

Estudio descriptivo-exploratorio del trastorno depresivo mayor: aproximaciones psicológicas y sociodemográficas de pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz

Martha L. Caycedo B.¹, Karim Jiménez S.²

Resumen

Objetivos: Analizar la relación entre la depresión mayor y las características sociodemográficas y psicológicas de pacientes hospitalizados en la Clínica Nuestra Señora de la Paz que habían sido atendidos por el Servicio de Psicología, en el período 2000-2001 con diagnóstico de depresión mayor. *Métodos:* Diseño de tipo descriptivo-exploratorio; se trabajó con una población de 100 pacientes a quienes se les hizo una entrevista semiestructurada; se revisó la historia clínica institucional con el fin de complementar información. Para el análisis se utilizaron procedimientos de estadística descriptiva: combinación de variables. *Resultados:* 47% presentó diagnóstico de depresión mayor con uno o más intentos de suicidio; 25% presentó como método de suicidio utilizado la ingesta de sustancias. *Conclusiones:* Este estudio refleja la notoria influencia de variables psicológicas y sociodemográficas en la manifestación del trastorno depresivo mayor.

Palabras clave: trastorno depresivo mayor, intento de suicidio.

Title: Descriptive-Exploratory Study of Major Depressive Disorder: A Psychological and Sociodemographic Approximation of Inpatients at the Clínica Nuestra Señora de la Paz

Abstract

Objectives: An approximation to the relation between Depression and attempted suicide and the sociodemographic and psychologic features in inpatient males and females at Clínica Nuestra Señora de la Paz. These patients were admitted to the Psychology Department, referred from Psychiatry in the period between 2000-2001 with a diagnosis of Major Depression. *Methods:* Descriptive-Exploratory method designed with a population of 100 patients who were subject to a semistructured interview. The medical charts and histories were also

.....
¹ Psicóloga. Especialista en Educación Sexual, Fundación Universitaria Monserrate. Coordinadora del Departamento de Psicología de la Universidad Católica de Colombia.

² Psicóloga de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Universidad Santo Tomás.

reviewed to complement the information. Variables were analyzed using procedures of descriptive statistics. Variable combination and crossing. *Results:* Of the patients included in the study 53% had a diagnosis of Major Depression and 47% of them, besides the diagnosis, had 1 or 2 attempted suicides. Of the totality of the group, 25% used substance ingestion as the method for suicide, noting the influence of Psychologic and sociodemographic variables in the expression of Major Depressive Disorder. *Conclusions:* There is a notorious influence of psychological and sociodemographic variables in clinical signs of Major Depressive Disorder.

Key words: Major depressive disorder, attempted suicide.

Marco teórico

Los trastornos del ánimo constituyen un grupo variado de alteraciones mentales que comparten una serie de manifestaciones clínicas y comprometen el estado de ánimo, el pensamiento, los procesos cognoscitivos, la actividad psicomotora y las funciones vegetativas (1).

En el *Manual diagnóstico de trastornos mentales* (2), la depresión es entendida como un trastorno del estado de ánimo. Dentro de los episodios considerados como afectivos, se encuentra el depresivo mayor, el cual, para ser diagnosticado, debe presentar cinco o más de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.

2. Disminución de la capacidad para el placer.
3. Pérdida o aumento importante de peso, con un cambio superior al 5% del peso corporal.
4. Insomnio o hipersomnio.
5. Agitación o aletargamiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos excesivos o inapropiados de inutilidad o de culpa.
8. Disminución de la capacidad para pensar y para concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte.

Hasta ahora, la etiología exacta de los trastornos del estado de ánimo es desconocida. Se considera que su origen es el resultado del interjuego multifactorial de los ejes biológicos, genéticos, psicológicos y sociales. Los trastornos del ánimo se asocian, en la actualidad, con modificaciones de las aminas biógenas (noradrenalina, serotonina y dopamina), los aminoácidos neurotransmisores (GABA), los péptidos neuroactivos y los ejes neuroendocrinos (1).

