



Investigación en Salud

ISSN: 1405-7980

invsalud@cucs.udg.mx

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
México

Quintanilla Montoya, Roque; Haro Jiménez, Laura Patricia; Flores Villavicencio, María Elena; Celis de la Rosa, Alfredo; Valencia Abundiz, Silvia

Desesperanza y tentativa suicida

Investigación en Salud, vol. V, núm. 2, agosto, 2003, p. 0

Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Guadalajara, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250206>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Desesperanza y tentativa suicida

* Roque Quintanilla Montoya, Laura Patricia Haro Jiménez, María Elena Flores Villavicencio, Alfredo Celis de la Rosa y Silvia Valencia Abundiz

Resumen

El trabajo se realizó con pacientes de tentativa suicida (N=78) en el Hospital Civil de Guadalajara y un grupo de referencia (N=89) sin ideación y sin tentativa suicida en población abierta. A ambos grupos se les aplicó la escala de desesperanza de Beck, que evalúa desesperanza e identifica si el factor es de tipo cognitivo, motivacional o afectivo. Al grupo de tentativa suicida se le hizo, además, un cuestionario sociodemográfico para caracterizar factores asociados al suicidio.

De los pacientes de tentativa suicida, 78 por ciento presentaron algún nivel de desesperanza, contra 38 por ciento del grupo de referencia. Estas diferencias fueron altamente significativas con una $p < .01$ mediante la prueba de Chi cuadrada.

El tipo o factor de desesperanza que se identificó en cada grupo también mostró una diferencia significativa de $p < .05$ con la prueba de Chi cuadrada. La distribución porcentual de los factores de desesperanza en el grupo de tentativa suicida fue: 52.5 por ciento cognitivo, 41 por ciento motivacional y 6.6 por ciento afectivo; en tanto que en el grupo de referencia, 47.1 fue cognitivo, 29.4 motivacional y 23.5 afectivo.

Palabras clave: tentativa suicida, desesperanza, cognición, motivación y afectividad.

Abstract

The study group included 78 patients attended at the Hospital Civil de Guadalajara, after tentative of suicide. The reference group was conformed for 89 subjects from the open population, without intention or tentative of suicide. Both groups answered the Beck Test for Hopeless, which explore and identified its type: cognitive, motivational or affective. The study group also answered a questionnaire to measure the prevalence of risk factors for suicide.

The Hopeless was more prevalent, 78%, in the study group than in the reference group, 38%, a difference statistically significant ($p < 0.01$). For the group with tentative of suicide 52.5% were cognitive type, 41% of motivational type, and 6.6% of affective type. For the reference group frequencies were 47.1% for cognitive, 29.4% for motivational, and 23.5% for affective. Differences showed statistical significance ($p < 0.05$).

Key words: tentative of suicide, hopeless, cognitive, motivation, affectivity.

Introducción

De acuerdo con las cifras que proporciona el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (1), en el ámbito nacional la tasa de suicidio se ha incrementado de 1.13 en 1970 a 2.80 por cien mil habitantes en el 2000. En Jalisco, las cifras también muestran un incremento: de una tasa de 0.27 en 1970 pasó a 4.51 en 2000. En 1997 fue la cuarta causa de muerte en el grupo de quince a veinticuatro años de edad, con una tasa de 8.01, y en el grupo de veinticinco a cuarenta y cuatro años fue la séptima causa de muerte con una tasa de 7.65.

Por su naturaleza, el suicidio está asociado a la salud mental del individuo, ya que es una situación de crisis que pone en riesgo la vida. Slaiku (2) define este estado de crisis como:

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Un estado temporal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular, usando los métodos frecuentes de resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo.

El suicidio por lo general atraviesa circunstancias concretas como el pensamiento, la acción y la consumación del acto. Aunque existen variantes en la forma de clasificar y definir los diferentes rangos de conducta tendentes a quitarse la vida, la definición que Durkheim (3) hace en su obra de 1897 sigue siendo ilustrativa del acto mismo:

Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.

La tentativa de suicidio se puede conceptuar como toda acción planeada o impulsiva tendente a autolesionarse, con o sin la conciencia que dicho acto podría generarle la muerte, y detenida en su proceso antes que dé como resultado la pérdida de la vida.

La American Psychiatric Association en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4), en el capítulo de trastornos del estado de ánimo, hace hincapié en los síntomas de desesperanza, pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativa suicida como criterios de diagnóstico para el episodio depresivo mayor.

La esperanza o desesperanza es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Plantearlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo.

