



Estudio del Perfil Suicida en pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2007

Guido Pinos A. • Ismael Morocho M. ••

Introducción

Este es un estudio que corresponde a la segunda etapa (año 2) del proyecto de investigación “EL SUICIDIO COMO PROCESO”, en el que se estudia el perfil del paciente suicida, a través de conocer la evolución durante el año siguiente a la realización de su intento de suicidio, con el conocimiento de los factores de influencia (de riesgo y de protección).

El acto suicida presenta un patrón de signos y síntomas que pueden llevar a construir un perfil. Para llegar a constituir un perfil, durante el proceso se presentan los signos de alarma, existiendo una infinidad de ellos; en resumen se puede decir que cualquier cambio en una persona, en medio de los factores de riesgo, son signos de alarma:

- Estado de ánimo depresivo o irritable.
- Mal genio, agitación.
- Pérdida del interés en las actividades, apatía.
- Disminución del placer por las actividades diarias.
- Incapacidad de disfrutar de actividades que solían ser placenteras.
- Cambios en el apetito, por lo general pérdida del apetito pero a veces aumento.
- Cambios de peso (aumento de peso o pérdida de peso involuntaria).
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido persistentes.
- Somnolencia diurna excesiva.
- Fatiga.
- Dificultades para concentrarse.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Episodios de pérdida de la memoria.
- Preocupación por sí mismo.
- Sentimientos de minusvalía, tristeza o desprecio hacia sí mismo.
- Sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados.
- Comportamiento inadecuado: actitud desafiante, etc.
- Pensamientos sobre suicidio, miedos o preocupaciones obsesivos sobre la muerte.

- Planes para cometer suicidio o intentos reales de suicidio.
- Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

De acuerdo a varios estudios, se puede hablar de “signos de un suicidio potencial” o un Perfil de un Suicida o Síndrome Presuicidal, que consta de los siguientes componentes:

- Retraimiento, con urgencia por estar solo, aislamiento.
- Mal humor.
- Cambios de personalidad.
- Amenaza de suicidio.
- Entrega de las pertenencias más preciadas a otros.

Metodología

Es un estudio de carácter descriptivo prospectivo. El universo del estudio estuvo conformado por 15 personas que intentaron suicidarse y que acudieron a la fase de seguimiento a recibir atención en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” y en el Centro de Salud Mental “Buena Esperanza” en el año 2007. En esta segunda etapa se aplicó un formulario previamente diseñado de acuerdo con las variables siguientes:

VARIABLES

- Dependiente: conducta suicida.
- Independiente: edad, sexo, instrucción, procedencia, características emocionales, perfil cognitivo, autoconciencia, autocontrol, impulsividad, desesperanza, hostilidad, depresión, culpa, tratamiento y respuesta al mismo.

Para el estudio de los riesgos para la conducta suicida, fue necesario el uso de psicometría, el primero de los cuales es el Cuestionario de indicadores de riesgo (CIR). Este cuestionario consta de 11 preguntas, con respuestas afirmativa o negativa, las que se pueden agruparse en preguntas que evalúan algunos problemas:

• Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, psiquiatra del Centro de Salud Mental “Buena Esperanza”
•• Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, psiquiatra del Hospital “Vicente Corral Moscoso”

- Desesperanza y culpa.
- Depresión mayor.
- Impulsividad.
- Hostilidad.
- Falta de apoyo social y familiar.
- Presagio, amenaza o proyecto suicida.

La calificación corresponde según las respuestas afirmativas, las que agrupadas dan un riesgo que puede ser: leve, intermedio o alto.

Un siguiente cuestionario es la Escala de Desesperanza de Beck: este test consta de 20 frases, las que deben ser contestadas con verdadero o falso según corresponda. Los resultados pueden ser: riesgo bajo, leve, moderado o alto.

Otro test que evalúa de manera indirecta el riesgo suicida es el Test de inteligencia emocional, que se componen de dos partes: 12 posibilidades que evalúan autoconciencia y 12 que evalúan autocontrol. El resultado puede ser: deficiente y regular (funcionamiento).