El inicio de la depresión se produce antes de los 40 años de edad en el 50% de los individuos. Se plantea que cuanto más temprano sea el comienzo, mayor es la carga genética. Se encuentra que los individuos presentan síntomas depresivos previos o manifestaciones subclínicas antes del desarrollo de un episodio franco, lo cual supone

que una identificación temprana de síntomas y un manejo a tiempo permitirán mejorar el pronóstico.

La duración promedio de un episodio no tratado es de 6 a 13 meses, lo cual sitúa a la depresión como una enfermedad muy incapacitante. Tiende a cronificarse, y se presentan recaídas en 25% de los individuos en los primeros 6 meses, de 30% a 50% a los dos años y entre 50% y 75% a los cinco años. Se ha encontrado que la frecuencia de recaídas es mucho menor entre quienes continúan tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (1).

Miranda *et al.* (3) se refieren a estudios donde la prevalencia del trastorno depresivo varía de 8% a 25% en la población mundial, con una relación hombre-mujer de 1:2. En cuanto a la población colombiana, los investigadores señalan que un estudio del Ministerio de Salud en 1997 arrojó una prevalencia de 19,6% para la población general, con una presencia significativamente mayor en el sexo femenino.

El rango de edad con mayor presencia de depresión se sitúa entre 20 y 45 años, particularmente en la población colombiana. Respecto al estado civil, se detectó que las personas divorciadas y solteras tienen mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos y que esta alteración se encuentra de manera más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas.

Los investigadores señalan que también se ha encontrado mayor riesgo en personas con antecedentes familiares de trastornos afectivos, con experiencias infantiles relacionadas con situaciones de muerte parental temprana y medio familiar caótico y con eventos vitales, como la ausencia de bases de aseguramiento afectivo, escaso apoyo social y ambiente traumático.

Los investigadores Miranda *et al.* (3) han identificado que en pacientes con depresión existe un mayor número de eventos considerados como estresantes en el período que antecede al episodio depresivo. Se debe aclarar que tales eventos previos no son causa necesaria ni suficiente para la aparición de un cuadro depresivo, pues su importancia relativa es mayor en los períodos iniciales de la enfermedad. Dentro de los acontecimientos vitales son importantes aquellos que se presentan entre el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez, como el ingreso a la universidad, la elección de una carrera, el inicio de la actividad laboral, la elección de pareja y el distanciamiento de los vínculos familiares.

Dentro de los aspectos psicosociales, se encuentra como un hecho relativamente frecuente que las experiencias tensionantes para el individuo preceden a los primeros episodios de depresión mayor. Otros indicadores psicosociales estudiados

afectan en el aspecto psicopatológico de la familia, como un elemento que influye sobre la recuperación, el retorno de los síntomas y la adaptación posterior a la recuperación. Se encuentra también que todas las personas, con cualquier tipo de personalidad, pueden experimentar episodios depresivos; sin embargo, se rasgos de personalidad dependiente, histriónica y obsesivo-compulsiva pueden significar un riesgo aún mayor (1).

Mattos (4) plantea que la depresión está asociada con bajos niveles de funcionamiento social, profesional y familiar de los individuos que la padecen. Señala que el pronóstico en la depresión es pobre, dado que deben considerarse las comorbilidades del eje I del DSM-IV. De los pacientes distímicos, 68% pasa a presentar depresión mayor, 26% sufre de pánico, 68% de algún tipo de ansiedad y 24% de abuso de sustancias.

En la depresión doble, la cual implica la coexistencia de depresión mayor en un individuo previamente distímico, 75% de los pacientes tiene síntomas de ansiedad. Respecto al eje II del sistema de clasificación estadounidense, se ha encontrado que hasta 85% de los pacientes distímicos tienen un trastorno de personalidad asociado y que 50% de los pacientes con depresión doble de más de dos años de duración tienen diagnóstico de clúster C (an-

siedad/temor). Finalmente, existe comorbilidad del eje III, donde se encuentran condiciones médicas que pueden estar asociadas con la depresión.

