

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PERSONALIDAD EN UNA MUESTRA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INTENTO DE SUICIDIO

Carmen Solís Manrique¹

El suicidio es considerado un problema de salud por la cantidad de muertes que ocasiona. Conocer las características individuales que llevan a alguien a cometer este acto, y establecer asociaciones entre personalidad y manifestación de conductas suicidas sería útil para prevenir decesos.

El objetivo de esta investigación fue determinar las características sociodemográficas y de personalidad en 31 pacientes hospitalizados con intento de suicidio. Los instrumentos usados fueron el MCMI-II y una Ficha Demográfica.

Los resultados reflejan que el perfil de los suicidas es: mujer entre 17 y 24 años, estudiante, soltera, con problemas de pareja y síntomas depresivos. En cuanto a personalidad, se observó que rasgos narcisos y evitativos están fuertemente relacionados con la conducta suicida así como el trastorno de personalidad paranoide y borderline.

Palabras Clave: *Suicidio, Personalidad, Características Sociodemográficas.*

Suicide is considered a health problem because of the amount of deaths it causes. To know the individual characteristics that make someone commit this act and to establish links between personality and the onset of a suicidal behavior could be useful to prevent deaths.

The objective of this research was to determine the sociodemographics and personality characteristics in 31 patients who had been hospitalized following a suicide attempt. The main instruments used were the MCMI-II and a Demographic Record.

The results show that the profile of the suicidal patients is as follows: women between the age of 17 and 24, student, single, with problems with their couple and with symptoms of depression. As far as personality is concerned, it was observed that Narcissus and avoidant features are strongly linked to the suicidal behavior, as well as paranoid and borderline personality disorders.

Key Words: *Suicide, Personality, socio-demographic Characteristics.*

¹ Psicóloga Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, ex interna de Psicología del Servicio de Hospitalización y Emergencia del Departamento de Adultos y Gerontes.
Agradezco a los psicólogos, internos, psiquiatras y residentes de psiquiatría del DSMAG por su colaboración en la realización de este trabajo.

El suicidio es un grave problema de salud pública a nivel mundial ya que se sitúa entre las principales causas de muerte no sólo en países industrializados, sino también en los que se encuentran en vías de desarrollo (García et al., 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, propone como ayuda a la investigación unos términos muy concretos como base común para la designación de las conductas suicidas (Pereyra et al, 2002):

Ideaciones suicidas: Distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción (Saldaña, 2001, en Castañeda, 2002)

Intentos suicidas: Hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, y cuyo resultado final no es la muerte (García et al, 1998). Se les conoce también como conductas parasuicidas e incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida, dichos actos deben ser poco habituales (Saldaña, 2001, en Castañeda, 2002).

Suicidio: Incluye todas las muertes que son el resultado de comportamientos ejecutados por la propia víctima, la que es consciente de la meta a lograr (García et al., 1998; Vílchez, 2000). No es un acto realizado al azar o sin sentido. El suicidio se asocia a frustraciones o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas y una necesidad de escapar.

Pereyra et al. (2002) señalan que la principal complicación que presentan los estudios epidemiológicos del suicidio es que muchas veces resulta difícil determinar si una muerte concreta es consecuencia de un acto suicida o de un accidente. García et al. (1998) mencionan que, a pesar de las dificultades metodológicas que tiene la medición de la magnitud de suicidios en una comunidad, se tiene la hipótesis que se ha producido un incremento del fenómeno desde comienzos de la década del 50, especialmente en las poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes. La OMS (2004) estima que para el 2020 las víctimas de suicidio bordearán el millón y medio de personas en todo el mundo. Las cifras globales de suicidio, según la OMS, representan el 1.4% de los decesos mundiales en general, pero el impacto es mucho mayor que esta cifra. En Estados Unidos se producen anualmente 30 000 muertes por suicidio, esta es la cifra de los suicidios consumados, el número estimado de los intentos suicidas es de 8 a 10 veces este valor (Kaplan y Sadock, 1999, en Vílchez, 2000). Esta cifra resulta alarmante teniendo en cuenta que un poco más del 10 % de pacientes que realizan un intento de suicidio serio lo consumarán alguna vez en los siguientes 5 años (Vásquez, 1997 a; Vílchez, 2000).

