hallazgos reafirman empíricamente la creencia de Tuckman y Youngman¹¹ de que el empleo de los métodos violentos en la tentativa de suicidio tiene un valor predictivo de que lograrán suicidarse en el futuro.

¹¹Tuckman, J. y Youngman, W.F. (1974) " A scale for assessing suicide risk on groups of attempted suicides", en: Journal of Clinical Psychiatry, 30: 737-746. Citado por Gómez A. y cols. 1991.

5. QUINTA PARTE. CONCLUSIONES.

En primer lugar queremos recordar que nuestro estudio es de carácter exploratorio y que en sus resultados influyeron dos aspectos:

- A) La delimitación a población derechohabiente del IMSS.
- B) El procedimiento de selección de la muestra.

Tomando en cuenta las anteriores limitaciones, podemos considerar los siguientes resultados:

1) En lo referente a las características sociodemográficas de los pacientes entrevistados, estas resultaron ser similares a las tendencias encontradas en los diversos estudios revisados:

-Mayor morbilidad de los trastornos depresivos en mujeres. Kendall (1970)¹ dice que "la mayor propensión de la mujer a la depresión es uno de los pocos hechos que está incuestionablemente establecido". sin embargo la diferencia encontrada en nuestra investigación no fue tan marcada como la encontrada en otros estudios, ya que en la mayoría de ellos la proporción reportada es de 3 mujeres por 1 hombre y en nuestro estudio fue de 3 mujeres por 2 hombres.

-Población joven mas propensa a los trastornos depresivos. El 82% de los pacientes eran menores de 45 años de edad, es decir personas que se encuentran en una de las etapas mas productivas del ser humano, donde socialmente se espera de ellos su autonomía psicológica y económica y culturalmente su desempeño como padres, de hecho el 51% mantenía una ocupación remunerada y sólo el 8% se encontraba desempleado.

-Menos de la tercera parte se encontraban solteros, el 71% tenían o habían tenido

¹ Kendall, (1970) "Relationship between aggression and depression". en: *Arch. Gen. Psychiat.*, 22: 308, citado por Ayuso, 1981.

una relación de pareja. Esto parece confirmar la existencia de mayor riesgo depresivo entre las personas casadas, estado civil que conlleva una serie de responsabilidades.

-En lo referente a escolaridad, todos los pacientes entrevistados recibieron algún grado de educación formal y la mayor proporción contaba con estudios de nivel medio, el 39% es decir estudios técnicos o preparatoria, lo cual nos confirma que el contar con cierto grado de preparación académica no garantiza disminución en las posibilidades de enfermar.

2) No se detectó relación importante entre el cursar con un padecimiento depresivo y cambios en la afiliación religiosa. De 94% de pacientes que contestaron haber nacido bajo la religión católica, el 85% al momento de la entrevista profesaba esa religión. Con lo que confirmamos que en lo que respecta a la esfera religiosa de los pacientes existe cierta estabilidad.

3) Los tipos de familia de nuestros pacientes en lo que se refiere a tipo y composición, coincide con lo encontrado en estudios efectuados en el área metropolitana de Monterrey, esto es familias de 6 o menos de 6 miembros (84%) y de tipo nuclear (55%). Destacando la asociación entre las familias de tipo monoparental (13%) y la conducta parasuicida.

4) Características sociomédicas:

-Los diagnósticos más frecuentes en nuestra población fueron la depresión neurótica y la depresión mayor, es conveniente recordar que tal como lo menciona Fábrega (1981) el estudiar a poblaciones consultantes de instituciones intervienen factores como los estilos diagnósticos y la formación de los médicos, de hecho una de nuestras dificultades en la determinación de la muestra fue la diversidad de diagnósticos registrados en los expedientes de los pacientes, por lo que consideramos básica la participación directa de los médicos psiquiatras en la delimitación de la muestra cuando el enfoque del estudio esté basado en consideraciones diagnósticas como en el presente.

-Encontramos que el 63% de los pacientes contestaron haber iniciado su padecimiento antes de los 30 años de edad, y que el 54% buscó ayuda cuando se sintió mal, recurriendo principalmente a profesionistas o a familiares.

-El tiempo de evolución fue una de las variables donde más se reflejó el procedimiento de selección de la muestra, al resultar que el 47% de los entrevistados tenían entre 0 y 6 meses de evolución, sin embargo aún así consideramos significativo que el 26% de los pacientes hayan tenido un lapso de evolución de entre 6 y 36 años, lo cual puede ser un indicador del grado de cronicidad que conllevan éstos padecimientos.

-Respecto a la información que tiene los pacientes acerca de lo que es la depresión, el 35% asocia el origen de la enfermedad a los problemas de la vida, la cuarta parte contestó no saber nada, los demás describieron síntomas.

De los que si cuentan con información solo el 34% mencionó haberla obtenido a través de un profesional, consideramos que este es uno de los aspectos donde es básica la intervención de Trabajo Social con el paciente y su familia para aclarar sus dudas, inquietudes y temores y de esa manera contrarrestar en parte los prejuicios y mitos que existen alrededor de los padecimientos mentales, (en este caso los trastornos depresivos) y los diversos tratamientos.

-En lo referente a tratamientos recibidos, casi todos los pacientes (93%) habían estado bajo tratamiento farmacológico. El 74% del total para la fecha de la entrevista aún tomaban medicamento. Por otro lado el 69% refirió haber recibido psicoterapia y, de éstos, los tipos de psicoterapia predominante fueron la individual y la grupal, sólo en 3 casos contestaron haber recibido terapia de pareja y la de familia no fue mencionada. Definitivamente estos resultados nos indican que es necesario el efectuar un estudio más profundo en este aspecto, porque si por un lado observamos que la mayor parte de los tipos de estresores psicosociales crónicos y agudos encontrados son a nivel conyugal y familiar y por otro lado en la institución se cuenta con los recursos humanos y técnicos necesarios para proporcionar atención, desconocemos porque se proporciona tan poca atención de psicoterapia a nivel conyugal y familiar.

-Aún cuando los resultados nos indican que deberían ser más los pacientes atendidos en psicoterapia, los que han sido beneficiados por este tipo de tratamiento valoran positivamente su ayuda, porque al preguntar sobre la efectividad de los tratamientos recibidos resultó que para el 31% de los pacientes el medicamento es el tratamiento mas efectivo y para el 28% la terapia mientras que el 18 % consideró a ambos. En este aspecto es importante destacar que en el grupo de las respuestas que mencionaron como mas efectivos otros tratamientos (16%) sobresalen el ambiente hospitalario y las actividades de laborterapia por su frecuencia.

-Una de las creencias que a nivel subjetivo manteníamos y que los resultados de el estudio aclararon, es la referente a la asistencia de nuestros pacientes a tratamientos no profesionales e incluso de tipo mágico y/o religioso. Considerábamos que casi todos los pacientes en algún momento de su tratamiento, buscaban y acudían con personas que los ayudaran de esa manera, sin embargo resultó que menos de la mitad de nuestros pacientes contestaron que acudieron a otros tipos de tratamientos como: curanderos, hierberos (14%) y a grupos naturistas, metafísicos (12%).

5) Estresor Psicosocial

El 70% de los pacientes han estado bajo estresores psicosociales de tipo crónico, siendo las mujeres quienes tienen la frecuencia más alta de este (78%). Resultando

que los factores familiares son los mayores generadores de estrés crónico.

Respecto a la intensidad también las mujeres son quienes han estado bajo estresores más graves, el 63% de ellas por solo el 19% de los hombres, lo anterior también fue similar en el caso de los estresores psicosociales de tipo agudo, los factores familiares y conyugales fueron los más frecuentes (79.3%) y el sexo más afectado por ellos y de mayor intensidad fue el femenino, (63%).