McGrath *et al.* (5) han estudiado la comorbilidad de la dependencia al alcohol con otros trastornos psiquiátricos, dentro de los cuales se incluye la depresión, teniendo en cuenta que el consumo de alcohol es la cuarta causa de muerte en Estados Unidos y se encuentra asociada con homicidio, suicidio y muertes accidentales. El consumo de alcohol se ha asociado, aproximadamente, a 25% de las muertes por suicidio y a más de 50% de accidentes vehiculares. Clínicos e investigadores han postulado la relación entre el consumo de alcohol y la depresión, dado que los individuos argumentan que ingieren alcohol porque se encuentran deprimidos. De esta manera, utilizan el consumo como un medicamento contra la depresión; lo anterior se plantea como una de las hipótesis que explicaría tal comorbilidad.

En cuanto a los costos de la depresión, el Banco Mundial informa que de todos los trastornos mentales, la depresión es la causa más frecuente de incapacidad y la principal carga para los sistemas de salud, debido al mayor uso de los servicios médicos, a la prolongación de las hospitalizaciones, al ausentismo, a la disminución de la pro-

ductividad laboral y a la muerte prematura por suicidio (1).

El suicidio es un fenómeno que aparece asociado en múltiples ocasiones a los cuadros depresivos. Los suicidios constituyen alrededor de 0,5% a 2% de la mortalidad global y, según Montella *et al.*, citados por González Rosendo *et al.* (6), en los adolescentes y adultos jóvenes el suicidio representa —junto con los accidentes de tráfico, el sida y las sobredosis de drogas— una de las primeras causas de muerte.

Aunque los sujetos que realizan una tentativa de muerte y los que la consuman se comprenden como diferentes desde el punto de vista epidemiológico, el intento de suicidio es el principal factor predictor del suicidio consumado. Se calcula que entre 10% y el 15% de los individuos que realizan una tentativa se acaban suicidando, y el riesgo es mayor durante el primer año siguiente al intento.

González Rosendo *et al.* (6) señalan que en la elección del método de suicidio influyen múltiples variables y que cambia según se trate de un suicidio consumado o de una tentativa. En el primer caso se destacan formas más violentas, como la precipitación, el ahorcamiento y el arma de fuego, mientras que en las tentativas se resalta la intoxicación de origen farmacológico.

Moscicki (7) señala que para profundizar en estudios acerca del suicidio deben tenerse en cuenta variables como la edad, el género, la raza, el nivel socioeconómico y las relaciones familiares y de pareja, dado que se considera que los anteriores elementos pueden incidir. En mujeres, la sobredosis por sustancias psicoactivas y la ingesta de medicamentos se considera la segunda causa más común de suicidio, mientras que en el grupo de hombres, el siguiente método es el ahorcamiento. Los trastornos mentales y las adicciones también se consideran factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio.

Continuando con los factores de riesgo, el historial de casos de suicidio en una familia, así como la existencia de cuadros psicopatológicos y el consumo de sustancias psicoactivas, son elementos que se encuentran implicados. Las situaciones familiares coyunturales —como las separaciones, el divorcio, el abandono de las figuras parentales, las crisis de la adolescencia, los conflictos familiares y la tensión— pueden encontrarse asociados también.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (8) señaló que los principales factores de riesgo evidenciados en las personas con intento de suicidio, en una muestra total de 41 pacientes estudiados, fueron la depresión mayor, con 63,4%, y los sentimientos de culpa y desesperan-

za, con 51,2%. En tercer lugar, con 43,6%, el factor de riesgo fue pertenecer a un hogar desorganizado.

En el rango estudiado por edades, se encontró que entre los 10 y los 19 años los factores de mayor incidencia fueron los sentimientos de culpa y desesperanza y el hogar desorganizado, representados en 62,5% de la población. Entre el grupo de personas comprendido entre 20 y 24 años, predominaron como factores de riesgo la depresión mayor (66,6%) y el hogar desorganizado y el sentimiento de culpa y desesperanza (50% ambos). En el caso de la población comprendida entre los 25 y 39 años, incidieron, con mayores porcentajes, la depresión mayor (71,4%) y el sentimiento de culpa y desesperanza, así como el hogar desorganizado (57,1% ambos). En el rango entre 40 y 59 años predominó la depresión mayor con (80%). Por último, en la población de adultos mayores de 60 años, predominó el sentimiento de culpa y desesperanza (100%) y la depresión mayor (66,6%).