En países en vías de desarrollo la falta de estadísticas confiables no permite dar datos exactos; sin embargo, se estima una relación de 8 a 14 intentos suicidas frente a uno logrado (Vílchez, 2000). Otros estudios señalan que alrededor de 1,500 personas intentarían un suicidio anualmente y el 50% han visitado a un médico en las semanas previas (Galli, 1994, en Duran, Mazzotti y Vivar, 1999). En el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental publicado en el 2002 en Lima por el Instituto Honorio Delgado-Hideyo Noguchi se señala que la mayor inci-

dencia de indicadores suicidas se presenta en los adultos (Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, 2002). En nuestro medio, se encontró que el 86.2 % de los casos estuvieron comprendidos entre los 15 y 30 años (Vásquez, 1997 b; Pereyra et al. 2000; Vílchez, 2000). En lo que se refiere a la relación entre sexo e incidencia de conductas parasuicidas, Vásquez (1997 b) señala que son las mujeres quienes intentan suicidarse con más frecuencia que los varones. El autor encuentra en su investigación una relación de 3.1 a 1.0; sin embargo, esta relación se invierte si se habla de suicidios consumados (Vásquez, 1997 a).

El Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi menciona en su trabajo epidemiológico que el 5.2 % de la población limeña ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 1% de ellos lo habría intentado en el último año, este estudio añade que el 11.6 % de personas que habiendo intentado infructuosamente hacerse daño en alguna oportunidad todavía consideran la conducta como una alternativa de solución (Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental, 2002).

Blumenthal, en 1988, propone un modelo teórico global para la comprensión de la conducta suicida que denomina “Modelo de superposición”. Los factores presentes en el modelo son agrupados en las cinco áreas: trastornos psiquiátricos; rasgos y trastornos de personalidad; factores psicosociales y ambientales; variables genéticas y familiares; y factores biológicos (García et al., 1998).

En cuanto a resultados a nivel fisiológico, García et al. (1998) sostienen que numerosas evidencias vinculan la disminución de

la actividad serotoninérgica central con las manifestaciones del tipo suicida. La posible disfunción del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal es también un elemento a considerar, pues, señalan los autores, que no en vano fue el primer indicador biológico implicado en la realización de actos suicidas.

En lo referente a género, en las conductas parasuicidas la tasa es más elevada para las damas que para los varones. Sin embargo, los hombres suelen tener más “éxito” porque la elección del método suele ser más agresivo como dispararse o colgarse, mientras las mujeres usan métodos más fáciles de tratar como la sobredosis de medicamentos o la desangración (Castañeda, 2002; Pirkis, Burgess y Jolley, 2002; Misrahi, 2003). Pereyra et al. (2002) y Pirkis et al. (2002) mencionan como factor de riesgo el ser solteros, separados- divorciados o viudos y carecer de empleo por un periodo prolongado pues todo esto constituye un fuerte estresor. Roy (2001) en un trabajo realizado con pacientes cocainómanos con conductas parasuicidas señalan que la mayoría de los pacientes que habían intentado acabar con su vida eran de sexo femenino, tenían antecedentes familiares de comportamiento suicida y presentaban un patrón de conducta regido por la introversión, el neuroticismo y la hostilidad.

Igualmente, se considera como otro factor de riesgo el encontrarse en la adolescencia tardía o adultez temprana, tal como lo demuestran los estudios anteriormente expuestos (Vásquez, 1997b; Vílchez, 2000; Pereyra et al., 2000). El factor familiar, que incluye genética y ambiente, es también muy importante de considerar en el estudio de las conductas suicidas pues parece existir un factor genético que influye en la determinación de las mismas, sobre todo si se tiene en cuenta

que casi la mitad de los pacientes con historia familiar de suicidio realizan también una tentativa de suicidio (Goldney, 2002).