Resultados y Análisis

Esta fase del proyecto consistió en un estudio a profundidad de la conducta suicida, se presentan los resultados del estudio en 15 pacientes que acudieron por lo menos a un control posterior al intento suicida. La gran mayoría (85%) de pacientes no acudieron a las sesiones de control.

La edad de los pacientes corresponde en 46.7% a personas entre 11 a 19 años, similar porcentaje a personas entre 20 a 45 años y el 6.7% a mayores de 45 años.

El 73.4% (11 casos) corresponde la sexo femenino.

El 53.3% corresponden a personas con instrucción primaria completa y el resto a secundaria incompleta. No hubo casos de analfabetos o de instrucción superior.

El 80% corresponde a estado civil soltero, frente a dos (13.3%) casos de casados y uno (6.7%) de unión libre.

El 86.7% corresponde a la religión Católica y dos casos no reportaron pertenecer a alguna religión.

En el primer contacto, generalmente en la sala de emergencias, se realizó la intervención en crisis y/o se administró el tratamiento farmacológico correspondiente y se aplicó el "Formulario para

seguimiento de pacientes con intento de suicidio", y se coordinaba con el paciente y/o sus familiares para tener el primer control e iniciar el tratamiento psicoterapéutico correspondiente al siguiente día en la consulta externa (en caso de internamiento, el proceso terapéutico continuó intrahospitalariamente).

Evolución de los factores de riesgo

Conflictos familiares.

Los conflictos familiares estuvieron presentes en el primer contacto en el 86.7% de casos.

En el primer control sólo el 6.7% continuó con problemas familiares y en el segundo control el 6.7% refirió tener parcialmente resuelto su problema.

Conflicto sentimental o amoroso.

9 casos (60%) tuvieron conflicto sentimental o amoroso en el primer control. En el primer control sólo el 6.7% siguió con este conflicto y en el segundo control tenía parcialmente resuelto.

Enfermedad física invalidante.

Solamente un caso tuvo una enfermedad física invalidante que influyó en la conducta suicida.

Problemas económicos.

El 46.7% de casos refirió tener problemas económicos en el primer contacto.

En el primer control, 2 casos habían resuelto este problema y uno no afrontaba. En el segundo control, uno ya resolvió el problema y uno lo hizo parcialmente. No se tuvo reportes de este ítem en el tercer control.

Sentimiento de soledad y minusvalía.

12 pacientes (80%) presentaban sentimientos de soledad y minusvalía en el primer contacto, esto bajó al 26.7% en el primer control, 13.3% afectaba parcialmente en el segundo control y ninguno reportó este disconfort en el último control.

Sentimiento de desesperanza.

El 86.7% presentaba este sentimiento en el primer contacto, lo cual bajó al 26.7% en el primer control, 13.3% en el segundo control y ninguno tenía en el último control.

Manipulación o llamado de atención.

En el 66.7% se evidenció éste móvil en la conducta suicida, manteniéndose en el 20% de casos este móvil y para el tercero no se tuvo reportes.

Duelo o sacrificio.

Un solo caso (6.7%), refirió haber realizado esta conducta por esta causa y no se evidenció en las siguientes consultas.

Castigo, crimen, venganza.

El 80% refirió haber realizado como castigo (entendido como tal al sentimiento que se deseaba generar en la persona con quien se generó el conflicto y que lo llevó a escoger esta conducta suicida). Esto descendió al 6.7% (un caso) en primer control y no se presentó en los siguientes.

Problemas de estudio.

El 13.3 refirió que este móvil fue por problemas en estudios, el 6.7% ya no tuvo este problema en el primer control y no se presentó en los siguientes controles.

Tratamiento Realizado

Antidepresivos.

En 4 casos (26.7%) fue necesario iniciar con antidepresivos, de los cuales uno cumplió regularmente, otro lo hizo irregularmente y uno no cumplió en el primer control, en el segundo control sólo uno cumplió el tratamiento y para los otros controles ya no se tuvo reportes.

Ansiolíticos.

8 casos, (53.3%) inició con ansiolíticos, pero sólo el 13.3% cumplió en el primer control y ninguno desde el segundo control.