Según la OMS (8) el suicidio es una de las causas de defunción más frecuente, y por eso su importancia ha ido en aumento como causa externa de mortalidad. Las muertes por esta causa superan la cifra de 500.000 personas al año, y se conoce que por cada caso que termina en muerte existen 10 intentos de suicidio.

Al estudiar el comportamiento sociodemográfico de las personas con intento de suicidio entre 1996 y 1998, la OMS (8) encontró que las mujeres incurren mayormente en el intento suicida, y lo llevan a cabo con métodos menos letales que la población masculina. En cuanto a la incidencia, el intento de suicidio es mayor en personas solteras de raza blanca. Las personas viudas, divorciadas o solas también constituyen una población con gran riesgo, dado que la separación de la pareja actúa como elemento asociado al sentir que se pierde el apoyo proveniente del entorno. Se ha encontrado que la incidencia del intento de suicidio disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Al observar la variable de ocupación, se encontró que la población con mayor incidencia de intentos de suicidio estaba desempleada cuando tuvo tal comportamiento.

Al profundizar en los factores de riesgo que implican a la familia y al medio social en el fenómeno de suicidio, se tiene en cuenta, por un lado, la posibilidad de la existencia de un historial de suicidios en la familia, y por otro, la falta de interacción social. Es así como las relaciones negativas para el sujeto, los vínculos capaces de producir tensión en el individuo, también pueden encontrarse asociados con el suicidio (9).

En cuanto a la edad, Blanco *et al.* (10) encontraron en el Hospital de Kennedy, en Bogotá, que 6,4% de los menores de 15 años de edad llevaba a cabo intentos de suicidio; entre 15 y 24 años, 64,5%; de 25 a 29 años, 28,4%, y de 60 años en adelante, 0,7%.

Según Torres *et al.* (11) un grupo con elevado riesgo de presentar intentos de suicidio en Colombia es el comprendido entre 12 y 24 años de edad. Según los investigadores, el número de intentos de suicidio disminuye con el aumento de la edad, y son las mujeres quienes llevan a cabo un número mayor de intentos de suicidio en comparación con los hombres (6,6 intentos frente a 4,9 intentos de suicidio, respectivamente).

Procedimiento

Muestra

Para la población de estudio se consideraron las siguientes variables sociodemográficas:

- Edad: de 15 a 35 años, de 36 a 50 años, 51 años o más.
- Sexo: femenino, masculino.
- Estado civil: soltero, casado, separado.
- Escolaridad: primaria, secundaria, técnica, universitaria.
- Ocupación: trabajador no calificado, operario, técnico, profesional, fuerzas armadas (soldado), desempleado, hogar.

Las variables psicológicas fueron:

- Diagnóstico de trastorno depresivo mayor: entre 1 y 5 intentos de suicidio.
- Método utilizado: ingesta de sustancias, flebotomía, otros (asfixia mecánica, accidente de trabajo, herida con arma cortopunzante, precipitación).
- Personalidad: impulsiva, dependiente, histriónica, esquizoide, obsesiva.
- Recaídas: de 1 a 4 y 5.
- Antecedentes familiares y/o personales: maltrato infantil, enfermedad mental familiar, pérdidas afectivas, enfermedades médicas.
- Cuadros de comorbilidad: adicciones, enfermedad mental orgánica.
- Hechos coyunturales: pérdidas afectivas, disfunción conyugal, familiar, laboral, suspensión de medicación.
- Tipo de familia: amalgamada, conectada, desligada (según el modelo de Olson) (12).
- Ciclo vital de la familia: nido vacío, hijos adultos, hijos adolescentes, hijos en edad escolar, hijos en edad preescolar, conformación de pareja (clasificación de Carter *et al.*) (13).
- Contexto social: red social reducida o amplia, de acuerdo con el número de miembros que se vinculan emocionalmente a la persona asistida (según Sluzky) (14).