Con respecto a los indicadores psicológicos de riesgo suicida, la literatura menciona los rasgos y dimensiones de la personalidad como un fuerte indicador de suicidio (Misrahi, 2003). Los sujetos que efectúan intentos suicidas difieren de otros pacientes psiquiátricos por su mayor hostilidad, proclividad a la actuación de impulsos e irritabilidad (Youseff, 2004). Algunos estudios mencionan atributos como dependencia, pasividad, pesimismo, baja autoestima, agresividad e inmadurez y una tendencia a la búsqueda de sensaciones asociados a los intentos suicidas (Heerlein, 2002). Tanto la ansiedad como la impulsividad se correlacionan elevadamente con riesgo suicida, sugiriendo que si bien la primera podría estar implicada tanto en la conducta suicida como en la violenta, la ansiedad influiría en su dirección final hacia el sí mismo o hacia los otros (Boris et al., 1994; en Heerlein, 2002). Estudios basados en las dimensiones de la personalidad de Eysenck han sido publicados por Heerlein (2002), en ellos se encuentra que puntajes altos en neuroticismo se asocian a repetición de intentos suicidas, en tanto que una puntuación elevada en la escala de psicoticismo se relacionaría a tentativas más violentas, esto junto a la anhedonia, desesperanza, y hostilidad caracterizarían un temperamento especialmente vulnerable a la conducta suicida.

En relación a los trastornos psiquiátricos y la conducta suicida se puede citar a Rich et al. (1986; en García, 1998) quien considera que la enfermedad es una condición necesaria aunque insuficiente para el suicidio. Algunos estudios epidemiológicos realizados encuentran que entre 90 y 100% de los suicidas presentan un trastorno mental, fundamen-

talmente depresión, alcoholismo o esquizofrenia (Rich et al., 1986; Runeson, 1989; Allebeck y Allgulander, 1990; Cheng, 1995, en García et al., 1998; Salter y Pielage, 2000; Pirkis et al., 2002; Goldney, 2002).

En cuanto a trastornos de personalidad, estos se asocian más a conductas suicidas que a suicidios consumados (Bateman y Fonagy, 2004). Los rasgos antisociales acentuarían el riesgo suicida, mientras que los rasgos histriónicos lo atenuarían (Youseff, 2004). García et al. (1998) señala que en los adultos los trastornos de personalidad antisocial y borderline se acompañan particularmente de parasuicidio pues repiten conductas autodestructivas sin intencionalidad mortal, aunque un número significativo de casos acaban consumando el suicidio. Los resultados muestran una perturbación de la personalidad mucho más grave en los pacientes que intentaron suicidarse que en otros pacientes violentos (Stalenheim, 2002). En nuestro país, Vásquez (1997 a) encontró que los trastornos psiquiátricos más diagnosticados en los pacientes con intento suicida fueron depresión (34.48%), psicosis esquizofrénicas (13.79%) y trastornos de personalidad (10.34%). Por su parte, Duran et al. (1999) en su investigación reportaron que el 12.9% de su muestra de pacientes con intento de suicidio declaró tener un antecedente de enfermedad psiquiátrica, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia de episodio depresivo mayor. Así mismo, Oquendo, Brent y Brimaher (2005) hallaron que un índice más alto de trastornos de la personalidad del clúster B parece ser un destacado factor que contribuye a un riesgo mayor para los actos suicidas.

Igual atención, como factor de riesgo, merece el hecho de haber tenido intentos de suicidio previos. Los autores señalan que mien-

tras más intentos fallidos tenga la persona más propensa estará a acabar con su vida la próxima vez que lo intente (Vásquez, 1997 a; Vílchez, 2000; Duran et al. 2000; Salter y Pielaige, 2000).

Con relación al Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) y los factores de riesgo suicida, se puede citar la investigación de Rakesh, Johnson, Jain y Mittauer (1999) quienes señalan que este instrumento resulta muy útil para discriminar entre los pacientes con y sin ideación suicida. En el mismo año, Ravndal y Vaglum, tras trabajar con el MCMI-II, concluyen que la conducta suicida estaba relacionada a elevados puntajes en la escala de trastorno de personalidad borderline y trastorno depresivo (Ravndal y Vaglum, 1999).