Antipsicóticos.

En 2 casos (13.3%) ameritó esta medicación en el primer contacto y ninguno recibió desde el primer control.

Terapia individual.

Todos los casos recibieron terapia individual en el primer contacto. Sólo el 13.3% cumplió las citas regularmente. Hasta el último control seguido.

Terapia familiar.

El 66.7% ameritó terapia familiar, pero sólo un caso (6.7%) cumplió conforme a lo planificado hasta la última sesión seguida.

Terapia grupal.

El 40% fue incluido en terapia grupal, pero sólo el 13.3% cumplió irregularmente.

Respuesta al tratamiento

Manejo adecuado de sentimientos.

Sólo un caso mostraba manejar bien sus sentimientos en el primer contacto. En el primer control, se encontró que el 20% mejoró parcialmente y de allí no se logró mejorar más.

Manejo de conflictos interpersonales.

El 60% presentaba mal manejo de los conflictos interpersonales en el primer contacto, quedando el 13.3% sin mejoría.

Situación familiar o de pareja.

Todos presentaron problemas en la situación familiar o de pareja en el primer contacto. El 6.7% quedaron con mejoría parcial hasta el control final seguido.

Situación laboral, académica, económica, legal.

El 46.7% presentó problemas en este campo en el primer contacto, el 13.3% no presentó ningún cambio en el primer control y el 6.7% presentó cambio parcial en el segundo control.

Respuesta de la enfermedad física.

Un caso que refirió tener este problema, que era una enfermedad invalidante, no mejoró en los controles.

Respuesta a la enfermedad psiquiátrica.

El 53.3% llegaron a constituir cuadros compatibles con diagnósticos psiquiátricos en el primer contacto, los casos se fueron resolviendo parcialmente en los controles hasta quedar un caso (6.7%) con resolución parcial en el último control.

Estrategias de afrontamiento psicológico aprendidos.

De dos casos que se identificaron con buenos mecanismos de afrontamiento psicológico en el primer contacto, se encontró que uno más aprendió mecanismos adecuados.

Distorsiones cognitivas.

Todos los casos tenían al menos alguna distorsión en el primer contacto, el 33.3% mejoró en el primer control y otro 6.7% mejoró en el segundo control.

Planes para el futuro.

El 60% refirió tener planes para el futuro, llegando todos a referir algún plan para su futuro en el último control.

Deseos de vivir.

El 73% de casos referían querer vivir en el primer contacto, llegando el 86.7% a referir deseos de vivir en el último control.

Evaluación del funcionamiento global.

En el primer contacto hubo un 6.7% con EAG de 40% y los demás estaban por debajo de 70%, llegando a concluir el 33.3% con puntaje de 70% y los demás llegaron por sobre este valor en el último control.

Psicometría

Según el Cuestionario de Indicadores de Riesgo (CIR), se obtuvo los siguientes resultados:

Cuestionario de indicadores de riesgo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Riesgo leve	5	33.3
Riesgo intermedio	4	26.7
Riesgo alto	6	40.0
Total	15	100.0

Escala de desesperanza de Beck

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Riesgo bajo	3	20.0
Riesgo leve	5	33.3
Riesgo moderado	1	6.7
Riesgo alto	6	40.0
Total	15	100.0

Resulta muy interesante ver como los dos test anteriores coinciden perfectamente en el puntaje para los diversos grados de riesgo de suicidio.

Otro test que evaluó de manera indirecta el riesgo suicida es el Test de inteligencia emocional:

Test de inteligencia emocional: Autoconciencia

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deficiente	6	40.0
Regular	9	60.0
Total	15	100.0

Test de inteligencia emocional: Autocontrol

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deficiente	1	6.7
Regular	14	93.3
Total	15	100.0

En ambos componentes de este test se encuentra que más de la mitad de los pacientes presenta un regular funcionamiento.