Población

Este estudio se llevó a cabo con 100 pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor, remitidos al Servicio de Psicología de la Clínica Nuestra Señora de la Paz, por interconsulta de Psiquiatría, para intervención individual y de red primaria.

Método

Diseño

Esta investigación es un estudio descriptivo de tipo exploratorio. Se buscó hacer una aproximación a las características psicológicas y sociodemográficas de las personas asistidas, diagnosticadas con depresión mayor.

Instrumentos

Se diseñó y aplicó un protocolo de entrevista semiestructurada; se llevó a cabo la revisión de la historia clínica y se empleó la tabla de registro.

Plan de análisis

Con fundamento en la categorización *matriz base*, se organizó la información con el fin de aplicar el análisis descriptivo de frecuencias (programa estadístico SPSS). Adicionalmente se aplicó un análisis de los datos significativos o relacionados con el chi cuadrado de Pearsons, y se logró contrastar el marco teórico.

Resultados

Los resultados más relevantes fueron los siguientes (véanse figuras 1, 2 y 3):

De los sujetos estudiados, 53% tuvo un diagnóstico de depresión mayor, y 47% presentó, además del diagnóstico, uno o más intentos de suicidio. Las mujeres constituyeron 63% de la muestra total, y los hombres, 37%. En cuanto a las edades, 44% se encontró entre 15 y 35 años; 40%, entre 36 y 50 años, y 16%, entre 51 años o más. Respecto al estado civil, los separados constituyeron 18%; solteros, 26%, y casados, 56%.

Acercas del nivel de escolaridad, 52% terminó bachillerato, 18% alcanzó un grado universitario, 17% contó únicamente con estudios de primaria, y el 13%, con estudios técnicos. En lo que respecta a ocupación, 27% se dedicaba al hogar y 17% a oficios técnicos.

Se encontró que 53% de la muestra no presentó intentos de suicidio; 41%, entre uno y dos intentos, y 6%, entre tres y cinco intentos. Entre los métodos de suicidio más empleados, en 27% de los casos fue la ingesta de sustancias de uso casero (Decol®, raticidas y otros); 9%, flebotomía, y 10%, otros (precipitación, asfixia mecánica, etc.). En los hechos coyunturales significativos sobresalen la disfun-