METODOLOGÍA

La presente es una investigación de tipo descriptivo y diseño no experimental. El muestreo que se usó es el no probabilístico intencional.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: ser paciente internado en un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana, tener entre 17 y 36 años, poseer un grado de instrucción mínima de 2° de secundaria, estar en la segunda semana de hospitalización, no encontrarse bajo los efectos de medicación sedante, poseer criterio de realidad y firmar el consentimiento informado para ser parte de la investigación.

La muestra final estuvo formada por 31 adultos, 28 mujeres (90.3%) y 3 hombres (9.7%).

Instrumentos

Los instrumentos que se usaron fueron:

1.- Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI- II: Su principal objetivo es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales. Los datos normativos y las transformaciones de las puntuaciones del MCMI- II están basados en muestras clínicas y son aplicables sólo a personas con evidentes síntomas psicológicos o psiquiátricos (Millon, 1998). Este es un inventario de personalidad que consta de 175 afirmaciones a los que el evaluado debe contestar con verdadero o falso y que pueden ser respondidas en aproximadamente 30 minutos.

Los datos que arroja son agrupados en 4 escalas (Patrones Clínicos de personalidad, Patología severa de personalidad, Síndromes Clínicos y Síndromes Severos) y los resultados son analizados, de acuerdo al puntaje, como: indicadores nulos, bajos, sugestivos, moderados y elevados. Para este trabajo se usará sólo las 2 primeras escalas (Patrones Clínicos de Personalidad y Patología severa de la personalidad) que son las que corresponden al eje II del sistema multiaxial del DSM- IV- TR.

2.- Ficha demográfica: Diseñada especialmente para los fines de esta investigación, recaudó datos como: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, diagnóstico de hospitalización, número de internamiento, número de intento de suicidio, método empleado y causa que motivó la toma de decisión de cometer una conducta parasuicida por parte de los participantes.

Procedimiento

La investigación se realizó conforme los pacientes con intento de suicidio ingresaban al Servicio de Hospitalización a lo largo de diez meses. Ellos eran identificados durante su estancia en la Unidad de Cuidados Iniciales y pasaban a formar parte de una base de datos de posibles sujetos de investigación.

Durante la segunda semana de hospitalización, de manera individual, y previa autorización del médico tratante, se le explicaba al paciente los objetivos de la investigación y se le pedía su consentimiento informado para formar parte de la muestra. Se decidió dar este margen de tiempo para permitir que los pacientes se encontraran más estables emocionalmente y no afectados por la medicación. Seguidamente, en esa misma sesión, ellos eran evaluados. El MCMI- II fue llenado de manera personal por los pacientes y la ficha de datos sociodemográficos, por la evaluadora de acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista.

RESULTADOS

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra se puede resaltar que ésta estuvo formada mayoritariamente por mujeres (90.3%) (Ver: Tabla 1). En cuanto al rango de edades se observa que el 51.6% se ubicó entre los 17 y 20 años y 19.3% tenía edades entre los 21 y 24 años (Ver: Tabla 2).

La mayoría (51.6%) posee secundaria completa y sólo 9.7% tiene grado de instrucción superior completo. Sus ocupaciones son predominantemente estudiantes (41.9%), ama de casa (25.8%) y vendedores ambulantes (16.1%). El 71% son solteros y viven sin una pareja sentimental.

Con respecto al número de internamiento, se pudo observar que la mayoría de ellos (77.4%) había sido hospitalizado por primera vez en un hospital psiquiátrico ya sea por intento de suicidio o por otras causas que involucren su salud mental. Para 45.2% de la muestra ése era su primer intento de suicidio, para 29% el segundo y para 16.1% el tercero.

Llama la atención la presencia de un 3.2% (equivalente a 1 caso) para el cual éste era su intento de suicidio número 14 (Ver: Tabla 3).

La mayoría (48.4%) usó la ingestión de pastillas como método para quitarse la vida y el 32% intentó cortarse las venas (Ver: Tabla 4). Entre las causas que argumentaron los pacientes para realizar una conducta parasuicida figuran problemas con la pareja (45.2%), con familiares (29%), y baja autoestima (12.9%) (Ver: Tabla 5).

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes dados por el médico de guardia fueron trastornos de personalidad borderline (45.2%) y depresión mayor (38.7%) (Ver: Tabla 6).

