

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
INTERNADOS EN EL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDÉS
DE LA CIUDAD DE EL ALTO

Postulante: Deybby Jaen Luna Laredo

Tutor: Dr. Rodolfo López Hartmann

La Paz – Bolivia

2019

RESUMEN

La presente investigación busca como objetivo demostrar el grado de relación entre el nivel de severidad del intento suicida y el nivel de depresión en los pacientes del Hospital Boliviano Holandés de la ciudad de El Alto.

Las tasas de suicidio actualmente son preocupantes a nivel mundial, siendo considerado un problema de Salud Pública. La finalidad es conocer las características de los pacientes con intento de suicidio en sus episodios depresivos.

El diseño de la investigación es no experimental de tipo descriptivo - correlacional, con una muestra no probabilística de tipo intencional; se consideraron 15 pacientes aplicando las pruebas del inventario de depresión (Beck) y la escala de intencionalidad suicida (Beck), dando como resultado el nivel de severidad en el intento suicida moderado proporcional y frecuente al episodio depresivo moderado; afectando al grupo etario de 20 a 30 años.

Se recomienda trabajar de forma interdisciplinaria en esta problemática, para obtener cambios positivos y permanentes, así como también generar propuestas de carácter preventivo temprano en el sistema hospitalario, aplicable a nivel socioeducativo familiar.

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicado a todas aquellas personas que en algún momento de su vida sufrió de depresión e intento de suicidio y permitieron ser parte de este estudio.

Y especialmente a mi madre Mirtha Laredo Vacaflores, por enseñarme a persistir en todas mis metas.

Por estar siempre escuchándome en los momentos difíciles, por todo su apoyo incondicional, por ser una fuente de motivación constante y sobre todo por tus infinitos “tú puedes”.

AGRADECIMIENTO

*Agradezco primeramente a mi tutor Dr. Rodolfo López Hartmann por su
asesoría y su paciencia en este proceso.*

*A la Universidad Mayor de San Andrés especialmente a mi Carrera por toda
la formación académica e incentivar mi pasión por la Psicología.*

*Al Hospital Boliviano Holandés y el personal por haberme permitido
realizar este estudio de investigación.*

Al Hospital De Clínicas por el acceso a toda la información de temática.

*A todos mis compañeros por sus colaboraciones en el proceso de
elaboración.*

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|------------|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTO..... | ii |
| INTRODUCCIÓN | iii |

CAPÍTULO I

| | |
|---|-----------|
| PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN..... | 18 |
| I. ÁREA PROBLEMÁTICA..... | 18 |
| II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 19 |
| a. Formulación del problema: | 19 |
| III. OBJETIVOS. | 20 |
| a. Objetivo General. | 20 |
| b. Objetivo Específicos. | 20 |
| IV. HIPÓTESIS..... | 20 |
| V. JUSTIFICACIÓN..... | 20 |

CAPÍTULO II

| | |
|---|-----------|
| MARCO TEÓRICO..... | 23 |
| I. Suicidio. | 23 |
| a. Definición Intento o tentativa de suicidio..... | 24 |
| b. Características del acto suicida. | 26 |
| c. El comportamiento suicida. | 28 |
| d. Factores desencadenantes del suicidio..... | 29 |
| e. Antecedentes de los intentos suicidas en la ciudad de La Paz. | 31 |
| f. Antecedentes de los intentos suicidas del Hospital Boliviano Holandés. | 32 |

| | |
|---|-----------|
| II. Depresión..... | 33 |
| a. Tipos de depresión mayor | 34 |
| b. Clasificación de depresión: | 37 |
| c. Entre los factores desencadenantes de la depresión. | 39 |
| III. Relación entre depresión e ideación suicida..... | 39 |
| a. Factores predisponentes de orden psicológico. | 41 |
| b. Factor psicológico. | 42 |
| c. Factores psiquiátricos o patológicos | 43 |
| d. Factores predisponentes de orden médico y estado de salud. | 44 |
| e. Factores predisponentes de orden socioeconómico. | 44 |
| f. Factor sociológico. | 45 |
| IV. Intoxicación..... | 45 |
| a. Tipos de intoxicación..... | 45 |
| b. Clasificación de intoxicación. | 46 |

CAPÍTULO III

| | |
|--|-----------|
| METODOLOGÍA..... | 47 |
| I. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 47 |
| a. Tipo de Investigación. | 47 |
| b. Diseño de Investigación..... | 47 |
| II. VARIABLES..... | 48 |
| a. Identificación de Variables. | 48 |
| b. Definición de conceptual de las Variables..... | 48 |
| c. Operacionalización de Variables..... | 49 |
| III. POBLACIÓN Y MUESTRA | 51 |

| | |
|--|-----------|
| a. Población..... | 51 |
| b. Muestra..... | 51 |
| c. Criterios de la muestra..... | 51 |
| d. Criterios de selección..... | 51 |
| IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... | 52 |
| a. Técnica..... | 52 |
| b. Registros..... | 52 |
| c. Instrumentos..... | 52 |
| V. PROCEDIMIENTO..... | 55 |

CAPÍTULO IV

| | |
|---|------------|
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 57 |
| I. ANÁLISIS DE DESCRIPTIVO DE LOS DATOS GENERALES DE LA MUESTRA..... | 57 |
| II. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE INTENTO DE SUICIDIO.64 | |
| a. Análisis de resultados por ítems del inventario de intencionalidad suicida de Beck | 68 |
| III. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE DEPRESIÓN..... | 87 |
| a. Análisis de resultados por ítems del inventario de depresión de Beck..... | 89 |
| IV. CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE DEL INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN..... | 121 |
| a. ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS..... | 123 |
| V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 124 |
| a. ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN EN RELACION AL OBJETIVO GENERAL..... | 126 |
| b. ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 126 |

CAPÍTULO V

| | |
|--|------------|
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 128 |
| I. CONCLUSIONES..... | 128 |
| II. RECOMENDACIONES..... | 132 |
| III. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA | 135 |
| a. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA | 135 |
| b. WEBGRAFIA..... | 138 |
| IV. ANEXOS | 140 |

ÌNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1 <i>Análisis descriptivo en relación al sexo</i> | 57 |
| Tabla 2 <i>Análisis descriptivo en relación a la edad</i> | 58 |
| Tabla 3 <i>Análisis descriptivo en relación al estado civil</i> | 59 |
| Tabla 4 <i>Análisis descriptivo en relación al ocupación</i> | 60 |
| Tabla 5 <i>Análisis descriptivo en relación al método elegido por los pacientes</i> | 61 |
| Tabla 6 <i>Análisis descriptivo en relación del ¿Por qué eligió ese método?</i> | 62 |
| Tabla 7 <i>Análisis descriptivo en relación a los factores considerados por el paciente, por lo que llevó el intento de suicidio</i> | 63 |
| Tabla 8 <i>Análisis e interpretación de resultados de los niveles de severidad del intento suicida</i> | 64 |
| Tabla 9 <i>Análisis de resultados totales del nivel de intento suicida según Sexo</i> | 65 |
| Tabla 10 <i>Análisis de resultados totales del nivel de severidad del intento suicida según Edad</i> | 66 |
| Tabla 11 <i>Ítem 1. Aislamiento</i> | 67 |
| Tabla 12 <i>Ítem 2. Medición de tiempo</i> | 69 |
| Tabla 13 <i>Ítem 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> | 70 |
| Tabla 14 <i>Ítem 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> | 71 |
| Tabla 15 <i>Ítem 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro</i> | 72 |

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| Tabla 16 | <i>Ítem 6. Preparación activa del intento</i> | 73 |
| Tabla 17 | <i>Ítem 7. Nota suicida</i> | 74 |
| Tabla 18 | <i>Ítem 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> | 74 |
| Tabla 19 | <i>Ítem 9. Propósito supuesto del intento</i> | 75 |
| Tabla 20 | <i>Ítem 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> | 77 |
| Tabla 21 | <i>Ítem 11. Concepción de la letalidad del método</i> | 77 |
| Tabla 22 | <i>Ítem 12. Seriedad del intento</i> | 78 |
| Tabla 23 | <i>Ítem 13. Actitud hacia el vivir/morir</i> | 80 |
| Tabla 24 | <i>Ítem 14. Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> | 82 |
| Tabla 25 | <i>Ítem 15. Grado de premeditación</i> | 83 |
| Tabla 26 | <i>Dimensión Objetiva de la escala de intencionalidad suicida de Beck.</i> | 84 |
| Tabla 27 | <i>Dimensión subjetiva de la escala de intencionalidad suicida de Beck.</i> | 85 |
| Tabla 28 | <i>Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Sexo</i> | 87 |
| Tabla 29 | <i>Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Edad</i> | 88 |
| Tabla 30 | <i>Ítem 1. Tristeza</i> | 89 |
| Tabla 31 | <i>Ítem 2. Pesimismo</i> | 90 |
| Tabla 32 | <i>Ítem 3. Sentimientos de fracaso</i> | 91 |
| Tabla 33 | <i>Ítem 4. Pérdida de placer</i> | 92 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 34 | <i>Ítem 5. Sentimientos de culpa</i> | 93 |
| Tabla 35 | <i>Ítem 6. Sentimientos de castigo</i> | 94 |
| Tabla 36 | <i>Ítem 7. Insatisfacción con uno mismo</i> | 95 |
| Tabla 37 | <i>Ítem 8. Autocríticas</i> | 96 |
| Tabla 38 | <i>Ítem 9. Pensamientos o deseos de suicidio</i> | 97 |
| Tabla 39 | <i>Ítem 10. Llanto</i> | 98 |
| Tabla 40 | <i>Ítem 11. Agitación</i> | 99 |
| Tabla 41 | <i>Ítem 12. Pérdida de interés</i> | 101 |
| Tabla 42 | <i>Ítem 13. Indecisión</i> | 102 |
| Tabla 43 | <i>Ítem 14. Inutilidad</i> | 103 |
| Tabla 44 | <i>Ítem 15. Pérdida de energía</i> | 104 |
| Tabla 45 | <i>Ítem 16. Cambios en el patrón de sueño</i> | 105 |
| Tabla 46 | <i>Ítem 17. Irritabilidad</i> | 106 |
| Tabla 47 | <i>Ítem 18. Cambios en el apetito</i> | 107 |
| Tabla 48 | <i>Ítem 19 Dificultad de concentración</i> | 108 |
| Tabla 49 | <i>Ítem 20. Cansancio o fatiga</i> | 109 |
| Tabla 50 | <i>Ítem 21. Pérdida de interés en el sexo</i> | 110 |
| Tabla 51 | <i>Análisis e interpretación de resultados de los niveles de depresión</i> | 111 |
| Tabla 52 | <i>Dimensión Cognitiva Inventario de Depresión.</i> | 113 |

| | |
|--|------------|
| Tabla 53 <i>Dimensión Somática Inventario de Depresión.</i> | 114 |
| Tabla 54 <i>Correlaciones entre los valores nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel depresión.</i> | 121 |
| Tabla 55 . <i>ANÁLISIS DE HIPÓTESIS INTENTO DE SUICIDIO MEDIANTE LA PRUEBA (SIS) * DEPRESIÓN MEDIANTE LA PRUEBA (BDI)</i> | 123 |
| Tabla 56. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i> | 124 |

ÌNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 1. Análisis en relación al sexo | 58 |
| Gráfico 2. Análisis en relación a la edad | 59 |
| Gráfico 3. <i>Análisis en relación al estado civil</i> | 60 |
| Gráfico 4. <i>Análisis en relación al ocupación</i> | 60 |
| Gráfico 5. <i>Análisis en relación al método elegido por los pacientes</i> | 61 |
| Gráfico 6. <i>Análisis en relación del ¿Por qué eligió ese método?</i> | 62 |
| Gráfico 7. <i>Análisis en relación a los factores considerados por el paciente, por lo que llevó el intento de suicidio</i> | 63 |
| Gráfico 8. <i>Análisis e interpretación de resultados de los niveles de severidad del intento suicida</i> | 65 |
| Gráfico 9. <i>Análisis de resultados totales del nivel de intento suicida según Sexo</i> | 66 |
| Gráfico 10 <i>Análisis de resultados totales del nivel de severidad del intento suicida según Edad</i>..... | 67 |
| Gráfico 11. Ítem 1. Aislamiento..... | 68 |
| Gráfico 12. Ítem 2. Medición de tiempo | 70 |
| Gráfico 13. Ítem 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas | 71 |
| Gráfico 14. Ítem 4. Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento | 72 |
| Gráfico 15. Ítem 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)..... | 73 |

| | |
|---|----|
| Gráfico 16. <i>Ítem 6. Preparación activa del intento</i> | 74 |
| Gráfico 17. <i>Ítem 7. Nota suicida</i> | 75 |
| Gráfico 18. <i>Ítem 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> ... | 76 |
| Gráfico 19. <i>Ítem 9. Propósito supuesto del intento</i> | 77 |
| Gráfico 20. <i>Ítem 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> | 78 |
| Gráfico 21. <i>Ítem 11. Concepción de la letalidad del método</i> | 79 |
| Gráfico 22. <i>Ítem 12. Seriedad del intento</i> | 80 |
| Gráfico 23. <i>Ítem 13. Actitud hacia el vivir/morir</i> | 81 |
| Gráfico 24. <i>Ítem 14. Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> | 82 |
| Gráfico 25. <i>Ítem 15. Grado de premeditación</i> | 83 |
| Gráfico 26 <i>Dimensión Objetiva y Subjetiva de la escala de intencionalidad de Beck</i> | 86 |
| Gráfico 27. <i>Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Sexo</i> | 88 |
| Gráfico 28. <i>Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Edad</i> | 89 |
| Gráfico 29. <i>Ítem 1. Tristeza</i> | 90 |
| Gráfico 30. <i>Ítem 2. Pesimismo</i> | 91 |
| Gráfico 31. <i>Ítem 3. Sentimientos de fracaso</i> | 92 |
| Gráfico 32. <i>Ítem 4. Pérdida de placer</i> | 93 |
| Gráfico 33. <i>Ítem 5. Sentimientos de culpa</i> | 94 |
| Gráfico 34. <i>Ítem 6. Sentimientos de castigo</i> | 95 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 35. <i>Ítem 7. Insatisfacción con uno mismo</i> | 96 |
| Gráfico 36. <i>Ítem 8. Autocríticas</i> | 97 |
| Gráfico 37. <i>Ítem 9. Pensamientos o deseos de suicidio</i> | 98 |
| Gráfico 38. <i>Ítem 10. Llanto</i> | 99 |
| Gráfico 39. <i>Ítem 11. Agitación</i> | 100 |
| Gráfico 40. <i>Ítem 12. Pérdida de interés</i> | 101 |
| Gráfico 41. <i>Ítem 13. Indecisión</i> | 102 |
| Gráfico 42. <i>Ítem 14. Inutilidad</i> | 103 |
| Gráfico 43. <i>Ítem 15. Pérdida de energía</i> | 104 |
| Gráfico 44. <i>Ítem 16. Cambios en el patrón de sueño</i> | 105 |
| Gráfico 45. <i>Ítem 17. Irritabilidad</i> | 106 |
| Gráfico 46. <i>Ítem 18. Cambios en el apetito</i> | 107 |
| Gráfico 47. <i>Ítem 19 Dificultad de concentración</i> | 108 |
| Gráfico 48. <i>Ítem 20. Cansancio o fatiga</i> | 109 |
| Gráfico 49. <i>Ítem 21. Pérdida de interés en el sexo</i> | 111 |
| Gráfico 50. <i>Análisis e interpretación de resultados de los niveles de depresión</i> | 112 |
| Gráfico 51 <i>Dimensión Cognitiva y Somática Inventario de Depresión de Beck</i> | 115 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace con la inquietud de relacionar el intento de suicidio con la depresión en los pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés.

Conocemos que el intento de suicidio constituye una de las demostraciones dramáticas del fracaso de las personas al enfrentar y confrontar situaciones en la dinámica familiar, social y laboral.

Esta investigación pretende dar a conocer la relación de la depresión que manifiestan los pacientes con diagnóstico de intento suicida, al mismo tiempo pretendemos saber el nivel de severidad en el intento de suicidio.

La investigación muestra las características sociodemográficas y los factores psicosociales de los pacientes con intentos de suicidios.

Por lo mencionado anteriormente, el intento del suicidio debe ser observada y estudiada de forma continua y no como un fenómeno ajeno de nuestro contexto social, por el contrario, debemos hacer seguimiento a su evolución, tomando muy en cuenta la facilidad de acceso a los instrumentos o métodos para cometer la autolesión, en su estado depresivo.

Conociendo las características de la depresión y de los intentos de suicidios podremos llevar acabo en futuras investigaciones programas de prevención, capacitaciones a centros del como asistir a las personas que presentan el diagnóstico y mejorar la atención posterior a los pacientes que intentaron suicidase.

La presente investigación está dividida en cuatro capítulos:

En el primer capítulo presentamos todo lo referente al área problemática, los objetivos, la justificación y la hipótesis los cuales me han permitido orientar el tipo de investigación.

En el segundo capítulo hace referencia al marco teórico, donde se describe los conceptos y la teórica que se ha aplicado en la investigación.

En cuanto al tercer capítulo planteamos la metodología utilizada en la presente investigación, en ella se describe el diseño y el tipo de investigación.

En el capítulo cuatro encontraremos todo lo referente a los resultados de la investigación a través de los instrumentos de investigación utilizados, esto demostrado tablas y gráficas, acompañada respectivamente con sus descripciones.

Y por último el capítulo cinco encontraremos todo lo referente a las conclusiones y recomendaciones que se hacen a partir de todo lo investigado.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

I. ÁREA PROBLEMÁTICA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 800.000 personas se quitan la vida cada año en el mundo. Una cada 40 segundos. Los intentos de suicidio pueden multiplicar por 10 esa cifra. Mientras los trastornos mentales ocasionados en particular por el alcohol y la depresión empujan a muchos en Europa y Norteamérica, señala el organismo internacional.¹ (OPSOPS, 2014)

Las personas afectadas de Depresión Mayor presentan un riesgo suicida mayor que la población general. El suicidio constituye un problema de salud Pública muy importante, y en gran medida prevenible. En el mundo mueren al año alrededor de un millón de personas por suicidio, siendo ésta una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. En España es la primera causa de muerte no natural por encima de los accidentes de tráfico. Se trata de un fenómeno complejo de origen multifactorial, siendo los factores de riesgo diversos, de carácter biológico, psicológico y ambiental. En el 90% de los casos subyace una enfermedad mental que puede haber pasado inadvertida.

La prevención de la conducta suicida es una prioridad para el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014. Son varias las iniciativas actualmente en desarrollo destinadas a culminar la Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio, tras la conformación de un grupo de expertos de nuestro ámbito, que tiene como catalizador a la Oficina Regional de Coordinación de

¹ Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Salud Mental de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud². (ARPEGIO, 2017)

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Como se conoce los intentos autolíticos, no son considerados un problema de Salud Pública en Bolivia, por lo mismo no se realiza un seguimiento a su evolución, ni mucho menos a sus características psicológicas y/o sociales que con lleva este hecho.

Si bien se sobre entiende que existen varios factores desencadenantes para el intento de suicidio entre ellos los familiares o sociales, no siempre se hace perceptible si se está desarrollando los cuadros depresivos (leves o moderados), por la presión de su entorno.

La falta de concientización acerca de los cuadros depresivos en nuestra sociedad con lleva a la escasa búsqueda de ayuda profesional, lo que nos pone en una situación de vulnerabilidad e incremento en los posibles intentos autolíticos hasta consumarlos.

a. Formulación del problema:

¿Cuál es el grado de relación en el nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel de depresión en pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017?

Y para conocer el grado de relación del intento de suicidio y la depresión se propone las interrogantes complementarias:

- ¿Cuál son los niveles de severidad del intento de suicidio en los pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en los pacientes con intento de suicidio internados en el Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017?

² Plan Estratégico de Salud Mental. (2014). Plan Estratégico de Salud. 2018, de Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid Sitio web: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf> Pág. 167

III. OBJETIVOS.

a. Objetivo General.

➤ Conocer el grado de relación en el nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel de depresión en pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017.

b. Objetivo Específicos.

➤ Identificar los niveles de severidad del intento de suicidio mediante la escala de intencionalidad suicida de Beck en los pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017.

➤ Identificar los niveles de depresión mediante el inventario depresión de Beck en los pacientes con intento de suicidio internados en el Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017.

IV. HIPÓTESIS.

Hi. – Existe grado de relación entre *el nivel de severidad del intento de suicidio* y *el nivel de depresión* en los pacientes con intento de suicidio internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017.

Ho. - No existe grado de relación entre *el nivel de severidad del intento de suicidio* y *el nivel de depresión* en los pacientes con intento de suicidio internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017.

V. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación tiene como finalidad describir el grado de relación entre el intento de suicidio y la depresión, por cuanto esta temática se considera de alto riesgo para el estado vital de las personas, y es así que esta investigación pretende explicar el proceso.

Al revisar las estadísticas de la ³ (OPS, 2007) afirma “**OPS-Organización Panamericana De La Salud** en el informe sobre **MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS 2014** que menciona aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2013). El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente”.

Actualmente a nivel mundial el suicidio representa un problema de salud pública considerada como causa de muerte entre las edades de 15 a 75 años frustrando vidas potencialmente productivas en su periodo óptimo de formación y desarrollo psicosocial además de afectación emocional, social y económica a los familiares, amigos y comunidad.

Al no tener políticas claras al respecto en nuestro medio sobre la prevención de los intentos de suicidio, más aún en los distintos nosocomios, se debe realizar investigaciones a profundidad, es así que esta investigación pretende dar a conocer cuál es la problemática de aquellas personas que se encuentran en situaciones de riesgo o de amenaza vital, provocadas por el deterioro del estado de ánimo, así también no existen políticas preventivas en cuanto a la venta libre de productos que pueden atentar contra la vida.

Es fundamental detectar la dinámica en los factores influyentes a la hora de cometer el intento de suicidio; el factor económico, social, psicológico, cultural los mismos que pueden ser desencadenantes para el acto de auto-agresión, por lo mencionado anteriormente en esta investigación se tomó en cuenta el factor psicológico como ser la depresión.

Tomando en cuenta que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes que afectan a la población en todo el mundo y que existe una alta incidencia de este trastorno a escala mundial que el mismo conlleva a tomar acciones catastróficas en el

³ Organización Mundial de la Salud. (2014). MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LAS AMÉRICAS 2014, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf> Pág. 1.

individuo y sin respeta edad, sexo, posición económica, nivel escolar u otro factor invocado. Se estima que la depresión será el problema de mayor impacto en la salud de la población de países en vías de desarrollo en el año 2020, siendo la psicopatología más importante como precondition para un posible intento de suicidio en cualquier individuo.

La presenta de investigación tiene una relevancia social porque es una temática que afecta al entorno social, por cuanto el intento de suicidio interesa a la familia, a los hijos, a la pareja, a los educadores, a los padres; por cuanto el intento de suicidio a pesar de ser considerado una amenaza para la vida de las personas es un hecho social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

I. Suicidio.

Según Durkheim (1897, citado por Rivas, 2006, pp. 51), el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un aspecto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía de producir este resultado. También postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. Él lo consideraba consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración. Identificó cuatro tipos de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista que sucedían como consecuencia de determinadas condiciones sociales. Así, el suicidio egoísta y el altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anómico y el fatalista venían determinados respectivamente por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad según analizó en su obra, “El suicidio: un estudio sociológico”. Sin embargo, la tendencia actual considera el suicidio desde un punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral (Jiménez Genchi, y Díaz Ceballos Moreno, 1998).⁴ (Émile, 1897-1997)

Los tres tipos de suicidios que Durkheim se cree autorizado a definir son: el suicidio egoísta, altruista y anómico.

Este primer tipo social de suicidio, establecido mediante el estudio estadístico de las correlaciones, se define con el término egoísmo. Los hombres o las mujeres tienden más a quitarse la vida cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados.

El segundo tipo de suicidio es el suicidio altruista - dos ejemplos principales: uno es el de la viuda que en la India acepta que la depositen sobre la pira donde arderá el cuerpo

⁴ Emile Durkheim. (1997). El suicidio anómico. En El suicidio (189). Barcelona- España: TitivillusK
Pág. 168.

de su marido. Del mismo el comandante de una nave que no quiere sobrevivir a la pérdida de su embarcación se suicida por altruismo.

El suicidio anómico es el que refleja en la correlación estadística entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico. Estos fenómenos, el aumento de la frecuencia en las fases de agitación social, la disminución de la frecuencia en ocasión de los grandes acontecimientos, sugieren al sociólogo la idea del suicidio anómico. Éste no es solo el que aumenta durante las crisis económicas. Es también el suicidio cuya frecuencia crece paralelamente con el número de divorcios, el suicidio anómico que afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia que caracterizan a las sociedades modernas.

a. Definición Intento o tentativa de suicidio.

La OMS define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión.

Un intento de suicidio es una “maniobra realizada con fines suicidas, pero que no culmina con la muerte del sujeto”. Esta expresión puede alternar con otras sinónimas como suicidio fallido, suicidio frustrado o tentativa de suicidio. (Diccionario de términos médicos, 2012)

La tentativa de suicida se define como un acto voluntario, iniciado por el propio sujeto contra sí mismo y con desenlace no letal.

El suicidio frustrado es el acto suicida que no pudo concretarse por factores externos y no controlables por el sujeto en este aspecto el sujeto si no es tratado adecuadamente podrá realizar un nuevo intento suicida.

Dentro de la conducta de intento de suicidio como lo mencionamos anteriormente esta puede ser nombrada de forma diferente, pero se debe diferenciar dentro de estas denominaciones a la conducta del:

Parasuicidio también llamado suicida teatral o suicidio aparente. Un parasuicidio, es un “acto dañino contra uno mismo que aparenta suicidio, pero sin la determinación de morir. Es una llamada de atención o una manipulación”. En este caso, la voluntad de morir está ausente, en realidad la persona desea vivir para poder acceder a ciertas ganancias o a los resultados de su acción puesto que generalmente el objetivo es obtener un beneficio primario o secundario. (Diccionario de términos médicos, 2012)⁵

Stengel (1965), define el intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. Por otra parte, Dieskra (1993) lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interfirieran.

Clasificación del intento suicida Marchiori (1998) de acuerdo con ella, el intento suicida frustrado implica diversos motivos. El intento puede llevarse a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio – instrumento, ambivalencia frente al acto suicida. Bajo esta perspectiva, Marchiori hace una clasificación de los intentos suicidas, basada en la intención del acto suicida a través del método elegido, y en ella, las circunstancias del lugar y las personas no están contempladas. En muchos casos el suicida conoce que determinadas personas están cerca de él y que acudirán a su auxilio, aun cuando las armas elegidas o medios elegidos sean mortales.

En otros casos, la intención no es morir sino provocarse una autolesión para llamar la atención, por motivo de venganza, culpa o soledad. En estos casos puede llegar la muerte debido a que las personas que le rodean no advirtieron la situación y la persona muere, por ejemplo, desangrada o asfixiada.

- Intento gravísimo de suicidio: por sus procesos y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, pero un elemento circunstancial evita se

⁵ Diccionario de términos médicos 2012. Real Academia Nacional de Medicina, *Editorial Médica Panamericana*. Madrid España <http://dtme.ranm.es/terminos/parasuicidio.html?id=160>

muerte; por ejemplo, la persona que se lleva un arma de fuego a la cabeza dispara, pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.

- Intento grave: las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Por ejemplo, auto laceraciones, psicofármacos.
- Intento leve: en estos casos las armas o medios utilizados resultan imposibles de provocar la muerte, ocasiones solo heridas leves.⁶ (Isabel, 2002, pág. 26)

b. Características del acto suicida.

El **deseo de morir**, representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestarse en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morir", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares. En la mayoría de las investigaciones que hablan acerca del suicidio se toma en consideración diferentes niveles y/o etapas del proceso evolutivo de este fenómeno, las cuales pueden estar presentes o no en las personas, según sea el caso.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son: ideas suicidas, intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones (amenazas, gestos, intentos) hasta el suicidio propiamente dicho.

La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta (Pérez, 1999, citado por Rivas, 2006).

⁶ Alcantar Escalera María Isabel. 2002. Tesis de pregrado Prevalencia del Intento Suicida En Estudiantes Adolescentes Y Su Relación Con El Consumos De Drogas, La Autoestima, La Ideación Suicida Y El Ambiente Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México formato PDF. MÉXICO, D.F. Pág. 25

Las **ideas suicidas**, son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse, pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado, en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo".

Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las precauciones debidas que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ya ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir. (Pérez Barrero S.A., 2018, pág. 3)

La **amenaza suicida** consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre teniendo los métodos a disposición, pero sin llevarla a cabo. Por ejemplo, tener las pastillas en la mano, pero sin tomarlas.

El **intento suicida**, también denominado, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada (IAE). Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo⁷ (Pérez Barrero S.A., 2018).

Los **intentos reales de suicidio** son actos graves que potencialmente pudieran ser fatales (empleo de armas de fuego, cortarse a profundidad arterias y tendones, ingerir dosis de píldoras para dormir, ingesta de venenos, saltar de alturas peligrosas, ahorcarse, etc.).

c. El comportamiento suicida.

En el comportamiento suicida tiene generalmente como punto de partida el estado melancólico del individuo, pues está asociado a estados depresivos donde generalmente las personas se sienten inútiles, muy poco o nada valoradas, sin sentido de vivir, sin control sobre sus problemas o vidas, deseando desaparecer del mundo. (Pérez Barrero S.A., 2018, pág. 5)

Aquí se acumulan sentimientos de inferioridad que tienen como consecuencia en la conciencia del individuo, los impulsos sádicos, reprimidos, tanto en imaginación como en acto sintomático. Se presentan violentos deseos de venganza y de impulsos criminales, así como sentimientos de culpa.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Ya hemos apuntado que las ideas suicidas son frecuentes en la adolescencia, sin que esto constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido, y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

⁷ Dr. Pérez Barrero SA. (1997). El comportamiento suicida. En ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes? Habana Cuba: Imagen Gráfica SA de CV. Pág. 3,4.

Suicidio intencional. Es cualquier autolesión deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.⁸ (Selma Portugal, 2016)

d. Factores desencadenantes del suicidio.

Entre los factores desencadenantes del suicidio podemos encontrar las crisis de identidad, los sentimientos de rechazo, el temor de diferenciarse del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, agresivos o negligentes. Para las conductas suicidas, encontramos factores precipitantes como conflictos, discusiones con los miembros de la familia y con su pareja. También pueden hallarse el estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, la mudanza a un lugar lejano, las confusiones propias de la edad, las presiones para triunfar entre otras.