Figura 1. Métodos de suicidio

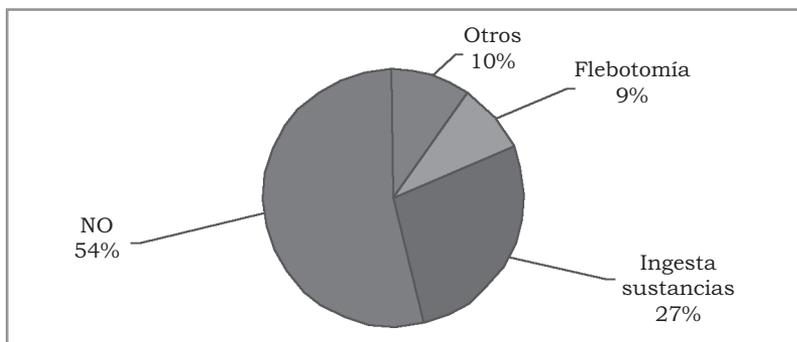


Figura 2. Contexto

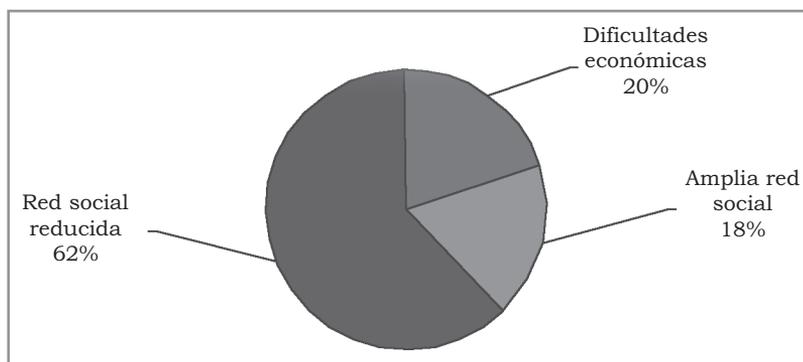
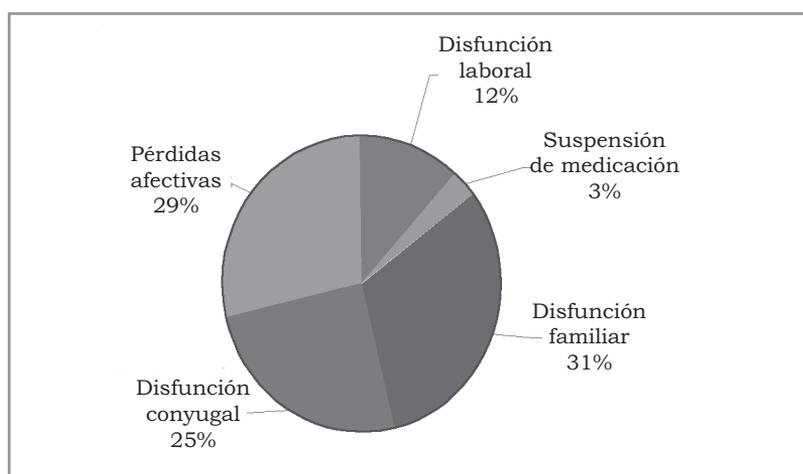


Figura 3. Hechos coyunturales



ción familiar con 31% y las pérdidas afectivas con 29%. Los datos señalan que 76% de la muestra pertenecía a una familia categorizada como desligada de estado civil casado (21%), porcentaje dentro del cual 73% tenía hijos en la etapa de edad escolar y adolescentes.

También es importante mencionar los resultados obtenidos de la correlación entre las variables *sexo* e *intentos de suicidio*, donde 30% de las mujeres de la población total presentaron entre uno y cinco intentos de suicidio.

Ahora bien, encontramos en las variables *edad* e *intento suicida* un resultado significativo en el rango de 15 a 35 años: 26% de probabilidad de presentarse entre uno y cinco intentos de suicidio (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación entre las variables edad y número de intentos de suicidio

Edad	Intentos		
	0	1-5	Total
15-35	18%	26%	44%
36-50	22%	18%	40%
51 o más	13%	3%	16%
Total	53%	47%	100%

Por otra parte, entre las variables *sexo* y *recaída* (Tabla 2) se encontró mayor presentación de recaídas (de una a cinco o más) en hombres (37%) que en mujeres (27%).

Tabla 2. Correlación entre las variables sexo y recaídas

Sexo	Recaídas			
	0	1-4	5 o más	Total
Masculino	26%	35%	2%	63%
Femenino	10%	20%	7%	37%
Total	36%	55%	9%	100%

Otras variables importantes de considerar en este estudio es la correlación entre *personalidad* y *sexo*: 45% de las mujeres presentó personalidad dependiente, y 14% de los hombres, personalidad esquizoide.

Otros datos de relevancia para tener en cuenta fueron las variables *estado civil* y *ciclo vital*, donde 41% se encontró en la etapa de ciclo vital de hijos en edad preescolar y de hijos adolescentes, con dificultades en las pautas de crianza y tipología familiar desligada. Dentro de los cuadros asociados al trastorno depresivo mayor, 11% de la muestra total presentó trastorno adictivo. Por último frente a la correlación *intentos* y *escolaridad* se halló que 25% del total corresponde a individuos con secundaria completa y por lo menos un intento de suicidio.