En cuanto a las características de personalidad medidas con el MCMI- II se encontró indicadores elevados para la personalidad narcisista (media: 87) y evitativa (media: 81) e indicadores moderados de personalidad antisocial, dependiente (media 77), histriónica y autoderrotista (media: 76) (Ver: Tabla 7).

La patología severa de personalidad que aparece como indicador elevado es el trastorno de personalidad paranoide (media:80) y borderline como indicador moderado (media: 79) (Ver: Tabla 8).

Tabla 1. Distribución de frecuencias por sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	28	90.3%
Masculino	3	9.7%

Tabla 2. Distribución por frecuencia de edades

EDADES	Frecuencia	Porcentaje
7-20 años	16	71.0%
21-24 años	6	19.3%
25-28 años	2	6.4 %
29-32 años	1	3.2 %
32- 36 años	6	19.3 %

Tabla 3. Distribución de frecuencia por número de internamiento y número de intento de suicidio:

VEZ	Frecuencia intento suicidio	Porcentaje	Frecuencia intento suicidio	Porcentaje
1	14	45.2	24	77.4%
2	9	29	5	16.1%
3	5	16.1	2	6.5%
4	1	3.2	-	-
5	1	3.2	-	-
14	1	3.2	-	-

Tabla 4. Distribución de frecuencias por método empleado:

METODO	Frecuencia	Porcentaje
Sobredosis de pastillas	15	48.4 %
Corte de venas	10	32.3 %
Ingesta de veneno	4	12.9 %
Otros	2	6.5 %

Tabla 5. Distribución de frecuencias por motivo para cometer intento de suicidio:

METODO	Frecuencia	Porcentaje
Problemas con la pareja	14	45.2 %
Problemas con algún familiar	9	29.0 %
Baja autoestima	4	12.9 %
Problemas económicos	3	9.7 %
Pérdida de un familiar	1	3.2 %

Tabla 6. Distribución de frecuencias por diagnóstico:

METODO	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mayor	12	38.7 %
Trastorno de personalidad borderline	14	45.2 %
Esquizofrenia	2	6.5 %
Otros	3	9.6 %

Tabla 7. Distribución de frecuencia por número de internamiento y número de intento de suicidio:

PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje promedio	Desviación estándar
Evitativa	46	118	80.52	183.71
Dependiente	24	105	76.77	21.20
Histriónica	25	109	76.16	18.31
Narcisa	39	121	87.32	22.62
Antisocial	57	112	76.45	14.25
Agresiva Sádica	42	109	74.97	14.00
Compulsiva	38	93	74.42	13.75
Pasiva Agresiva	0	121	75.10	26.67
Auderrotista	25	121	76.10	24.46

Tabla 8. Puntajes promedio de patología severa de personalidad:

PATOLOGÍA SEVERA DE LA PERSONALIDAD	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje promedio	Desviación estándar
Esquizotípico	48	125	75.97	21.28
Borderline	42	125	78.94	24.37
Paranoide	53	110	80.32	16.92

DISCUSIÓN

Las características de la muestra concuerdan con las reportadas por la literatura en cuanto a sexo y edad; sin embargo, se observa que la relación de mujeres a hombres (9:1) es mayor a la señalada por las investigaciones previas (Vásquez, 1997 a y b). Esto se debió a que las normas de inclusión exigían que los participantes contaran con criterio de realidad y los hombres que eran hospitalizados por intento de suicidio habían realizado el hecho, en su mayoría, como parte de una sintomatología delusiva o de sobredosis de alguna sustancias psicoactiva; a diferencia de las mujeres que recurrían al suicidio como salida a una reacción depresiva, es decir no presentaban alteraciones del pensamiento al momento de la evaluación pudiendo formar parte de la muestra.

Así mismo, se observa que el 71% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 17 y 24 años, encontrándose dentro de la adolescencia tardía y la adultez temprana, tal como lo señalan las investigaciones (Vásquez, 1997b; Vílchez, 2000; Pereyra et al., 2000). La mayoría tiene secundaria completa y son estudiantes lo cual guarda relación con la edad; el 71% son solteros reafirmando lo encontrado por Pereyra et al. (2002) y Pirkis et al. (2002) sobre la carencia de pareja estable como factor de riesgo para una conducta suicida.