En lo referente a acontecimientos vitales, a excepción del 7%, los demás pacientes confirmaron haber tenido graves dificultades en el pasado y acerca de el tipo de estas por orden de frecuencia, las más mencionadas fueron: los problemas conyugales, los problemas de salud, fallecimientos, problemas económicos, problemas familiares y el antecedente de haber sido víctima de abuso sexual, en este último en todos los casos se trató de mujeres.

Lo que sobresalió en este apartado es que tanto los hombres como las mujeres contestaron que los problemas conyugales es uno de los tipos de dificultades graves más frecuente, el haber sufrido la pérdida por fallecimiento de un familiar o una persona importante para el paciente, fue otro de los tipos de acontecimiento grave en que se vieron afectados igual número de hombres y de mujeres.

Los siguientes resultados muestran la trascendencia del rol social en base al género, ya que los hombres consideraron como dificultades más graves las de tipo económico, (21% sexo masculino, 2% sexo femenino) mientras que las mujeres mencionaron que los problemas de tipo familiar, (31% mujeres, 18% hombres).

6) En nuestro grupo de pacientes, en base a la comparación entre los que intentaron suicidarse y los que no lo intentaron, podemos considerar los siguientes factores de riesgo suicida.

-Sexo: Las mujeres intentan suicidarse más que los hombres, el 59% de las mujeres entrevistadas habían intentado suicidarse, y de los hombres el 53%.

-Edad. Índice más alto de intento de suicidio en el grupo comprendido entre los 21 y 35 años de edad, (69%), seguido por el grupo de pacientes de 15 a 20 años con un 62.5%.

-Estado Civil. Casado(a). Resultó ligeramente mayor la proporción de las personas casadas que han intentado suicidarse (56%) que el grupo de los solteros y el de los separados o divorciados.

-Religión. Fue bajo el porcentaje de pacientes que contestaron pertenecer a religiones y no a la católica (15%), sin embargo en este pequeño grupo resultó más alto el índice de conducta parasuicida.

En lo que respecta al grado de participación religiosa, las respuestas reflejaron que a menor participación religiosa mayor riesgo de suicidio, ya que de los que contestaron no tener ninguna participación religiosa, el 76% ha intentado suicidarse en comparación al 52% de los que dijeron tener una participación promedio.

-Pertener a familias de tipo monoparental constituye un factor, ya que el 82% de los pacientes que pertenecen a familias de este tipo, ha presentado conducta parasuicida, lo cual no destacó en los otros tipos de familia, la compuesta y la nuclear. En las familias monoparentales de nuestra muestra el jefe de familia es una mujer y en la mitad de ellas la paciente identificada es quien tiene ese rol.

-Diagnóstico Médico: Los diagnósticos que sobresalieron de mayor riesgo suicida fueron la depresión neurótica 63% y la depresión mayor (60%) en comparación a la psicosis maniaco depresiva y al grupo comprendido por otros diagnósticos asociados a depresión.

-Estar bajo estresor psicosocial de tipo crónico, principalmente por problemas familiares y de intensidad grave. Encontramos que contrario a lo que esperábamos, es decir que fuera mayor el porcentaje de pacientes que posterior a sufrir un estresor agudo intentaran suicidarse, en nuestros pacientes se manifestó la situación que presentaron más esta conducta quienes estuvieron bajo períodos mayores de 6 meses viviendo bajo situaciones estresantes, lo que es coherente con los comentarios de diversos autores en el sentido de que la conducta parasuicida en los deprimidos generalmente no es de tipo impulsivo.

De las situaciones estresantes las que destacaron definitivamente por su frecuencia fueron las dificultades en la esfera familiar, principalmente en el subsistema conyugal. Aspecto que se confirmó con las respuestas en los tipos de acontecimientos vitales y motivos de intento suicida.

-El haber sido víctima de abuso sexual. Aún cuando fueron pocos los casos (7) que mencionaron que una de las dificultades graves que enfrentaron en el pasado, fue el haber sido víctima de abuso sexual, destacó que el 86% de los pacientes que tenían ese antecedente, intentaron suicidarse y del resto que no lo han intentado lo han pensado.

-A mayor frecuencia de dificultades graves en el pasado mayor riesgo de suicidio, el 74% de los pacientes que mencionaron haber tenido 3 dificultades graves ha intentado suicidarse y también han presentado esa conducta el 67% de los que recordaron de 4 a 7. En esta información es esencial tener presente que los resultados pueden ser reflejo de los procesos cognitivos de los pacientes deprimidos, de como valoran las situaciones externas.

Las anteriores fueron las variables que en nuestro estudio destacaron como factores de riesgo suicida. En nuestra muestra, a diferencia de lo encontrado en otros estu-

dios, no figuraron la escolaridad, la ocupación, los antecedentes de problemas emocionales y de intento de suicidio en familiares, si bien este último si se encontró que es frecuente entre los pacientes deprimidos, no destacó como factor de riesgo suicida, ya que de los pacientes que intentaron suicidarse, el 50% si tenía ese antecedente y el otro 50% no.

Otro aspecto que consideramos importante mencionar es el alto porcentaje de pacientes con ideación suicida entre los que no han intentado suicidarse (58%), esto es que aún cuando una buena proporción nunca han intentado suicidarse, más de la mitad de ellos han tenido ideación suicida.

7) Las características de los intentos de suicidio efectuados por nuestros paciente son:

-Alta reincidencia de conducta parasuicida. Lo que incrementa el riesgo de que se llegue a consumir el suicidio, ya que se ha encontrado en diversos estudios, que una historia de amenazas e intentos de suicidio es un sólido factor de riesgo, para Hyman incluso aún mayor que el diagnóstico psiquiátrico.

-Aún cuando el 77% de los pacientes contestó que no solicitó ayuda antes de efectuar el intento, es claro que lo efectuaron en circunstancias en que era posible ser auxiliadas, ya que todos los pacientes fueron ayudados o encontrados por alguien, en el 74% de los casos por un familiar y en el 26% por un amigo, un vecino o un compañero de trabajo.

-La mayoría utilizó método no violento, principalmente ingesta de fármacos, y en casi la totalidad de éstos casos, emplearon los medicamentos prescritos para su tratamiento, lo que nos confirma la necesidad de definir un familiar responsable del paciente que supervise el control farmacológico.

-El hecho de que el grado de letalidad de el 76% de los métodos de intento de suicidio empleados por nuestros pacientes haya sido leve, no debe ser motivo de restar importancia al evento suicida.

Los anteriores resultados nos ofrecen una panorámica de algunos aspectos de la realidad de los pacientes deprimidos en nuestra institución y nos ofrecen una serie de pistas para ajustar los programas de intervención. Consideramos básico el lograr una mayor integración social y mejorar las relaciones familiares.

En el hospital ha sido notorio como se ha incrementado el número de ingresos de pacientes que han presentado conducta parasuicida, en 1986, (año en que inicia el funcionamiento del hospital), el porcentaje de ingresos por intento de suicidio en relación al total de internamientos fue de 1.6 y para 1993 este se incrementó al 7.1%. En la ciudad de México, por ejemplo, ya se ha comprobado el aumento de suicidios. En 1989 hubo 318; en 1990, 330; en 1991,342; 1992,351 y hasta 361

casos en 1993, por lo que en promedio cada día ocurre un suicidio en esa ciudad (García Rojas, 1994)².

Consideramos que en nuestro caso, el incremento de ingresos por intento de suicidio es debido a varios factores: Uno de ellos podría ser el ser mayor número de derechohabientes y/o de usuarios, pero de deberse a esto, la proporción no variaría; otro podría ser el reconocimiento por parte del personal clínico de la necesidad de dar atención psicológica a personas que han presentado esa conducta, y esto haya repercutido en el aumento de envíos de pacientes al hospital para tratamiento, por lo que es importante la capacitación del personal de las instituciones de servicio, sobre contenidos de higiene mental, para involucrarlos en tareas de prevención primaria de los trastornos mentales, al considerar que una medida básica en la prevención de intento de suicidio es el reconocimiento y tratamiento a tiempo de los padecimientos depresivos., por lo que nuestra hipótesis final es que definitivamente si ha habido incremento de la población que intenta suicidarse. situación que de comprobarse hace necesario la realización de estudios mas profundos para investigar sobre las posibles causas de este incremento.