Discusión

Al seguir los estudios de Rojas (15) y Schulberg (16), se halló una gran correlación entre las variables

sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación) y las psicológicas (diagnóstico, número de intentos de suicidio, método de suicidio, personalidad, recaídas, antecedentes familiares, comorbilidad, hechos coyunturales, tipo de familia, ciclo de familia y contexto social).

En nuestro contexto colombiano, donde se reflejan frecuentes y graves actos de violencia y tensión social, la depresión supone una de las patologías más comunes en la atención primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Miranda *et al.* (3) señalan que la prevalencia del trastorno depresivo varía de 8% a 25% en la población mundial; en cuanto a la población colombiana, el estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública (11) arrojó prevalencia de 19,6% para la población general, con una presencia significativamente mayor en las mujeres; en ese mismo estudio, el rango de edad con mayor presencia de depresión se situó entre 20 y 45 años.

Como dato relevante de nuestro estudio, al correlacionar las variables psicológicas con las sociodemográficas encontramos que las mujeres dedicadas al hogar y con hijos en edad preescolar y adolescentes sufren de depresión asociada con el estrés de su ocupación, la cual, además, no tiene un salario asignado.

Esto también fue hallado por Homer (17), quien considera que el desempleo y la falta de recursos económicos pueden ser factores desencadenantes del intento de suicidio y de la presentación de trastornos depresivos mayores. Además, como método más frecuente de suicidio, este investigador encontró el consumo de sustancias de uso casero y fármacos; resultados que se apoyan en lo expuesto por Rojas (15), quien afirma que las técnicas suaves como la ingesta de sedantes, fármacos o venenos son más frecuentemente utilizadas por mujeres, mientras que los métodos brutales, el uso de armas de fuego o cortopunzantes, el ahorcamiento o la precipitación desde una altura son utilizados en su mayoría por hombres.

Por otra parte, Schulberg (16) encontró en sus estudios sobre los antecedentes familiares, en un grupo de 200 pacientes con diagnóstico de depresión mayor, que 54% presentaba enfermedades mentales, especialmente por parte de los padres, quienes tenían historia de abuso sexual y maltrato físico. Los resultados del presente estudio revelan un porcentaje de 22% de incidencia de los antecedentes familiares, en particular enfermedad mental en las figuras parentales e historia de maltrato en la infancia.

Ahora bien, la situación coyuntural predominante que se presentó en este estudio fueron las dificulta-

des en el vínculo afectivo familiar y de pareja. Al respecto, un estudio presenta datos cuyos resultados señalan que la mayoría de intentos suicidas y de presentación de trastornos depresivos se desencadenaban por problemas familiares y de pareja, y en un porcentaje bajo de presentación por motivos relacionados a la situación económica.

Por su parte Blanco *et al.* (10) encontraron el mayor número de individuos ubicados dentro de la categoría *disfunciones familiares y de pareja*. Según la categoría familiar y la etapa de ciclo vital de la muestra del presente estudio, se evidenció un alto porcentaje de familias categorizadas como desligadas con relaciones distantes o ausentes entre sus miembros y con extrema individualidad. Lo anterior coincide con los principales factores de riesgo encontrados en los pacientes estudiados por la OMS, entre 1996 y 1998. Se plantea, entonces, que la depresión mayor se presenta, usualmente, debido a la reducción de intereses vitales y a la presencia generalizada de frustración, soledad, pérdida del sentido de vida, relaciones interpersonales pobres, familias separadas emocionalmente o desintegradas. Rojas (15) concluye que existe la necesidad de hablar de una etiopatogenia multifactorial, ya que son muchos los factores que entran en la dinámica de los trastornos depresivos mayores.

En la variable *escolaridad*, encontramos que casi la mitad de los individuos cuyo máximo nivel educativo era el secundario y que presentaban un diagnóstico de depresión habían tenido uno o más intentos de suicidio, seguidos por quienes tenían estudios universitarios. En efecto, en estos resultados hay una estrecha relación con los hallazgos de Rojas (15), quien encontró que el grupo más significativo en relación con la variable *intento suicida* fue el de estudios de secundaria, seguido por el de educación primaria. Ello, debido a que los estudios superiores son bases para encontrar solución a los problemas sin acudir a los intentos de suicidio.