Los psicólogos y sociólogos han encontrado muchas otras influencias personales y situacionales que también contribuyen a la muerte voluntaria. Ésta se produce a menudo para escapar de circunstancias dolorosas; también como acto de venganza contra otra persona a la que se acusa de ser responsable del sufrimiento que lleva a tomar tan drástica decisión. Estos sentimientos se conocen por las notas o cartas que, en ocasiones, deja la persona antes de suicidarse. No obstante, la causa más frecuente es la percepción por parte de la persona de que la vida es tan dolorosa que sólo la muerte puede proporcionarle alivio. La pérdida de un ser querido, o dolores crónicos, físicos o emocionales, pueden producir una sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias de la vida y un sentimiento general de desesperanza ante cualquier cambio, lo que lleva a un callejón sin salida donde la muerte es la única solución. Con frecuencia determinadas condiciones sociales adversas

⁸ Lic. Portugal Acosta Selma. 2015. "Suicidio y Conducta Suicida". 1er Conversatorio de Psicopatología Octubre, La Paz Bolivia. Pág. 4.

provocan un aumento considerable del número de suicidios. Los intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda que, si es ignorada, puede ser precursora de posteriores intentos. Sin embargo, estas peticiones de ayuda hay que diferenciarlas de otras formas más manipuladoras de intento o amenaza de suicidio que buscan llamar la atención, cuyo propósito es controlar las emociones y el comportamiento de otras personas, normalmente familiares.⁹

El suicidio es un fenómeno que afecta tanto a cuestiones individuales como a cuestiones del orden de la sociedad, las que a su vez constituyen y favorecen la desintegración social a lo largo de la historia. Las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera; aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores. (Nogales, 2011)

En un estudio revisado por Serrano Pereira (1998)¹⁰ (Serrano M., 2003), el suicidio se pudo observar en algunas culturas prehispánicas del México antiguo. Los antiguos mayas, adoraron a la más extraña deidad y probablemente la única de su tipo en las religiones del mundo. Ixtab, Diosa del suicidio, era representada por una figura femenina colgada del cuello cuya misión era ayudar a entrar al paraíso de los suicidas. Para los mayas el acto de suicidarse era todo un ritual honorífico elaborado de acuerdo a ciertas reglas específicas, utilizaban el zumo de la yuca ponzoñosa, al igual que el veneno de animales y plantas preparados, pero se sabe que el método más utilizado eran las lianas o “sogas” debido al culto a Ixtab, Diosa del suicidio, (Rivadeneira, y Villareal, 2006).¹¹ (Ivette, 2009)

⁹ Romo Hilda. 2011. *Depresión y suicidio* 18 de abril, desde <http://www.monografias.com/trabajos26/depresion-suicidio/depresion-suicidio.shtml>

¹⁰ Serrano M., G. (2003). Suicidio: factores protectores y de riesgo en adolescentes de Mérida. Tesis inédita de maestría no publicada. Mérida, Yucatán. (México): Universidad Autónoma de Yucatán. Pág. 5

¹¹ La Revista Peninsular Macías Martines Adriana Ivette 2009. Dilemas Bioéticos en torno la muerte: eutanasia y suicidio asistido Edición 1030 Pág. 97

El suicidio tiene bases culturales, por eso desde el comienzo de la civilización ya se encuentran casos del mismo por ejemplo, los antiguos hebreos recuerdan cinco suicidios en la Biblia, todo sellos relacionados con los actos de guerra. En el Nuevo Testamento el único suicidio que aparece es el de Judas Iscariote. Asimismo, el primer intento y la primera nota suicida documentada se encuentra en un antiguo papiro del que se tiene referencia y se remonta al año 991 en el que el suicida expresa, según el traductor Ecmar (1896) en un papiro, de forma poética, su estado depresivo, quizás a nivel psicótico. (Balon, 1987 en Pinto Loría, 1998). Fue Hipócrates, en el siglo IV en Grecia, el primero en hablar del suicidio en forma de síntomas autodestructivos¹². (Humanos., 2010.)

e. Antecedentes de los intentos suicidas en la ciudad de La Paz.

La autora de la presente investigación, realizó una investigación previa con el objetivo de tener un acercamiento al objeto de estudio, donde se obtuvo los siguientes datos:

En el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas de los años 2012 al 2017, el número de pacientes que acudieron por intento suicida fue de 1022, observándose un descenso el año 2017 con 87 pacientes, durante el año 2012 la cifra fue de 273 pacientes atendidos.

Separando la cifra según el género, hubo 619 pacientes mujeres mientras que el masculino fue de 403 pacientes, demostrando que la intencionalidad suicida se presenta más en las mujeres.

La característica del rango de edades entre los 15 a 20 años fue más significativo durante el periodo del 2012 al 2014, diferenciándose entre el periodo del 2015 al 2017 que el rango de edades significativo fue de 21 a 30 años.

¹² . Comisión de Derechos Humanos. Enero 2010 Informe Especial sobre el Suicidio en Jóvenes del Estado de Yucatán. México Estado de Yucatán. Pág. 6

En cuanto a la característica de ocupación los que más se presentan con intento suicida son los estudiantes con 507 pacientes, para la característica del diagnóstico el más frecuente fue la intoxicación por órgano fosforados (raticida), el siguiente fue la intoxicación medicamentosa y con una frecuencia más baja son los pacientes que se presentan con heridas cortantes y/o ahorcamientos. (Luna, 2016)

f. Antecedentes de los intentos suicidas del Hospital Boliviano Holandés.

De la misma manera como en el hospital de clínicas de la ciudad de La Paz, se recopiló información sobre los pacientes atendidos en servicio de Emergencia por intento suicida en el Hospital Boliviano Holandés de la ciudad de El Alto, con el propósito de conocer las características de esta población y su evolución, entre el periodo 2012 al 2017 obteniendo los siguientes datos:

Los casos atendidos fueron 585 pacientes con intentos de suicidio entre el 2012 al 2017, se puede notar también un descenso de 139 pacientes en el año 2012 a 53 pacientes el 2017.

El 2012 el rango de edad más alto fue entre los 15 a 20 años, mostrándonos una evolución al 2017 donde la edad relevante fue entre los 20 a 30 años.

En cuanto a la característica del sexo se pudo evidenciar que el femenino, es el que incurre más en el intento suicida presentándose 95 mujeres el 2012 y 39 mujeres en el 2017. El sexo masculino es el que incurre en el acto autolítico de manera menos frecuente se encontró que a 44 varones en el 2012 y 14 varones en el 2017.

La característica de ocupación comprobamos que fueron los estudiantes los que acuden más, con 61 pacientes en el 2012 y con 23 pacientes el 2017, frente a personas dedicadas a labores de casa con 27 pacientes el 2012 y 12 pacientes el 2017. (Luna, 2017)

II. Depresión.

La depresión acompaña al hombre desde la antigüedad. A través de la historia se pueden observar los primeros casos que manifiestan síndromes depresivos, entre ellos está la historia del Rey Saúl en el antiguo Testamento y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero. No fue hasta el grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, sin embargo, hasta en los casos más leves se encuentra un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su habilidad de relacionarse o trabajar; en casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal. El riesgo más grande es que el paciente cometa un acto suicida. (Abate Francois Desfontaines, 1735)

Aaron Beck 1979 explica que la depresión tiene una tríada cognitiva, y se compone de tres esquemas mentales o “distorsiones negativas”: la persona tiene una visión negativa, de sí mismo, de su entorno y de su futuro. Tiende a “interpretar las experiencias” del día a día de un modo negativo, la persona se ve desgraciada, torpe, con poca valía. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a esos defectos que se ha adjudicado. Cree que el mundo le interpone obstáculos insalvables, el entorno le frustra continuamente. Del “futuro solo espera penas”, frustraciones y privaciones interminables.

En la depresión estos esquemas son inadecuados. El sujeto pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

A medida que la depresión se agrava el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del sujeto puede llegar a estar totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes encontrando extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos. (Aron T. Beck, 1979).

Las clasificaciones de la sintomatología de la depresión según son A. Beck 1979:

- Cognitivos Afectivos. - tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, auto-descontento, auto-culpa, pensamientos o deseos suicidas, lloro, abstinencia, indecisión, y con relación a la apariencia física)
- Somáticos Afectivos. - irritabilidad, disturbios del sueño, cansancio o fatiga, disturbios del apetito, disturbios de peso, despreocupaciones con la salud, y desinterés sexual.

Un elemento importante a destacar es la tríada depresiva: pensamientos negativos acerca del yo, el mundo y el futuro (Gorestein C, 1998)¹³.

a. Tipos de depresión mayor

Dentro de la depresión mayor, existen diferentes tipos de depresión mayor:

Se define como la aparición de síntomas depresivos en dos o más episodios en la vida del paciente. La separación entre un episodio debe ser de al menos 2 meses sin presentar los síntomas.

- Depresión recidivante o recurrente

El Trastorno Depresivo y progresivo Mayor Recidivante es un trastorno psicológico perteneciente al grupo de trastornos del estado de ánimo. y Presencia de varios episodios de intensidad moderada o grave, que provocan un marcado impacto en el funcionamiento y que con frecuencia se asocia a comorbilidad psiquiátrica.

- Distimia

¹³ Gorestein C, Andrade L. 1998; Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista psiquiatria clínica. Pág. 25- 30

Dentro de los tipos de depresión, la distimia es menos grave que la depresión mayor. Es un tipo de depresión unipolar (no incluye síntomas maníacos) e interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.

La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos 2 años. No necesariamente tiene por qué experimentarse una fuerte tristeza, sino que muchas veces lo más común es que exista un sentimiento de falta de propósito y de motivación, como si nada importase.

Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Los síntomas de la distimia son:

Pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, Baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza

- Depresión maníaca o estado mixto

Este tipo de trastorno, también llamado Trastorno bipolar se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que podemos incluirlo dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional.

El tratamiento es distinto al de una depresión mayor, y requiere estabilizadores de humor (como el litio), así como un acompañamiento profesional a través de la psicoterapia y la atención al entorno familiar de los pacientes.

Los síntomas depresivos pueden incluir:

Sentimientos persistentes de tristeza, sentimiento de desesperanza o desamparo, baja autoestima, sensación de ineptitud, culpabilidad excesiva, deseos de morir, pérdida de interés en las actividades habituales o que antes se disfrutaban, dificultad en las relaciones, perturbación del sueño (por ejemplo, insomnio, hipersomnia), cambios del apetito o del peso, disminución de la energía, dificultad para concentrarse, disminución de la capacidad de tomar decisiones, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, molestias físicas frecuentes (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, fatiga), intentos o amenazas de escaparse del hogar, hipersensibilidad ante el fracaso o el rechazo, irritabilidad, hostilidad, agresión

Los síntomas maníacos pueden abarcar:

Autoestima exagerada, menor necesidad de descanso y sueño, mayor distracción e irritabilidad.

Excesiva participación en actividades placenteras y de alto riesgo que pueden provocar consecuencias dolorosas, por ejemplo, comportamiento provocativo, destructivo o anti-social (promiscuidad sexual, conducción imprudente, abuso del alcohol y de drogas).

Aumento de la locuacidad (por ejemplo, aumento en la velocidad del habla, cambios rápidos de tema, intolerancia a las interrupciones), Sentimientos de "excitación" o de euforia, Marcados cambios de estado de ánimo, por ejemplo, inusualmente feliz o tonto, extrañamente enojado, agitado o agresivo, Mayor deseo sexual, Mayor nivel de energía, Escaso sentido común en personas sensatas.

- Depresión psicótica

La depresión psicótica es un subtipo de depresión mayor el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios que alteran cualitativamente el modo en el que se percibe la realidad.

- Depresión posparto

Dentro de los tipos de depresión, podemos incluir la depresión posparto. Se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto.

Este tipo de depresión puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.

Causas de la depresión posparto:

Cambios a nivel corporal del embarazo y el parto (por ejemplo, debido al cambio hormonal), cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, cambios el ciclo sueño-vigilia debido al nacimiento, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre.¹⁴ (García 2009).

b. Clasificación de depresión:

La depresión forma parte de los trastornos del estado ánimo y afecta a nuestro bienestar, nuestra interacción social, nuestro apetito y deseo sexual. Ya que existen muchos tipos de depresión, a continuación, presentamos los distintos tipos de depresión:

Depresión mayor

Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años.

Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía, y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz. De hecho,

¹⁴ Jonathan García Allen 2009 Tipos de depresión: sus síntomas, causa y características. Pág. Web

la ideación suicida puede llevar a la muerte si pasa a traducirse en acciones efectivas para terminar con la propia vida.

Síntomas de la depresión mayor

Estos son algunos de los síntomas de la depresión mayor según el manual DSM-V-TR:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social,

laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

c. Entre los factores desencadenantes de la depresión.

Se pueden encontrar el estrés y los sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte. También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la herencia genética o un condicionamiento paterno educativo.

III. Relación entre depresión e ideación suicida.

La ideación suicida y los intentos suicidas son comunes entre las personas que padecen depresión. Uno de cada ocho intentos suicidas es fatal y alrededor del 3% de las personas que han intentado suicidarse, eventualmente lo logran. Debido a que la ideación suicida es una característica común de la depresión, es importante evaluar el potencial suicida de cada paciente. A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes, no necesariamente la depresión es contaminante, ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas; no obstante, el estar deprimido es un factor importante para el riesgo suicida. La ideación suicida en adolescentes se encuentra muy relacionada con la sintomatología depresiva ya que ésta ha sido considerada clave en la explicación de la ideación suicida. Golberg (1981) en un estudio sobre síntomas depresivos e ideación suicida, halla que un 22% de los jóvenes tenían conjuntamente

síntomas depresivos e ideación suicidas, mientras que solamente un 5% tenían ideación suicida sin síntomas depresivos.

Por otro lado, Clemente y González (1996) citados en Villalobos y Galvis (2009) mencionan que los intentos suicidas pueden ser entendidos desde tres puntos de vista:

- Como síntoma de enfermedad mental,
- Como estrés,
- Como crisis.

Marchiori (1998), citado en (García, 2006) menciona que la ideación suicida es un comportamiento que pone en riesgo la vida de la persona que lo ha intentado, presentándose de diferentes maneras y con diversas características, clasificándola en cuatro fases: Intento gravísimo de suicidio, Intento grave, Intento leve e Intento sin daño. (Varón, 2, & Jiménez-Jiménez, 2015)¹⁵

Con lo mencionado anteriormente, un factor de riesgo llegará a ser cualquier característica que posee el individuo o comunidad directamente relacionada con una elevada probabilidad de dañar la salud, Alcantar (2002). Según Gómez et al. (2002) los factores de riesgo se dividen en factores modificables y factores inmodificables. Por un lado, los modificables están relacionados con los factores psicológicos, psicopatológicos, sociales, los cuales pueden transformarse clínicamente; mientras que, los inmodificables se relacionan con el propio sujeto o el grupo social al que pertenecen, se caracterizan porque perduran en el tiempo y su cambio es independiente al clínico. Entre factores de riesgo importantes se encuentran la existencia de trastornos mentales y haber tenido varias tentativas de suicidio previas.

¹⁵ Pescador Varón; Leidy Katerine 2; Jiménez-Jiménez, William Alejandro3. **Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes** Volumen 1 • Número 2 • Enero - junio 2015 Pág. 111.

Tabla 2 | Clasificación de factores de riesgo suicida modificable e inmodificable de Alcantar (2002)

| MODIFICABLE | INMODIFICABLE |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno afectivo • Esquizofrenia • Trastorno de ansiedad • Abuso de sustancias • Trastorno de personalidad • Otros trastornos mentales • Salud física • Dimensiones psicológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Heredabilidad • Sexo • Edad: • Estado civil • Situación laboral y económica • Creencias religiosas • Apoyo social • Conducta suicida previa |

a. Factores predisponentes de orden psicológico.

En este grupo se tienen los problemas emocionales causados por situaciones de pérdida, generalmente de orden afectivo, la falta de estrategias defensivas ante situaciones adversas (resiliencia), baja tolerancia a la frustración y estilos cognitivos de tipo pesimista. Así también es importante mencionar como factores predisponentes la soledad y el aislamiento, puesto que según las investigaciones de Durkheim las conductas suicidas se producen mayormente cuando la persona no se encuentra integrada en un grupo social como ser la familia, las amistades u otros con metas e intereses similares.

Por otra parte, los rasgos de personalidad y las características predominantes de las personas que arremeten contra su vida son:

- Inmadurez
- Egocentrismo
- Ansiedad / depresión
- Dependencia
- Hostilidad
- Dificultad
- Dificultad para establecer relaciones interpersonales estables
- Baja autoestima
- Desesperanza

- Impulsividad
- Agresividad

Para concluir este apartado es necesario mencionar que las causas de conducta suicida varían según la edad y un grupo especialmente vulnerable son los adolescentes quienes pueden llegar a tentar contra su vida por causas tales como rupturas amorosas, problemas en el establecimiento y aceptación de la identidad sexual (especialmente en caso de homosexualidad), sentimientos de hostilidad hacia los padres o padres poco comunicativos o afectivamente distantes

b. Factor psicológico.

En el psicoanálisis de Freud (quien elaboró una interpretación sobre el suicidio), explica el que es thanatos o instinto de muerte autodirigido, el que nos induce a este tipo de comportamiento. El suicidio representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente. Para el Psicoanálisis, el suicidio es un homicidio contra uno mismo causado por el abandono vivido de los demás. La agresividad que siento hacia otros la dirijo hacia mí y por eso me suicidio.

Según Shneidman¹⁶ (Chávez Hernández Ana María, 2010), las personas se provocarían la muerte por una diversidad de otras razones psicológicas tales como:

- Búsqueda de solución a un problema que genera sufrimiento.
- Es una manera de cesar la conciencia, no necesariamente la vida.
- El dolor que no controlamos es un riesgo de suicidio para acabar con ese dolor incontrolable.
- La emoción del suicidio es la desesperanza y el desamparo.
- Su actitud: la ambivalencia. Vivir y morir a la vez, pero uno de los sentimientos surge con más fuerza.

¹⁶ Chávez Hernández Ana María 2010, *Edwin S Shneidman y la suicidología moderna*, Salud Mental vol.33 no.4 jul. /ago. 2010.

- Vergüenza, culpa, desesperanza y dolor.
- El suicidio es un acto de comunicación interpersonal con "pistas" a modo de señales que ha ido dejando el ejecutor.

De acuerdo a la Psicología Cognitiva, se ha hallado que es la desesperanza la que está ligada a la consumación del suicidio, por tanto, su tratamiento se encamina a corregir los pensamientos negativos e infundir esperanza.

La persona impulsiva ante el sufrimiento se ofusca sintiendo repentinamente que puede concluir su sufrimiento sólo con el suicidio sin entrar en otras consideraciones lo que es propio también de la personalidad epileptoide.

Hay personas que dependen de otras para mantener su autoestima, requiriendo atención constante, pero a pesar de ello se sienten insatisfechas. Si esto se combina con la depresión o el alcoholismo, surge una personalidad con alto riesgo de suicidio. Las personas con expectativas excesivamente ambiciosas o irreales respecto de sí mismas o de otras, y con excesos de responsabilidades, sufren con frecuencia decepciones y puede suceder que no busquen apoyo en el momento de estrés, corriendo riesgos de intentar suicidarse.

c. Factores psiquiátricos o patológicos

Un diagnóstico psiquiátrico sobre qué tipo de enfermedad se padece puede evidenciar:

Trastornos del ánimo depresivo en sus más variadas formas (recurrente, endógena, reactiva).

Enfermedad bipolar: con sus exponentes más conocidos en los enfermos maníaco-depresivos y con personalidad ciclotímica. Trastornos obsesivos compulsivos: con típico pensamiento rumiante. Trastorno limítrofe de la personalidad: personas neuróticas que ante estresores muy importantes, vivencian estados psicóticos. Algunas personas son impulsadas inferiormente a conductas suicidas por pensamientos depresivos nihilistas, de los que resulta una sugestiva atracción por la muerte. (ver página web Fight Depression, 2019)

d. Factores predisponentes de orden médico y estado de salud.

Este es un punto importante a considerar ya que un gran porcentaje de los suicidios consumados son de personas que han sido diagnosticadas de alguna enfermedad terminal, crónica y con aumento progresivo del dolor o pérdida progresiva de la funcionalidad como ser cáncer, VIH-SIDA, esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington, demencia, entre otras. Así también la autólisis se da en personas que tras haber sufrido algún incidente quedan incapacitados para retornar a su vida anterior entre estos casos tenemos pérdida de la movilidad, pérdida de alguna parte del cuerpo o de alguna función sensorial¹⁷ (Selma Portugal 2016). La psicología actual considera que estas personas tienen un gran temor a perder el control sobre el dolor, en el caso de un cáncer terminal, sobre su autonomía y capacidad de realizar su autocuidado, con la consiguiente pérdida de la dignidad.

e. Factores predisponentes de orden socioeconómico.

Dependiendo de la sociedad, la pérdida de una posición social puede ser causante de suicidio, sin embargo en países desarrollados la pérdida del empleo o de un puesto de trabajo contribuye a tomar decisiones drásticas como el quitarse la vida. Por otra parte, el desempleo o la etapa de jubilación también pueden ser momentos críticos para la persona que debe afrontar un nuevo estilo de vida.

No solo se presentan más conductas suicidas dentro de las instituciones, sino que muchas personas que son encarceladas muestran muchos pensamientos y conductas suicidas en el transcurso de sus vidas. Por otra parte, los detenidos en espera de juicio tienen una tasa de intentos suicidas aproximadamente 7.5 veces mayor, mientras que los

¹⁷ Lic. Portugal Acosta Selma. 2015. “*Suicidio y Conducta Suicida*”. 1er Conversatorio de Psicopatología Octubre, La Paz Bolivia.

presos sentenciados tienen una tasa seis veces más alta que la de los hombres fuera de prisión en la población general.¹⁸ (OPS, 2007)

f. Factor sociológico.

Los índices de suicidio varían con la ocupación, tamaño de la ciudad de residencia, posición socioeconómica, edad, sexo y situación matrimonial. Durkheim (1897). Según la relación del individuo con el grupo social, se establecen tres tipos de suicidio y Dohrenwend menciona el tipo de suicidio fatalista.

El estilo de vida moderno, cultura "Light", consumismo exagerado, falta de autoridad, manipulación fácil, falta de valores y referencias, desarraigos graves, disolución familiar, tecnicismo avasallador, ausencia de significatividad religiosa, sexualidad deshumanizada, alto grado de agresividad en el entorno, son factores predisponentes.

IV. Intoxicación.

Es la entrada de un tóxico en el cuerpo en cantidad suficiente como para producir un daño.

Entendemos por tóxico aquella sustancia que cuando se encuentra en una determinada concentración en el organismo de los seres vivos provoca un daño. No se debe confundir una intoxicación con una reacción alérgica, ya que ésta va a depender de una reacción exagerada del organismo ante un agente que no necesariamente es dañino. El grado de intoxicación dependerá tanto de la cantidad de veneno/tóxico ingerido como de las características propias de la persona como su edad, peso, obesidad. (Alicia Díaz 2018).

a. Tipos de intoxicación.

Según la vía de entrada, existen diversos tipos de intoxicaciones:

¹⁸ Organización Mundial Departamento de Salud Mental. 2007. *Prevención Del Suicidio En Cárceles Y Prisiones Y Abuso De Sustancias*, Ginebra Suiza.

b. Clasificación de intoxicación.

Existen varias formas de intoxicación voluntaria que se nombra en el siguiente detalle:¹⁹ (Fernández Egido Cristina, 2005)

| Medicamentosa | Órganos fosforados | Drogas ilegales | Sustancias legales |
|--|--|---|--|
| <p>-Los salicilatos, ampliamente utilizados como analgésicos, son fármacos de venta libre puede ser paracetamol, aspirina.</p> <p>-Los anticonvulsivantes como ser barbitúricos, fenitoína o carbamacepina.</p> <p>-Los sedantes como diazepam, clonazepam.</p> <p>- Alucinógenos. - Antidepresivos.</p> | <p>-Los Órgano fosforados y principales grupos de plaguicidas son: insecticidas, herbicidas, rodenticidas, fumigantes y fungicidas.</p> <p>-Los Carbamatos estos insecticidas son muy utilizados en el hogar, jardín y agricultura.</p> <p>-Los herbicidas e insecticidas afectan al tracto gastrointestinal, riñón, hígado, corazón y otros órganos también puede causar fibrosis pulmonar, manos secas y agrietadas y caída de las uñas.</p> | <p>Sobredosis de cocaína, heroína, marihuana.</p> | <p>El alcohol es una sustancia derivada de la fermentación de los carbohidratos vegetales. Es altamente liposoluble, lo cual le permite atravesar las membranas celulares, y es altamente afín por el agua, por lo cual, llega a cualquier célula.</p> <p>Por encima de determinadas concentraciones, es directamente tóxico es un producto y altamente energético: por cada gramo ingerido se generan 7,2 kcal, los efectos del alcohol se empiezan a notar a los 10 minutos de la ingesta y el pico aparece entre 40-60 minutos después, completándose la absorción total en seis horas.</p> |

¹⁹ Fernández Egido Cristina, García Herrero Gloria, Romero García Rafael, Marquina Santos Antonio José 2005. *Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias* Madrid, España. Pág. 329.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

I. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

a. Tipo de Investigación.

Hernández Sampieri, (2010) indica que la investigación de tipo descriptivo – correlacional “son estudios que se miden dos o más variables que se pretende ver si están relacionadas o no”

La presente investigación es de tipo **descriptivo - correlacional**, porque se pretende medir el grado de relación que existe entre las dos variables en su nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel depresión en los pacientes atendidos en el área de medicina interna en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto entre agosto y diciembre del 2017.

b. Diseño de Investigación.

Por lo tanto la presente investigación es de **diseño no experimental de tipo transversal**, este diseño nos permite conocer las diversas formas en que las propiedades de un objeto se presentan en un momento determinado único, o “corte”²⁰ (Hernández, 2015).

También presenta la característica de ser una investigación transversal **correlacional**, puesto que se buscará identificar si existe relación entre dos o más variables en un momento determinado.

²⁰ Hernández, S. R., Fernández, C. C. Y Baptista L.

P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill. 6ta Edición. Pág. 93.

II. VARIABLES

a. Identificación de Variables.

Variables 1 Intento de Suicidio

Variables 2 Depresión

b. Definición de conceptual de las Variables.

Intento de suicidio. - El intento de suicidio se refiere al acto en el que un individuo se ocasiona daño a sí mismo con la intencionalidad de quitarse la vida, que no siempre termina en un suicidio consumado, desencadenado por diversas razones, en los que utilizan varios medios letales provocándose autolesiones; o una sobreingesta deliberada de plaguicidas y/o medicación. Tomando en cuenta que el intento suicida se puede evaluar según su severidad.²¹ (Gabriel, 2005)

Depresión. - Es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse, más evidente conforme aumenta su grado. Se caracteriza por un estado de ánimo habitualmente bajo, con la pérdida de capacidad previa de disfrute, disminución de interés por las actividades cotidianas de la vida, Pérdida de motivación por su entorno.²² (Psicólogos-Granada, 2017)

²¹ Fabiola Cruz Campos Valeria Roa Flores Académico Guía : Ps. Gabriela Sepúlveda, Ph. D. 2005 “Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo” Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología Santiago de Chile. Pág. 73.

²² José Antonio García Higuera. (2013). El tratamiento psicológico de la depresión. 2018, de Psicoterapeutas.com Sitio web: <https://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>

c. Operacionalización de Variables.

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | NIVELES DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|---------------------|--|--|----------------------------|-------------------------------|
| Intento de suicidio | Parte Objetiva | Ítem 1 Aislamiento | Leve | Escala de Intencional Suicida |
| | | Ítem 2 Medición del tiempo | | |
| | Ítem 3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas | | | |
| | | Ítem 4 Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento | Moderada | |
| | | Ítem 5 Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro) | | |
| | | Ítem 6 Preparación activa del intento | Grave | |
| | Parte Subjetiva | Ítem 7 Nota suicida | | |
| | | Ítem 8 Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas) | | |
| | | Ítem 9 Propósito supuesto del intento | | |
| | | Ítem 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte | | |
| | | Ítem 11 Concepción de la letalidad del método | | |
| | | Ítem 12 Seriedad del intento | | |
| | | Ítem 13 Actitud hacia el vivir/morir | | |
| | | Ítem 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico | | |
| | | Ítem 15 Grado de premeditación | | |

| VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | NIVELES DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------------|--|
| Depresión | Síntomas cognitivos y afectivos | Ítem 1 Tristeza | Mínimo | Inventario de Depresión de Beck |
| | | Ítem 2 Pesimismo | | |
| | | Ítem 3 Sentimientos Fracaso | Leve | |
| Ítem 4 Pérdida de placer | | | | |
| Ítem 5 Sentimientos de culpa | Moderado | | | |
| Ítem 6 Sentimientos de castigo | | | | |
| Ítem 7 Insatisfacción con Uno Mismo | | | | |
| Ítem 8 Autocritica | | | | |
| Ítem 9 Pensamientos o Ideas suicidas | | | | |
| Ítem 10 Llanto | | | | |
| Ítem 12 Pérdida de interés | Severa | | | |
| Ítem 13 Indecisión | | | | |
| Ítem 14 Inutilidad | | | | |
| Ítem 11 Agitación | | | | |
| Ítem 15 Pérdida de energía | | | | |
| Ítem 16 Cambios en los hábitos de sueño | | | | |
| Ítem 17 Irritabilidad | | | | |
| Ítem 18 Cambios de apetito | | | | |
| Ítem 19 Dificultad de concentración | | | | |
| Ítem 20 Cansancio o Fatiga | | | | |
| Ítem 21 Pérdida de Interés en el sexo | | | | |

III. POBLACIÓN Y MUESTRA

a. Población.

En el año 2017 en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto atendió una población de alrededor de 2000 pacientes por día en sus distintas áreas, tanto en consulta externa como internaciones en sus diferentes especialidades.

b. Muestra.

De esta población se extrajo una muestra no probabilística del tipo intencional, porque debe cumplir con la característica en cuanto al diagnóstico se refiere, que para la presente investigación es el “**intento de suicidio**”.

c. Criterios de la muestra.

- Son pacientes internados en el área de medicina interna entre agosto y diciembre del año 2017.

d. Criterios de selección.

Los criterios de selección de la muestra están sujetas a las siguientes características:

- Diagnóstico: pacientes con intento de suicidio.
- Edad: De 15 a 70 años.
- Pacientes predispuestos a la investigación.
- Institución: Hospital Boliviano Holandés ubicado en la zona de Ciudad Satélite de la ciudad de El Alto.

Después de considerar los criterios de selección se determinó la muestra de 15 sujetos.

IV. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

a. Técnica.

La técnica que se aplicó fue entrevista cerrada y registros.

Las entrevistas cerradas me permitieron abordar al paciente, para luego aplicar las pruebas seleccionadas.

b. Registros.

Hoja de registro.

Se realizó registros de los casos de intentos de suicidios entre el periodo 2012 a 2017 del Hospital Boliviano Holandés, para conocer las características socio-demográficas de la casuística.

c. Instrumentos.

c.1 Escala de intencionalidad suicida de Beck.

La escala de Intencionalidad Suicida fue diseñada por Beck y cols. Su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida, circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas.²³ (Aaron T.Beck D. Schuyler, 2011)

Su utilidad de la prueba es de proporciona **la valoración de la severidad del intento** de suicidio.