Discusión

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o incluso peor, no lo hacen. El número de suicidios es a menudo subestimado. El alcance de esta subestimación varía de país a país, depende del estigma, los factores sociales y políticos y el desconocimiento en el sentido que esta condición también es un diagnóstico, lo que significa que puede que algunos suicidios se reporten bajo el disfraz de accidentes o muerte por causas indeterminadas. Se cree que el alcance de esta subestimación es 20-25% en personas de edad y 6-12% en otras (6).

En el presente estudio, casi la mitad de los pacientes corresponde a personas entre 11 a 19 años, con franco predominio (73.4%) del género femenino y solteros y en más de la mitad corresponde a personas con instrucción primaria completa.

En relación a los factores de riesgo detectados, predominaron los conflictos familiares y el sentimiento de desesperanza, que estuvieron presentes en el primer contacto en el 86.7% de casos, seguido de sentimientos de soledad y minusvalía y el móvil de castigo, crimen y venganza en el 80% de casos. El conflicto sentimental o amoroso, se presentó en 9 casos (60%).

Por la baja adherencia, en el último control (los pocos casos) referían haber superado los problemas que motivaron esta conducta, esto se debería también posiblemente porque el móvil en el 80% de los casos, era la comunicación (castigo, crimen o venganza) junto al sentimiento de desesperanza que generaba la crisis, lo que como veremos posteriormente, pasada la etapa de crisis y abordado el conflicto integralmente y reintegrado emocionalmente en la homeostasis familiar, llevaba a estabilizarse "rápidamente".

El tratamiento que más se realizó de tipo biológico, es la administración de ansiolíticos (53.3%), lo que va en relación a lo descrito anteriormente, en el sentido que la situación conflictiva generaba gran ansiedad y ello motivaba la búsqueda del escape a través de la conducta autolítica. Antidepresivos y antipsicóticos

se usaron en pocos casos y sin mantenerse en los controles (lo que no ocurrió con los ansiolíticos).

En relación a psicoterapia, todos los individuos recibieron terapia de apoyo inicialmente y en las sesiones de seguimiento terapia cognitiva conductual e interpersonal, el 66.7% también recibió terapia familiar y sólo el 40% inició terapia de grupo.

Algunos aspectos fueron evaluados en relación a la respuesta al tratamiento (biológico y psicoterapéutico): más de la mitad de los casos no manejaba adecuadamente sus sentimientos ni sus conflictos interpersonales, con el tratamiento mejoró poco y pocos casos, lo que se debe fundamentalmente a la falta de adherencia al seguimiento.

También los conflictos familiares, laborales, académicos y económicos estuvieron presentes en la mayoría de casos. El 53.3% llegó a constituir cuadros compatibles con diagnósticos psiquiátricos en el primer contacto sobre todo de Trastornos adaptativo, depresivo, depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite, los casos se fueron resolviendo parcialmente en los controles hasta quedar un caso (6.7%) con resolución parcial en el último control. No se tuvo avance en estrategias de afrontamiento psicológico aprendidos.

Todos los casos tenían al menos alguna distorsión cognitiva en el primer contacto, los que mejoraron parcialmente en el seguimiento. Todos los casos llegaron a referir algún plan para su futuro y el 86.7% refirieron tener deseos de vivir en el último control.

Debido a que el grupo fue pequeño y a la baja adherencia al seguimiento y a la predominancia de buena evolución en los casos de acudieron a controles, el 6.7% con EAG de 40% al ingreso y el resto obtuvo puntajes menores a 70%, al tercer control se obtuvo el 33.3% con puntaje de 70% y los demás se ubicaron sobre este valor.

Con respecto a psicometría, resulta muy interesante ver como los dos test (Cuestionario de indicadores de riesgo y Escala de desesperanza de Beck), coinciden perfectamente en el puntaje para los diversos grados de riesgo de suicidio, sobre todo en los riesgo alto (40% de casos en cada uno de esos test).

Otro test que evaluó de manera indirecta el riesgo suicida es el Test de inteligencia emocional, mismo que obtuvo resultados no equiparables en sus dos componentes: autoconciencia (60% con funcionamiento regular) y autocontrol (93.3% con funcionamiento regular).