Black y Winokur (5) reportan que el suicidio en pacientes con desorden afectivo ocurre invariablemente durante un episodio clínico depresivo, y es ocho veces más alto el riesgo si la persona tiene un historial de tentativas suicidas. Por su parte, McCombs (6) centra su atención sobre el concepto de Locus de control, entendido como un constructo de la personalidad que permite al sujeto percibir el control de su conducta contra el destino, la suerte o circunstancias externas. Dicho control implica que el individuo no entre en desesperanza al poder elegir y encauzar tanto su energía como sus pensamientos hacia su realización como persona. En tanto, Seligman (7) plantea la posibilidad de que la desesperanza observada en los animales y humanos sea por el aprendizaje de que algunos eventos son incontrolables, lo que genera en los sujetos el abandono de búsqueda de solución al problema.

El objetivo de este trabajo es evidenciar que el aspecto cualitativo de la desesperanza está dado por la identificación del factor emotivo, motivacional o cognitivo en la persona de tentativa o ideación suicida, ya que es diferente al que se presenta en los sujetos sin este tipo de problema.

Material y métodos

Es un estudio transversal descriptivo, comparativo entre un grupo de pacientes de tentativa suicida que ingresaron al Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de Guadalajara, del área de adultos en el periodo de 1997 a 2000 y un grupo de referencia sin ideación ni tentativa suicida en población abierta, equiparado al primero en edad y sexo con escolaridad variable.

La muestra total fue de 167 pacientes con tentativa suicida (grupo 1), con una edad promedio de 26.34 años, con un mínimo de quince, un máximo de cuarenta y ocho y una desviación estándar de 8.52 años. De esta muestra total se hace una descripción de los factores sociodemográficos del grupo, por considerar importante la referencia de comparación con las estadísticas de suicidios consumados asentados en la literatura científica. En 78 sujetos del

INVESTIGACIÓN EN SALUD

grupo con tentativa suicida se pudo medir la desesperanza mediante la escala Beck y comparar los resultados con un grupo de referencia sin tentativa ni ideación suicida.

El grupo de referencia (grupo 2) se integró de 89 personas con un promedio de 25.71 años de edad, con un mínimo de dieciséis, un máximo de cuarenta y cinco y una desviación estándar de 8.29 años.

Factores de inclusión:

Grupo 1: presentar diagnóstico de tentativa suicida; tener al menos quince años de edad y no presentar trastornos de conciencia.

Grupo 2: estar en el rango de quince a cuarenta y nueve años de edad y aceptación voluntaria de contestar la prueba.

Factores de exclusión:

Grupo 1: sujetos con trastorno psiquiátrico, inconsciente o sedado.

Grupo 2: presentar algún trastorno visible de conducta o ideación suicida activa.

La variable de análisis en ambos grupos fue el factor de desesperanza, identificado por la escala de desesperanza de Beck, que diagnostica la presencia o ausencia de ésta por la puntuación total de la prueba. Considera como mínima o nula de 0 a 3 puntos; leve de 4 a 8 puntos; moderada de 9 a 14 puntos, y severa de 15 a 20 puntos; de igual modo, identifica si la desesperanza tiene connotación afectiva, motivacional o cognitiva. Para el grupo de tentativa suicida se registraron, además, las variables sociodemográficas que el INEGI utiliza en la descripción de conducta suicida.

Resultados

Los datos sociodemográficos de los 167 pacientes de tentativa suicida muestran (tabla I) que el grupo más vulnerable es el comprendido entre los quince y veinticuatro años, con un porcentaje acumulado de 54 por ciento. Otros datos relevantes son: 60 por ciento fueron del género femenino y 40 por ciento del masculino.

En cuanto al estado civil, 55 por ciento eran solteros; 21 por ciento casados, y 11 por ciento vivían en unión libre; en tanto que 48 por ciento manifestaron no tener pareja, entendido el concepto como la ausencia de amiga, novia o persona con quien viva. La variable "ocupación laboral" identificó a 18 por ciento de desempleados, 18 por ciento de amas de casa y 6 por ciento de estudiantes, que agrupan 42 por ciento de personas no incorporadas formalmente en actividades productivas.

La tabla II muestra los antecedentes de tentativa de suicidio de 158 de los 167 sujetos del primer grupo. Los otros nueve no brindaron información al respecto. Se evidencia un dato importante: de cada dos pacientes que se recibieron por tentativa suicida, uno ya había intentado quitarse la vida al menos una vez.

TABLA I DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD DE LOS SUJETOS CON TENTATIVA DE SUICIDIO			
Grupo de edad en años	#	%	% acumulado
15 a 19	37	22.2	22.2
20 a 24	53	31.7	53.9
25 a 29	26	15.6	69.5
30 a 34	16	9.6	79.0
35 a 39	14	8.4	87.4
40 a 44	12	7.2	94.6
45 a 49	5	3.0	97.6
50 a 54	1	0.6	98.2
55 a 59	2	1.2	99.4
60 a 64	1	0.6	100.0
Total	167	100.0	

INVESTIGACIÓN EN SALUD

En la tabla III se muestran los resultados de los 79 en los que se pudo aplicar la prueba de desesperanza de Beck y se comparan con el grupo de referencia. En ellos, el nivel y tipo de desesperanza que se identificó entre los grupos es diferente cualitativa y cuantitativamente. Al compararlos con el grupo sin desesperanza, el riesgo de intento de suicidio se incrementa en relación directa con la magnitud de desesperanza: es 4.5 veces (IC95% de 2.0 a 10.1) en los de desesperanza leve y de 6.1 veces (IC95% de 2.0 a 10.1) en los de desesperanza moderada o severa ($p < 0.01$ para el cuadro en conjunto).