Consta de 20 ítems los mismos que se puntúan de 0 a 2 excluyendo la puntuación de los últimos 5 ítems, se tomó en cuenta puntos de corte de otras investigaciones de la misma escala que son las siguientes puntuaciones de 0 a 8 severidad leve, de 9 a 19 severidad moderada, de 20 o más severidad grave.

²³ Aaron T.Beck D. Schuyler, I. Herman (2011) Manual Escala de intencionalidad Suicida de Beck Barcelona España Edición Grupo Dwarf. Pág. 33

Dimensiones:

Objetiva: ítem 1 al 8 evalúa circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio, trata principalmente con los aspectos del hecho del intento y los eventos que rodean al individuo, son aspectos precisos del acto antes, durante y después.

Subjetiva: ítem 9 al 15 evalúa expectativas durante la tentativa de suicidio, evalúa también la actitud del paciente ante la vida, la muerte y la valoración que hace en su tentativa; es un auto-informe que registrar retrospectivamente los pensamientos y sentimientos del individuo en el momento del intento.

Se ha puesto en duda su validez para predecir el riesgo de nuevos intentos suicidas, aunque otros autores han sugerido su capacidad para identificar riesgo de suicidio en los dos años siguientes a un intento no fatal.

Fiabilidad: La fiabilidad inter-observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82).

En adolescentes la consistencia interna para los 15 primeros ítems es de 0,85 (0,60 para los 8 primeros y 0,85 para los restantes). La correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems es significativa, salvo para el 8.

Validez:

El análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación. Ha mostrado correlaciones positivas con escalas similares, como Suicide Ideation Questionnaire, Reynolds Adolescent Depresión Scale y Hopelessness Scale for Children. (Aaron T.Beck D. Schuyler, 2011)

c.2 Inventario de depresión de Beck (BDI-II).

El inventario de depresión de Beck, (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) adaptado y traducido al castellano por Vázquez y Sanz (1997:303). Es un cuestionario auto aplicado

que tiene como objetivo identificar síntomas depresivos y evaluar la intensidad de los mismos.²⁴ (Aaron T. Beck Robert A. Steer, 2014)

Cuenta con 21 ítems que tienen 2 tipos de indicadores

Indicadores Cognitivos (Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14).

Indicadores Somático (Ítems 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Indicadores cognitivos engloba las maneras de procesar información a partir de la percepción, la memoria, la representación de conceptos, el lenguaje y la función ejecutiva.

Indicadores somáticos son síntomas que conllevan aquellas dolencias o sensaciones que son meramente físicas y que se expresan de manera clara y visible en alguna parte del organismo.

Los elementos que conforman el inventario de Beck están estrechamente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM IV, por lo que evalúa los síntomas de depresión en sus componentes cognitivos, afectivos y comportamentales. La prueba está estructurada en una escala Likert con cuatro alternativas de respuesta que se puntúan de 0 a 3 puntos, por lo que la evaluación se realiza sumando los valores de las frases seleccionadas correspondiendo 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente fue desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente no podía soportarlo”. La puntuación total resulta de la suma de todos los ítems. El rango de puntuación es de 0 a 63 puntos donde los puntos de corte aceptados para graduar el nivel de depresión son los siguientes:

²⁴Aaron T. Beck Robert A. Steer.. (2014). Manual Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires Argentina: Edición Paidós Pág. 55

Depresión mínima 0 a 13 puntos

Depresión leve 14 a 19 puntos

Depresión moderada 20 a 28 puntos

Depresión severa 29 a 63 puntos

El inventario presenta una fiabilidad test – retest que oscila entre 0,67 a 0,93 en el estudio de Vázquez y Sanz (1997) quienes con población general encontraron una elevada consistencia interna (coeficiente alpha cronbach =83) por lo que esta adaptación tiene propiedades psicométricas aceptables.

Los índices de validez convergente del inventario de Beck son altos, con correlaciones que se encuentran en 0,89, por lo que la versión española de BDI por sus propiedades psicométricas es recomendable para su uso como instrumento de cuantificación de la sintomatología depresiva.²⁵ (Aaron T.Beck Robert A. Steer, 2014)

V. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de investigación fue el siguiente:

Fase uno: se solicitó la autorización correspondiente tanto para evaluar a los pacientes, como para acceder a los cuadernos de registros del Hospital Boliviano Holandés entre agosto y diciembre del año 2017.

Fase dos: teniendo la debida autorización, se prosigue a extraer los registros de ingreso de los pacientes con intento de suicidio, que fueron atendidos e internados en la sala de medicina interna, obteniendo así los datos sociodemográficos de estos pacientes.

²⁵ Aaron T.Beck Robert A. Steer.. (2014). Manual Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires Argentina: Edición Paidós Pág. 70.

Fase tres: se realizó

- Una entrevista cerrada
- Se aplicó la escala de intencionalidad suicida de Beck.
- Se aplicó el instrumento del inventario de depresión de Beck,

Fase cuatro: con los datos obtenidos se realizó análisis de resultados descriptivos-correlacionales, tanto de la variable del intento de suicidio (la severidad que tuvo la tentativa), como la variable depresión, en 15 pacientes.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los datos de la muestra, que son 15 pacientes con el Diagnóstico de Intoxicación e Intento Suicida, Internados en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto, en el segundo semestre del 2017.

Se presentan los resultados de la investigación, como las estadísticas de la temática del estudio, realizando análisis estadísticos de las características de depresión, con la Severidad en el Intento Suicida.

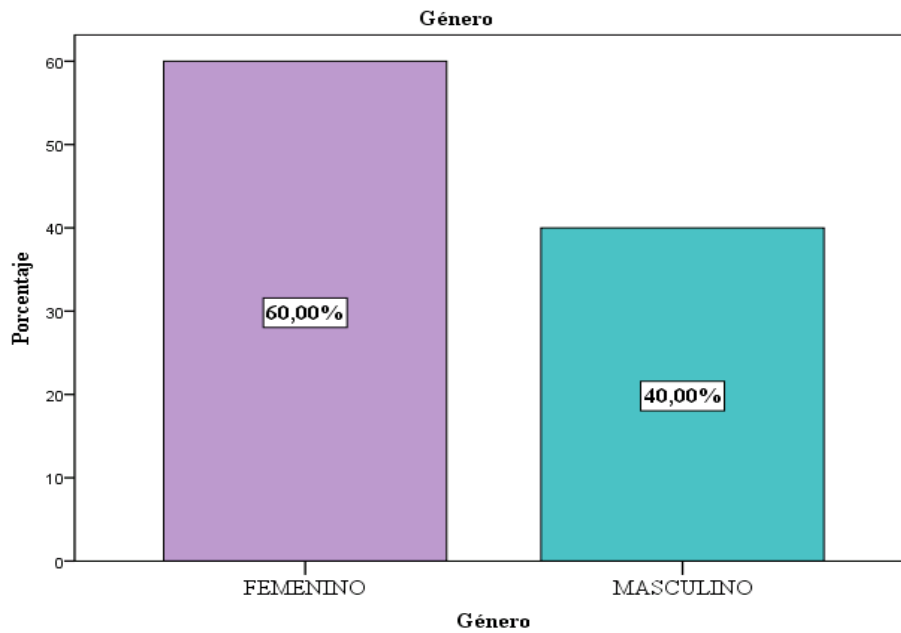
Se presentan los resultados por ítems de cada una de las pruebas aplicadas y analizadas de manera cuantitativa y descriptiva, mediante el programa de SPSS Statistic 22.0.

I. ANÁLISIS DE DESCRIPTIVO DE LOS DATOS GENERALES DE LA MUESTRA.

Tabla 1
Análisis descriptivo en relación al sexo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| Válido FEMENINO | 9 | 60,0 |
| MASCULINO | 6 | 40,0 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 1.



En la tabla y gráfico 1 se observa que los resultados obtenidos con relación al sexo son: un 60% el sexo femenino y un 40% al sexo masculino, inciden en el intento de suicidio. Esto nos permite afirmar que la mayoría de las personas con intento suicida corresponde al sexo femenino.

Tabla 2
Análisis descriptivo en relación a la edad

| | Frecuencia | Porcentaje | |
|--------|------------|------------|-------|
| | 11 - 20 | 6 | 40,0 |
| Válido | 21 - 30 | 7 | 46,7 |
| | 31 - 40 | 2 | 13,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 2.

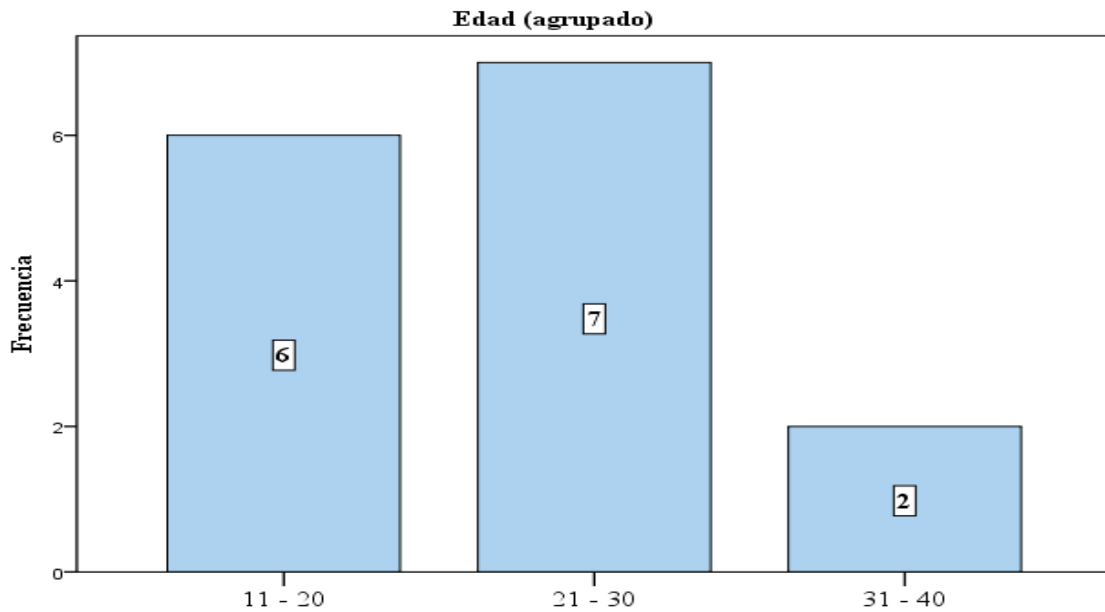


Tabla y gráfico 2 se observa que los resultados obtenidos en cuanto a las edades entre 21 a 30 años tiene la representación más alta con el 46%; seguido del 40% que representa las edades entre 11 a 20 años; por último con el 13% las edades comprendidas entre los 31 a 40.

Las edades más frecuentes en los pacientes evaluados se encuentran entre los 21 a 30 años.

Tabla 3 *Análisis descriptivo en relación al estado civil*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|-------------------|-------------------|
| Soltera | 5 | 33% |
| Soltero | 4 | 27% |
| Casada | 4 | 27% |
| Casado | 1 | 7% |
| Separado | 1 | 7% |
| Total | 15 | 100% |

Gráfico 3. Estado civil

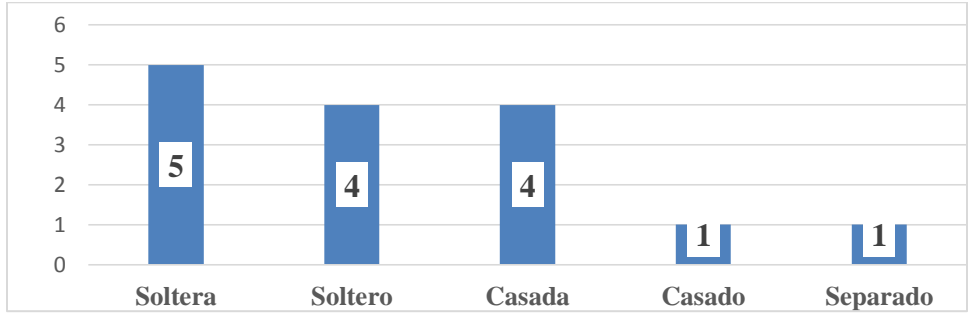


Tabla y gráfico 3 se observa que los resultados obtenidos en los pacientes evaluados en cuanto al estado civil se refieren a: 5 solteras que es el 33%, 4 solteros equivalentes al 27%, seguido de 4 casadas que es el 27% y por ultimo un casado, un separado equivalente al 7% cada uno.

Tabla 4 Análisis descriptivo en relación a la ocupación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| LABORES DE CASA | 5 | 33% |
| ESTUDIANTES | 8 | 53% |
| COMERCIANTE | 1 | 7% |
| CARPINTERO | 1 | 7% |
| TOTAL | 15 | 100% |

Gráfico 4. Ocupación

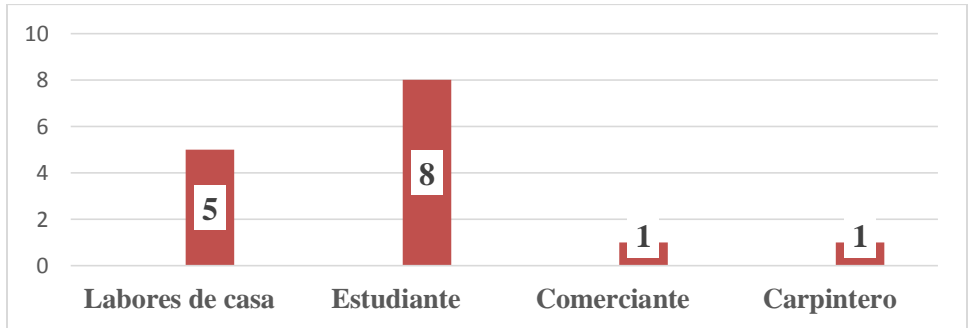
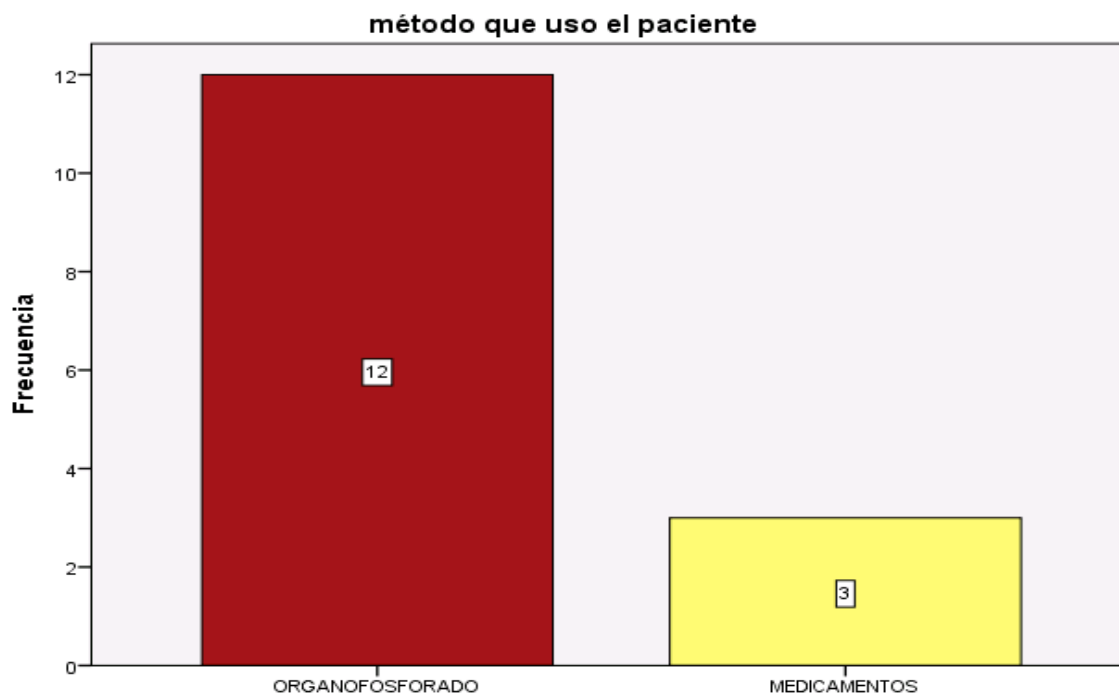


Tabla y gráfico 4 muestra la relación de la ocupación de los pacientes evaluados con la siguiente referencia labores de casa con 5 pacientes con el 33%, seguido de 8 estudiantes con un 53%, y por ultimo tenemos entre los pacientes a un comerciante y un carpintero representando al 7% cada uno.

Tabla 5
Análisis descriptivo en relación al método elegido por los pacientes

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------------|------------|------------|
| Válido | ÓRGANO FOSFORADO | 12 | 80,0 |
| | MEDICAMENTOS | 3 | 20,0 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 5.



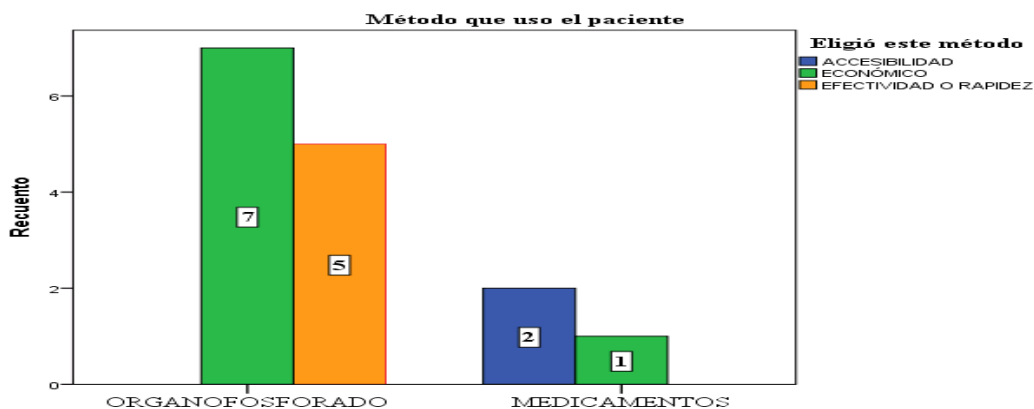
En la tabla y gráfico 5 se observa el método que eligieron los pacientes en su intento de suicidio, donde el 20% que representa a 3 pacientes, realizaron su intento con

intoxicación medicamentosa y el 80% que representa a 12 pacientes, se intoxicaron con órgano fosforado.

Tabla 6
Análisis descriptivo en relación del ¿Por qué eligió ese método?

| | | Método que uso el paciente y Por qué eligió este método | | | Total |
|-------------------|-------------|---|-----------|----------------------|------------|
| | | ACCESIBILIDAD | ECONÓMICO | EFFECTIVO RAPIDEZ | |
| ÓRGANO FOSFORADOS | Recuento | 0 | 7 | 5 | 12 |
| | % del total | 0,0% | 46,7% | 33,3% | 80,0 % |
| MEDICAMENTOS | Recuento | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | % del total | 13,3% | 6,7% | 0,0% | 20,0 % |
| Total | Recuento | 2 | 8 | 5 | 15 |
| | % del total | 13,3% | 53,3% | 33,3% | 100,0 % |

Gráfico 6.



En la tabla y gráfico 6 observamos que el paciente eligió o consideró determinado método para su intento de suicidio:

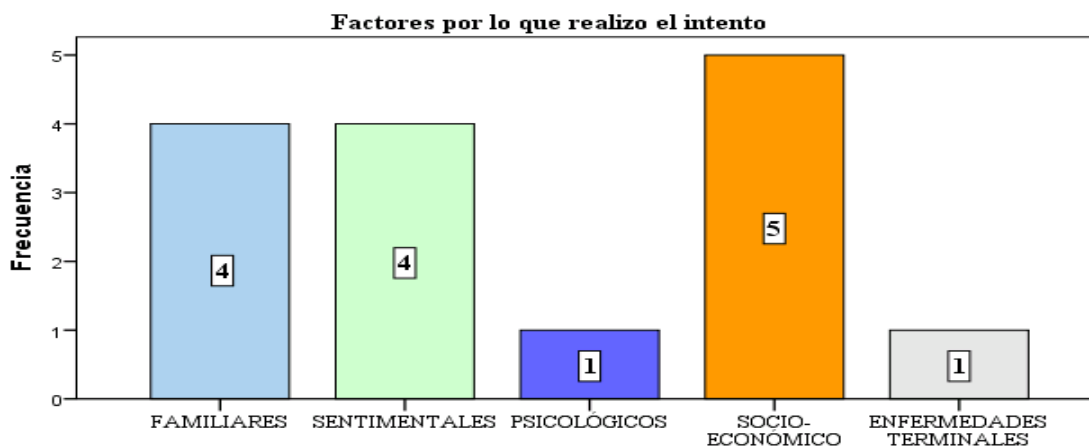
El 6,7% representa a un paciente que intentó suicidarse con medicamentos porque consideró que era más económico; el 13,3% representa a dos pacientes que optaron por la intoxicación medicamentosa considerando que este método era accesible; el 33,3% que equivale a cinco pacientes eligieron la intoxicación por órgano fosforados por considerarlo efectivo y rápido; el 46,7% que son siete pacientes consideraron económico a la intoxicación por órgano fosforados.

Dándonos así las características de que métodos utilizaron y porque eligieron este método para su acto suicida.

Tabla 7
Análisis descriptivo en relación a los factores considerados por el paciente, por lo que llevó el intento de suicidio

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Válido | Familiares | 4 | 26,7 |
| | Sentimentales | 4 | 26,7 |
| | Psicológicos | 1 | 6,7 |
| | Socio- Económico | 5 | 33,3 |
| | Enfermedades Terminales | 1 | 6,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 7.



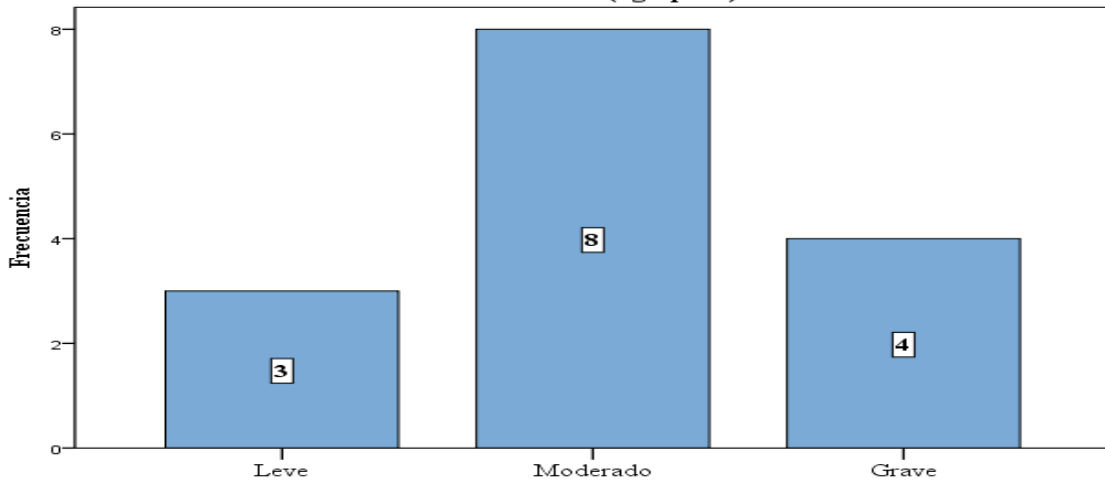
En la tabla y gráfico 7 podemos observar los factores que los pacientes consideraron como una influencia para llevar a cabo su intento suicida; con el 6,7% un paciente indica que el factor que lo llevó a cometer el gesto suicida fue su condición de enfermedad terminal; otro paciente que representa el 6,7% consideró que su intento de suicidio se debe al factor psicológico (el paciente manifestó que esta en terapia psicológica y ya tubo intentos de suicidios anteriores); con el 26,7% que equivale a 4 pacientes, indicaron cometer el gesto suicida por factores familiares a sí mismo el otro 26,7% representando a 4 pacientes señalaron que su intento autolítico fue por factores sentimentales; en cambio con el porcentaje de 33,3% que equivale a 5 pacientes indicaron que su intento suicida fue por factores socio-económicos.

II. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE INTENTO DE SUICIDIO.

Tabla 8
Análisis e interpretación de resultados de los niveles de severidad del intento suicida

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|----------|------------|------------|
| Válido | Leve | 3 | 20,0 |
| | Moderado | 8 | 53,3 |
| | Grave | 4 | 26,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 8.



En la tabla y gráfico 8 corresponde a los resultados encontrados en la variable intento suicida (severidad), se observa que de 15 pacientes evaluados el 20% representa a 3 pacientes con nivel de severidad leve en el intento suicida; seguido del 26,7%, representando a 4 pacientes con nivel grave en su intento suicida; así también podemos observar que el nivel moderado tiene un 53,3% referido a 8 pacientes.

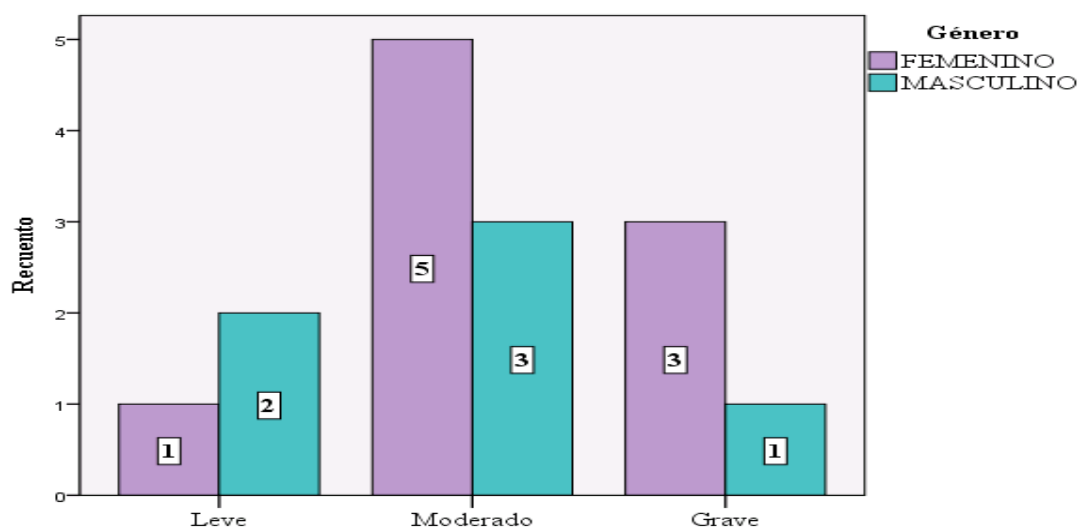
Conocemos que el intento de suicidio constituye una de las demostraciones dramáticas del fracaso de las personas al enfrentar y confrontar situaciones, su relacionamiento con su entorno familiar, social y laboral.

Por lo cual podemos afirmar que el mayor porcentaje es de 53.32% correspondiente a ocho pacientes, esto los coloca en el nivel de severidad moderado, manifestándose en los distintos estados de ánimo, influyendo principalmente en la alteración del humor; encontrándose tristes y desesperanzados, donde les es difícil afrontar las situaciones de su vida diaria.

Tabla 9
Análisis de resultados totales del nivel de intento suicida según Sexo

| | | Sexo | | Total |
|--------------------------------|-------------|----------|-----------|-------|
| | | FEMENINO | MASCULINO | |
| PUNTAJE TOTAL (agrupado) | Leve | 1 | 2 | 3 |
| | % del total | 6,7% | 13,3% | 20,0% |
| | Moderado | 5 | 3 | 8 |
| | % del total | 33,3% | 20,0% | 53,3% |
| | Grave | 3 | 1 | 4 |
| | % del total | 20,0% | 6,7% | 26,7% |
| Total | | 9 | 6 | 15 |
| | % del total | 60,0% | 40,0% | 100,0 |

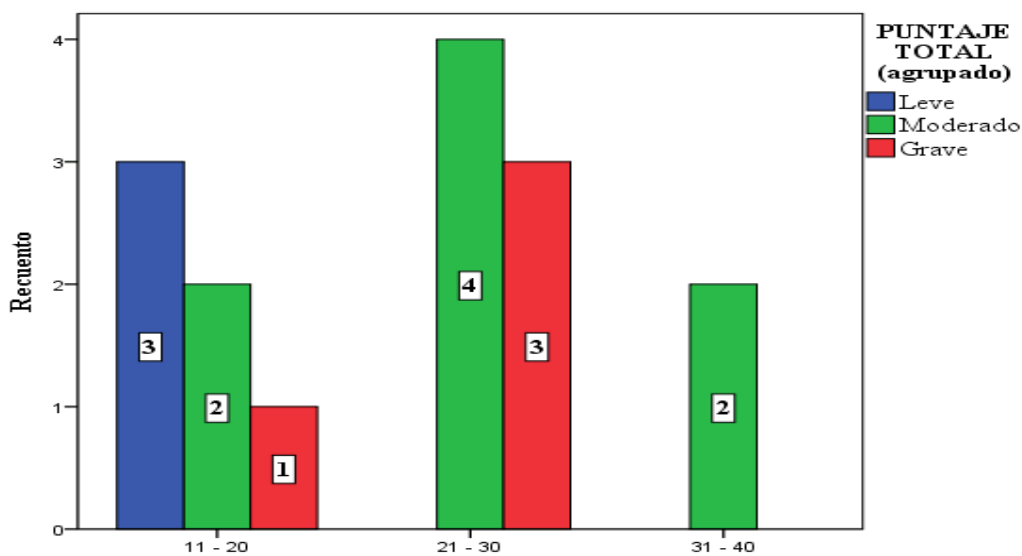
Gráfico 9.



En la Tabla y gráfico 9 tenemos los resultados totales con respecto al nivel de intento suicida, especificado según el sexo de los pacientes, donde se puede observar una mujer con el nivel de intento suicida leve que corresponde al 6,7%; también en el nivel de intento suicida leve tenemos a dos varones con el 13,3%; con el nivel de intento suicida grave tenemos un varón con el 6,7% y tres mujeres con el 20%; con el nivel de intento suicida moderado más significativo tenemos tres varones con el 20% y cinco mujeres con el 33,3%.