²García Rojas, F. (1994) Director del Servicio Médico Forense del Distrito Federal, citado por Luis Carlos Rdz., "El suicidio, la puerta falsa", en *Periódico el Norte* 10 A, 25 de mayo de 1994.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association
(1987) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Ed. Masson.
- Ayuso, José Luis y Jerónimo Sainz
(1981) *Las Depresiones. Nuevas perspectivas Clínicas y Terapéuticas*, México, Ed. Interamericana.
- Ayuso, José Luis y Elena Ezquiaga
(1989) "Análisis de los acontecimientos vitales relacionados por los pacientes depresivos mediante la entrevista semiestructurada de Brown y Homes", en : *Salud Mental*, Vol. 12, No. 1, 28-33.
- Baca, Enrique
(1992) "Epidemiología Psiquiátrica" en: Ayuso y Carulla, *Manual de Psiquiatría* Interamericana McGraw-Hill.
- Barreira, Paul
(1990) "Depresión", en: Hyman, *Manual de Urgencias Psiquiátricas*, Ed. Salvat, 2a. Ed., 121-132.
- Barrios C., Marlene
(1988) "Estudio de casos ingresados por intento suicida en el servicio de intervención en crisis", en: *Temas de Trabajo Social*, Hospital Psiquiátrico de la Habana, Vol. X, No. 2, 74-84
- Beck, A.T.
(1970) "Suicidio", en: *Depresión*, Nueva York, Ed. Med. Com., Inc.
- Belsasso
(1970) "Suicidio", en: *Depresión*, Nueva York, Ed. Med. Com., Inc.
- Benedek, Therese
(1978) "La Estructura Emocional de la familia", en: Varios autores, *La familia*, Barcelona, Península, 149-176.
- Brent, T. y cols.
(1993) "Adolescent psychiatric in patients in risk of suicide attempt at 6-month follow-up" en: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32(1).

Calderón, Guillermo

(1987) "La depresión, un problema de Salud Pública en aumento", en: *Psiquiatría*, Vol. 3 No. 2, 99-105.

Coppen

(1970) "Suicidio", en: *Depresión*, Nueva York, Ed. Med. Com., Inc.

Davison, Gerald y John Neal

(1980) *Psicología de la Conducta Anormal. Enfoque Clínico Experimental*, México Ed. Limusa.

De la Fuente, R.

(1988) "Semblanza de la Salud Mental en México", en: *Salud Pública, Mex.* Vol. 30 No. 6, pp. 861-871.

(1990) "Consideraciones sobre los problemas Mentales y Conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo. El Caso México", en: *Salud Mental* V.13, No. 3.

(1992) *Psicología Médica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2ª Ed.

De las Heras, Javier y cols.

(1989) "La intervención o prevención secundaria del 'Suicidio'", en: *Salud Mental*, V.12, No.3, 6-13.

Fábrega, Horacio

(1981) Anthony y Elewyn James, *Depression and human existence* Edición por James Anthony y Thres Benedek, ed. Salvat.

Farberow, Norman L. y Edwin S. Shneidman

(1969) *Necesito Ayuda*, México, La Prensa Médica Mexicana.

Fawcet y Shaughnessy

(1991) "El paciente Suicida", en: Flaherty, Joseph A. y Cols. *Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento*, México, Ed. Médica Panamericana.

García, M. y A Tapia.

(1990) "Epidemiología del Suicidio en el Estado de Tabasco", en: *Salud Mental* V.13 No. 4 México, 29-34.

Gómez, Alejandro y cols.

(1991) "Las condicionantes psicosociales de la conducta suicida", en: *Salud Mental* V.14 No. 1 México, 25-31.

(1992) "Ideación Suicida¹ e intentos de Suicidio en estudiantes de Medicina", en: *Rev Psiquiatría*, Fac. Med. Barna. Vol. XVIII No. 6, 265-271.

González, Erika

(1988) "El suicidio, el buscado encuentro con la muerte", en: *Información Científica y Tecnológica*, V.30 México, 27-29.

Gutiérrez, T.P. y G. Solís

(1989) "El Suicidio en San Luis Potosí", en: *Salud Mental*, V.12, No. 4, México, 9-16.

Hyman, Steven

(1990) "El Paciente Suicida", en: *Manual de Urgencias Psiquiátricas*, Salvat, 2ª ed., 19-25.

Horney

(1969) "El Suicidio", en Farberow y Shneidman, *Necesito Ayuda*, México, La Prensa Médica Mexicana.

I.M.S.S.

(1993) *Sistema de Información Medica Computarizada*, México, H.R.E. No.22

INEGI

(1991) *XI censo general de población y vivienda, 1990, Nuevo León*, Tomos I y II, Aguascalientes, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Kaplan, Harol y Benjamín J. Sadock

(1989), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 2ª ed.

Kapur, S. y cols.

(1992) "El suicidio por sobredosis es un problema de Salud Pública Mayor", en: *JAMA*, Dec 23-30;268(24).

Klopfer, Bruno

(1969) "Suicidio . el punto de vista de Jung", en: Farberow y Shneidman, *Necesito Ayuda* La Prensa Médica Mexicana, 205-256.

Kolb, Lawrence

(1976) *Psiquiatría Clínica Moderna*, México, La Prensa Médica Mexicana, 5ª ed.

Kupfer, D.J.

(1992) "Tratamiento a largo plazo de la depresión", en: *Focus On Depresión*, No. 2, p.3.

Lazarus, Richard

(1990) "La medición del estrés con base teórica", en: *Salud Mental*, V. 16 No. 3, 56-59.

Lehman, Heinz E.

(1989) "Rasgos clínicos de los Trastornos Afectivos", en: Kaplan y Sadock (1989).

Leñero, Luis

(1983) *El Fenómeno Familiar en México*, México, IMES.

Levav, Itzhak

(1989) "Salud Mental para todos en América Latina y el Caribe", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 17 No. 3 Washington. 196-219.

McClure

(1970), "Suicidio", en: *Depresión*, Nueva York, Ed. Med. Com. Inc.

Minuchin, Salvador

(1989) *Técnicas de Terapia Familiar*, Buenos Aires, Ed. Paidós.

O.M.S.

(1976) "El Suicidio y los Intentos de Suicidio", en: *Cuadernos de Salud Pública* No. 58. Ginebra.

(1984) *Atención de Salud Mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Serie de informes Técnicos.

(SIF) *Glosario del Formulario para la Evaluación Normatizada de los Trastornos Depresivos (ENTD/OMS)*, 5a. Revisión.

O.P.S.

(1983), "Dimensiones Sociales de la Salud Mental", en: *Publicaciones Científicas*, 446, México, O.P.S.

Pucheu, C.

(1987) *Plan General de Psiquiatría y Salud Mental*, Subdirección General Médica, México, IMSS.

Ribeiro, Manuel

(1989) *Familia y Fecundidad*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León.

(1992) *Interrelación entre las principales variables de la Organización Familiar y la Conducta Reproductiva en Sectores Rurales de N. L.*, Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León y Consejo Estatal de Población.

Sarró, B. y cols.

(1993) "Antecedentes Familiares de actos suicidas en una muestra de mujeres hospitalizadas en una Unidad de Suicidología por presentar tentativa o ideación suicida", en: *Rev. Psiquiatría*, Fac. Med. Barna. Vol. XX No. 5, 182-188.