Número de tentativas de suicidio	# de sujetos	%
0	83	49.7
1	35	21.0
2	23	16.8
3	12	7.2
4 o más	5	3.0
Sin datos	9	5.4
Total	167	100.0

El factor de desesperanza se puede considerar como la parte cualitativa. Éste se reportó sólo en los casos en que el sujeto presentó al menos el nivel leve o mínimo de desesperanza. En la tabla IV se observa que las diferencias entre los dos grupos fue significativa con una $p < .05$ con la prueba de Chi cuadrada.

En el grupo de tentativa suicida, 52 por ciento de las personas presentaron una desesperanza de tipo cognitivo; esto significa que el esquema mental con el que estas personas intentan resolver su vida o conflicto personal, está representado por pensamientos de percepción de un futuro incierto, sin imaginar qué pueden estar haciendo en cinco o diez años. Perciben que la gente, en su mayoría, consigue mejores cosas que ellos y cuando evalúan sus metas o proyectos, por lo general sienten que no marchan como deberían.

Desesperanza	Grupo		OR	IC95 %
	Con tentativa suicida	Sin tentativa suicida		
No	17	55	1.0	
Leve	36	26	4.5	2.0 a 10
Moderada o severa	15	8	6.1	2.0 a 19

En 41 por ciento de los sujetos del grupo de tentativa suicida se identificó el factor motivacional. Los pensamientos más frecuentes en este tipo de personas son: darse por vencidos; renunciar a hacer las cosas; esperar que por sí solas las cosas cambien; no creen que en un futuro puedan modificar las circunstancias por acciones de ellos mismos; piensan que como nunca consiguen nada, es absurdo desear cualquier cosa y no tienen motivos para luchar.

Factor de Desesperanza	Grupo			
	Con tentativa suicida		Sin tentativa suicida	
	#	%	#	%
Afectivo	4	6.6	8	23.5
Motivacional	25	41.0	10	29.4
Cognitivo	32	52.5	16	47.1
Total	61	100.0	34	100.0

Es destacable que sólo siete por ciento del mismo grupo reveló una desesperanza con factor afectivo, el cual se asocia a sentimientos de esperanza sobre un futuro con entusiasmo y confianza, en que se pueden conseguir cosas de su interés y que se espera ser más feliz de lo que se es en el momento presente.

En el grupo sin tentativa suicida con el que se compararon los resultados, 47 por ciento de los sujetos con desesperanza fue cognitivo; 29 por ciento motivacional, y 23 por ciento de tipo afectivo. Los significados son iguales a los antes descritos y los dos últimos factores se distribuyen

casi proporcionalmente

Es destacable que sólo siete por ciento del mismo grupo reveló una desesperanza con factor afectivo, el cual se asocia a sentimientos de esperanza sobre un futuro con entusiasmo y confianza, en que se pueden conseguir cosas de su interés y que se espera ser más feliz de lo que se es en el momento presente.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

En el grupo sin tentativa suicida con el que se compararon los resultados, 47 por ciento de los sujetos con desesperanza fue cognitivo; 29 por ciento motivacional, y 23 por ciento de tipo afectivo. Los significados son iguales a los antes descritos y los dos últimos factores se distribuyen casi proporcionalmente.

Discusión

Es significativa la presencia de desesperanza en los sujetos con tentativa suicida; sin embargo, el factor más importante que se identificó fue el cognitivo, con 52 por ciento y no el afectivo, como empíricamente se le asocia. El motivacional y, sobre todo, el cognitivo se asocian más a pensamientos que a sentimientos, situación que favorece una intervención psicoterapéutica orientada a un proceso racional emotivo. La esperanza se relaciona también con un proyecto de vida, que puede ser promovido desde la escuela, la sociedad y la familia al tener elementos científicos que permitan explicar cómo alguien puede desconstruir el proyecto de vida y convertirlo en uno de muerte.

El locus de control y la desesperanza aprendida referida por McCombs (6) y Selligman (7), respectivamente, contienen elementos cognitivos al ser entendidos como procesos de aprendizaje y, en ese sentido, son susceptibles de ser modificados mediante programas de prevención y promoción de la salud.