La escasa relación entre número de intento de suicidio y número de internamiento nos muestra que, muchas veces, los gestos suicidas no son considerados importantes por la familia. Ellos no buscan profesionales especialistas que ayuden a su familiar que se ha autoagredido y esperan, en muchas ocasiones, a que se le condicione algún beneficio (como custodia, seguro o pensión) para hospitalizar a su paciente en el siguiente intento.

Los métodos para quitarse la vida más usados han sido la sobredosis de pastillas (48.4%) y el corte de venas (32.3%) lo cual podría estar siendo influenciado por la muestra predominantemente femenina que son quienes suelen usar estos métodos «menos letales» (Castañeda, 2002; Pirkis, Burgess y Jolley, 2002; Misrahi, 2003).

Los motivos más comunes para cometer una conducta suicida estuvieron relacionados con problemas con la pareja (45.2%) y con algún familiar (29%), probablemente el hecho que la muestra esté constituida por gente muy joven está haciendo que los problemas económicos o laborales, que la literatura reporta como factores de riesgo, (Pereyra et al., 2002; Pirkis et al., 2002) no aparezcan como significativos.

En relación a los patrones clínicos de personalidad se observa que las personalidades narcisa y evitativa aparecen como indicadores elevados, lo cual estaría haciendo referencia a individuos centrados en sí mismos, con actitudes egoístas y que tienen dificultades para postergar el placer. Ellos se distancian siempre de la anticipación ansiosa y de los aspectos dolorosos de la vida; a pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal (Millon, 1998).

Los tipos de personalidad antisocial, dependiente, histriónica y autoderrotista aparecen como indicadores moderados coincidiendo con los reportes previos que relacionan hostilidad, proclividad a la actuación de impulsos e irritabilidad con intentos de suicidio (Youseff, 2004; Oquendo, Brent y Brimaher, 2005) y con otros estudios que mencionan que atributos como la pasividad, el pesimismo, la baja autoestima, la agresivi-

dad e inmadurez y una tendencia a la búsqueda de sensaciones están asociados a los intentos suicidas (Heerlein, 2002).

La aparición de la personalidad paranoide como patología severa de la personalidad se explica por las características vigilantes de la muestra y una defensa anticipada contra la decepción y las críticas. Estas personas, que como se ha visto son hostiles, pesimistas y con baja autoestima, son muy sensibles a las opiniones de los demás, razón por la que se encuentran más alertas a ellas anticipando rechazos y desprecios.

La personalidad borderline, que es la segunda que aparece como moderadamente significativa, está relacionada con la inestabilidad, labilidad emocional y búsqueda de sensaciones que señala la literatura (Millon, 1998; Ravndal y Vaglum, 1999; Oquendo, Brent y Brimaher, 2005). Las personas con rasgos de personalidad border perciben su intento de suicidio como no letal, con una alta probabilidad de rescate y con menos certeza de muerte (Stanley et al. 2001, en Bateman y Fonagy, 2004), lo cual hace que estos sujetos recurran repetidas veces a los intentos de suicidio en una búsqueda de su autoafirmación (Bateman y Fonagy, 2004).

Si bien este estudio tiene sus limitaciones, que pasan principalmente por el hecho

de no contar con un número más representativo de varones y por no haber evaluado a todos los pacientes que ingresaban al hospital por intento de suicidio (muchos pedían su alta voluntaria al segundo o tercer día de hospitalización viéndose nuestra muestra reducida), lo anteriormente expuesto nos acerca a las características sociodemográficas y de personalidad en una muestra de pacientes internados con parasuicidio en un hospital de salud mental, permitiéndonos tener una idea de cuáles son los factores de riesgo de conductas suicidas en nuestra población en particular.

Una identificación adecuada y un tratamiento oportuno de los trastornos mentales, tanto en el eje I como en el eje II, es una importante estrategia de prevención que podemos asumir como personal de salud que somos y colaborar así en la reducción del estigma que hay hacia las personas que cometen un acto suicida y/o padecen de algún trastorno mental.