Saltijeral, M. y G. Terroba

(1987) "Epidemiología del Suicidio y del Parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México", en: *Salud Pública*, Mex. V.29 No. 4, 345-360

Satir, Virginia

(1990) *Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar*, México, Ed. Pax.

Schwartz, Howard y Jerry Jacobs

(S/F) *Sociología Cualitativa*, México Ed. Trillas.

Sir Denis Hill y Leo E. Hollister

(1970) *Depresión*, Nueva York. Ed. Med. Com, Inc.

Solomon, Philip y Vernan D. Patch,

(1976) *Manual de Psiquiatría*, México Ed. El Manual Moderno.

Vieta, E. y cols.

(1991) "Características de los pacientes afectivos en una muestra con intentos de suicidio graves". en: *Rev. Psiquiatría*, Fac. Med. Barna. V. XVIII No. 6, 253-258.

Von Bertalanffy, Ludwigg

(1976) *Teoría General de Sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica.

W.H.O.

(1977) *International Classification of Diseases, rev. 9*. Ginebra, World Health Organization.

Wilder, Jack y Robert Plutchink

(1989) "Estrés y Psiquiatría" en: Kaplan *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat 2ª ed., 1190-1195.

Young, Kimball y Raymond W. Mac

(1967) *Sociología y Vida Social*, México Ed. Hispanoamericana, 2ª ed.

ANEXOS

1. NO. DE CUESTIONARIO _____
2. FECHA DE ENTREVISTA _____

i i i i
1 2 3

I. DATOS GENERALES

2. DIAGNOSTICO MEDICO: 1) INICIAL _____
2) ACTUAL: _____
3. TIEMPO DE EVOLUCION: _____ MESES
4. COLONIA: _____
5. SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO

i i i
i i i
i i i i
i i i
i i i

II. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

6. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?
1) CASADO _____ CONTINUE
2) UNION LIBRE
3) SOLTERO
4) VIUDO _____ PASE APARTADO B
5) DIVORCIADO
6) SEPARADO
7) SIN INFORMACION

i i i

APARTADO A: INFORMACION DEL CONYUGE

7. ¿QUE EDAD TIENE SU ESPOSO (A)? _____
8. ¿ DONDE NACIO SU ESPOSO (A)?
1) EDO. DE N.L. (ESPECIFIQUE MUNICIPIO) _____
2) OTRO ESTADO
3) EXTRANJERO
9. ¿ HASTA QUE NIVEL DE ESTUDIOS LLEGO SU ESPOSO (A)?
0) NINGUN GRADO
1) PRIMARIA INCOMPLETA
2) PRIMARIA COMPLETA
3) SECUNDARIA INCOMPLETA
4) SECUNDARIA COMPLETA
5) TECNICA
6) PREPARATORIA
7) PROFESIONAL
10. EN TOTAL ¿CUANTOS AÑOS DE ESTUDIO TIENE APROBADOS?
(no incluye preescolar ni años repetidos) _____ años
11. ¿AQUE SE DEDICA SU ESPOSO(A)?
0) NINGUNA
1) HOGAR
2) OBRERO
3) ESTUDIANTE
4) COMERCIANTE
5) EMPLEADO
6) OTROS (especifique) _____

i i i

i i i

i i i

i i i

i i i
25 26

12. ANTES DE CASARSE ¿CUAL ERA EL DOMICILIO DE SU ESPOSO (A)?
 COLONIA _____ i i i
27 28
13. ¿Y EN QUE COLONIA VIVIA USTED? _____ i i i
14. ¿CUAL ES LA RELIGION DE SU ESPOSO (A)? _____ i i i

APARTADO B

15. ¿QUE EDAD TIENE USTED? (años cumplidos) _____ i i i
16. ¿DONDE NACIO USTED?
 1) ESTADO DE N. L. (especifique municipio) _____
 2) OTRO ESTADO
 3) EXTRANJERO i i i
17. ¿HASTA QUE NIVEL DE ESTUDIOS LLEGO?
 0) NINGUN GRADO i i i
 1) PRIMARIA INCOMPLETA
 2) PRIMARIA COMPLETA
 3) SECUNDARIA INCOMPLETA
 4) SECUNDARIA COMPLETA
 5) TECNICA
 6) PREPARATORIA
 7) PROFESIONAL
18. EN TOTAL ¿CUANTOS AÑOS DE ESTUDIO TIENE APROBADOS?
 (no incluye preescôlar ni años repetidos) _____ años i i i
19. ¿A QUE SE DEDICA ACTUALMENTE? i i i
 0) HOGAR
 1) ESTUDIANTE PASE PREGUNTA 25
 2) OBRERO
 3) COMERCIANTE
 4) EMPLEADO
 5) DESEMPLEADO PASE PREGUNTA 21
 6) OTROS (especifique) _____
20. ¿CUANTO TIEMPO TIENE DE LABORAR EN SU EMPLEO ACTUAL?
 _____ i i i
 PASE PREGUNTA 22
21. ¿DESDE CUANDO NO TRABAJA? _____ i i i
22. ¿CUANTO TIEMPO DURO EN SU ULTIMO EMPLEO? _____ i i i
23. ¿CAMBIA CON FRECUENCIA DE TRABAJO? i i i
 1) SI 2) NO (SI ES NO PASE PREGUNTA 25)
24. ¿CUAL ES EL MOTIVO? _____ i i i

25. ¿BAJO QUE RELIGION NACIO USTED? _____ i i i
26. ¿Y CUAL ES SU RELIGION ACTUAL? _____ i i i
 (pase p. 29 si no reportó cambio)
27. ¿HACE CUANTO TIEMPO CAMBIO DE RELIGION? _____ i i i
28. ¿Y CUALES FUERON LOS MOTIVOS? _____ i i i

29. ¿COMO CONSIDERA QUE ES SU PARTICIPACION RELIGIOSA?
(en comparación con otras personas del mismo grupo)

i i i
63 64

- 0) NINGUNA
- 1) MENOS QUE EL PROMEDIO
- 2) PROMEDIO
- 3) MAS QUE EL PROMEDIO
- 4) SIN INFORMACION

ESCALA BECK

30. 0. NO ME SIENTO TRISTE

i i i

- 1. ME SIENTO TRISTE O MELANCOLICO
- 2A. ME SIENTO TRISTE O MELANCOLICO TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO ANIMARME
- 2B. ESTOY TAN TRISTE E INFELIZ QUE ESTO ES VERDADERAMENTE DOLOROSO

31. 0. NO ESTOY PARTICULARMENTE PESIMISTA O DESALENTADO POR EL FUTURO

i i i

- 1. ME SIENTO DESALENTADO POR EL FUTURO
- 2A. SIENTO QUE NO TENGO PARA QUE PENSAR EN EL PORVENIR
- 2B. SIENTO QUE NUNCA SALDRE DE MIS PROBLEMAS
- 3. SIENTO QUE EL FUTURO ES DESALENTADOR Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR

32. 0. NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO

i i i

- 1. SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE EL PROMEDIO
- 2A. SIENTO QUE HE CONSUMADO MUY POCO QUE VALGA LA PENA O QUE SIGNIFIQUE ALGO
- 2B. VIENDO MI VIDA EN FORMA RETROSPECTIVA TODO LO QUE PUEDO VER ES UNA GRAN CANTIDAD DE FRACASOS.
- 3. SIENTO QUE SOY UN FRACASO COMPLETO COMO PERSONA (PADRE, ESPOSO, MADRE, ESPOSA)

33. 0. NO ESTOY PARTICULARMENTE INSATISFECHO

i i i

- 1A. ME SIENTO ABURRIDO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 1B. NO GOZO LAS COSAS DE LA MANERA QUE ACOSTUMBRABA
- 2. NUNCA SIENTO SATISFACCION DE NADA
- 3. ESTCY INSATISFECHO DE TODO