Los resultados del grupo de tentativa suicida reflejan una distribución y comportamiento muy similar a los suicidios consumados reportados por el INEGI (1) y Hernández Arias (8), excepto por la inversión en género y método utilizado, ya que en el suicidio consumado la relación es de cinco varones por cada mujer y en tentativa suicida es de seis mujeres por cada cuatro varones, aproximadamente (la estadística sobre tentativa suicida que reporta el INEGI presenta un alto subregistro). Los métodos utilizados en suicidio consumado son, primero, estrangulación, con 65 por ciento, y arma de fuego, con 20 por ciento; en tanto que las tentativas suicidas son principalmente por intoxicación (43 por ciento de medicamentos y 17 por ciento por venenos), lo que sugiere menos letalidad, pues sólo ocho por ciento de las muertes por suicidio se relacionaron con la ingesta de sustancias como medio utilizado.

Otro aspecto relevante que no se ha reportado integralmente y se identifica a menudo en la práctica clínica con pacientes de tentativa o ideación suicida, es la presencia frecuente de sentimientos de soledad, abandono, irritabilidad hacia las figuras paternas o maternas por la falta de entendimiento o comunicación, falta de autoestima y sentimientos de culpa por los eventos o circunstancias que está viviendo.

Conclusiones

La tasa de crecimiento y el impacto o consecuencias asociadas al suicidio permiten evidenciar que éste es un problema de salud pública, que requiere ser atendido de manera integral y transdisciplinariamente.

El concepto de esperanza-desesperanza, visto como un proceso, debe ser un indicador que oriente de manera selectiva el trabajo de prevención del suicidio, a través de la generación de proyectos reales de vida en la población y la atención de la ideación por un modelo cognitivo que permita reconstruir lo que la persona espera de la vida.

Los datos centrales del trabajo a la luz de la literatura sobre suicidio sugieren la posibilidad de reflexionar sobre tres aspectos:

1. En general, la depresión (4) se toma como el diagnóstico final importante, al que se le incluye la desesperanza como un indicador más, sin hacer un análisis del proceso y tipo de desesperanza.

INVESTIGACIÓN EN SALUD

2. Reconocer o identificar los diferentes tipos y procesos de formación de desesperanza en el individuo nos permite diseñar estrategias alternas para la promoción de la salud, de acuerdo con cada tipo de población.

3. El proyecto de muerte que alimenta cognitivamente y afectivamente a la persona con ideación suicida, podría replantearse al modificar sus esquemas de referencia sobre: a) la percepción que tiene de sí mismo; b) la percepción que tiene de las demás personas con respecto a él, y c) la percepción que tiene sobre el futuro.

Referencias bibliográficas

1. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Cuaderno núm. 7, 2001.
2. Slaiku, K.K. Crisis intervention, Boston, Allyn & Bacon, 2a. edición. 1990.
3. Durkheim, E. El suicidio. México: Ediciones Coyoacán, 1994.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson, 1995.
5. Black, Donald W. y Winokur, G. "Suicide and psychiatric diagnosis", en Blumental, Susan J. Kupfer, D. Suicide over the life cycle. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.
6. McCombs, B. "Metacognition and motivation in higher level thinking", Annual meeting of the American Educational Research Association. Chicago, 1991.
7. Atherton, J. S. Learning and Teaching: Learned helplessness. Citada el 27 de septiembre de 2002. Se consigue en: www.dmu.ac.uk/~jamesa/learning/learned_helplessness.htm
8. Hernández Arias, José M. "Aspectos epidemiológicos del suicidio consumado en el estado de Jalisco, de 1988 a 1993". Tesis de licenciatura en Medicina, Universidad de Guadalajara, 1994.

Roque Quintanilla Montoya

Maestro, profesor investigador titular B

**Departamento de Psicología Aplicada,
CUCS-UDG**

Laura Patricia Haro Jiménez

**Maestra, profesora investigadora titular
B**

**Departamento de Ciencias Sociales,
CUCS-UDG**

María Elena Flores Villavicencio

Doctora, profesora titular A

**Departamento de Disciplinas Filosóficas
Metodológicas e Instrumentales, CUCS-
UDG**

Alfredo Celis de la Rosa

Doctor, profesor investigador titular C

**Departamento de Salud Pública, CUCS-
UDG**

Silvia Valencia Abundiz

**Maestra, profesora investigadora titular
B**

**Departamento de Psicología Aplicada,
CUCS-UDG Correspondencia y
sobretiros:**

INVESTIGACIÓN EN SALUD

Roque Quintanilla Montoya

**Departamento de Psicología Aplicada,
CUCS-UDG**

Sierra Nevada 950, col. Independencia

CP 44340, Guadalajara, Jalisco, México

Tel. (33) 3617 43 29

E-mail: roque@cucs.udg.mx

**Artículo con "conflicto de interés no
declarado"**