Tabla 10*Análisis de resultados totales del nivel de severidad del intento suicida según Edad*

| | | PUNTAJE TOTAL (agrupado) | | | Total |
|--------------------|-------------|-----------------------------|----------|-------|--------|
| | | Leve | Moderado | Grave | |
| Edad (agrupado) | 11 - 20 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| | % del total | 20,0% | 13,3% | 6,7% | 40,0% |
| | 21 - 30 | 0 | 4 | 3 | 7 |
| | % del total | 0,0% | 26,7% | 20,0% | 46,7% |
| | 31 - 40 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | % del total | 0,0% | 13,3% | 0,0% | 13,3% |
| Total | | 3 | 8 | 4 | 15 |
| | % del total | 20,0% | 53,3% | 26,7% | 100,0% |

Gráfico 10

En la tabla y gráfico 10 se puede observar la relación de la severidad del intento suicida y el rango de edad: 2 pacientes se encontraron entre 31 a 40 años con el 13,3% y su severidad fue moderado. En otros 6 pacientes su edad fue entre 11 a 20 años con un 40,0% los mismos que presentaron niveles de intento suicida entre leve y grave; por último 7 pacientes tenían entre los 21 a 30 años con el 46,7% y sus niveles de intento suicida fue moderado y grave

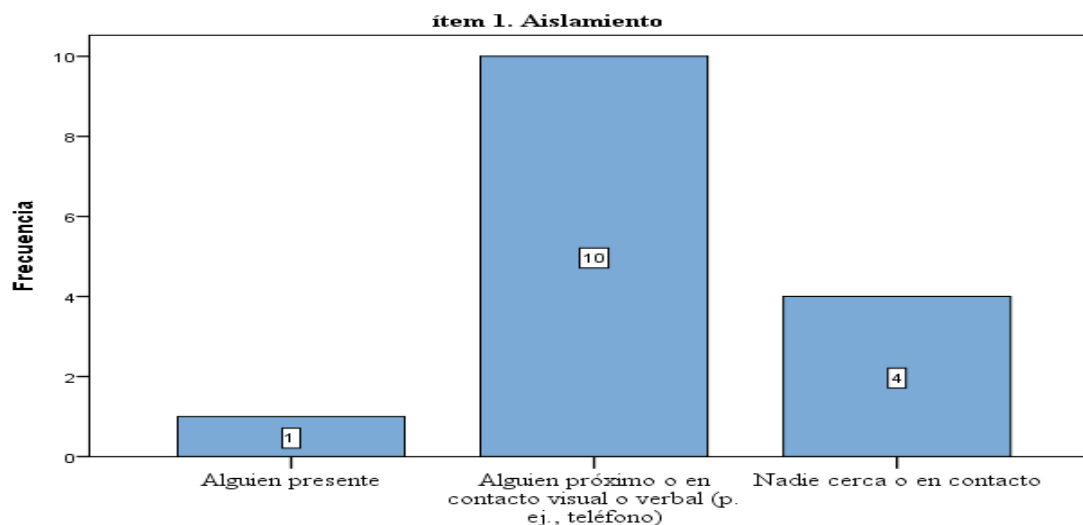
Nuestros resultados parecen indicar que la edad de mayor riesgo para cometer el intento de suicidio se encuentra entre los 11 a 20 años, también se puede confirmar que el sexo femenino es el más propenso al intento suicida.

a. Análisis de resultados por ítems del inventario de intencionalidad suicida de Beck

Tabla 11
Ítem 1. Aislamiento

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Alguien presente | 1 | 6,7 |
| Válido Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) | 10 | 66,7 |
| Nadie cerca o en contacto | 4 | 26,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 11.



En la tabla y gráfico 11 corresponde al ítem 1 “Asilamiento”, los 15 pacientes evaluados que ingresaron al hospital por intento autolítico el 6,7% corresponde a un paciente que al momento de su intento se encontraba alguien presente, el 26.7 % que corresponde a cuatro pacientes, marcó que al momento de su intento “*nadie se encontraba cerca o en contacto*”; el 66,7% corresponde a 10 pacientes que al momento de su intento

existía “*alguien próximo, o en contacto visual*”. La mayoría de la población investigada tenía a alguien presente durante su intento, lo que demuestra que existía la posibilidad que los auxilien en cualquier momento.

Por tanto, se puede argumentar que el intento de suicidio no reviste a una alta letalidad más bien mostraron un gesto suicida, porque estos pacientes sabían que podrían ser descubiertas o llamar la atención antes de un suicidio consumado.

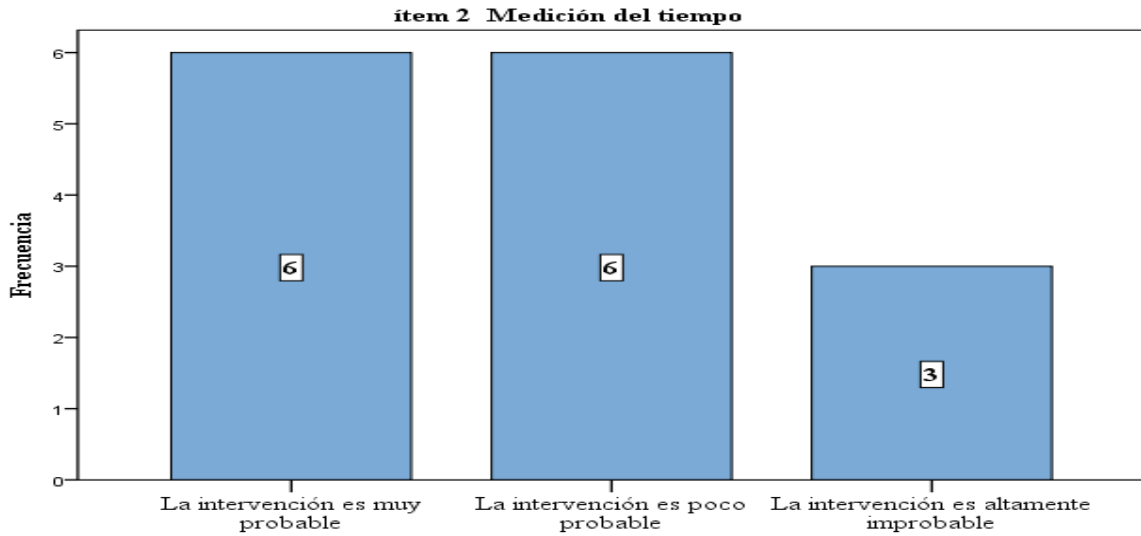
El gesto suicida es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.²⁶

Tabla 12
Ítem 2. Medición de tiempo

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | La intervención es muy probable. | 6 | 40,0 |
| | La intervención es poco probable. | 6 | 40,0 |
| | La intervención es altamente improbable. | 3 | 20,0 |
| | Total | 15 | 100,0 |

²⁶ Santana, Raúl (2010) Estudio de los discursos sobre el suicidio en la prensa local de 2005 a 2009: el suicidio y los suicidas desde el saber autorizado en El Informador y Público. Tesis no publicada de Maestría en Ciencias Sociales. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco. México. Pág. 48

Gráfico 12.



En la tabla y gráfico 12 se describe el ítem 2 “Medición del tiempo”; de 15 pacientes, el 26,7% que corresponde a 3 pacientes mencionó que durante su intento “*la intervención es altamente improbable*”, el 40% correspondiente a 6 pacientes indica que durante su intento “*la intervención es muy probable*” y el otro 40% que también son 6 pacientes indicaron que “*la intervención es poco probable*” los pacientes evaluados presentaron pocas posibilidades de que alguien pueda ayudarles durante el intento.

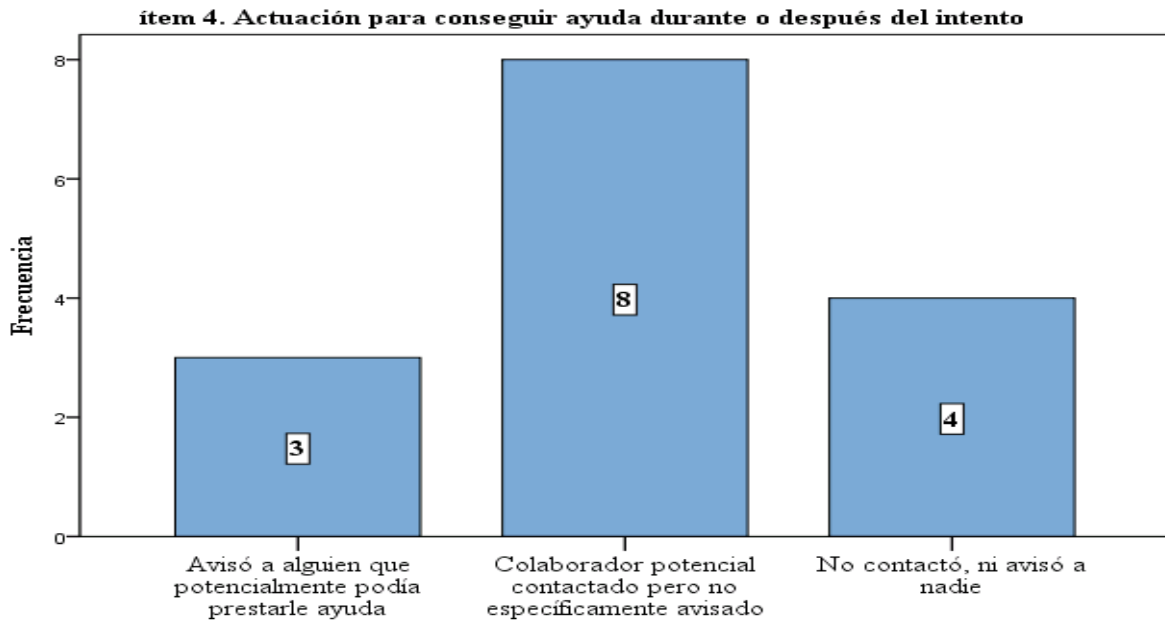
Dependiendo de los detalles de la forma de autolisis escogida por estos sujetos y la necesidad de su planificación, para lograr su cometido, nos demuestra su grado de letalidad que presenta su intento suicida en cada caso.

Tabla 13

Ítem 3. Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Ninguna | 7 | 46,7 |
| Toma precauciones pasivas | 3 | 20,0 |
| Válido Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.) | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 14.



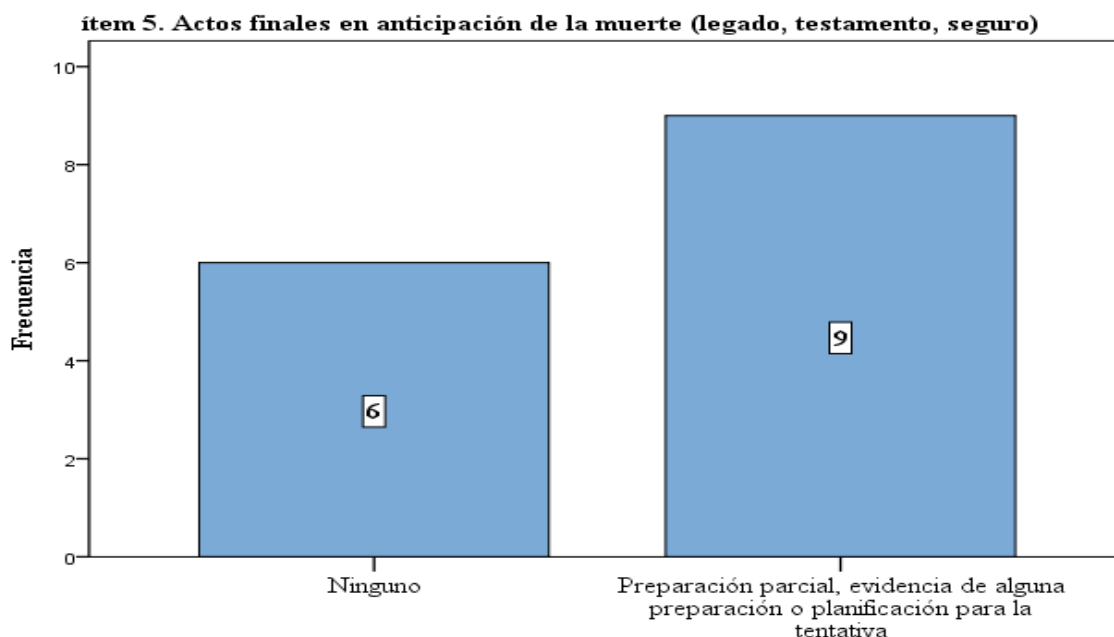
En la tabla y gráfico 14 se muestra el ítem 4 “Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento”, el 20% corresponde a 3 pacientes que después al intento “*Avisó a alguien que posteriormente podía prestarle ayuda*”, el 26,7% corresponde a 4 pacientes que posterior a realizar su intento “*No contactó ni avisó a nadie*”, el 53.3% corresponde a 8 pacientes que marcaron la opción “*Colaborador potencial contactado, pero no específicamente avisado*”. En cuanto a expresar sus ideas o planes con respecto al intento la mayoría de la población investigada optó por la última opción anteriormente mencionada.

Tabla 15

Ítem 5. Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Ninguno | 6 | 40,0 |
| Válido | 9 | 60,0 |
| Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa | | |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 15.



En la tabla y gráfico 15 explica el Ítem 5. “Actos finales en anticipación de la muerte” (legado, testamento, seguro), el 40% que corresponde a 6 pacientes mencionó que no realizó “*Ninguna*” evidencia o dejó nota suicida antes de la tentativa suicida, el 60% que corresponde a 9 pacientes mencionó que realizó una “*Preparación parcial o dejó alguna evidencia*” de su acción suicida. La mayoría de la población investigada dejó alguna evidencia de su acto suicida.

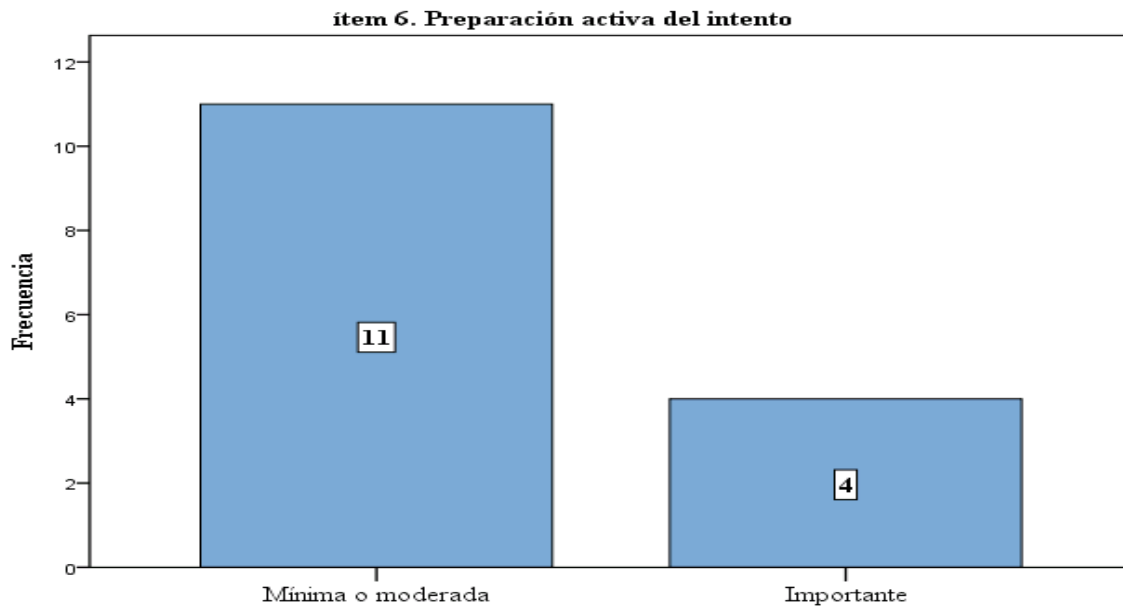
Dado que cada caso es único en su contexto y en los factores precipitantes de la fatal decisión, corresponde recomendar estudios como el presente, pero con una metodología cualitativa de entrevistas en profundidad que produzcan datos descriptivos que permitan comprender la relación.

Tabla 16
Ítem 6. Preparación activa del intento

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Válido | Mínima o moderada | 11 | 73,3 |

| | | |
|------------|----|-------|
| Importante | 4 | 26,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 16.

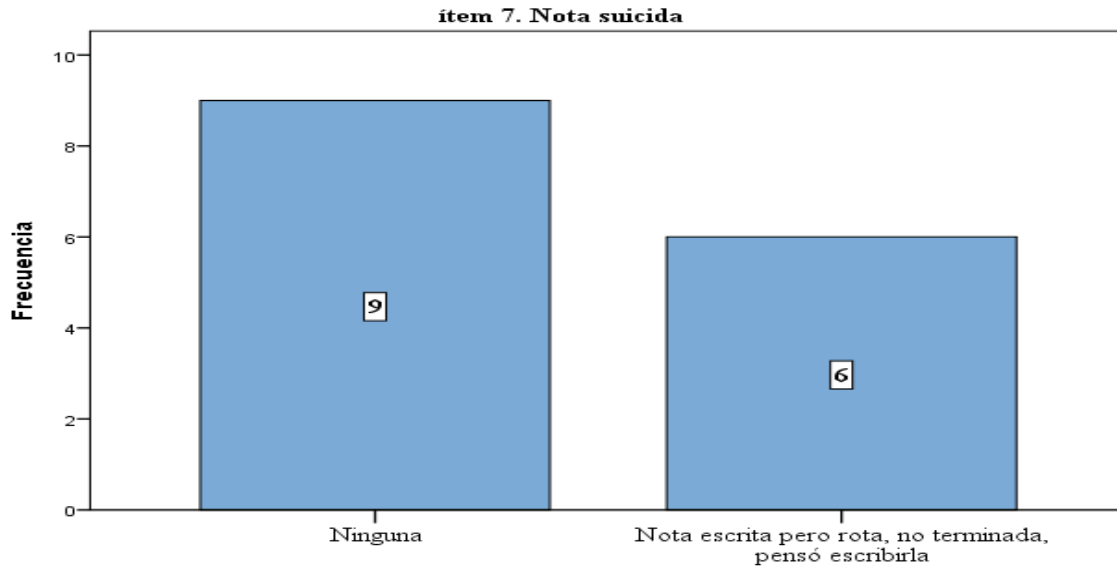


En la tabla y gráfico 16 muestra el Ítem 6 “Preparación activa del intento”; el 26,7% que corresponde a 4 pacientes mencionó que realizó una preparación “*Importante*” para efectuar su intento, el 73,3% que corresponde a 11 pacientes mencionaron que realizó alguna preparación “*Mínima o moderada*” para efectuar su intento. La mayoría de los pacientes evaluados tuvo un plan en su grado mínimo, previo a efectuar su intento de suicidio.

Tabla 17
Ítem 7. Nota suicida

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Ninguna | 9 | 60,0 |
| Válido Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla | 6 | 40,0 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 17.



En la tabla y gráfico 17 se observa el Ítem 7 “Nota suicida” el 40% corresponde a 6 pacientes que mencionan haber realizado “*Nota escrita pero rota, no terminada o pensó en escribirla*”; el 60% que corresponde a 9 pacientes indicó no haber realizado “*Ninguna*” nota previa al suicidio, no hubo pacientes que realizaron notas previas.

Tabla 18

Ítem 8. Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Válido | No comunicación verbal | 1 | 6,7 |
| | Comunicación ambigua | 8 | 53,3 |
| | Comunicación no ambigua | 6 | 40,0 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 18.

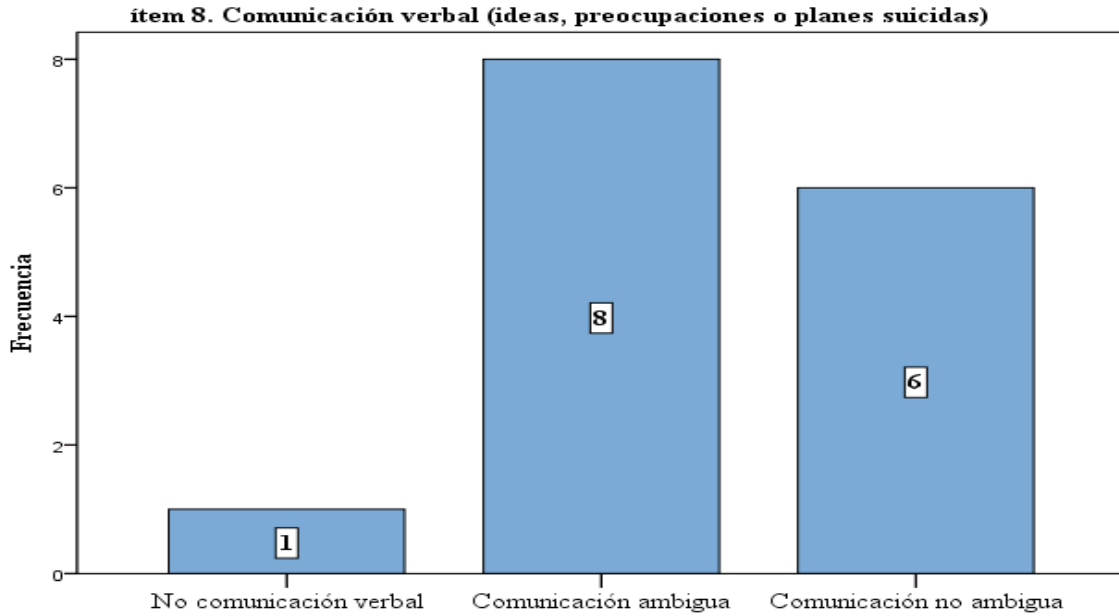


Tabla y gráfico 18 explica el Ítem 8 “Comunicación verbal” (ideas, preocupaciones o planes suicidas); 6,7% corresponde a un paciente que no manifestó ninguna “*No comunicación verbal*”, 40% que son 6 pacientes indicaron que realizaron “*Comunicación no ambigua*” comunicaron ideas, preocupación o planes suicidas, (*quiero morir, siento como si quisiera matarme*); el 53,3% correspondiente a 8 pacientes señalaron que realizaron “*Comunicación ambigua*” (*estoy cansado, pienso que están mejor sin mí*). En cuanto a comunicar sus planes e ideas suicidas la mayoría de los pacientes manifestó demostrando alguna comunicación en el hogar o entre los miembros de la familia para poder resolver dificultades por las que se encuentren atravesando.

Tabla 19
Ítem 9. Propósito supuesto del intento

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | 1. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza | 5 | 33,3 |
| | 2. Componentes del opción 0 y 2 | 5 | 33,3 |

| | | |
|---|----|-------|
| 3. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 19.

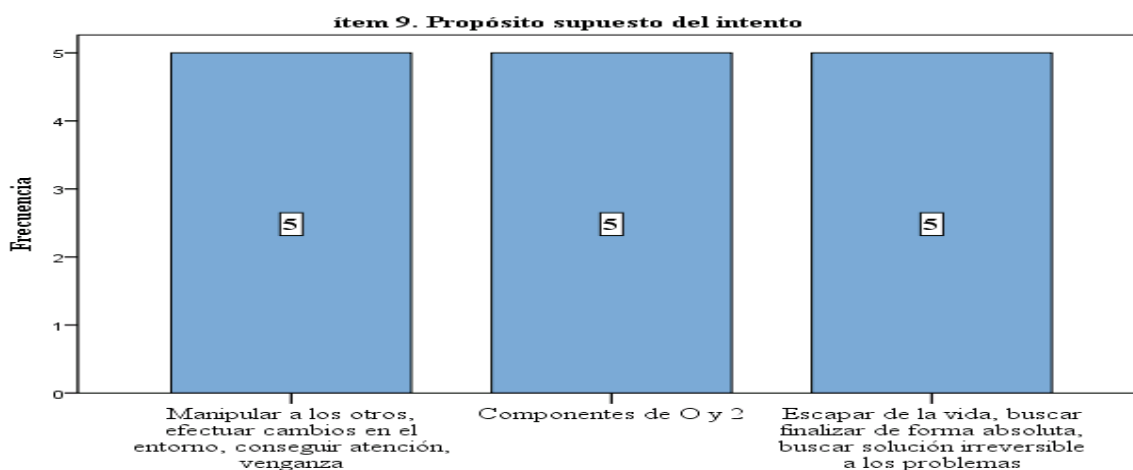


Tabla y gráfico 19 corresponde al Ítem 9 “Propósito supuesto del intento” el 33,3% corresponde a 5 pacientes que marcaron la opción 1 “*Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza* y al mismo tiempo escapar de la vida, poner fin a su vida”; en el mismo porcentaje del 33,3% que corresponde a 5 pacientes marcaron la opción “0” con el propósito de “*Manipular a otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza*” y por último con el mismo porcentaje del 33,3% que también representa a los 5 pacientes restantes señalaron la opción 2 la cual describe “*Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas*”.

Tabla 20
Ítem 10. Expectativas sobre la probabilidad de muerte

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--------------------------|------------|------------|
| Válido | Pensó que era improbable | 2 | 13,3 |
| | Posible pero no probable | 8 | 53,3 |

| | | |
|-------------------|----|-------|
| Probable o cierta | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 20.

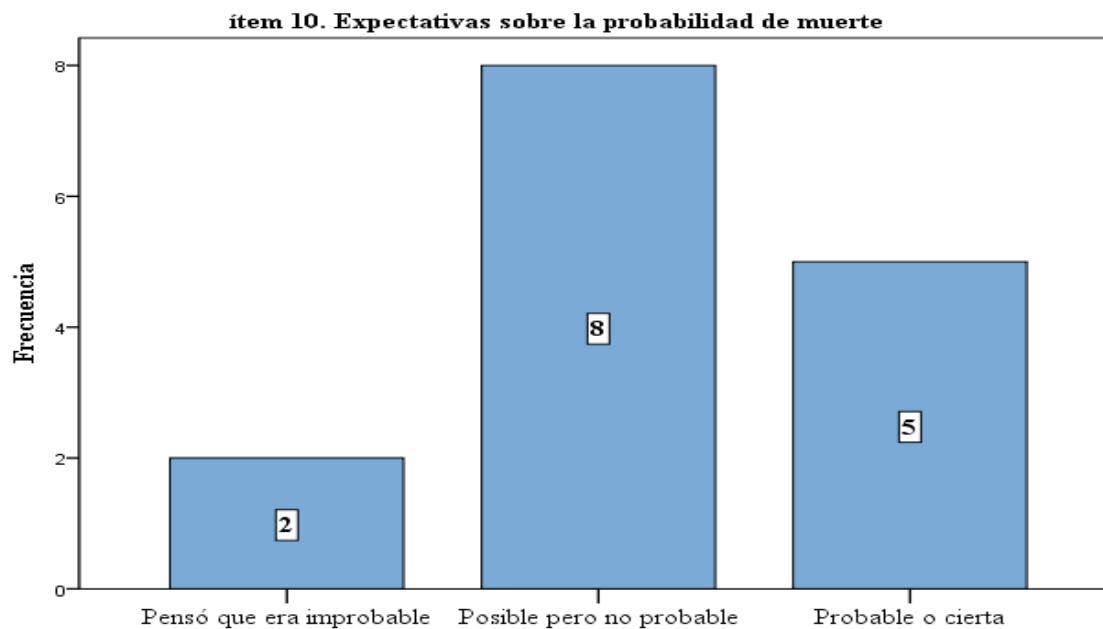


Tabla y gráfico 20 se observa el ítem10 “Expectativas sobre la probabilidad de muerte” el 13,3% que son 2 pacientes respecto a su intento lo consideró o “*Pensó que era improbable*”; el 33,3% corresponde a 5 pacientes que con respecto a su intento tenía expectativas de que fuese “*Probable o cierta*”, el 53,3% corresponde a 8 pacientes que con respecto a su intento lo consideró “*Posible pero no probable*”. La mayoría de la población investigada consideró posible su muerte, no estando convencidos de su mortalidad.

Tabla 21

Ítem 11. Concepción de la letalidad del método

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | Hizo menos de lo que pensaba que sería letal | 1 | 6,7 |
| | No estaba seguro si lo que hacía era letal | 10 | 66,7 |
| | Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal | 4 | 26,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 21.

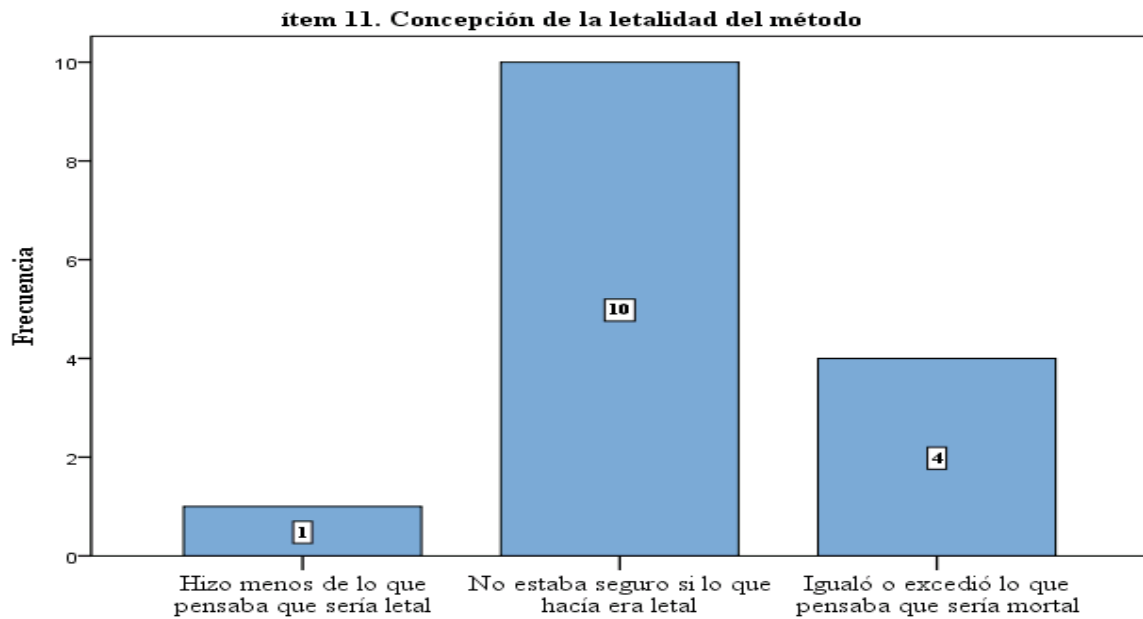


Tabla y gráfico 21 muestra el ítem 11 “Concepción de la letalidad del método”, el 6,7% que representa a un paciente con respecto a la letalidad de su método creyó que “*Hizo menos de lo que pensaba que sería letal*”; el 26,7% corresponde a 4 pacientes consideró que la letalidad del método utilizado para su intento “*Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal*”; el 66,7% corresponde a 10 pacientes que con respecto a la letalidad del método utilizado “*No estaba seguro si lo que hacía era letal*”. La mayoría de los pacientes estaba insegura sobre la letalidad del método empleado, disminuyendo las posibilidades de consumir el suicidio.

Tabla 22
Ítem 12. Seriedad del intento

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|---|-------------------|-------------------|
| Válido | No intentó seriamente poner fin a su vida | 4 | 26,7 |
| | Inseguro | 6 | 40,0 |
| | Intentó seriamente poner fin a su vida | 5 | 33,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 22.