Conclusiones y Recomendaciones

Con esta información, el perfil de un paciente suicida en nuestro medio sería un ser humano con las siguientes características: generalmente mujer entre 11 a 19 años, soltera, con instrucción primaria completa, con conflictos familiares que generan un sentimiento de desesperanza, sentimientos de soledad y minusvalía (la mayoría susceptibles de diagnósticos de Trastornos adaptativo depresivo, depresión, ansiedad y trastorno de personalidad límite) que ante un problema sentimental o amoroso, decide como móvil el castigo, crimen y venganza y termina en intento de suicidio.

Una vez afrontada la crisis, se da una baja adherencia para la fase de seguimiento, sin embargo, las medidas que ayudan a estabilizarse es la reintegración familiar, el uso de ansiolíticos.

Se requiere para la prevención, según el estudio, fortalecer los factores protectores de suicidio, psicoeducación en mecanismos de defensa psicológicos, manejo de sentimientos y conflictos interpersonales.

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales.

La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva (8).

Deberá formarse al personal de atención primaria en salud, a los educadores y a la sociedad en general, en la identificación de las personas en riesgo y se debe ofrecer el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo, de personalidad, etc., oportunamente (9).

Se tendrán siempre en mente las acciones que la OMS (2003), sugiere a nivel mundial para la prevención del intento de suicidio:

- Tratamiento de la enfermedad mental.
- Control de la posesión de armas de fuego.
- Destoxificación del gas doméstico.
- Destoxificación de los gases de vehículos de motor.
- Control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas.
- Disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de carácter masivo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- SEMPERTEGUI, R. et., al. Panorama epidemiológico del Ecuador. MSP. 1997. Ecuador
- 2- Informe mundial sobre violencia y salud. 2003. USA
- 3- OPS.OMS-UNDP-UNFPA: Indicadores básicos de Salud. 2004
- 4- SÁEZ GARCÍA, Irene: El enfoque sistémico integrado aplicado al trabajo con adolescentes de conducta suicida. Universidad de Carabobo. Venezuela. Octubre del 2003.
- 5- MARUSIC, Andrej, et. al. ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa? Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) v.16, n.2 Zaragoza abr-jun. 2002
- 6- Ibid
- 7- Ibidem
- 8- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/suicidio.htm>.
- 9- OQUENDO et. al. Sex Differences in Clinical Predictors of Suicidal Acts After Major Depression. A Prospective Study, American Journal of Psychiatry 2007, 164 (1) 134.
- 10- KAPLAN, H., et. al. Sinopsis de Psiquiatría, 8a. ed, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires-Argentina 2001, pp 983-992.
- 11- CASSEM, N., Psiquiatría de Enlace en el Hospital General. Hospital General de Massachusetts, 3a. ed., Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1994.
- 12- M.S.P.-Ecuador, Manual de atención primaria en salud mental, M.S.P.-Quito, 2009.
- 13- KAPLAN, H., et.al. Pocket Handbook of clinical psychiatry, 2a. ed., Ed. Williams and Wilkins, Maryland, 1996, pp. 205-217
- 14- TORO, L., et. al. Manual de Psiquiatría, 4a. ed, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, Medellín-Colombia, 2004. pp. 445-453.
- 15- ALARCÓN, R., Psiquiatría, 2a. ed., Ed. Manual moderno, Washington, 2005, pp. 654, 869.
- 16- ROMA, M. et. al. Medicine, Trastornos psiquiátricos en patologías médicas, (109):7 España 1999, pp. 5067.
- 17- GOMEZ, C., Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos, centro editorial Javeriano, Bogota, 2002, pp 428-432.
- 18- BOBES, J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, Ed. Ars Medica, Oviedo, 2004, pp 73-78.
- 19- FLAHERTY, J., Psiquiatría: diagnóstico y tratamiento, Ed. Panamericana, México, 1991, pp. 69-77.
- 20- BOBES, J., et. al., Comportamientos suicidas, Ars Medica, Barcelona, 2004.
- 21- O.P.S., Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, O.P.S.-Washington, 2005.
- 22- SEVA, A. et al. Psicología Médica (Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad). Editorial INO. Reproducciones, Zaragoza, 1994.