El compromiso es con los profesionales clínicos para mantenernos alertas con nuestros pacientes y poder actuar como agentes protectores. Autoevaluarnos constantemente sobre si estamos haciendo lo suficiente para colaborar en la prevención de este problema de salud a nivel mundial debería ser una tarea que emprendamos más a menudo.

REFERENCIAS

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder*. Ney York, Oxford University Press.
- Bolignini, M; Laget, J; Plancherel, B; Stéphan, P; Corcos, M & Halfon O. (2002). Drug Use and Suicide Attempts: The Role of Personality Factors. *Substance Use & Misuse*, 37 (3), 337-356.
- Castañeda, A. (2002). Características psicosociales del adolescente parasuicida. *Avances en Psicología*. Octubre, 22-33.
- Duran, D; Mazzotti, G & Vivar, A. (1999). Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Revista de Neuropsiquiatría*, 62 (3/4), 226- 241.
- García, J; Gonzáles, J & Sáiz, P. (1998). *Prevención de las conductas suicidas*. Barcelona: Masson.
- Goldney, R. (2002). A Global View of Suicidal Behaviour. *Emergency Medicine*, 14, 24-34.
- Heerlein, A. (2002). *Psiquiatría clínica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002). Informe general. *Anales de Salud Mental* Vol. XVIII. Año 2002. Número 1 y 2. Lima.
- Luoma, J; Martin, C. & Pearson, J (2002). Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: a Rview of the Evidence. *American Journal Psychiatry*, 159 (6), 909- 916.
- Millon, T. (1998). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Misrahi, A (2003). *Adiós mundo cruel*. Barcelona: Océano.
- OMS (2004). *Suicide huge but preventable public health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day - 10 September*. [En red] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>
- Oquendo, M; Brent, D & Birmaher, B (2005). Posttraumatic Stress Disorder Comorbid with Depresión: Factors Mediating the Association with Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162 (3) pp 560- 566.
- Pereyra, F; Cristancho, V; Criales, A. & Sánchez, A (2002). Incidencia del parasuicidio y descripción de algunas variables sociodemográficas en los casos atendido por el CRU de la Secretaría Distrital de Salud. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2 (1), 191-135.
- Pirkis, J; Burgess, P. & Jolley, D. (2002). Suicide Among Psychiatry Patients: A Case Control -Study. En *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 2002 (36), 86-91.
- Rakesh, L; Jhonson, B; Jain, B & Mittauer, V (1999). Efficacy of the Millon Clinical Multiaxial Inventory – II in Discriminating Mental Health Patients with and without Suicidal Ideation. *Military Psychology*, 11 (4), 423-433.
- Ravndal; Vaglum (1999). Overdose and Suicide Attempts: Different Relation to Psychopathology and Substance Abuse. *European Addiction Research*, 5 (2), 63-71.
- Roy, A. (2001). Characteristics of Cocaine - Dependent Patient who Attempt Suicide. *American Journal of Psychiatric*, 158 (8), 143- 150.
- Salter, A. & Pielage, P (2000). Emergency Departments Have a Role in the Prevention of Suicide. *Emergency Medicine*, 2002 (12), 198-203.
- Samuels, J. (2000). Personality Disorder and Normal Personality Dimensions in Obsessive- Compulsive Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 2000 (177), 457-462.
- Stanleheim, G. (2002). Relaciones entre intento de suicidio, vulnerabilidad temperamental y delitos en una población psiquiátrica forense sueca. *European Psychiatry*, 9 (2).
- Vásquez, F. (1997). Valoración del intento de suicidio, una aproximación para el manejo y tratamiento. *Anales de Salud Mental* 13 (1 / 2), 37- 57.
- Vásquez, F (1997). Estudio del intento de suicidio en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi 1994- 1996. *Anales de Salud Mental* 13 (1 / 2), 58-95.
- Vílchez (2000). Relación entre red social e intentos suicidas en pacientes que acuden al Servicio de Emergencia de un Hospital Psiquiátrico. *Archivos peruanos de psiquiatría y salud mental*. 4 (2), 33-50.
- Youseff, G. (2004). Personality Trait Risk Factors for Attempted Suicide Among Young Women with Eating Disorders. *European Psychiatry*, 19 (3), 131- 139.