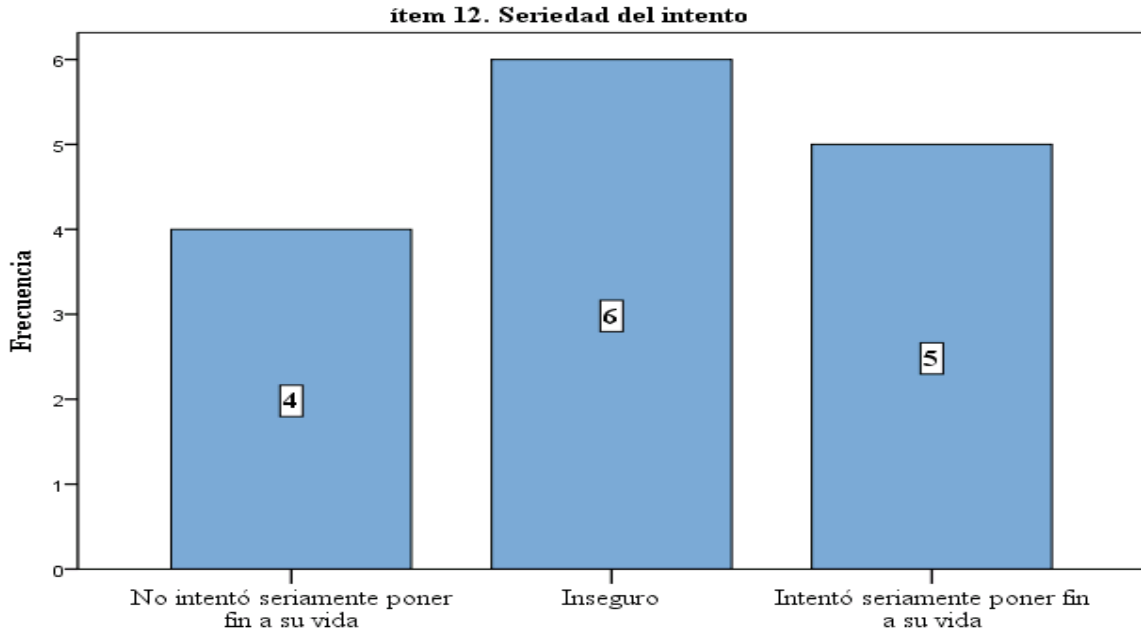


Tabla y gráfico 22 del ítem 12 “Seriedad del intento”, el 26,7% representa a 4 pacientes que señalaron “*No intentó seriamente poner fin a su vida*”; el 33,3% corresponde a 5 pacientes que “*Intentó seriamente poner fin a su vida*”, el 40% corresponde a 6 pacientes que con respecto a su intento se sentía “*Inseguro*”, La mayoría de la población investigada no estaba convencida de ponerle fin a su vida, mostrando la posibilidad de haberlo realizado como chantaje o susto a sus familias, demostrando interés hacia la reacción de su familia.

Tabla 23
Ítem 13. Actitud hacia el vivir/morir

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Válido | | |
| 1. No quería morir | 2 | 13,3 |
| 2. Componentes de 0 y 2 | 8 | 53,3 |
| 3. Quería morir | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 23.

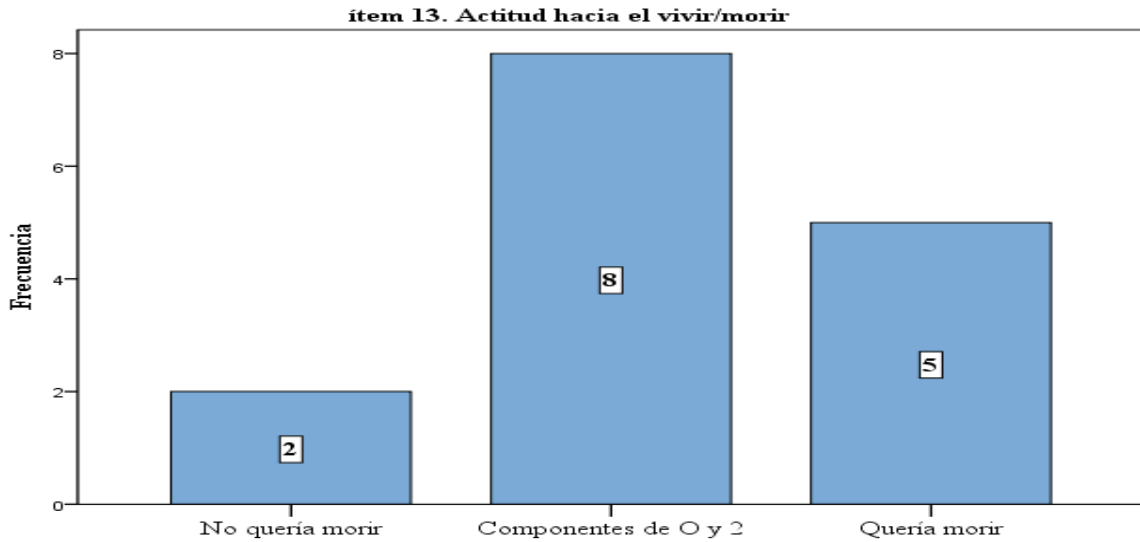


Tabla y gráfico 23 corresponde al ítem 13 “Actitud hacia el vivir/morir”, el 13,3% que corresponde a 2 pacientes indicó la opción “0” “*No quería morir*”; pacientes que al intentar el acto indicó la opción 2 “*Quería morir*” con el 33,3% corresponde a 5 pacientes; el 53,3% corresponde a 8 pacientes que indicó la opción 1 “*No quería morir y quería morir*”. Ante el intento de suicidio la mayoría de los pacientes evaluados presentó una ambivalencia, entre el deseo de “Quería morir y no morir, sin embargo, realizó el acto.

Ejemplo uno de los pacientes mencionó que su intento de suicidio se debió a un factor sentimental ya que el presentaba estabilidad laboral, familiar y económica, pero su novia con tres años de relación decidió terminar la relación; en este comentario el paciente nos da cuenta de la ruptura entre el sentimiento de apego y pertenencia, también nos revela el deseo de vivir a través de la muerte ósea ser valorado con la posibilidad de la ausencia.

Tabla 24**Ítem 14. Concepción de la capacidad de salvamento médico**

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica | 3 | 20,0 |
| | Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica | 9 | 60,0 |
| | Seguro de morir aunque recibiese atención médica | 3 | 20,0 |
| Total | | 15 | 100,0 |

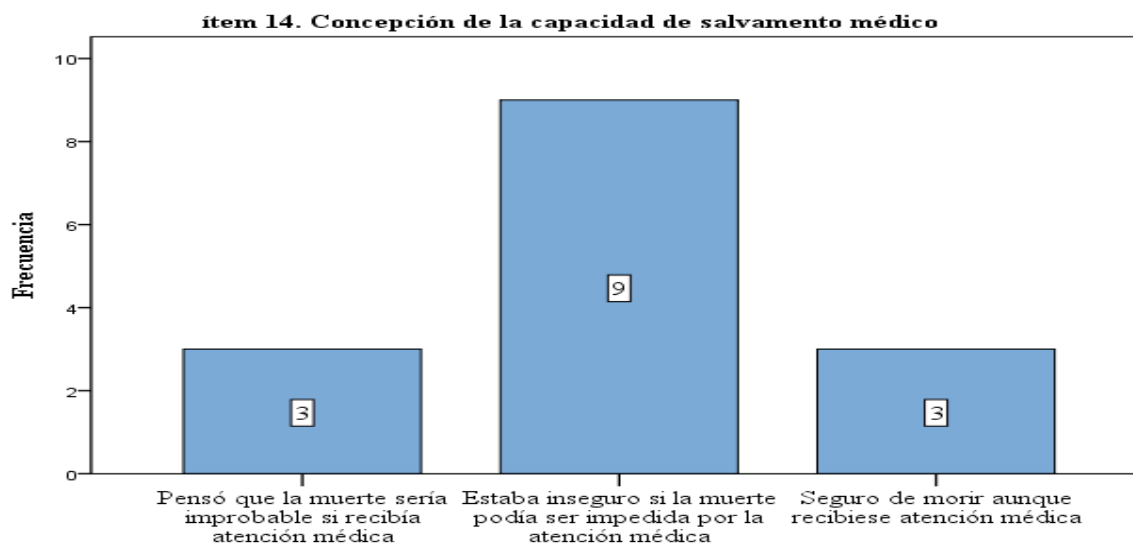
Gráfico 24.

Tabla y gráfico 24 muestra el ítem 14 “Concepción de la capacidad de salvamento médico”, el 20% corresponde a 3 pacientes que indicó sentirse “*Seguro de morir, aunque recibiese atención médica*”; el otro 20% representado por 3 pacientes “*Pensó que la muerte sería improbable si recibiesen atención médica*”; el 60% que corresponde a 9 pacientes señaló que “*Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica*”. La mayoría de los pacientes evaluados demostró inseguridad en cuanto a la posibilidad de ser impedida su muerte por la atención médica, notándose que no tomaron precauciones para poder consumir el suicidio.

Tabla 25
Ítem 15. Grado de premeditación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Ninguno, impulsivo | 7 | 46,7 |
| Válido Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento | 2 | 13,3 |
| Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento | 6 | 40,0 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 25.

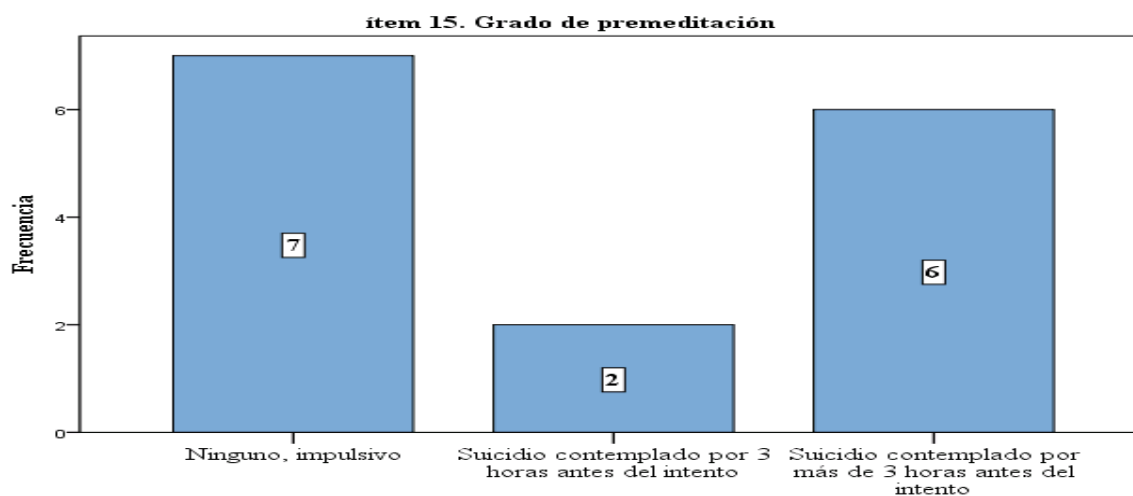


Tabla y gráfico 25 se observa el ítem 15 “Grado de premeditación”, el 13,3% corresponde a 2 pacientes que su acto de “*Suicidio fue contemplado por tres horas antes del intento*”; el 40% corresponde a 6 pacientes que premeditó su “*Suicidio contemplado por más de tres horas antes del intento*”; el 46,7% corresponde a 7 pacientes que señaló “*Ninguno, impulsivo*”. La mayoría de los pacientes no premeditó su intento más al contrario fue un acto impulsivo. Demostrándonos que el acto suicida está sujeto a los rasgos de personalidad.²⁷ (Gracia Marco, 2006).

²⁷ R Gracia Marco, M Henry Benítez, A Luis Morera. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad. Revista Española de sanidad, Vol. 8, No 3, Pág. 4.

Tabla 26***Dimensión Objetiva de la escala de intencionalidad suicida de Beck.***

| N° de Paciente | Ítem 1. | Ítem 2. | Ítem 3. | Ítem 4. | Ítem 5. | Ítem 6. | Ítem 7. | Ítem 8. | |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 11 |
| 3 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 10 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| 7 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 7 |
| 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| 10 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| 11 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 |
| 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 13 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 12 |
| 14 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| Dimensión Objetiva | | | | | | | | | 113 |

En la prueba de intencionalidad suicida en su parte objetiva no está influenciada por las variables extrañas, las características de estos ítems presentan una situación estructurada donde quien la contesta tiene que responder seleccionando alternativas o proporcionando una contestación breve, estos ítems 1 al 8 evalúan circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio, trata principalmente con los aspectos de hecho del intento y los eventos que rodean al individuo, son aspectos precisos del acto antes, durante y después. (Aaron T. Beck D. Schuyler, 2011)

La prueba de intencionalidad suicida de Beck tiene dos partes, la Objetiva donde se evalúa las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.

En la muestra de 15 pacientes como se observar en la tabla 50, obtuvieron un puntaje de 113 entre los ítems de esta parte de la prueba (objetiva) que se detallan a continuación:

1 Aislamiento, 2 Medición del tiempo, 3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas, 4 Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento, 5 Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro), 6 Preparación activa del intento, 7 Nota suicida, 8 Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas).

Tabla 27

Dimensión subjetiva de la escala de intencionalidad suicida de Beck.

| N° de Paciente | Ítem 9. | Ítem 10. | Ítem 11. | Ítem 12. | Ítem 13. | Ítem 14. | Ítem 15. | |
|----------------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 8 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 11 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 10 |
| 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 11 |
| 6 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| 7 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 11 |
| 8 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 9 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 9 |
| 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 9 |
| 11 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 12 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| 13 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| 14 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 6 |
| 15 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 10 |
| Dimensión Subjetiva | | | | | | | | 114 |

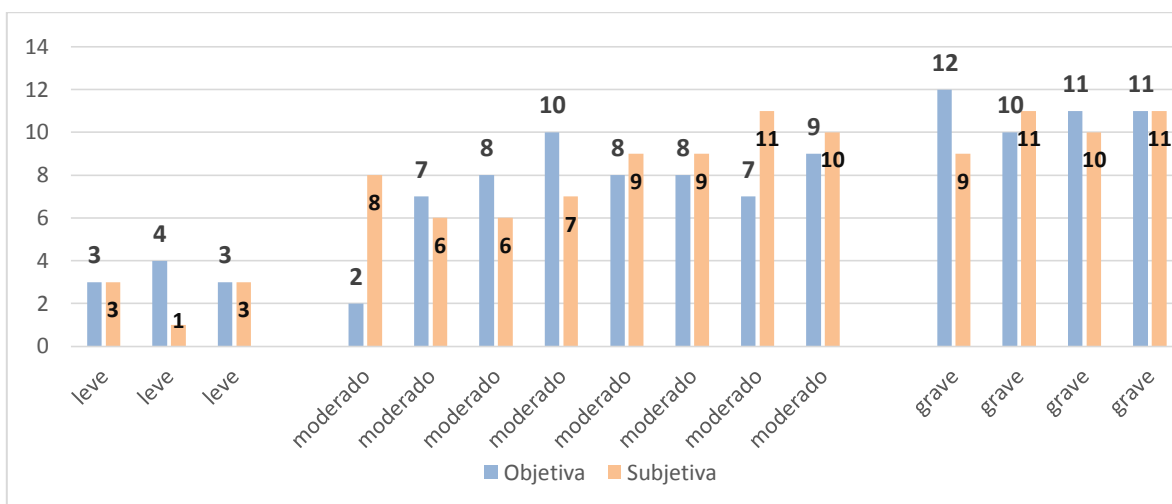
En la prueba de intencionalidad suicida en su parte subjetividad en la corrección de la escala debe eliminar la emisión de un juicio por parte del examinador, esta parte de la prueba evalúan los ítem 9 al 15 que es básicamente la expectativas durante la tentativa de suicidio, también evalúa la actitud del paciente ante la vida, la muerte y la valoración que hace en su tentativa; es un auto-informe que registrar retrospectivamente los pensamientos y sentimientos del individuo en el momento del intento. (Aaron T.Beck D. Schuyler, 2011).

La prueba de intencionalidad suicida de Beck en su segunda parte denominada subjetiva fue casi paralela a la parte objetiva como se puede evidenciar en la tabla 51, En la muestra de 15 pacientes obtuvieron un puntaje de 114 entre los ítems de esta parte de la prueba (subjetiva)

esta parte evalúa las expectativas durante la tentativa de suicidio que se detallan a continuación:

Ítem: 9 Propósito supuesto del intento, Ítem 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte, Ítem 11 Concepción de la letalidad del método, Ítem 12 Seriedad del intento, Ítem 13 Actitud hacia el vivir/morir, Ítem 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico, Ítem 15 Grado de premeditación.

Gráfico 26 *Dimensión Objetiva y Subjetiva de la escala de intencionalidad de Beck*



En el gráfico 26 podemos observar las características del intento de suicidio agrupados según sus dos dimensiones: objetiva y subjetiva de la escala de intencionalidad de Beck en los 15 pacientes.

La dimensión objetiva está constituida del ítem 1 al 8 estas características son: Aislamiento, Medición del tiempo, Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la

intervención de otras personas, Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento, Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro), Preparación activa del intento, Nota suicida, Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)

La dimensión subjetiva está compuesta del ítem 9 al 15 que involucra las siguientes características del intento de suicidio: Propósito supuesto del intento, Expectativas sobre la probabilidad de muerte, Concepción de la letalidad del método, Seriedad del intento, Actitud hacia el vivir/morir, Concepción de la capacidad de salvamento médico, Grado de premeditación.

Como podemos observar entre las dos dimensiones no existe una gran diferencia en cuanto a puntaje se refiere, entre los 15 pacientes las dos dimensiones están casi paralelas por lo que podemos concluir que los pacientes según su nivel de severidad en su intento de suicidio contemplaron de forma paralela las características tanto en su dimensión objetiva que son las circunstancias en que se desarrolla el intento de suicidio como también contemplaron lo que constituye la dimensión subjetiva que refiere a las expectativas que se desarrolla al cometer el intento de suicidio.

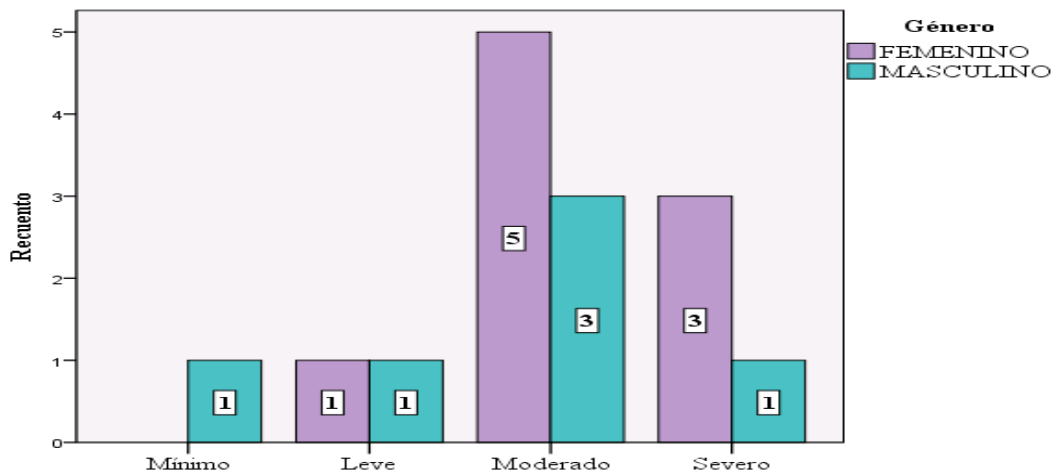
III. RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.

Tabla 28

Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Sexo

| | | Sexo | | Total |
|--------------------------------|-------------|----------|-----------|-------|
| | | FEMENINO | MASCULINO | |
| PUNTAJE TOTAL (agrupado) | Mínimo | 0 | 1 | 1 |
| | % del total | 0,0% | 6,7% | 6,7% |
| | Leve | 1 | 1 | 2 |
| | % del total | 6,7% | 6,7% | 13,3% |
| | Moderado | 5 | 3 | 8 |
| | % del total | 33,3% | 20,0% | 53,3% |
| | Severo | 3 | 1 | 4 |
| | % del total | 20,0% | 6,7% | 26,7% |
| Total | 9 | 6 | 15 | |
| % del total | 60,0% | 40,0% | 100,0% | |

Gráfico 27.



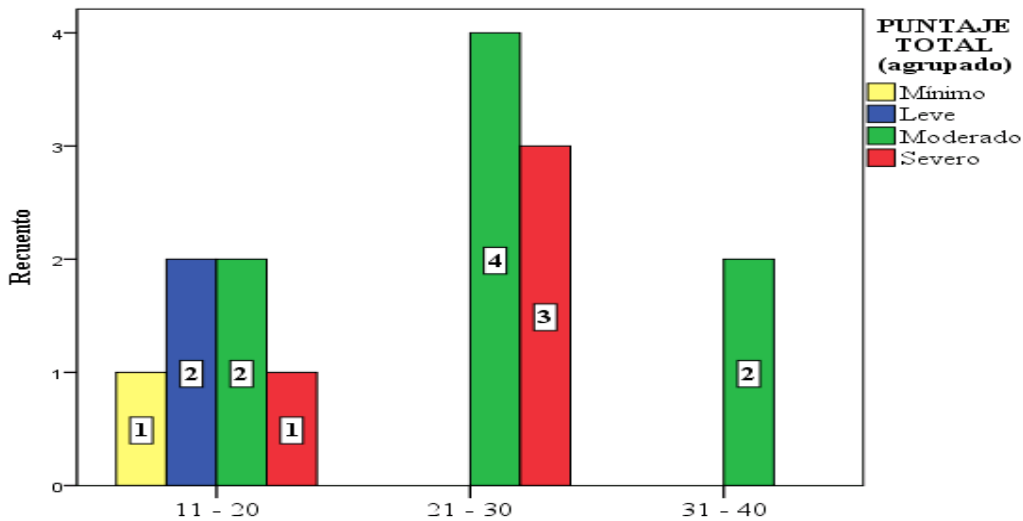
En la Tabla 28 y gráfico 27 tenemos los resultados totales del nivel de depresión según sexo, donde se observa con nivel de depresión mínima a un varón con 6,7%; en el nivel de depresión leve presentaron a una mujer y un varón con el 13,3%; con el nivel de depresión severo un varón y tres mujeres con 26,7% y con el nivel de depresión más significativo tenemos tres varones y 5 mujeres con 53,3%.

Tabla 29

Análisis de resultados totales del nivel de depresión según Edad

| | | PUNTAJE TOTAL (agrupado) | | | | Total |
|-------------|-------------|--------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | Mínimo | Leve | Moderado | Severo | |
| Edad | 11 – 20 | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 |
| | % del total | 6,7% | 13,3% | 13,3% | 6,7% | 40,0% |
| Edad | 21 – 30 | 0 | 0 | 4 | 3 | 7 |
| | % del total | 0,0% | 0,0% | 26,7% | 20,0% | 46,7% |
| Edad | 31 - 40 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | % del total | 0,0% | 0,0% | 13,3% | 0,0% | 13,3% |
| Total | | 1 | 2 | 8 | 4 | 15 |
| % del total | | 6,7% | 13,3% | 53,3% | 26,7% | 100,0% |

Gráfico 28.



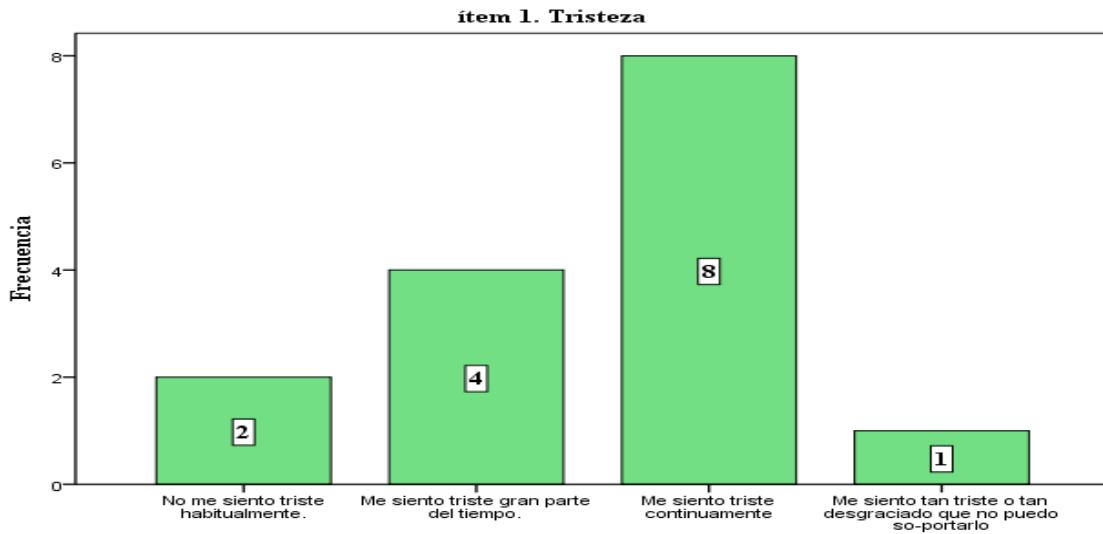
En la tabla 29 y gráfico 28 se puede observar que el número menor de pacientes es 2 y estos estuvieron entre 31 a 40 años que corresponde al 13,3% con un nivel de depresión moderado; 6 pacientes tenían entre 11 a 20 años de edad con 40,0% los mismos que presentaron niveles de depresión entre mínimo y severo; por último 7 pacientes con niveles de depresión moderado y severo cuyo grupo etario de edades estaba entre los 21 a 30 años que representan el 46,7%.

a. Análisis de resultados por ítems del inventario de depresión de Beck

Tabla 30
Ítem 1. Tristeza

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No me siento triste habitualmente. | 2 | 13,3 |
| Me siento triste gran parte del tiempo. | 4 | 26,7 |
| Me siento triste continuamente | 8 | 53,3 |
| Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo so-portarlo | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 29.

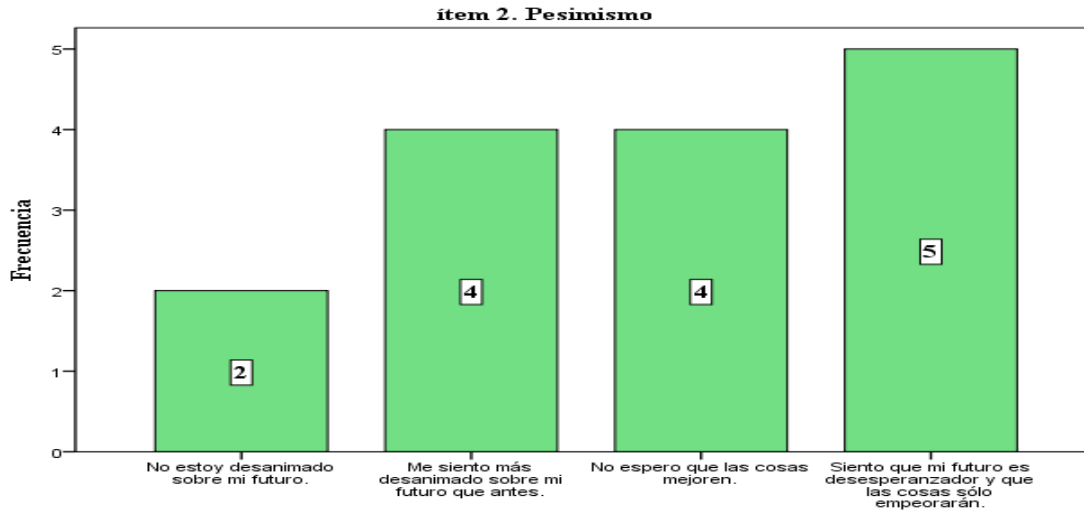


En la tabla 30 y gráfico 29 tenemos los resultados de la variable depresión del ítem 1 que evalúa Tristeza, observamos que un paciente marcó la afirmación “*Me siento tan triste, tan desgraciado que no puedo soportarlo*” esto representa un 6,5 %; 2 de ellos indicaron con la afirmación “*No me siento triste habitualmente*” que representa un 13,3%; 4 pacientes marcaron “*Me siento triste gran parte del tiempo*” esto representa el 26,7%; El mayor porcentaje de 53,3% se obtuvo de 8 pacientes que marcaron la pregunta “*me siento triste continuamente*”.

Tabla 31
Ítem 2. Pesimismo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No estoy desanimado sobre mi futuro. | 2 | 13,3 |
| Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. | 4 | 26,7 |
| No espero que las cosas mejoren. | 4 | 26,7 |
| Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán. | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 30.



En la tabla 31 y gráfico 30 se demostrará el ítem 2 “Pesimismo” de la variable depresión, 2 pacientes indicaron “*No estoy desanimado sobre mi futuro*” que representan por 13,3%, seguido de 4 pacientes que marcaron “*Me siento más desanimado sobre mi futuro*” representado el 26,7% y otros 4 pacientes indicaron “*No espero que las cosas mejoren*” con el 26,7%, por último el más significativo, 5 pacientes revelaron “*Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán*” llegando a representar el 33,3%.

Tabla 32

Ítem 3. Sentimientos de fracaso

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No me siento fracasado | 4 | 26,7 |
| He fracasado más de lo que debería. | 8 | 53,3 |
| Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. | 2 | 13,3 |
| Me siento una persona totalmente fracasada. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 31.