34. 0. NO ME SIENTO PARTICULARMENTE CULPABLE

i i i

- 1. ME SIENTO MAL O INDIGNO GRAN PARTE DEL TIEMPO
- 2A. ME SIENTO CULPABLE
- 2B. ME SIENTO MAL O INDIGNO CASI SIEMPRE
- 3. SIENTO QUE SOY MUY MALO E INUTIL

35. 0. NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO

i i i

- 1. HE TENIDO LA SENSACION DE QUE ALGO MALO ME PUEDE OCURRIR
- 2. SIENTO QUE SOY CASTIGADO O SERE CASTIGADO
- 3A. CREO QUE MEREZCO SER CASTIGADO
- 3B. DESEO SER CASTIGADO

36. 0. NO ME SIENTO DECEPCIONADO DE MI MISMO

i i i

- 1A. ESTOY DECEPCIONADO DE MI MISMO
- 1B. NO ME AGRADO
- 2. ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO
- 3. ME ODI

37. 0. NO CREO SER PEOR QUE CUALQUIER OTRO

i i i

- 1. ME CRITICO POR MI DEBILIDAD O ERRORES
- 2. ME REPROCHO POR MIS CULPAS
- 3. ME REPROCHO TODO LO MALO QUE OCURRE

79 80

- | | |
|--|--|
| <p>38. 0. NO TENGO INTENCION DE HACERME DAÑO
 1. TENGO INTENCIONES DE HACERME DAÑO, PERO NO LAS LLEVARIA A CABO
 2A. SIENTO QUE ESTARIA MEJOR MUERTO
 2B. SIENTO QUE MI FAMILIA ESTARIA EN MEJORES CIRCUNSTANCIAS SI YO MURIERA
 3A. TENGO PLANES DEFINIDOS PARA SUICIDARME
 3B. ME MATARIA SI PUDIERA</p> | <p><u> i i i </u>
 81 82</p> |
| <p>39. 0. NO LLORO MAS DE LO USUAL
 1. LLORO MAS DE LO ACOSTUMBRADO
 2. AHORA LLORO TODO EL TIEMPO, NO PUEDO EVITARLO
 3. YO FUI CAPAZ DE LLORAR, PERO AHORA NO PUEDO, AUNQUE QUIERA HACERLO</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>40. 0. NO ESTOY MAS IRRITADO DE LO HABITUAL
 1. ME MOLESTO O ME IRRITO CON MAYOR FACILIDAD QUE LO USUAL
 2. ME SIENTO IRRITADO SIEMPRE
 3. NO ME IRRITO CON LAS COSAS QUE USUALMENTE ME IRRITABAN</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>41. 0. NO HE PERDIDO INTERES POR LA GENTE
 1. ESTOY MENOS INTERESADO POR LOS DEMAS PERSONAS DE LO QUE ACOSTUMBRABA ESTAR
 2. HE PERDIDO CASI TOTALMENTE EL INTERES POR LAS DEMAS PERSONAS
 3. HE PERDIDO TODO INTERES POR LAS DEMAS PERSONAS, Y NO ME IMPORTA QUE LES OCURRA</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>42. 0. TOMO DESICIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE
 1. TRATO DE EVITAR EL TOMAR DESICIONES
 2. TENGO GRANDES DIFICULTADES PARA TOMAR DESICIONES
 3. NO PUEDO TOMAR NINGUNA DESICION</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>43. 0. NO SIENTO QUE LUZCA PEOR DE LO ACOSTUMBRADO
 1. ME PREOCUPA PARECER VIEJO O DESAGRADABLE
 2. SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA
 3. SIENTO QUE LUZCO FEO O REPULSIVO</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>44. 0. SIENTO QUE PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES
 1A. ME CUESTA UN ESFUERZO EXTRA EL EMPEZAR A HACER ALGO
 1B. NO TRABAJO TAN BIEN COMO LO ACOSTUMBRABA
 2. TENGO QUE DARMME MUCHO ANIMO PARA HACER CUALQUIER COSA
 3. NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>45. 0. NO PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO SIEMPRE
 1. DESPIERTO POR LAS MAÑANAS MAS CANSADO QUE DE COSTUMBRE
 2. DESPIERTO DOS HORAS MAS TEMPRANO QUE LO USUAL Y ME ES DIFICIL VOLVER A DORMIRME
 3. DESPIERTO TEMPRANO CADA MAÑANA Y NO PUEDO DORMIR MAS DE CINCO HORAS</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>46. 0. NO ME CANSO MAS DE LO NORMAL
 1. ME CANSO MAS FACILMENTE QUE LO USUAL
 2. ME CANSO DE NO HACER NADA
 3. ME CANSO DEMASIADO AL HACER CUALQUIER COSA</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>47. 0. MI APETITO NO EXCEDE A LO NORMAL
 1. MI APETITO NO ES TAN BUENOCOMO DE COSTUMBRE
 2. MI APETITO ES DEFICIENTE
 3. NO TENGO APETITO</p> | <p><u> i i i </u></p> |
| <p>48. 0. NO HE PERDIDO MUCHO PESO, O NADA ULTIMAMENTE
 1. HE PERDIDO MAS DE 2 1 2 KG.
 2. HE PERDIDO MAS DE 5 KG.
 3. HE PERDIDO MAS DE 7 KG.</p> | <p><u> i i i </u>
 101 102</p> |

- | | | | |
|-----|-----|---|---------|
| 49. | 0. | NO ESTOY MAS INTERESADO EN MI SALUD QUE LO USUAL | i i i |
| | 1. | ESTOY PREOCUPADO POR MALES Y DOLORES, MALESTAR ESTOMACAL O COSTIPACION | 103 104 |
| | 2. | ESTOY TAN PREOCUPADO DE COMO ME SIENTO, QUE ES DIFICIL TENER OTROS PENSAMIENTOS | |
| | 3. | ESTOY SUMAMENTE PREOCUPADO DE COMO ME SIENTO | |
| 50. | 0. | NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES SEXUAL | i i i |
| | 1. | TENGO POCO INTERES POR EL SEXO | |
| | 2. | MI INTERES POR EL SEXO ES CASI NULO | |
| | 3. | HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO | |
| 51. | 0. | NO ME SIENTO NI DEPRIMIDO, NI ENFERMO | i i i |
| | 1A. | ME SIENTO DEPRIMIDO EN ALGUNAS OCASIONES, PERO NO ESTOY ENFERMO | |
| | 1B. | ME SIENTO DEPRIMIDO TODO EL TIEMPO, PERO NO ME ENCUENTRO ENFERMO | |
| | 2A. | ESTOY DEPRIMIDO Y SE QUE ESTOY ENFERMO | |

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

A CONTINUACION LE PRESENTAMOS UNAS OPINIONES, POR FAVOR RESPONDA HASTA QUE PUNTO ESTA UD. DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON CADA UNA.