Dentro de los grupos diagnosticados se encontró en la investigación que 45% de la muestra presentó un tipo de personalidad dependiente (mujeres), sobre 14% con personalidad esquizoide (hombres), lo cual coincide con los estudios referidos donde se dice que dicho trastorno fue el segundo más frecuente.

Basándonos en lo anterior, proponemos una aproximación psicológica y demográfica a un perfil con diagnóstico de depresión mayor. Sexo: femenino; estado civil: casada; escolaridad: bachillerato; ocupación: hogar; etapa: ciclo vital; hijos: de edad preescolar-adolescentes; antecedentes personales: historia de maltrato infantil; antecedentes fami-

liares: enfermedad mental en figuras parentales; hechos coyunturales: dificultades con el vínculo afectivo; tipología familiar: desligada; personalidad: dependiente y mayor número de intentos.

Por otra parte, con el sexo masculino se presenta una personalidad esquizoide con mayor número de recaídas, mayor consumación del acto suicida. Tanto en hombres como en mujeres el método de suicidio empleado con mayor frecuencia fue la ingesta de sustancias (fármacos o productos de uso casero). Así mismo, predomina una limitada red social.

Conclusiones

El presente estudio de investigación nos permite concluir que los resultados obtenidos coinciden con el marco teórico. Nos invita a participar de manera activa y proactiva en la atención oportuna e integral a esta población afectada, creando programas de prevención primaria y promoción de la salud mental. Adquieren gran significación las pautas de crianza con hijos de edad preescolar y adolescentes, el reestablecimiento de vínculos afectivos, la elaboración de los duelos, la búsqueda de restauración del mundo interno y los mecanismos más adaptativos de convivencia. Es necesario resaltar la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario desde

una visión holística a la persona asistida.

Bibliografía

1. Muñoz R. Trastornos del estado de ánimo. En: Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Bogotá: Noosfera; 1999.
2. Manual diagnóstico de trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson; 1992.
3. Miranda C, Gutiérrez, J *et al.* Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2000; XXIX(3).
4. Mattos P. Distintas variables que influyen sobre la adherencia del paciente al tratamiento. En: Reunión Panamericana de Líderes de Opinión. Guías para el tratamiento a largo plazo de la depresión. Chicago: Europa Press; 2000.
5. McGrath P, Nunes E, Quitkin F. Current concepts in the treatment of depression in alcohol-dependent patients. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23:695-711.
6. González Rosendo P. *et al.* La ingesta de fármacos como causa de suicidios y tentativas de suicidios. *Psiquiatría Biológica.* 2000;7.
7. Moscicki, E. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *The Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:499-517.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud en las Américas. Washington: OMS; 1998.
9. Maris R. Social and familial risk factors in suicide behavior. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:519-50.
10. Blanco G, Sánchez C y Valencia A. Estudio de seguimiento a pacientes que consultaron al Hospital Regional de Kennedy por intento de suicidio. Bogotá: Hospital Regional de Kennedy.
11. Torres Y, Posada J, Rojas M. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 1993.
12. Olson D. Family inventories, family social science. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota; 1996.

13. Carter *et al.* Some members are more equal than others. *Child Development*. 1983;47:1190-1190.
14. Sluzky C. La red social: frontera de la práctica sistémica. Buenos Aires: Gedisa; 1996.
15. Rojas E. Estudios sobre suicidio. Barcelona: Salvat; 1994.
16. Schulberg. Ansiedad, depresión y habilidades. Madrid: Fundación Universidad-Empresa Córdoba; 1998.
17. Homer M. Links between unemployment and mental health problems. *Nurses Times*. 1994;90(30):42-4.

Recibido para publicación: 28 de enero de 2005

Aceptado para publicación: 18 de agosto de 2005

Correspondencia

Martha L. Caicedo B.

Clínica Nuestra Señora de la Paz

Avenida Centenario No. 68F-25, Bogotá

Caymar@tutopia.com