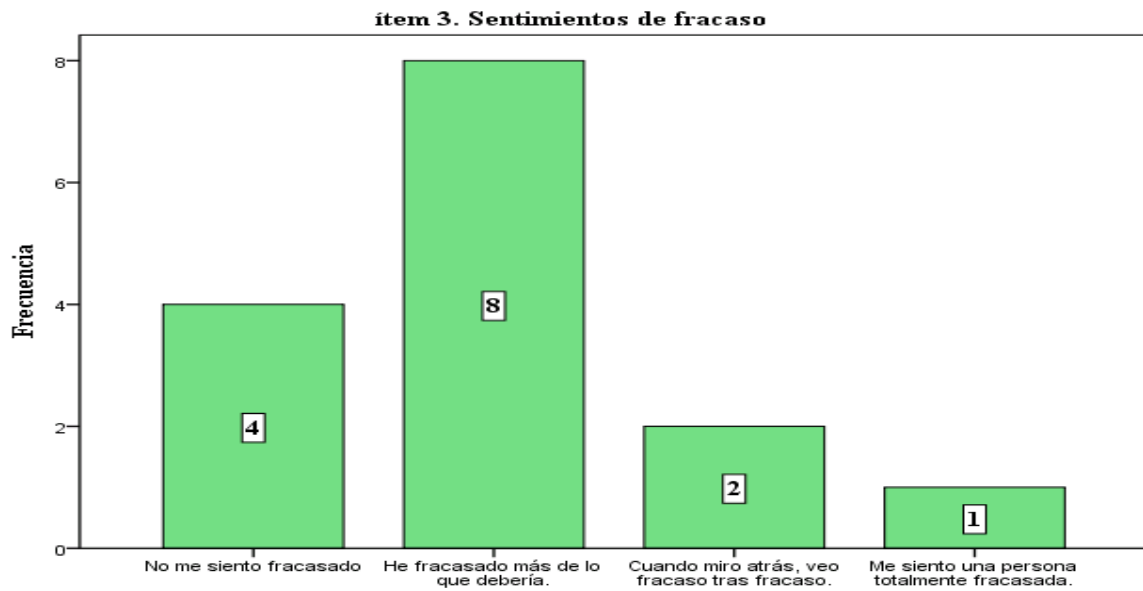
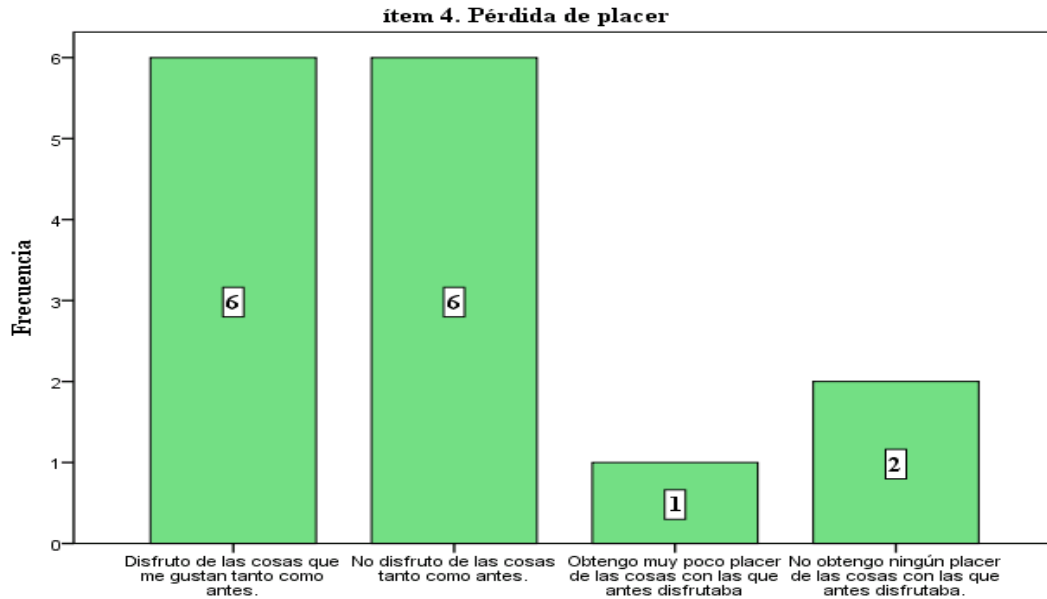


Tabla 32 y gráfico 31 se observa el Ítem 3 “Sentimientos de fracaso”, un paciente afirmó “*Me siento una persona totalmente fracasada*” está representa el 6,7%; dos pacientes que representan el 13,3% marcaron la opción “*Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso*”; la opción “*No me siento fracasado*” fue elegida por cuatro pacientes representando el 26,7%; ocho pacientes señalaron “*He fracasado más de lo que debería*” representando 53,3%.

Tabla 33
Ítem 4. Pérdida de placer

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|--------------|
| Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. | 6 | 40,0 |
| No disfruto de las cosas tanto como antes. | 6 | 40,0 |
| Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba | 1 | 6,7 |
| No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba. | 2 | 13,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 32.

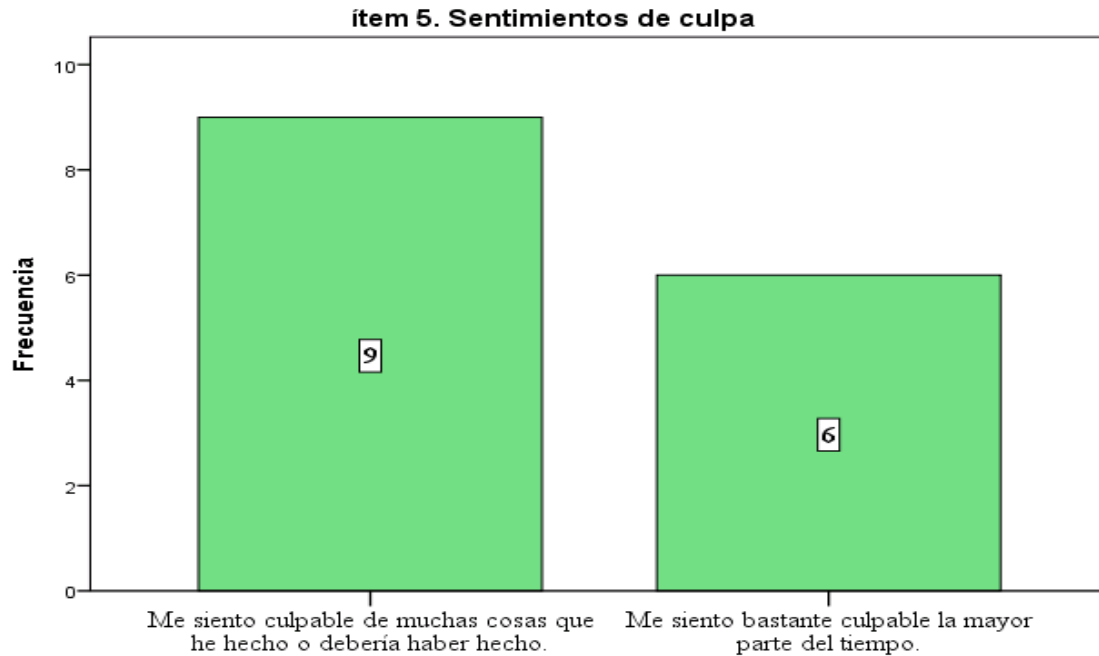


En la tabla 33 y gráfico 32 se observa los resultados obtenidos del ítem 4 que mide “Pérdida de placer”, un paciente respondió a la afirmación “*Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba*” que representa un 6,7%, dos pacientes respondieron “*No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba*” esto representa un 13,3%; seis pacientes respondieron a la afirmación “*No disfruto de las cosas tanto como antes*” que representa un 40%, por último seis pacientes escogieron la afirmación “*Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes*” esto también representa un 40% del total.

Tabla 34
Ítem 5. Sentimientos de culpa

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|------------|------------|
| Válido | Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. | 9 | 60,0 |
| | Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. | 6 | 40,0 |

Gráfico 33.

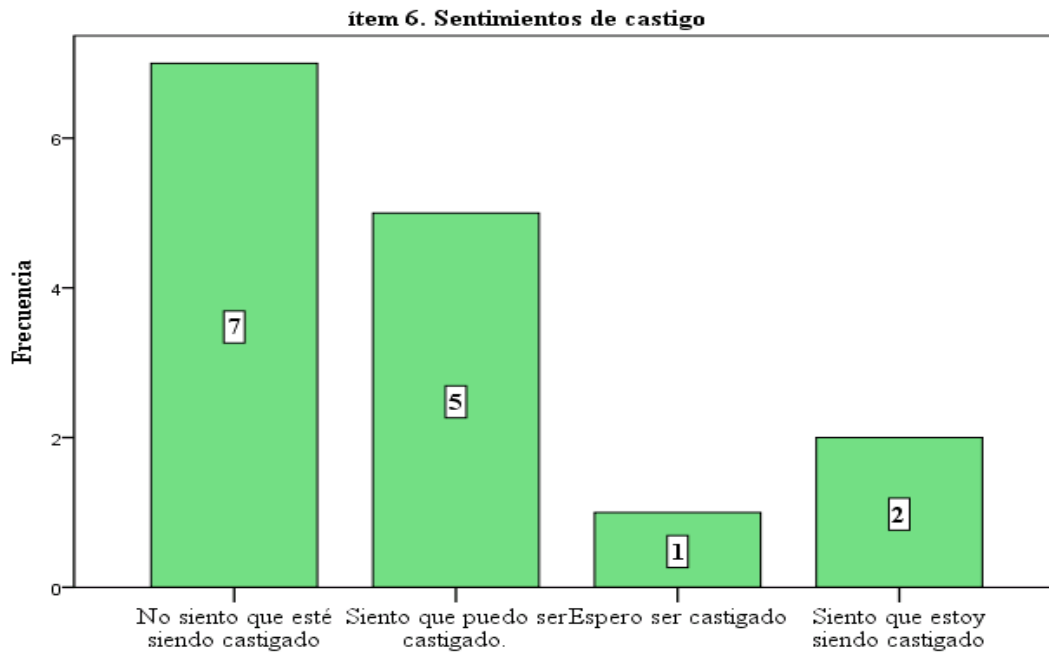


En la tabla 34 y gráfico 33 corresponde al ítem 5 “Sentimientos de culpa”; en la opción “Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo” fueron 9 pacientes representando el 40% y la opción “Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho” señalado por 6 pacientes siendo así el 60% y con 0% las opciones “No me siento especialmente culpable” y “Me siento culpable constantemente”

Tabla 35
Ítem 6. Sentimientos de castigo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| No siento que esté siendo castigado | 7 | 46,7 |
| Siento que puedo ser castigado. | 5 | 33,3 |
| Válido Espero ser castigado | 1 | 6,7 |
| Siento que estoy siendo castigado | 2 | 13,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 34.

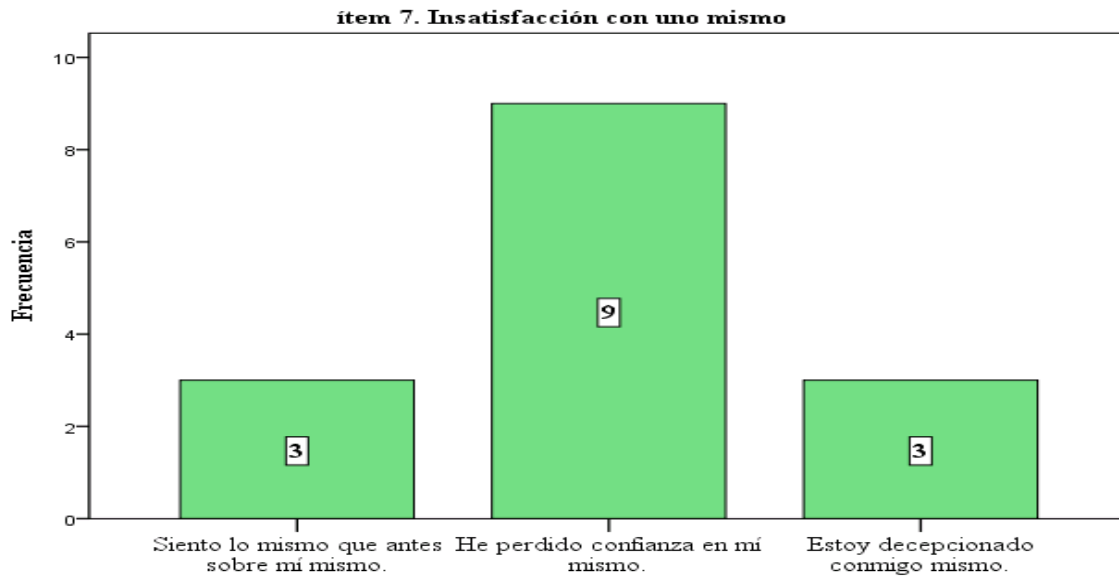


En la tabla 35 y gráfico 34 describe el ítem 6 “Sentimientos de castigo”; un paciente marcó “*Espero ser castigado*” representando al 6,7%; posteriormente dos pacientes señalaron “*Siento que estoy siendo castigado*” figurando así el 13,3%; cinco pacientes marcaron “*Siento que puedo ser castigado*” que es el 33,3%; por último siete pacientes señalaron “*No siento que esté siendo castigado*” siendo el 46,7%.

Tabla 36
Ítem 7. Insatisfacción con uno mismo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. | 3 | 20,0 |
| Válido He perdido confianza en mí mismo. | 9 | 60,0 |
| Estoy decepcionado conmigo mismo. | 3 | 20,0 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 35.

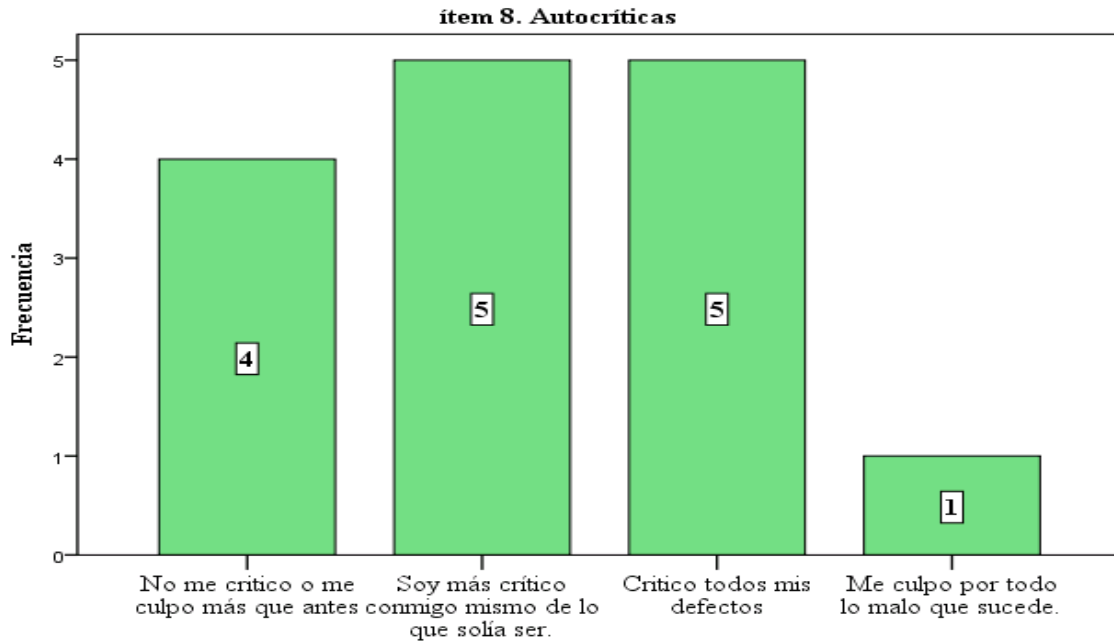


En la tabla 36 y gráfico 35 tenemos la descripción del ítem 7 “Insatisfacción con uno mismo”, donde 3 pacientes indicaron “*Estoy decepcionado conmigo mismo*” con el 20% de igual forma otros 3 pacientes indicaron “*siento lo mismo que antes sobre mí mismo*” con el 20 %; con mayor porcentaje de 9 pacientes encontramos a “*He perdido confianza en mí mismo*” con el 60%; la opción “No me gusto” obtuvo 0%.

Tabla 37
Ítem 8. Autocríticas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| No me critico o me culpo más que antes | 4 | 26,7 |
| Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. | 5 | 33,3 |
| Válido Critico todos mis defectos | 5 | 33,3 |
| Me culpo por todo lo malo que sucede. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 36.

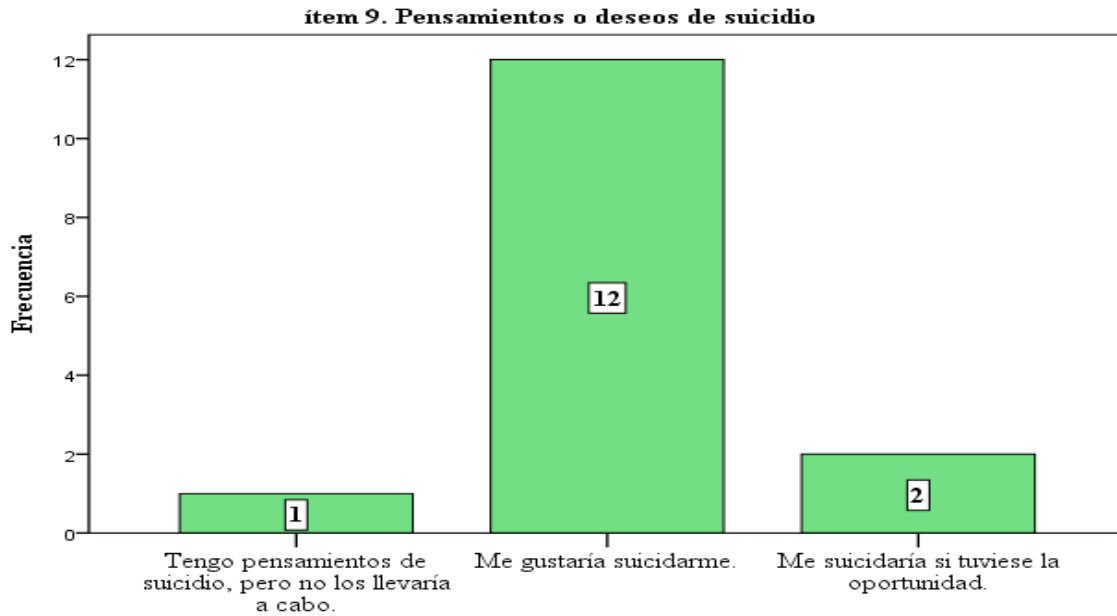


En la tabla 37 y gráfico 36 del ítem 8 con sentimientos de “Autocrítica”; un paciente marcó “*Me culpo por todo lo malo que sucede*” que nos refiere el 6,7%; seguido de cuatro pacientes que marcaron “*No me critico o me culpo más que antes*” con el 26,7%; posteriormente cinco pacientes indicaron “*Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser*” con el 33,3%, de igual forma cinco pacientes colocaron la opción “*Critico todos mis defectos*” con el 33,3%.

Tabla 38
Ítem 9. Pensamientos o deseos de suicidio

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| | Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. | 1 | 6,7 |
| Válido | Me gustaría suicidarme. | 12 | 80,0 |
| | Me suicidaría si tuviese la oportunidad. | 2 | 13,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 37.

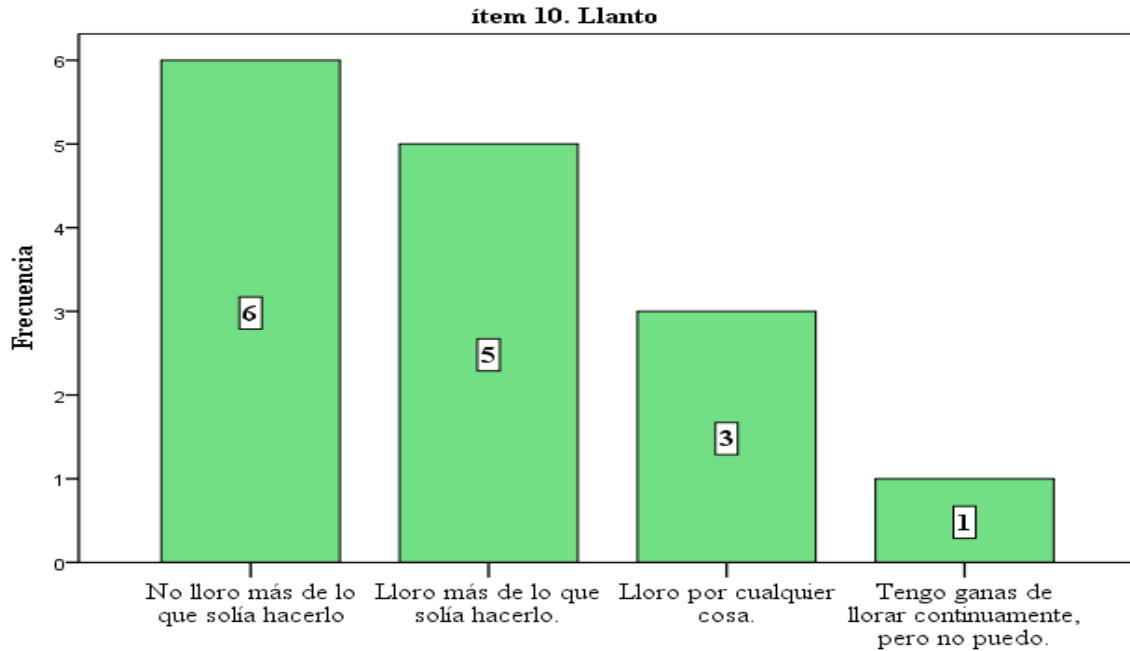


En la tabla 38 y gráfico 37 se describe el ítem 9 con el sentimiento de “Pensamientos o deseos de suicidio”; un paciente señaló “*Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo*” con el 6,7%; seguido de dos pacientes que refirieron “*Me suicidaría si tuviese la oportunidad*” con el 13,3% y con más relevancia doce pacientes indicaron “*Me gustaría suicidarme*” representando el 80%; ningún paciente indicó “*No tengo ningún pensamiento de suicidio*”.

Tabla 39
Ítem 10. Llanto

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No lloro más de lo que solía hacerlo | 6 | 40,0 |
| Lloro más de lo que solía hacerlo. | 5 | 33,3 |
| Válido Lloro por cualquier cosa. | 3 | 20,0 |
| Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 38.

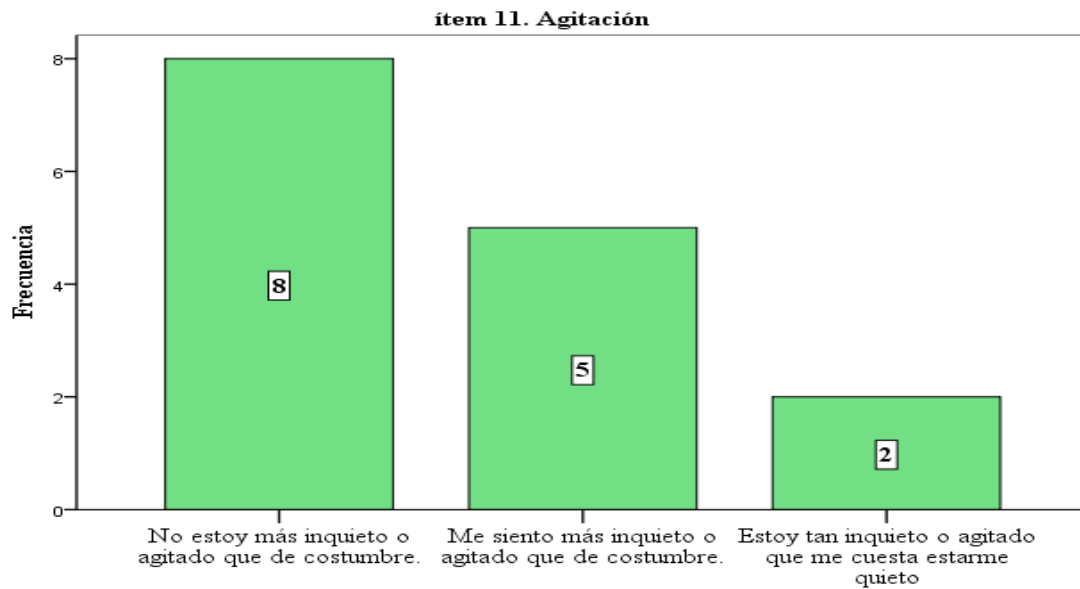


En la tabla 39 y gráfico 38 podemos mostrar el ítem 10 sentimientos de “Llanto”, teniendo como resultado a un paciente que señaló “Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo” con el 6,7%; tres pacientes remarcaron “Lloro por cualquier cosa” con el 20%, seguido de cinco pacientes que marcaron “Lloro más de lo que solía hacerlo” con el 33.3% y finalmente seis pacientes respondieron “No lloro más de lo que solía hacerlo” con el 40%.

Tabla 40
Ítem 11. Agitación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. | 8 | 53,3 |
| Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. | 5 | 33,3 |
| Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. | 2 | 13,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 39.

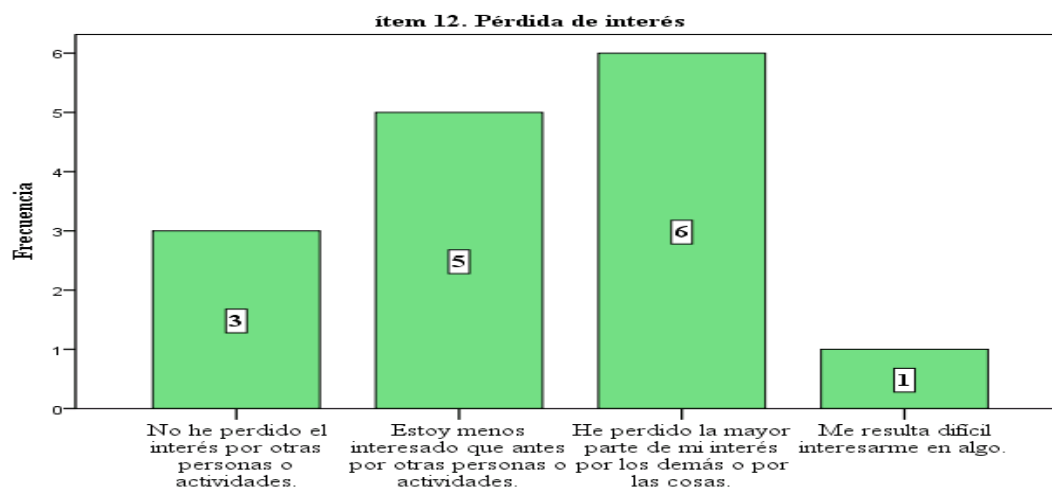


En la tabla 40 y gráfico 39 tenemos los resultados del ítem 11 que evalúa sentimiento de “Agitación”; podemos observar que 2 pacientes marcaron la afirmación “*Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto*” esto representa un 13,3 %; los siguientes 5 pacientes indicaron la afirmación “*Me siento más inquieto o agitado que de costumbre*” que representa un 33,3%; 8 pacientes marcaron “*No estoy más inquieto o agitado que de costumbre*” esto representa el 53,3% y “*Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo*” con 0%. Hallamos que la mitad de los pacientes indicaron estar pasando por un síndrome ansioso que acompaña y en todo caso empeora el síndrome depresivo.

Tabla 41
Ítem 12. Pérdida de interés

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|------------|------------|
| Válido | No he perdido el interés por otras personas o actividades. | 3 | 20,0 |
| | Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. | 5 | 33,3 |
| | He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. | 6 | 40,0 |
| | Me resulta difícil interesarme en algo. | 1 | 6,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 40.



En la tabla 41 y gráfico 40 se explica el ítem 12 "Pérdida de interés"; un paciente indicó "Me resulta difícil interesarme en algo" que es 6,7% y otros tres pacientes indicaron "No he perdido el interés por otras personas o actividades" con el 20%; cinco pacientes revelaron "Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades" representando el 33,3%, por último seis pacientes indicaron "He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas" con el 40%.

Tabla 42
Ítem 13. Indecisión

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|------------|------------|
| Válido | Tomo decisiones más o menos como siempre. | 5 | 33,3 |
| | Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. | 5 | 33,3 |
| | Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. | 5 | 33,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 41.

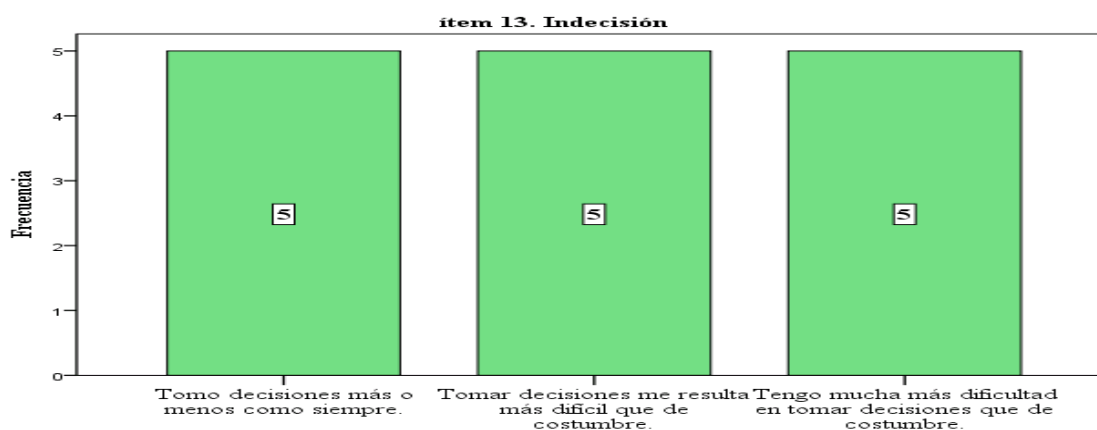
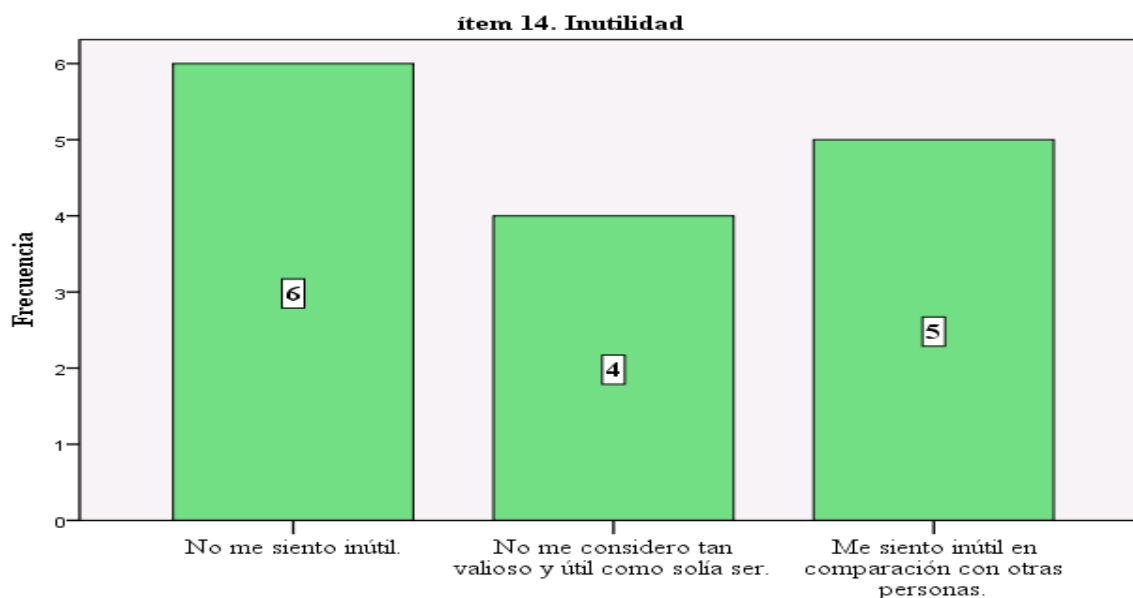


Tabla 42 y gráfico 41 corresponde al ítem 13 "Indecisión"; 5 pacientes afirmaron "Tomo decisiones más o menos como siempre" esto representa el 33,3%; en la opción "Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre" estas señalaron 5 pacientes representando el 33,3%; en la opción "Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre" fue elegida por 5 pacientes representando al 33,3%, ningún paciente eligió "Tengo problemas para tomar cualquier decisión".

Tabla 43
Ítem 14. Inutilidad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No me siento inútil. | 6 | 40,0 |
| No me consideró tan valioso y útil como solía ser. | 4 | 26,7 |
| Me siento inútil en comparación con otras personas. | 5 | 33,3 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 42.