- | | | | |
|-----|-----|--|-------|
| | 5. | TOTALMENTE DE ACUERDO | |
| | 4. | DE ACUERDO | |
| | 3. | NI DE ACUERDO-NI EN DESACUERDO | |
| | 2. | EN DESACUERDO | |
| | 1. | TOTALMENTE EN DESACUERDO | |
| ___ | 52. | EN MI CASA OCULTAMOS LO QUE NOS PASA | i i i |
| ___ | 53. | MI FAMILIA ME ESCUCHA | i i i |
| ___ | 54. | EN MI CASA RESPETAMOS NUESTRAS PROPIAS REGLAS DE CONDUCTA | i i i |
| ___ | 55. | EN MI CASA LOGRAMOS RESOLVER LOS PROBLEMAS COTIDIANOS | i i i |
| ___ | 56. | EN MI CASA, ACOSTUMBRAMOS DISCUTIR NUESTROS PROBLEMAS | i i i |
| ___ | 57. | EXISTE CONFUSION ACERCA DE LO QUE DEBE HACER CADA UNO DE NOSOTROS DENTRO DE LA FAMILIA | i i i |
| ___ | 58. | MI FAMILIA ME AYUDA DESINTERESADAMENTE | i i i |
| ___ | 59. | EN MI FAMILIA EXPRESAMOS ABIERTAMENTE NUESTRO CARINO | i i i |
| ___ | 60. | EN MI FAMILIA HABLAMOS CON FRANQUEZA | i i i |
| ___ | 61. | SI TENGO DIFICULTADES, MI FAMILIA ESTA EN LA DISPOSICION DE AYUDARME | i i i |
| ___ | 62. | EN MI FAMILIA EXPRESAMOS ABIERTAMENTE NUESTRAS EMOCIONES | i i i |
| ___ | 63. | ME SIENTO APOYADO (A) POR MI FAMILIA | i i i |
| ___ | 64. | LAS NORMAS FAMILIARES ESTAN BIEN DEFINIDAS POR LA FAMILIA | i i i |
| ___ | 65. | EN MI FAMILIA TRATAMOS DE RESOLVER LOS PROBLEMAS ENTRE TODOS | i i i |
| ___ | 66. | CUANDO ME ENOJO CON ALGUN MIEMBRO DE MI FAMILIA SE LO DIGO | i i i |
| ___ | 67. | EN MI FAMILIA NOS PONEMOS DE ACUERDO PARA REPARTIRNOS LOS QUEHACERES DE LA CASA | i i i |

- ___ 68. ME DUELE VER SUFRIR A OTRO MIEMBRO DE MI FAMILIA i i i
141 142
- ___ 69. EN LA CASA NO TENEMOS UN HORARIO PARA COMER i i i
- ___ 70. SI FALLA UNA DECISION INTENTAMOS OTRA ALTERNATIVA i i i
- ___ 71. EN MI FAMILIA NOS DECIMOS LAS COSAS ABIERTAMENTE i i i
- ___ 72. SI ESTOY ENFERMO MI FAMILIA ME ATIENDE i i i
- ___ 73. MI FAMILIA NO RESPETA MI VIDA PRIVADA i i i
- ___ 74. EN MI FAMILIA MANIFESTAMOS LA TERNURA QUE SENTIMOS i i i
- ___ 75. CUANDO TENGO ALGUN PROBLEMA NO SE LO PLATICO A MI FAMILIA i i i
- ___ 76. ME MOLESTA QUE MI FAMILIA ME CUENTE SUS PROBLEMAS i i i
- ___ 77. NO NOS ATREVEMOS A LLORAR FRENTE A LOS DEMAS MIEMBROS DE MI FAMILIA i i i
- ___ 78. EN MI FAMILIA NO EXPRESAMOS ABIERTAMENTE NUESTROS PROBLEMAS i i i
- ___ 79. EN CASA ACOSTUMBRAMOS EXPRESAR NUESTRAS IDEAS i i i
- ___ 80. MI FAMILIA ES INDIFERENTE A MIS NECESIDADES AFECTIVAS i i i
- ___ 81. ME AVERGUENZA MOSTRAR MIS EMOCIONES FRENTE A MI FAMILIA i i i
- ___ 82. EN MI FAMILIA SI UNA REGLA NO SE PUEDE CUMPLIR LA MODIFICAMOS i i i
- ___ 83. EN CASA CADA QUIEN SE GUARDA SUS PROBLEMAS i i i
- ___ 84. RARAS VECES PLATICO CON MI FAMILIA SOBRE LO QUE ME PASA i i i
- ___ 85. LAS TAREAS QUE ME CORRESPONDEN SOBREPASAN MI CAPACIDAD PARA CUMPLIRLAS i i i
- ___ 86. ME SIENTO PARTE DE MI FAMILIA i i i
- ___ 87. SOMOS UNA FAMILIA CARIÑOSA i i i
- ___ 88. MI FAMILIA ES FLEXIBLE EN CUANTO A LAS NORMAS i i i
- ___ 89. CUANDO SE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ME PARALIZO i i i
- ___ 90. EN MI FAMILIA ACOSTUMBRAMOS DISCUTIR NUESTROS PROBLEMAS i i i
- ___ 91. CUANDO NO SE CUMPLE UNA REGLA EN MI CASA, SABEMOS CUALES SON LAS CONSECUENCIAS. i i i

ACONTECIMIENTOS VITALES Y ESTRESOR PSICOSOCIAL

- 92. ¿ USTED SE HA VISTO SOMETIDO A ESTRES O TENSION DURANTE MUCHO TIEMPO (MESES O AÑOS) ANTES DE EPISODIO ACTUAL DE DEPRESION? i i i
1) SI ___ 2) NO ___ (ASE A P.95)
- 93. ¿ CUANTO TIEMPO _____ MESES i i i i
- 94. ¿ QUE TIPO DE SITUACION O PROBLEMA ES LO QUE LO HA MANTENIDO TENSIONADO DURANTE TODO ESE TIEMPO? i i i

95. ¿USTED RELACIONA ALGUN ACONTECIMIENTO O EXPERIENCIA QUE LE PRODUJO MUCHA TENSION CON EL INICIO DE SU ACTUAL CRISIS DEPRESIVA? i i i
196 197
- 1) SI ____ 2) N) ____ (pase p. 97)
96. ¿CUAL FUE ESTE ACONTECIMIENTO O EXPERIENCIA? i i i
- _____

97. ¿CUALES HAN SIDO LOS PROBLEMAS O DIFICULTADES MAS GRAVES QUE HA ENFRENTADO EN EL PASADO (A LO LARGO DE SU VIDA)? i i i
- _____

98. ¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA TENIDO PROBLEMAS EMOCIONALES O DE TIPO NERVIOSO? i i i
- 1) SI ____ 2) NO ____ (Pase p. 101)
99. ¿QUE TIPO DE PROBLEMA? i i i
- _____

100. ¿QUE PARENTESCO TIENE CON USTED? _____ i i i
101. ¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA SIDO TRATADO POR UN PSIQUIATRA O UN PSICOLOGO? i i i
- 1) SI ____ 2) NO) ____ (PASE P. 103)
102. ¿CUAL ES EL PARENTESCO? _____ i i i
103. ¿ ALGUNO DE SUS FAMILIARES HA INTENTADO SUICIDARSE? i i i
- 1) SI ____ 2) NO ____ ' 3) NO SABE ____
(SI CONTESTA NO O NO SABE PASE P.105)
104. ¿ CUAL ES EL PARENTESCO CON USTED? _____ i i i
105. ¿ USTED HA INTENTADO SUICIDARSE? i i i
- 1) SI ____ 2) NO ____ (SI CONTESTA SI PASE A 108)
106. ¿LO HA PENSADO? i i i
- 1) SI ____ 2) NO ____ (PASE A117)
- 107, SI LO HA PENSADO Y NO LO HA INTENTADO, QUE RAZONES O CIRCUNSTANCIAS HAN HECHO QUE LO HAYA EVITADO? i i i
- _____

108. ¿ CUANTAS VECES LO HA INTENTADO? _____ i i i
109. ¿CUAL ES EL PERIODO DE TIEMPO ENTRE ESTOS INTENTOS? i i i i
224 225 226
- _____
_____ MESES.