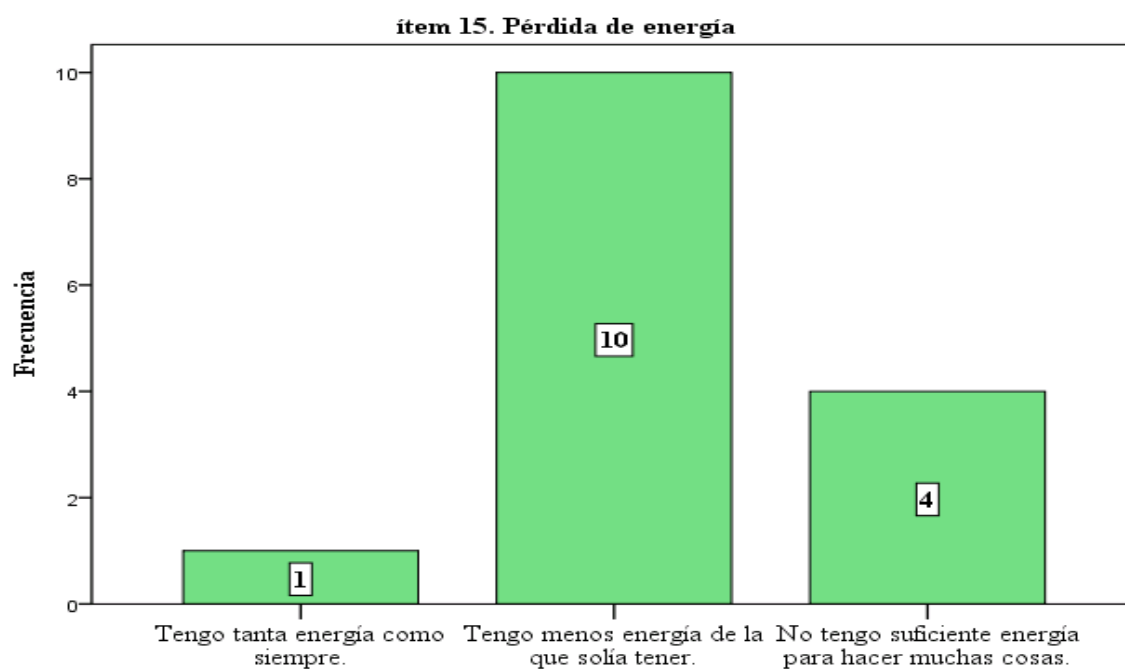


En la tabla 43 y gráfico 42 se observa los resultados obtenidos del ítem 14 que mide “Inutilidad”; 4 pacientes respondieron a la afirmación “*No me consideró tan valioso y útil como solía ser*” que representa un 26,7%, 5 pacientes respondieron “*Me siento inútil en comparación con otras personas*” que representa un 33,3%, de la misma manera 6 pacientes respondieron a la afirmación “*No me siento inútil*” que representa un 40%, ningún paciente indicó la afirmación “*Me siento completamente inútil*”.

Tabla 44
Ítem 15. Pérdida de energía

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | Tengo tanta energía como siempre. | 1 | 6,7 |
| | Tengo menos energía de la que solía tener. | 10 | 66,7 |
| | No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. | 4 | 26,7 |
| Total | | 15 | 100,0 |

Gráfico 43.



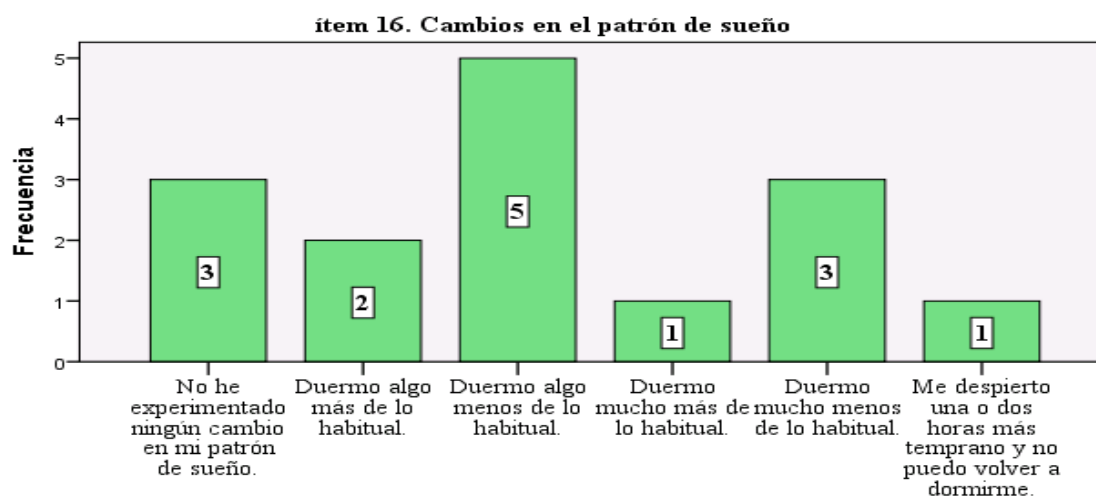
En la tabla 44 y gráfico 43 notamos en el ítem 15 “Pérdida de energía” que en la opción “*Tengo tanta energía como siempre*” señalé solo un paciente representando esto al 6,7% y mientras que cuatro pacientes marcaron la opción “*No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas*” con el 26,7%; obtenido la mayor puntuación la opción “*Tengo menos energía de la que solía tener*” con diez pacientes representado con el 66,7% y sin elegir la

opción “No tengo suficiente energía para hacer nada”. Se observa que la dimension psicopatológica de “falta de vitalidad o energía” es muy importante en la depresión.

Tabla 45
Ítem 16. Cambios en el patrón de sueño

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. | 3 | 20,0 |
| Duermo algo más de lo habitual. | 2 | 13,3 |
| Duermo algo menos de lo habitual. | 5 | 33,3 |
| Válido Duermo mucho más de lo habitual. | 1 | 6,7 |
| Duermo mucho menos de lo habitual. | 3 | 20,0 |
| Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 44



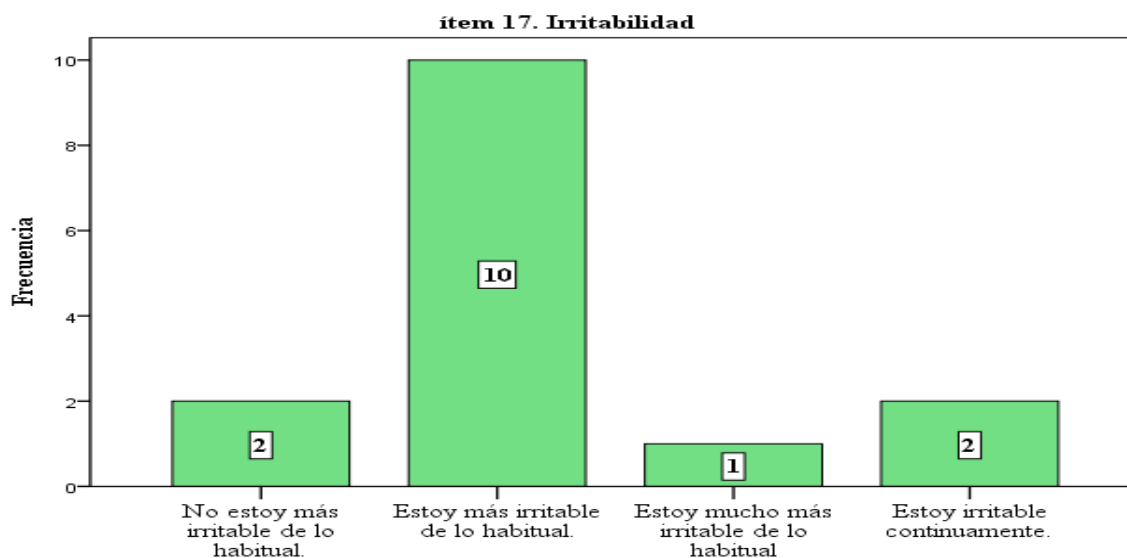
En la tabla 45 y gráfico 44 se encuentra el ítem 16 “Cambios en el patrón de sueño” como podemos observar un paciente marcó “Me despierto una o dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme” representando al 6,7%, también otro paciente indicó “Duermo mucho más de lo habitual” igualmente con el 6,7%, posteriormente dos pacientes

señalaron “*Duermo algo más de lo habitual*” figurando así el 13,3%; seguido de tres pacientes que marcaron “*No he experimento ningún cambio en mi patron de sueño*” con el 20%, igualmente otros tres pacientes indicaron “*Duermo mucho menos que lo habitual*” con el 20%; cinco pacientes marcaron “*Duermo algo menos de lo habitual*” que es el 33,3%. Estos resultados indican la importancia de los cambios en el patrón de sueño como parte de la psicopatología de la depresión.

Tabla 46
Ítem 17. Irritabilidad

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | No estoy más irritable de lo habitual. | 2 | 13,3 |
| | Estoy más irritable de lo habitual. | 10 | 66,7 |
| | Estoy mucho más irritable de lo habitual | 1 | 6,7 |
| | Estoy irritable continuamente. | 2 | 13,3 |
| Total | | 15 | 100,0 |

Gráfico 45.

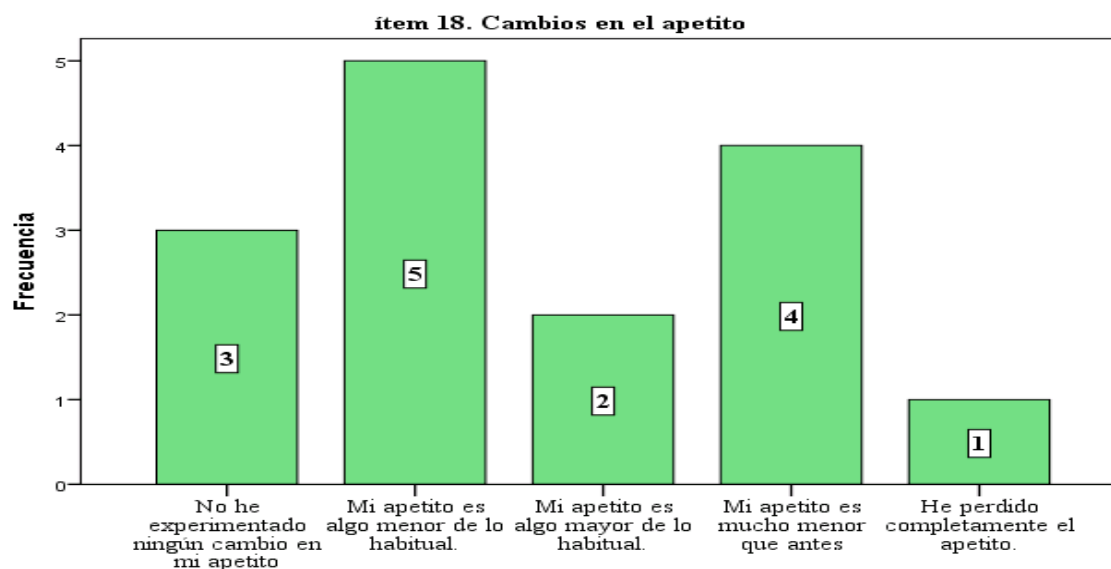


En la tabla 46 y gráfico 45 tenemos la descripción del ítem 17 “Irritabilidad”, donde un paciente indicó “*Estoy mucho más irritable de lo habitual*” con 6,7% y otros dos pacientes indicaron “*Estoy irritable continuamente*” representado con el 13,3%, igualmente 2 pacientes marcaron “*No estoy más irritable de lo habitual*” con el 13,3%; finalmente con mayor porcentaje del 66,7% diez pacientes señalaron “*Estoy más irritable de lo habitual*”.

Tabla 47
Ítem 18. Cambios en el apetito

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| No he experimentado ningún cambio en mi apetito | 3 | 20,0 |
| Mi apetito es algo menor de lo habitual. | 5 | 33,3 |
| Válido Mi apetito es algo mayor de lo habitual. | 2 | 13,3 |
| Mi apetito es mucho menor que antes | 4 | 26,7 |
| He perdido completamente el apetito. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 46.



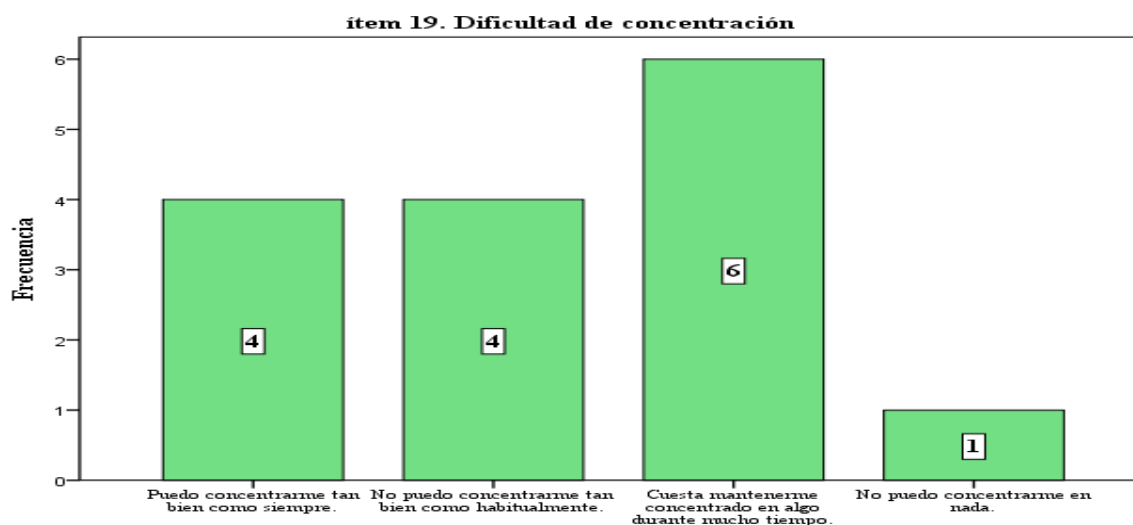
En la tabla 47 y gráfico 46 explicamos el ítem 18 con sentimientos de “Cambios en el apetito”; un paciente marcó “*He perdido completamente el apetito*” que nos refiere al

6,7%; continuando con dos pacientes marcaron “*Mi apetito es algo mayor de lo habitual*” con el 13,3%, seguido de tres pacientes que marcaron “*No he experimentado ningún cambio en mi apetito*” con el 20%; posteriormente cuatro pacientes señalaron “*Mi apetito es mucho menor que antes*” con el 26,7% y otros cinco pacientes señalaron la opción “*Mi apetito es algo menor de lo habitual*” con el 33,3%. La suma de las ultimas categorías nos da casi 90% de pacientes con alteración en su apetito y su alimentación.

Tabla 48
Ítem 19 Dificultad de concentración

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Puedo concentrarme tan bien como siempre. | 4 | 26,7 |
| No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. | 4 | 26,7 |
| Válido Cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. | 6 | 40,0 |
| No puedo concentrarme en nada. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 47.

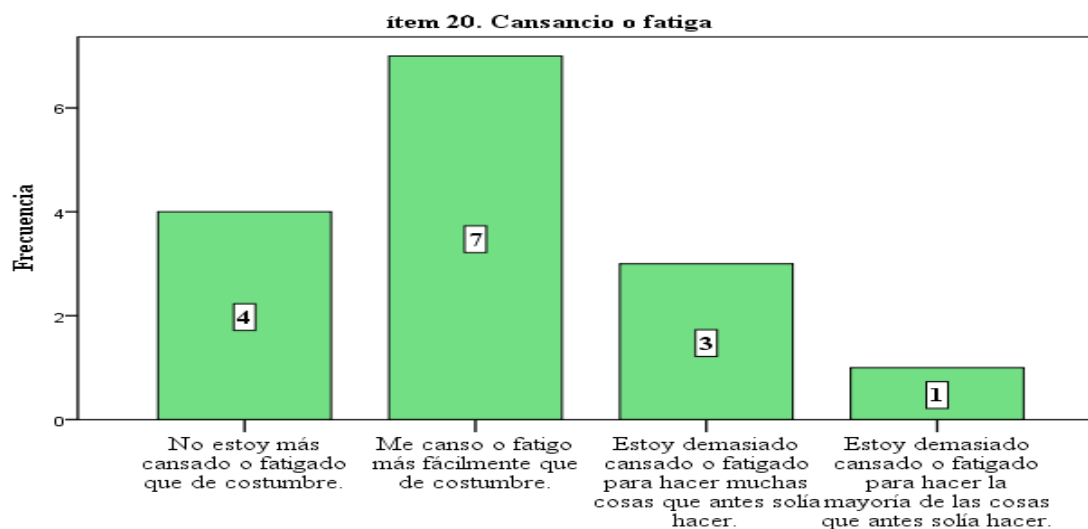


En la tabla 48 y gráfico 47 describimos el ítem 19 “Dificultad de concentración”; un paciente señaló “*No puedo concentrarme en nada*” con el 6,7%; seguido de cuatro pacientes que refirieron “*Puedo concentrarme tan bien como siempre*” con el 26,7%, de igual forma otros cuatro pacientes señalaron “*No puedo concentrarme tan bien como habitualmente*” con 26,7% y con más relevancia seis pacientes indicaron “*Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo*” con el 40%.

Tabla 49
Ítem 20. Cansancio o fatiga

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. | 4 | 26,7 |
| Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. | 7 | 46,7 |
| Válido Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. | 3 | 20,0 |
| Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer. | 1 | 6,7 |
| Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 48.

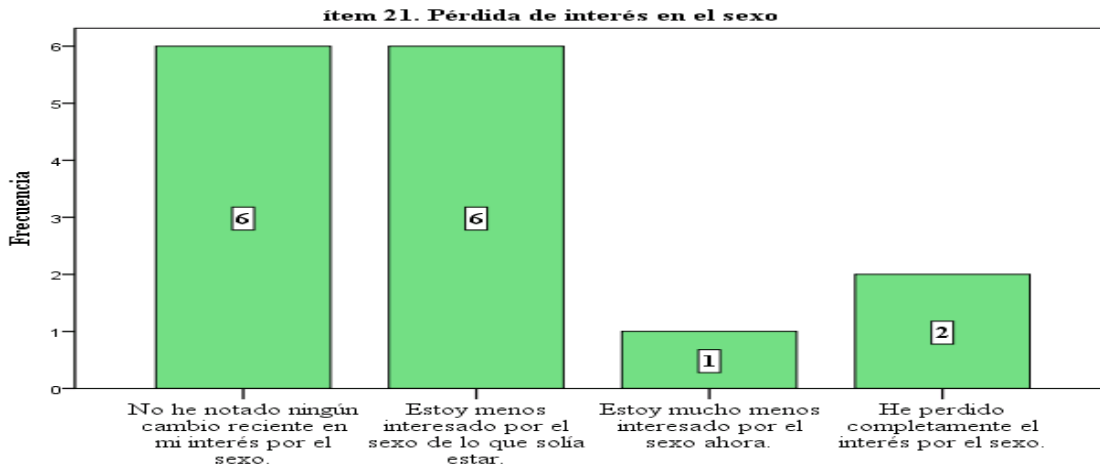


En la tabla 49 y gráfico 48 podemos mostrar el ítem 20 “Cansancio o fatiga”, teniendo como resultados; un paciente señaló “*Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer*” con el 6,7%; tres pacientes marcaron “*Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer*” con el 20%, seguido de cuatro pacientes que marcaron “*No estoy más cansado o fatigado que de costumbre*” con el 26.7% y finalmente siete pacientes señalaron “*Me canso o fatigó más fácilmente que de costumbre*” con el 46,7%. La fatiga se muestra como un importante factor en la depresión.

Tabla 50
Ítem 21. Pérdida de interés en el sexo

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|--|-------------------|-------------------|
| Válido | No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | 6 | 40,0 |
| | Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. | 6 | 40,0 |
| | Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. | 1 | 6,7 |
| | He perdido completamente el interés por el sexo. | 2 | 13,3 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 49.

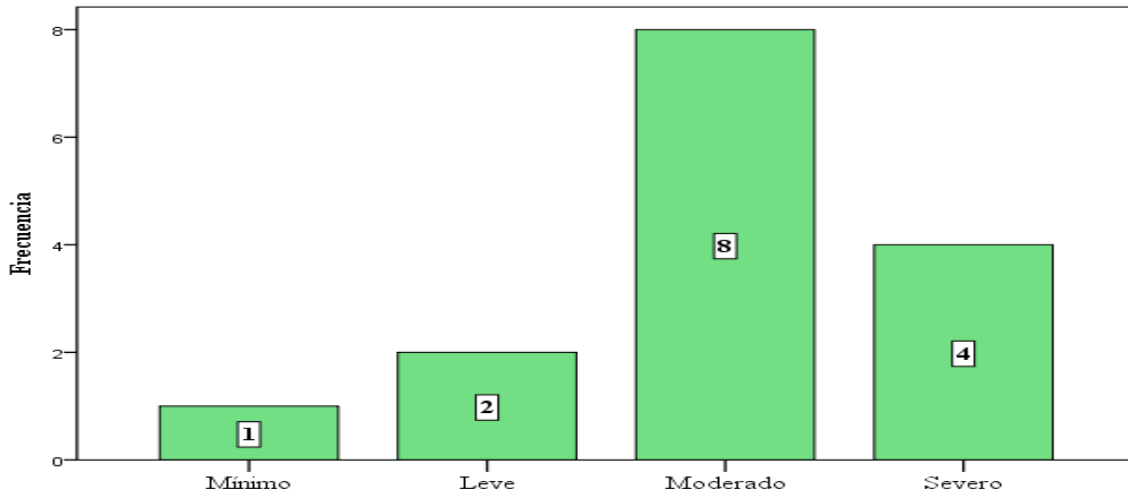


En la tabla 50 y gráfico 49 los resultados del ítem 21 “*Pérdida de interés en el sexo*”; podemos observar que un paciente señaló la afirmación “*Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora*” representado con el 6,7%; dos paciente marcaron la afirmación “*He perdido completamente el interés por el sexo*” esto representa un 13,3 %; los siguientes seis pacientes indicaron la afirmación “*No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo*” que representa un 40%; los otros seis pacientes marcaron “*Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar*” esto representa el 40%.

Tabla 51
Análisis e interpretación de resultados de los niveles de depresión

| | | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|----------|------------|------------|
| | Mínimo | 1 | 6,7 |
| | Leve | 2 | 13,3 |
| Válido | Moderado | 8 | 53,3 |
| | Severo | 4 | 26,7 |
| | Total | 15 | 100,0 |

Gráfico 50. Análisis e interpretación de resultados de los niveles de depresión



En la tabla 50 y gráfico 51 explicamos los resultados encontrados de la variable de depresión, se observa que de 15 pacientes evaluados por intento autolítico el 6,7% representa a un paciente con nivel mínimo de depresión; seguido del 13,3% representando a 2 pacientes con nivel de depresión leve; así también encontramos que el nivel de depresión severo tiene 4 pacientes que representan el 26,7%.

El mayor porcentaje, es de 53.32% que corresponde al nivel de depresión moderada, representado por 8 pacientes.

Tabla 52
Dimensión Cognitiva Inventario de Depresión.

| Nº Pac . | ítem 1 | Ítem 2 | ítem 3 | ítem 4 | ítem 5 | ítem 6 | Ítem 7 | ítem 8 | ítem 9 | Ítem 10 | Ítem 12 | Ítem 13 | Ítem 14 | Cognitivo |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| 2 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 21 |
| 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 26 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 13 |
| 5 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 18 |
| 6 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 15 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 15 |
| 8 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 9 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 |
| 10 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 17 |
| 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| 12 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 10 |
| 13 | 2 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 21 |
| 14 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 17 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 15 |
| total | | | | | | | | | | | | | | 240 |

La dimensión cognitiva es uno de las dimensiones más importantes de la depresión en la teoría cognitiva de Beck, es considerada un factor desencadenante y de mantenimiento de la misma depresión – del síndrome depresivo en sus diferentes grados. (PSICÓLOGOS-GRANADA, 2017)

Para Beck, los esquemas cognitivos están compuestos esencialmente de creencias. Diríamos que son mapas que permiten a cada individuo ver el mundo, darle sentido y construir estructuras mediante la experiencia. Beck se refiere a aquellos pensamientos que resultan de la interacción con la información que una situación concreta proporciona. También interactúan en este caso las creencias, los esquemas y la propia organización cognitiva. Es decir, cómo actúa el individuo según su forma de ser y ver el mundo. (PSICÓLOGOS-GRANADA, 2017)

En la tabla 52 podemos observar en la evaluación del inventario de depresión de Beck específicamente en la dimensión o síntomas cognitivos el puntaje total es de 240 puntos de los 15 pacientes, cuya dimensión supera a la somática, por lo mismo podemos concluir que los síntomas de: 1 Tristeza, 2 Pesimismo, 3 Sentimientos Fracaso, 4 Pérdida de placer, 5 Sentimientos de culpa, 6 Sentimientos de castigo, 7 Insatisfacción con Uno Mismo, 8 Autocrítica, 9 Pensamientos o Ideas suicidas, 10 Llanto, 12 Pérdida de interés, 13 Indecisión, 14 Inutilidad, se manifestaron en mayor grado en los niveles depresivos de nuestra muestra.

Tabla 53
Dimensión Somática Inventario de Depresión.

| N° Pac. | Ítem 11. | Ítem 15. | Ítem 16. | Ítem 17. | Ítem 18. | Ítem 19. | Ítem 20. | Ítem 21. | Somático |
|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 12 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 11 |
| 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| 5 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 13 |
| 6 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| 7 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 8 |
| 8 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 9 |
| 10 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| 11 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 |
| 12 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 9 |
| 13 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 8 |
| 14 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 11 |
| 14 | 1 | 2 | 0 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 13 |
| Total | | | | | | | | | 130 |

Los síntomas agrupados en la dimensión somática forman parte de los componentes emocionales de ansiedad fisiológica y conductual en los cuadros depresivos potenciales el primer plano clínico está ocupado con frecuencia por datos somáticos (Beck, 2010).

En la tabla 53 se observa la dimensión síntomas somáticos del inventario de depresión Beck, fue de un total de 130 puntos en los 15 pacientes, estos son los siguientes: 11

desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.

Demuestra una **visión negativa de sus experiencias** y de su entorno: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente. Finalmente presenta una **Visión negativa del futuro**: ver el porvenir como negro, creer que sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro se ve como algo tan sombrío²⁸ (Camacho, 2003).

Demostrando que nuestros pacientes con intento suicida presentaron en mayor grado los síntomas cognitivos.

²⁸ Martín Camacho, Lic. Javier. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós Pág. 10.

Relación de las dimensiones por niveles entre la escala de intencionalidad suicida y el inventario de depresión de Beck

Gráfico 52 Nivel Moderado del SIS vs BDI

Dimensión Subjetiva SIS

- 1 Aislamiento,
- 2 Medición del tiempo,
- 3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas,
- 4 Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento,
- 5 Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro),
- 6 Preparación activa del intento,
- 7 Nota suicida,
- 8 Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas

Dimensión Cognitiva BDI

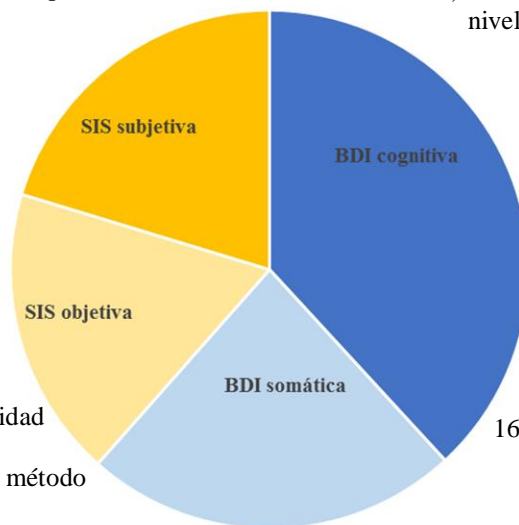
- 1 Tristeza,
- 2 Pesimismo
- 3 Sentimientos Fracaso
- 4 Pérdida de placer,
- 5 Sentimientos de culpa,
- 6 Sentimientos de castigo,
- 7 Insatisfacción con Uno Mismo,
- 8 Autocritica, 9 Pensamientos o Ideas suicidas,
- 10 Llanto, 12 Pérdida de interés,
- 13 Indecisión,
- 14 Inutilidad, se manifestaron en mayor grado en los niveles depresivos de nuestra muestra.

Dimensión Objetiva SIS

- 9 Propósito supuesto del intento
- 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte
- 11 Concepción de la letalidad del método
- 12 Seriedad del intento
- 13 Actitud hacia el vivir/morir
- 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico
- 15 Grado de premeditación.

Dimensión Cognitiva BDI

- 11 Agitación,
- 15 Pérdida de energía
- 16 Cambios en los hábitos de sueño
- 17 Irritabilidad
- 18 Cambios de apetito
- 19 Dificultad de concentración
- 20 Cansancio o Fatiga
- 21 Pérdida de interés en el sexo



En la gráfica 52 se puede observar la relación entre las dimensiones de la escala de intencionalidad suicida y el inventario de depresión de Beck, ambas pruebas con el nivel grave que se presentó en 8 pacientes.

Reflejando como sobresalientes los siguientes datos: en la prueba de intencionalidad suicida en la dimensión subjetiva fue la más alta con 53% representando los aspectos de las expectativas durante la tentativa de suicidio y en el inventario de depresión el más

sobresaliente fue la dimensión cognitiva con 62 % representando este a los síntomas y la facultad para procesar sus pensamientos depresivos.

Gráfico 53 Nivel Grave del SIS vs BDI

Dimensión Subjetiva SIS

- 1 Aislamiento,
- 2 Medición del tiempo,
- 3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas,
- 4 Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento,
- 5 Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro),
- 6 Preparación activa del intento,
- 7 Nota suicida,
- 8 Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas

Dimensión Cognitiva BDI

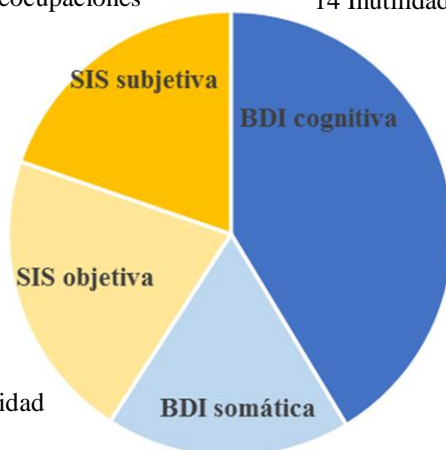
- 1 Tristeza,
- 2 Pesimismo
- 3 Sentimientos Fracaso
- 4 Pérdida de placer,
- 5 Sentimientos de culpa,
- 6 Sentimientos de castigo,
- 7 Insatisfacción con Uno Mismo,
- 8 Autocritica, 9 Pensamientos o Ideas suicidas,
- 10 Llanto, 12 Pérdida de interés,
- 13 Indecisión,
- 14 Inutilidad, se manifestaron en mayor grado en los niveles depresivos de nuestra muestra.

Dimensión Objetiva SIS

- 9 Propósito supuesto del intento
- 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte
- 11 Concepción de la letalidad del método
- 12 Seriedad del intento
- 13 Actitud hacia el vivir/morir
- 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico
- 15 Grado de premeditación.

Dimensión Cognitiva BDI

- 11 Agitación,
- 15 Pérdida de energía
- 16 Cambios en los hábitos de sueño
- 17 Irritabilidad
- 18 Cambios de apetito
- 19 Dificultad de concentración
- 20 Cansancio o Fatiga
- 21 Pérdida de interés en el sexo



En la gráfica 53 se puede observar la relación entre las dimensiones de la escala de intencionalidad suicida y el inventario de depresión de Beck, ambas pruebas con el nivel severo que se presentó en 4 pacientes.

Reflejando como sobresalientes los siguientes datos: en la prueba de intencionalidad suicida en la dimensión objetiva fue la más alta con 52% representando los aspectos

precisos del hecho del acto antes, durante y después del intento y los eventos que rodean al individuo; en el inventario de depresión el más sobresaliente fue la dimensión cognitiva con 70% representando este a los síntomas y la facultad para procesar sus pensamientos depresivos.

Gráfico 54 Nivel leve del SIS vs BDI

Dimensión Subjetiva SIS

- 1 Aislamiento,
- 2 Medición del tiempo,
- 3 Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas,
- 4 Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento,
- 5 Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro),
- 6 Preparación activa del intento,
- 7 Nota suicida,
- 8 Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas

Dimensión Cognitiva BDI

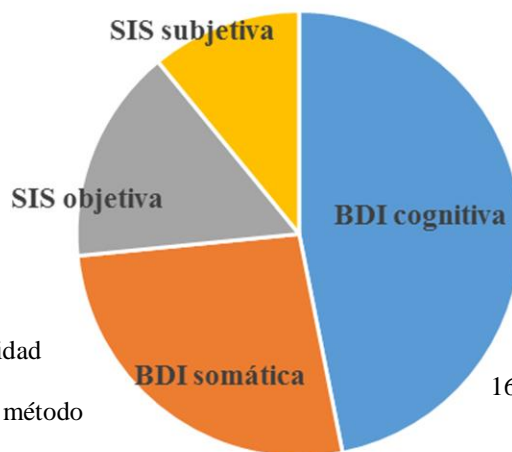
- 1 Tristeza,
- 2 Pesimismo
- 3 Sentimientos Fracaso
- 4 Pérdida de placer,
- 5 Sentimientos de culpa,
- 6 Sentimientos de castigo,
- 7 Insatisfacción con Uno Mismo,
- 8 Autocritica, 9 Pensamientos o Ideas suicidas,
- 10 Llanto, 12 Pérdida de interés,
- 13 Indecisión,
- 14 Inutilidad, se manifestaron en mayor grado en los niveles depresivos de nuestra muestra.

Dimensión Objetiva SIS

- 9 Propósito supuesto del intento
- 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte
- 11 Concepción de la letalidad del método
- 12 Seriedad del intento
- 13 Actitud hacia el vivir/morir
- 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico
- 15 Grado de premeditación.

Dimensión Cognitiva BDI

- 11 Agitación,
- 15 Pérdida de energía
- 16 Cambios en los hábitos de sueño
- 17 Irritabilidad
- 18 Cambios de apetito
- 19 Dificultad de concentración
- 20 Cansancio o Fatiga
- 21 Pérdida de interés en el sexo



En la gráfica 55 se puede observar la relación entre las dimensiones de la escala de intencionalidad suicida y el inventario de depresión de Beck, ambas pruebas con el nivel leve que se presentó en 3 pacientes.

Reflejando como sobresalientes los siguientes datos: en la prueba de intencionalidad suicida en la dimensión objetiva fue la más alta con 59% representando los aspectos precisos del hecho del acto antes, durante y después del intento y los eventos que rodean al individuo; en el inventario de depresión el más sobresaliente fue la dimensión cognitiva con 64% representando este a los síntomas y la facultad para procesar sus pensamientos depresivos.

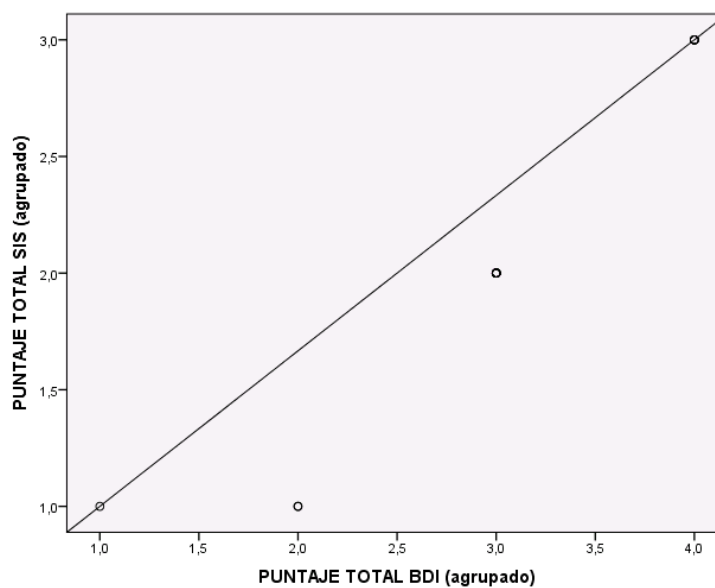
IV. CORRELACIÓN ENTRE LA VARIABLE DEL INTENTO DE SUICIDIO Y DEPRESIÓN.

Tabla 54

Correlaciones entre los valores nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel depresión.

| | | Escala de intencionalidad suicida SIS | Inventario de depresión BDI |
|-------------------------------------|------------------------|--|-----------------------------------|
| Nivel de depresión | Correlación de Pearson | 1 | ,961** |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 |
| | N | 15 | 15 |
| Nivel de intencionalidad suicida | Correlación de Pearson | ,961** | 1 |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | |
| | N | 15 | 15 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).



Así damos a conocer la relación de la severidad del intento de suicidio y la depresión, de los pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017.

En la tabla 54 se observa la correlación se presentan los datos obtenidos del procedimiento estadístico de coeficiente de correlación de Pearson y según la escala de interpretación con nivel de correlación o asociación entre variables, se puede concluir que entre la variable del intento de suicidio y la variable depresión **existe correlación positiva muy fuerte. El valor de correlación es de 0,961 lo cual indica que la correlación es de tipo alta.**

Considerando lo siguiente: la correlación de Pearson es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra de dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos.²⁹ (Andinos, 2008)

INTERPRETACIÓN: El coeficiente de Pearson puede variar de -1.00 a +1.00, donde:

+0,10=Correlación positiva muy débil.

+0,25=Correlación positiva débil.

+0,50=Correlación positiva media.

+0,75=Correlación positiva considerable.

+0,90=Correlación positiva muy fuerte.

+1,00=correlación positiva perfecta.

²⁹ Lic. Porfidio Tintaya. (2008). Proyecto de Investigación Saberes Andinos. La Paz Bolivia: Instituto de Estudios Bolivianos. Pág. 163.

("A mayor X, mayor Y" o "a menor X, menor Y", de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una cantidad constante.)

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico la magnitud de la correlación.

Análisis e interpretación de la correlación entre las variables intento de suicidio y depresión

En el análisis de los resultados psicométricos y el análisis de la correlación entre las variables; intento de suicidio y depresión, se puede concluir que existe **correlación positiva fuerte** con respecto a la relación entre ambas variables, esto implica que la **correlación entre ambas variables es directa**. Tomado en cuenta la interpretación de correlación de Pearson que a: mayor X, mayor será Y, nuestro resultado es a mayor sea la severidad del intento de suicidio, mayor el nivel de depresión. En conclusión, **el grado de relación hallado entre ambas variables es significativo**.

a. ANÁLISIS DE LA HIPÓTESIS.

Tabla 55 .
ANÁLISIS DE HIPÓTESIS INTENTO DE SUICIDIO MEDIANTE LA PRUEBA (SIS) * DEPRESIÓN MEDIANTE LA PRUEBA (BDI)

| | | PUNTAJE SIS | | | Total | |
|--------------------|----------|--------------------|----------|-------|--------------|------|
| | | Leve | Moderado | Grave | | |
| PUNTAJE BDI | Mínimo | Recuento | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | Recuento esperado | ,2 | ,5 | ,3 | 1,0 |
| | Leve | Recuento | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | | Recuento esperado | ,4 | 1,1 | ,5 | 2,0 |
| | Moderado | Recuento | 0 | 8 | 0 | 8 |
| | | Recuento esperado | 1,6 | 4,3 | 2,1 | 8,0 |
| | Severo | Recuento | 0 | 0 | 4 | 4 |
| | | Recuento esperado | ,8 | 2,1 | 1,1 | 4,0 |
| | Total | Recuento | 3 | 8 | 4 | 15 |
| | | Recuento esperado | 3,0 | 8,0 | 4,0 | 15,0 |

Tabla 56. Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|---------------------------------|---------------------|----|-----------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 30,000 ^a | 6 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 30,288 | 6 | ,000 |
| Asociación lineal por lineal | 12,923 | 1 | ,000 |
| N de casos válidos | 15 | | |

a. 12 casillas (100,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Resultado de la hipótesis

Tabla 55 y 56 se explica la prueba de chi cuadrado sabiendo que el valor de significancia (valor critico observado) $0,000 < 0,05$ rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, **es decir los niveles de severidad en los intentos de suicidio se relacionan significativamente con los niveles de depresión**, en los pacientes con intento suicida internados en la sala de medicina interna del Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017.

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

A continuación, se describirá a los sujetos investigados:

Fueron 15 pacientes evaluados de la muestra no probabilística del tipo intencional, que cumplieron determinadas características para ser tomados en cuenta, estos pacientes tuvieron el diagnóstico de intento de suicidio (IS) por intoxicación, internados en la sala de medicina interna del Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad del El Alto entre agosto y diciembre 2017, siendo protocolo del hospital internarlos durante 48 horas, para su debido control y observación.

En la investigación se pudo observar que los intentos de suicidio se encuentra relacionada con la depresión de forma significativa, en los 15 pacientes que es la totalidad de la muestra al 100% evidenciamos diferentes niveles de depresión, tomando en cuenta que la depresión se define como un trastorno de ánimo y guiándonos por el planteamiento de Aaron Beck que la depresión implica en una de sus dimensión cognitiva con llevan los siguientes síntomas: la Tristeza, Pesimismo, Sentimientos fracaso, Pérdida de placer, Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo, Insatisfacción con Uno Mismo, Autocritica, Pensamientos o Ideas suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Indecisión, Inutilidad, y su dimensión somática está implicada: la Agitación, Pérdida de energía, Cambios en los hábitos de sueño, Irritabilidad, Cambios de apetito, Dificultad de concentración, Cansancio o Fatiga, Pérdida de interés en el sexo; estos síntomas pueden presentar alteraciones y llegar a hacerse crónicas o recurrentes, las mismas pueden dificultar el desempeño familiar, social, en el trabajo o la escuela y anular la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir desde una ideación suicida a un desenlace fatal.

En los pacientes se evaluó los anteriores aspectos mencionados, obteniendo como resultado lo siguiente: en 8 pacientes se presentó el nivel **depresivo moderado** siendo este el más frecuente, que constituye el 53,3% del total de la muestra.

Seguido del nivel **depresivo severo** con 4 pacientes que representa el 26,7%, el nivel **depresivo leve** que fueron 2 pacientes con el 13,3% y finalmente el 6.7% presentó **depresión mínima** que fue 1 paciente.

En la evaluación de la severidad del intento suicida los 15 pacientes demostraron los siguientes resultados: 8 pacientes presentaron una **severidad moderada** que equivale a un porcentaje del 53,3% constituyendo el porcentaje más elevado del total de muestra.

La severidad grave se presentó en 4 pacientes que equivalen al 26,7%, seguido del 20% correspondientes a 3 pacientes con la **severidad leve** en su intento de suicidio.

a. ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN EN RELACION AL OBJETIVO GENERAL.

Según el objetivo general planteado; el grado de relación del intento de suicidio con la depresión en los pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017 son los siguientes:

Se pudo conocer que tanto en el nivel de severidad del intento de suicidio, como en el nivel de depresión los resultados concuaron como se explica a continuación:

En 3 pacientes su nivel de severidad del intento suicida fue leve, como también su nivel de depresión leve y mínima.

En 8 pacientes tanto en su nivel de severidad del intento suicida, como en su nivel de depresión fue moderado.

En los 4 pacientes restantes su nivel de severidad del intento de suicidio fue grave y su nivel de depresión fue severo.

Conociendo la relación del intento suicida y la depresión de los pacientes del Hospital Boliviano Holandés en el periodo 2017, podemos indicar que existe **una correlación positiva muy fuerte con 0,961, dando cuenta que la relación de variables es directa y significativa**; existe un alto grado de relación entre las dos variables: cada vez que se presenta un determinado nivel de severidad del intento suicida; existe una alta probabilidad que su nivel de depresión sea la misma

b. ANÁLISIS DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

➤ Identificar el nivel de severidad del intento de suicidio en los pacientes.

Los resultados encontrados en la variable de la severidad del intento de suicidio tuvieron los siguientes resultados: en 8 pacientes el nivel fue moderado con un 53,3%, en 3 pacientes que representan el 20% obtuvieron el nivel de severidad leve; seguido de 4

pacientes con el 26,7% el nivel fue grave en su intento suicida, demostrando la similitud y concordancia con los niveles de depresión en los 15 pacientes.

Las características representadas mediante la dimensión objetiva tuvieron 1 punto de diferencia con de la dimensión subjetiva, concluyendo así que los pacientes contemplaron tanto las circunstancias de: Propósito supuesto del intento, Expectativas sobre la probabilidad de muerte, Concepción de la letalidad del método, Seriedad del intento, Actitud hacia el vivir/morir, Concepción de la capacidad de salvamento médico, Grado de premeditación, siendo estas expectativas de su intento de suicidio, las cuales se diferenciaron acuerdo a su nivel de severidad.

➤ **Identificar los niveles de depresión en los pacientes con intento de suicidio.**

De acuerdo al objetivo específico, se identificó que el nivel depresivo moderado fue el más frecuente, con 53,3% entre los pacientes con intento de suicidio del Hospital Boliviano Holandés, que equivale a 8 pacientes del total de la muestra.

El 26.7% que equivale a 4 pacientes obtuvieron nivel de depresión severa, el 13:3% que son 2 pacientes que presentaron un nivel depresivo leve y por ultimo con el 6,7% que resulto tener un paciente el nivel de depresión mínimo.

Los síntomas más frecuentes de la depresión entre los pacientes fueron la Tristeza, Pesimismo, Sentimientos Fracaso, Pérdida de placer, Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo, Insatisfacción con Uno Mismo, Autocritica, Pensamientos o Ideas suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Indecisión, Inutilidad.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I. CONCLUSIONES.

Antes de presentar las conclusiones del estudio, es conveniente mencionar las principales limitaciones que se presentaron en el proceso de investigación:

Durante el lapso de tiempo de captura de los datos para la presente investigación, correspondiente al segundo semestre del 2017, fueron pocos los casos que se presentaron en el hospital Boliviano Holandés.

El tiempo de intervención fue limitado tanto por la indicación del médico jefe del Área, como también por el malestar que presentaba el paciente, la entrevista y la aplicación de las pruebas se realizó bajo supervisión de la jefa de enfermeras.

Se pudo solo evaluar a los pacientes con intento suicida por intoxicación; los que llegaron con heridas cortantes o traumatismo físico, recibieron una curación en la sala de emergencias estos pacientes fueron despachados con una transferencia a salud mental, así mismo, hubo la dificultad de que su registro fue hecho de forma separada en cuadernos denominados curaciones.

Para este presente capítulo describiremos aspectos concluyentes de la investigación, tomando en cuenta los resultados alcanzados y los hallazgos más representativos obtenidos del análisis de los datos. La muestra fue conformada por 15 pacientes evaluados y diagnosticados con intoxicación e intento de suicidio, y fueron internados en la sala de medicina interna del Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto entre agosto y diciembre 2017.

Podemos concluir que de acuerdo a nuestro objetivo que es “Conocer el grado de relación en el nivel de severidad del intento de suicidio y el nivel de depresión en pacientes internados en el Hospital Boliviano Holandés de la Ciudad de El Alto en el periodo 2017”, se confirmó el grado de relación **entre el nivel de severidad del intento de suicidio y el**

nivel de depresión, el mismo que fue establecido mediante cálculo estadístico del coeficiente de correlación de Pearson, dado que a mayor nivel de severidad del intento suicida, mayor será la posibilidad de coincidencia en el mismo nivel de depresión del paciente, de manera que se acepta la hipótesis planteada en esta investigación.

Como se ha demostrado que el grado de correlación entre ambas variables es directo, podemos concluir que en la mayoría de intentos de suicidio existe también un grado de depresión, revelando así que la asociación de las dos variables constituye un factor de riesgo para la población.

De acuerdo a la escala de intencionalidad suicida de Beck con sus dos dimensiones tanto en la objetiva y la subjetiva evalúa las siguientes características: Aislamiento, Medición del tiempo, Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas, Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento, Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro), Preparación activa del intento, Nota suicida, Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas), Propósito supuesto del intento, Expectativas sobre la probabilidad de muerte, Concepción de la letalidad del método, Seriedad del intento, Actitud hacia el vivir/morir, Concepción de la capacidad de salvamento médico, Grado de premeditación.

Los 15 pacientes al ser evaluados con esta prueba, demostraron un punto de diferencia entre las dimensiones con un 49% objetivo y 51% en lo subjetivo de la intencionalidad suicida. Dando cuenta más en la dimensión subjetiva que es la que evalúa las expectativas pensamientos y sentimientos durante la tentativa en su intento de suicidio, estos ítems fueron: Ítem: 9 Propósito supuesto del intento, Ítem 10 Expectativas sobre la probabilidad de muerte, Ítem 11 Concepción de la letalidad del método, Ítem 12 Seriedad del intento, Ítem 13 Actitud hacia el vivir/morir, Ítem 14 Concepción de la capacidad de salvamento médico, Ítem 15 Grado de premeditación.

Por otra parte, en el nivel de depresión los 15 pacientes; con un porcentaje más alto del 65% presentaron los siguientes ítems: Tristeza, Pesimismo, Sentimiento de fracaso, Pérdida de placer, Sentimiento de culpa, Sentimientos de castigo, Insatisfacción con Uno Mismo, Autocritica, Pensamientos o Ideas suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Indecisión, e Inutilidad.

De esta forma, el inventario de depresión de Beck revelo que en nuestra muestra hubo mayor distorsión cognitiva y percepción de sentimientos de fracaso, rechazo e insatisfacción, donde el sujeto cree que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas.

Aarón Beck examinó la función de los estados emocionales como la desesperanza, el desamparo, la impulsividad en la patología de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la "triada negativa" de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo, se deforma cuando la persona se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, su futuro y de su entorno.³⁰ (www.psiquiatria.com, 2018)

Los resultados obtenidos con relación a la depresión e intento de suicidio según el sexo en nuestra muestra limitada demostraron que las pacientes del sexo femenino prevalecen con el 60%. Si bien la tasa de suicidio masculina es el doble de la femenina, el intento suicida sigue siendo más frecuente en las mujeres. Según los datos de la OMS, en Europa y América la diferencia entre la tasa de suicidio masculina y la femenina es más acusada. En Europa se suicidan 4,9 mujeres de cada 100.000 habitantes y 20 hombres, más del cuádruple. por otro lado, en América lo hacen 2,7 mujeres y 9,8 hombres.³¹ (OPS, 2007)

³⁰ psiquiatria.com. (2018). Cogniciones depresivas de Beck. 2019, de psiquiatria.com Sitio web: <https://psiquiatria.com/glosario/cogniciones-depresivas-de-beck>

³¹ Organización Mundial de la Salud. (2014). Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>

Según resultados del método utilizado para el intento de suicidio se demostró que el más utilizado fue la intoxicación por venenos órgano fosforados (específicamente ingesta de raticida) en 80% de los pacientes seguido por las intoxicaciones farmacológicas con 20%. Llama la atención del primero por su accesibilidad, la mayoría de los pacientes indicaron la facilidad de adquirir el raticida por lo económico, y además hallamos que lo consideran rápido y efectivo.

Desde la perspectiva cualitativa, mediante la entrevista se consultó a los pacientes ¿Qué factor cree que le llevó al intento de suicidio? Los resultados fueron: el factor económico con el 33,3% fue el que más influyó en el intento, seguido del factor familiar con el 26,7% y en con el mismo porcentaje 26,7% el factor sentimental.

Bolivia según la OMS 2012³² (www.bbc.com, 2018), registra 20.6 casos por cada 100.000 personas de población mientras que en El Salvador son 17.6 Chile 16.5, Ecuador 15.7, Argentina 13.8. Según esta organización los cinco países con indicadores de suicidio más altos de la región son Bolivia, El Salvador, Chile, Ecuador y Argentina. Los países que reportan una menor tasa por 100 mil habitantes fueron Perú, Panamá, República Dominicana, Venezuela y Haití. En el caso de Bolivia, además de tener la tasa más alta de América Latina es el único país de la región que entra en el grupo de los 15 con más suicidios del mundo. Otra cifra preocupante es que Bolivia es el tercer país del mundo con el índice de suicidio más alto entre los niños de 5 a 14 años, solo precedido por Burundi y Mozambique. La presente investigación nos demuestra que entre el 2012 al 2017 existe un descenso en los intentos de suicidios teniendo en cuenta sumatoria de la población de dos fuentes (hospitales) en el 2012 hubo 412 casos y decayó para el 2017 con 140 casos.

³² Valeria Perasso. (2015). El tabú que agrava el riesgo del suicidio en adolescentes. 2018, de BBC Mundo
Sitio web: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150923_salud_suicidio_adolescentes_ig

II. RECOMENDACIONES.

Al evidenciar que existen falencias en nuestro sistema hospitalario con respecto a la atención de emergencias, en cuanto a los casos de suicidio se refiere, no hay registros completos (que reportamos entre las limitaciones), porque los pacientes con intento de suicidio mediante heridas cortantes, ahorcamiento y caídas, son despachados con una transferencia para el área de salud mental. Por consecuencia no se puede hacer el seguimiento de estos pacientes de forma adecuada y solo se tomó en cuenta los pacientes internados.

Se proponen las siguientes recomendaciones:

- Sería recomendable incorporar un profesional de psicología al sistema de emergencias con la responsabilidad de asistir a los distintos casos en contención de crisis tanto a los pacientes y/o familiares, posteriormente dar el correspondiente seguimiento y derivación al área de salud mental.
- Realizar talleres de sensibilización del personal de salud hospitalario y atención primaria en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes con intento de suicidio, porque el trato que se le brinda al paciente es de menosprecio y culpabilizarlo por su accionar.
- Debe existir personal de salud mental disponible las 24 horas del día, para que sean los primeros en recibir a los pacientes y poder recabar información de vital importancia y así evitar el alta muy pronto.
- Se recomienda tener un formato en el registro de pacientes para los centros hospitalarios que atienden estos casos, por ejemplo, en el Hospital Boliviano Holandés a todos los pacientes que presentan heridas cortantes e intentos de suicidio mediante lesiones los registran en el libro de curaciones y los que realizaron intoxicación por órgano fosforados se registran en el libro general de emergencias.

- El personal del Servicio de Emergencia del hospital no especializado en Salud Mental debe recibir una adecuada formación en la evaluación de los pacientes que ingresan por intento autolítico, para el buen manejo de los mismos y evitar restarle importancia a la salud mental.

En cuanto al método utilizado para cometer el intento suicida llama profundamente la atención la facilidad y accesibilidad acceso con que las personas adquirieron el raticida ya que en nuestro medio es de venta libre, con un precio aproximado entre los 5 y 10 bolivianos dependiendo de la marca, calidad y eficacia.

- Sugerimos controles y autorizaciones para la venta de plaguicidas por parte de la intendencia municipal; aprobación de ordenanzas municipales que normen y eviten la libre comercialización, restringiendo y regulando su venta.
- Que las sub-alcaldías juntamente con las instituciones de salud mental realicen diferentes charlas educativas para concientizar a la ciudadanía en general con conocimientos sobre órgano fosforados y sus posibles efectos adversos a largo plazo para el organismo con el propósito de evitar intentos de suicidio.
- Realizar campañas para dar a conocer a la población que existen centros de apoyo psicológico, a los que pueden acudir cuando la propia persona o algún miembro de la familia presenta síntomas de depresión. (tales como las Defensorías y centros de salud)
- Crear y difundir campañas tanto para la atención de la depresión, en particular para la población juvenil, así como para la prevención del suicidio mediante las redes sociales, Facebook, Instagram, YouTube, especialmente en nuestra población.
- Es importante concientizar y educar sobre la depresión, la ideación suicida, los planes o gestos, como consecuencia de la depresión, que al ser detectados a tiempo evitarán consumir el acto.

- Se debe involucrar a la familia ya que, si algún miembro manifiesta ideas sobre quitarse la vida lo más probable es que lo haga, por eso se propone tratamientos oportunos para evitar un futuro intento de suicidio, insistimos en mejorar la comunicación en el hogar y la confianza entre miembros de la familia esperando estabilizar su estado emocional.

- Los jóvenes con mayores intentos de suicidios y de nivel de depresión moderados se encuentran entre 20 a 30 años, por lo que para futuras investigaciones es importante considerar ampliar los estudios en este grupo de población, porque con estos resultados desmitificamos que los adolescentes son los que incurren más en los intentos de suicidio en nuestro contexto.

- El trabajo interdisciplinario posterior con las personas que intentaron suicidarse es importante para poder evitar la recidiva y proporcionar mecanismos para que mejoren su calidad de vida.

- Realizar investigaciones futuras en los distintos nosocomios de las diferentes ciudades del país, para actualizar la información cuantitativa epidemiológica del problema, que sirva a las autoridades de salud para tomar decisiones y posterior manejo de recursos en la prevención de este flagelo que deja familias devastadas a un gran costo social, emocional y económico.

III. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

a. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Aaron T. Beck D. Schuyler, I. H. (2011). *Manual Escala de intencionalidad Suicida de Beck*. Barcelona España : Dwarf . Pág. 33

Aaron T. Beck Robert A. Steer, G. K. (2014). *Manual Inventario de Depresion de Beck* . Argentina: Paidos. Pág. 55

Andinos, P. d. (2008). *Porfidio Tintaya* . La Paz Bolivia : Instituto de Estudios Bolivianos. Pág. 163.

Camacho, M, L. J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Buenos Aires. Editorial Paidós Pág. 10.

Chávez Hernández Ana María, E. S. (2010). la suicidología moderna. *Salud Mental* . vol.33 no.4 jul. /ago. 2010

Dahah, L. J. (2002 julio). La depresion desde la perspectiva cognitiva conductual. *revista de terapia cognitiva conductual*, Pág 2.

Émile, D. (1897-1997). *El suicidio* . Barcelona- España: Universidad de Barcelona. Departamento de Sociología. Pág. 168.

Fernández Egido Cristina, G. H. (2005). *Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias* . Madrid, España.

Gabriel, F. C. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo*. Argentina: Universidad de Argentina Carrera de Psicología. Pág. 73.

Gorestein C, A. L. (1998). Inventário de Depressão de Beck propriedades psicométricas da versão em portuges. *Revista Psiquiatrica Clínica*, Pág 25;30.

Gracia Marco, M. H. (2006). Conducta suicida en trastornos de personalidad . *Revista Española de sanidad penitenciaria*, Vol. 8, No 3. Pág. 4.

Hernández, S. R. (2015). *Metodología de la investigación*. México: McGraw – Hill. 6ta Edición. Pág. 93

Humanos., C. d. (2010.). *Informe Especial sobre el Suicidio en Jóvenes del Estado de Yucatán*. Estado de Yucatán Mexico: Comisión de Derechos Humanos. Pág. 6

Isabel, A. E. (2002). *Alcantar Escalera María Isabel*. México: Prevalencia del Intento Suicida En Estudiantes Adolescentes Y Su Relación Con El Consumos De Drogas, La Autoestima, La Ideación Suicida Y El Ambiente Familiar. Tesis de pregrado Universidad Nacional Autónoma de México. Pág. 25.

Ivette, M. A. (2009). Dilemas Bioéticos en torno la muerte: eutanasia y suicidio asistido . *La Revista Peninsular* , Edición 1030. Pág. 97

Luna, D. (2017). *Intentos de suicidio en el Hopstrial de Clínicas de la ciudad de La Paz*. La Paz. Investigacion propia.

OPS, O. M. (2007). *Prevención Del Suicidio En Cárceles Y Prisiones Y Abuso De Sustancias*. Ginebra Suiza.: Organización Mundial Departamento de Salud Mental. Pág Web.

OPSOPS, 2. M. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Whashington: Informe Regional. Pág. 1.

Pescador Varón; Leidy Katerine 2; Jiménez-Jiménez, William Alejandro³. **Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes** Volumen 1 • Número 2 • Enero - junio 2015 Pág. 111.

Santana, R. (2010). *El suicidio y los suicidas desde el saber autorizado en El Informador y Público*. Guadalajara: Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. Universidad de Guadalajara Pág. 48.

Selma, L. P. (s.f). “Suicidio y Conducta Suicida”. *1er Conversatorio de Psicopatología Octubre*. La Paz Bolivia: 1er Conversatorio de Psicopatología.Pág. 4

Serrano M., G. (2003). *Suicidio: factores protectores y de riesgo en adolescentes de Mérida*. Mérida, Yucatán México: Tesis inédita de maestría Universidad Autónoma de Yucatán.Pág 5.

b. WEBGRAFIA.

ARPEGIO, F. F.-I. (2017). *Comunidad Madrid*. Obtenido de Plan Estratégico de Salud Mental. (2014). Plan Estratégico de Salud. 2018, de Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid : <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009851.pdf> Pág. 167

Barrero, S. A. (Octubre de 2017). *La relación terapéutica en la crisis suicida*. http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-relacion-terapeutica.pdf

Jonathan García Allen 2009 Tipos de depresión: sus síntomas, causa y características. <https://psicologiamente.com/clinica/tipos-de-depresion>

Nogales, J. M. (7 de junio de 2011). *Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias*. Obtenido de Gazeta de Antropología: http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html

Organización Mundial de la Salud. (2014). Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. 2018, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>

Pérez Barrero S.A. (2018). *¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?* Obtenido de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/como-evitar-el-suicidio.pdf Pág. 3,4.

Valeria Perasso. (2015). El tabú que agrava el riesgo del suicidio en adolescentes. 2018, de BBC Mundo Sitio web: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/09/150923_salud_suicidio_adolescentes_ig

Psicólogos-granada. (2017). *psicólogos-granada depresion*. Obtenido de <https://www.cpaaronbeck.com/psicólogos-granada/depresion.html> Tratamiento psicológico de la depresión

Psiquiatría.com. (2018). Cogniciones depresivas de Beck. 2019, de psiquiatría.com Sitio web: <https://psiquiatría.com/glosario/cogniciones-depresivas-de-beck>

Romo Hilda. 2011. *Depresión y suicidio* 18 de abril, desde <http://www.monografias.com/trabajos26/depresion-suicidio/depresion-suicidio.shtml>

IV. ANEXOS