110. ¿CUAL (ES) FUE(ON) LA(S) RAZONES POR LA(S) QUE INTENTO SUICIDARSE EN SU ULTIMO INTENTO? _____

 _____ i i i
 227 228
111. ¿BUSCO AYUDA ANTES DE HACER EL INTENTO?
 1) SI ____ 2) ____ (PASE P. 114) i i i
112. ¿A QUIEN ACUDIO? _____ i i i
113. ¿ Y QUE RESPUESTA RECIBIO? _____ i i i
114. ¿ CUAL ES LA FORMA QUE EMPLEO: PARA INTENTAR QUITARSE LA VIDA?
 1) METODO VIOLENTO
 2) METODO NO VIOLENTO i i i
115. ¿ COMO FUE QUE SE SALVO? _____ i i i

116. ¿QUE ATENCION MEDICA RECIBIO EN SU ULTIMO INTENTO?
 0) NINGUNA
 1) URGENCIAS
 2) INTERNAMIENTO
 3) CUIDADOS INTENSIVOS i i i
117. QUE EDAD TENIA CUANDO ENFERMO POR PRIMERA VEZ DE DEPRESION _____ i i i
118. CUANDO ENFERMO POR PRIMERA VEZ DE DEPRESION
 ¿BUSCO AYUDA?
 1) SI ____ 2) NO ____ PASE P. 120) i i i
119. ¿CON QUIEN ACUDIO? _____ i i i
- 120 ¿ HA ESTADO INTERNADO EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO?
 1) SI ____ 2) N) ____ (PASE P. 122) i i i
121. ¿CUANTAS VECES HA ESTADO INTERNADO? _____ i i i
122. ¿QUE INFORMACION TIENE DEL PROBLEMA DE DEPRESION QUE PADECE? _____
 _____ i i i
123. ¿QUIEN SE LA PROPORCIONO? _____ i i i
124. HA TOMADO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO?
 1) SI ____ 2) NO, ____ 3) NO SABE _____ i i i
125. ACTUALMENTE ESTA TOMANDO? 1) SI 2) NO 3) NO SABE i i i
126. HA RECIBIDO PSICOTERAPIA 1) SI 2) NO 3) NO SABE i i i
- 127 ¿QUE TIPO DE PSICOTERAPIA? _____ i i i
128. OTROS TRATAMIENTOS (ESPECIFIQUE) _____
 _____ i i i
129. DE LOS TRATAMIENTOS RECIBIDOS ¿CUAL O CUALES CONSIDERA LE HA RESULTADO MAS EFECTIVO (S)?
 _____ i i i
130. ¿PORQUE? _____ i i i

 _____ 267 268

SPSS/PC+ The Statistical Package for IBM PC

5/16/94

*DE: SPSS Data Entry 2.0 - Options .

- *DE: Beep turned on: Yes .
- *DE: Automatic menu display: Yes .
- *DE: Confirm for delete: Yes .
- *DE: Variable display order: Alpha .
- *DE: Color: Yes .
- *DE: Home base foreground: White .
- *DE: Home base background: Blue .
- *DE: Temporary foreground: White .
- *DE: Temporary background: Red .
- *DE: Default data view: Spreadsheet .
- *DE: Confirm for entry: Yes .
- *DE: Cursor momentum: No .
- *DE: Warning for extended files: Yes .
- *DE: Process skip & fill rules: Yes .

include 'depre-prg'

DATA LIST FILE = 'DEPRE.DAT' /V1 1-2 V2 3 V3 4 V4 5-7 V5 TO V7 8-10
V8 11-12 V9 13 V10 14 V11 15-16 V12 TO V15 17-20 V16 21-22
V17 23 V18 24 V19 25-26 V20 27 V21 28-29 V22 30-32 V23 33-34
V24 TO V27 35-38 V28 39-40
V29 TO V33 41-45 V34 46-48 V35 49-50 V36 51 V37 52 V38 53-54 V39 55
V40 56 V41 57-58 V42 TO V52 59-69 V53 70-72 V54 TO V60 73-79/ V61 1-2
V62 TO V74 3-15.

VARIABLE LABELS V2 'DIAGNOSTICO MEDICO INICIAL'

V3 'DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL'

V4 'TIEMPO DE EVOLUCION'

V5 'NIVEL SOCIOECONOMICO'

V6 'SEXO'

V7 'ESTADO CIVIL'

V8 'EDAD DEL CONYUGE'

V9 'LUGAR NACIMIENTO DEL CONYUGE'

V10 'INSTRUCCION DEL CONYUGE'

V11 'ANOS INSTRUCCION DEL CONYUGE'

V12 'OCUPACION CONYUGE'

V13 'NIVEL SOCIOEC CONYUGE ANTES DE CASARSE'

V14 'NIVEL SOCDEC PAC ANTES DE CASARSE'

V15 'RELIGION CONYUGE'

V16 'EDAD'

V17 'LUGAR NACIMIENTO'

V18 'INSTRUCCION'

V19 'ANOS DE INSTRUCCION'

V20 'OCUPACION' V21 'ANTIGUEDAD EMPLEO ACTUAL'

V22 'TIEMPO MESES NO TRABAJAR'

V23 'DURACION ULTIMO EMPLEO' V24 'CAMBIO EMPLEO'

V25 'MOTIVOS CAMBIO EMPLEO'

V26 'RELIGION NACIMIENTO' V27 'RELIGION ACTUAL'

V28 'TIEMPO CAMBIO DE RELIGION'

V29 'MOTIVOS CAMBIO DE RELIGION'

V30 'PARTICIPACION RELIGIOSA'

V31 'COMPOSICION FAMILIAR'

V32 'TAMANO FAMILIA'

V33 'ESTRESOR PSICOSOCIAL CRONICO'

V34 'TIEMPO ESTRES CRONICO'
V35 'SITUACION ESTRES CRONICO'
V36 'INTENSIDAD ESTRES CRONICO'
V37 'ESTRESOR PSICOSOCIAL AGUDO'
V38 'SITUACION ESTRES AGUDO'
V39 'INTENSIDAD ESTRES AGUDO'
V40 'FRECUENCIA DIFICULTADES GRAVES PASADO'
V41 'TIPO DIFICULTADES GRAVES'
V42 'ANTEC FAM PROBS EMOCIONALES NERVIOS'
V43 'TIPO PROBLEMA'
V44 'PARENTESCO FAM PROB EMOC NERVIOS'
V45 'ANTEC FAM TRAT USID'
V46 'PARENTESCO FAM TRAT PSIQ'
V47 'ANTEC FAM INTENTO SUICIDIA'
V48 'PARENTESCO FAM INTENTO SUICIDA'
V49 'HA INTENTADO SUICIDARSE'
V50 'HA PENSADO INTENTO SUICIDIA'
V51 'RAZONES EVITADO INTENTO'
V52 'NUM INTENTO SUICIDA'
V53 'TIEMPO ULTIMO INTENTO'
V54 'RAZONES INTENTO SUICIDA'
V55 'BUSCO AYUDA ANTES INTENTO'
V56 'A QUIEN PIDO AYUDA ANTES INTENTO'
V57 'RESPUESTA AYUDA'
V58 'METODO INTENTO SUICIDA'
V59 'FORMA EN QUE SALVO'
V60 'ATENCION MEDICA RECIBIDA'
V61 'EDAD ENFERMO DEPRESION'
V62 'BUSCO AYUDA AL ENFERMAR'
V63 'A QUIEN ACUDIO AL ENFERMAR'
V64 'INTERNADO HOSP PSIQ'
V65 'NUM INTERNAMIENTOS'
V66 'INFORMACION DEPRESION'
V67 'QUIEN INFORMO DEPRESION'
V68 'TOMADO TRAT FARMA'
V69 'ACTUAL TRAT FARMA'
V70 'RECIBIDO PSICOTERAPIA'
V71 'TIPO PSICOTERAPIA'
V72 'OTROS TRAT' V73 'TRAT MAS EFECTIVO'
V74 'RAZONES EFECTIVIDAD TRAT'.
VALUE LABELS V2 1'INTENTO DE SUICIDIO'
2'DEPRESION MAYOR'
3'DEPRESION NEUROTICA' 4'PMD'
5'OTROS DX DEPRESION'
8'NO APLICA' 9'NO RESPUESTA' /
V3 1'DEPRESION MAYOR' 2'DEPRESION NEUROTICA'
3'PMD' 4'DEPRESION ASOCIADA A ANSIEDAD'
5'OTROS DX ASOCIADOS A DEPRESION'
8'NO APLICA' 9'NO RESPUESTA' /
V5 1'MARGINAL' 2'BAJO' 3'MEDIO BAJO'
4'MEDIO ALTO' 5'ALTO' 8'NO AFLICA'
9'NO RESPUESTA' / V6 1'MASCULINO' 2'FEMENINO' /
V7 1'CASADO' 2'UNION LIBRE'
3'SOLTERO' 4'VIUDO' 5'DIVORCIADO'
6'SEPARADO' 8'NO APLICA'

9°NO RESPUESTA° /
 V9 1°EDO NL° 2°OTRO EDO°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V10 0°NINGUN GRADO°
 1°PRIM INCOMP° 2°PRIM COMPL°
 3°SEC INCOMP° 4°SEC COMPL°
 5°TECNICA° 6°PREPA° 7°PROFESIONAL°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V12 0°NINGUNA° 1°ACCAF° 2°DEPID°
 3°ESTUDIANTE° 4°COMERCIANTE°
 5°EMPLEADO° 6°OTROS° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° / V13 1°BAJO° 2°MEDIO BAJO°
 3°MEDIO ALTO° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° / V14 1°BAJO° 2°MEDIO BAJO°
 3°MEDIO ALTO° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° / V15 1°CATEGORIA° 2°OTROS°
 3°NINGUNA° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA°
 / V17 1°EDO NL° 2°OTRO EDO° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° /
 V18 0°NINGUN GRADO° 1°PRIM INCOMP°
 2°PRIM COMPL° 3°SEC INCOMP°
 4°SEC COMPL° 5°TECNICA° 6°PREPA°
 7°PROFESIONAL° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° / V23 0°ACCAF°
 1°ESTUDIANTE° 2°OBREPO° 3°COMERCIANTE°
 4°EMPLEADO° 5°DESEMPLEADO° 6°OTROS°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V24 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA° /
 V25 1°TRABAJOS TEMPORALES° 2°PROBLEMAS CARACTER°
 3°PROBLEMAS SALUD° 4°OTROS°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V26 1°CATOLICA° 2°OTRAS°
 3°NINGUNA° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V27 1°CATOLICA° 2°OTRAS°
 3°NINGUNA° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V29 1°ANALIZAR RELIGION°
 2°NO ME IDENTIFICO° 3°OTRAS RAZONES°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V30 0°NINGUNA° 1°MENOS QUE EL PROMEDIO° 2°PROMEDIO°
 3°MAS QUE EL PROMEDIO°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V31 1°EXTENSA° 2°MIXTA° 3°NUCLEAR°
 4°MONOPARENTAL° 5°OTRO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V32 1°PEQUENO° 2°MEDIO° 3°GRANDE°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V33 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V35 01°CONYUGAL° 02°PATERIDAD°
 03°OTRAS REL INTERPERSONALES°
 04°LABORAL° 05°SITUAC AMBIENTALES°
 06°ECONOMICO° 07°LEGAL° 08°DESARROLLADO°
 09°LESION O ENF SOMATICA°
 10°ESCOLAR° 11°FACTORES FAMILIARES°
 88°NO APLICA° 99°NO RESPUESTA°
 /V36 1°AUSENTE° 2°LEVE M O MODERADO°

4°GRAVE° 5°EXTREMO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V37 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V38 01°CONYUGAL° 02°PATERNIDAD°
 03°OTRAS REL. INTERPERSONALES° 04°LABORAL°
 05°SITUAC AMBIENTALES° 06°ECONOMICO°
 07°LEGAL° 08°DESARROLLO°
 09°LESION SOMATICA° 10°ESCOLAR°
 11°FACTORES FAMILIARES°
 88°NO APLICA° 99°NO RESPUESTA° /
 V39 1°AUSENTE° 2°LEVE° 3°MODERADO°
 4°GRAVE° 5°EXTREMO° 6°CATASTROFICO°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V41 01°PROBLEMAS CONYUGALES°
 02°FALLECIMIENTOS° 03°PROB FAMILIARES°
 04°PROB SALUD° 05°PROB ECONOMICOS°
 06°PROB TRABAJO° 07°ABUSO SEXUAL°
 08°OTROS PROB° 88°NO APLICA° 99°NO RESPUESTA° /
 V42 1°SI° 2°NO°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V43 1°NERVIOS° 2°TRAT NEUROTICO° 3°TRAST PSICOTICO°
 4°OTROS TRAST° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA°
 / V46 1°PADRE O MADRE° 2°HERMANO°
 3°OTROS FAMS° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA°
 / V47 1°SI° 2°NO° 3°NO SABE°
 8°NO APLICA° / V48 1°PADRE O MADRE°
 2° HERMANO° 3°OTROS FAMS° 8°NO APLICA° /
 V49 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA° /
 V50 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA° / V51 1°HIJOS°
 2°MIEDO° 3°NO SABE° 4°OTROS° 8°NO APLICA°
 / V54 1°PROB CONYUGALES° 2°PROB FAMS°
 3°POR LO QUE YO PIENSO O SIENTO°
 4°NO RECUERDO° 5°OTROS° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° / V55 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA°
 / V56 1°FAMILIAR O AMISTAD°
 2°PROFESIONISTA° 8°NO APLICA° /
 V57 1°APOYO O MANDO PROFESIONISTA°
 2°NADA NINGUNA° 3°OTRO° 8°NO APLICA°
 / V58 1°METODO VIOLENTO° 2°METODO NO VIOLENTO°
 3°METODO MIXTO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA°
 / V59 1°FAM ENCONTROO EVJTO° 2°AMIGO O VECINO°
 3°COMPANERO DE TRABAJO°
 4°OTRO° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA°
 / V60 0°NINGUNA° 1°URGENCIAS°
 2°INTERNAMIENTO° 3°CUIDADOS INTENSIVOS°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V62 1°SI° 2°NO° 3°NO SABE°
 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V63 1°FAM O AMISTAD° 2°PROFESIONISTA°
 3°OTROS° 8°NO APLICA° 9°NO RESPUESTA° /
 V64 1°SI° 2°NO° 8°NO APLICA°
 9°NO RESPUESTA° /
 V66 1°NINGUNA O NADA° 2°RELACION CON ENF SINTOMAS°
 3°AFECCION OCASIONADA POR PROB°
 4°SOLO SE LO QUE YO SIENTO°
 5°OTRAS RESPUESTAS° 9°NO RESPUESTA°

/ V68 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE' 9'NO RESPUESTA' /
V69 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE' 9'NO RESPUESTA' /
V70 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'
9'NO RESPUESTA' / V71 1'INDIVIDUAL'
2'GRUPAL' 3'PAREJA' 4'FAMILIA'
5'OTRAS' 8'NO APLICA' 9'NO RESPUESTA' /
V72 1'PROFESIONAL PRIVADO'
2'CURANDERO O HIERBERO' 3'HOMEOPATA'
4'OTROS' 5'NINGUNO' 8'NO APLICA'
9'NO RESPUESTA' /
V73 1'MEDICAMENTO' 2'TERAPIA' 3'AMBOS' 4'NINGUNO'
8'NO APLICA' 9'NO RESPUESTA' /
V74 1'ME HIZO SENTIR BIEN'
2'VI CAMBIO RAPIDO'
3'ME AYUDO A NO PENSAR' 4'NO ME CURAN'
5'PORQUE SE COMPLEMENTAN'
6'OTRAS RAZONES' 8'NO APLICA' 9'NO RESPUESTA'

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POST-GRADO**

