

PERCIBIRSE SIN APOYO SOCIAL PREDISPONE AL INTENTO SUICIDA*

Alvaro BARRERA PARRAGUEZ**, Alejandro GOMEZ CHAMORRO**,
Eduardo JAAR HASBUN**, Carlos NUÑEZ**, Grisel ORELLANA** &
Fernando LOLAS STEPKE***

PALABRAS CLAVE : *Intento suicida - Eventos vitales*

KEY WORDS : *Attempted suicide - Life events*

Se determinan las relaciones de apoyo social percibido y de los eventos vitales, en treinta y nueve mujeres que han cometido un intento suicida reciente. El primero se asoció a desesperanza, ideación suicida, depresividad y gravedad de la tentativa. Los eventos vitales no se asocian a variable alguna. Se discute el papel del apoyo social percibido en la precipitación de una conducta suicida y su implicancia clínica.

PERCEIVED AS LACK OF SOCIAL SUPPORT PREDISPOSES TO SUICIDE ATTEMPT

Social support and life events are determined in thirty nine parasuicide women and their associations are established. The former is correlated to hopelessness, suicide ideation, depression and severity of intent. Life events had not relationship. Finally, the influence of perceived social support in suicide is discussed.

* Trabajo realizado gracias al financiamiento de FONDECYT, 1113-91
** Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
*** Departamento de Psiquiatría, División de Ciencias Médicas Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCION

Caracterizar a los sujetos que intentan suicidarse tiene importancia terapéutica y pronóstica, pues éstos repiten con frecuencia la tentativa (Brancroft & Marsack, 1977), se suicidan más (Hawton, 1987), tienen mayor tasa de mortalidad por otras causas (Hawton & Fagg, 1988), tienen frecuente patología del ánimo (Adam, 1985) y en su personalidad (Gómez et al, 1992).

En un modelo sociomédico, el estrés puede conceptualizarse como la interacción en el tiempo de las fuentes de estrés (Eventos y dificultades crónicas), los recursos mediadores (apoyo social, coping) y las manifestaciones de estrés (ansiedad, depresión, etc.) (Pearlin et al, 1981). Se ha estudiado la tentativa suicida como un posible resultado de dicho proceso de estrés. Los pacientes que intentan suicidarse reportan haber sufrido más eventos vitales en el período previo al acto, experimentan más estrés secundario a ellos, son menos capaces de enfrentarlo eficazmente comparados con los controles sanos (Thomssen & Moller, 1988) y continúan sufriendolo un año después de la tentativa (Clum et al, 1991). Aquellos que realizaron un acto más grave, refirieron que el estrés había afectado más áreas de su vida.

Elevado y amplio estrés unido a otras características del paciente como un trastorno depresivo mayor, alteración de la personalidad, desesperanza severa, impulsividad, rigidez cognitiva para estimar situaciones y deficitaria capacidad para resolver problemas, harán la emergencia de una conducta suicida altamente probables (Gómez et al, 1991).

Se entiende el apoyo social como

el grado en que las necesidades de afecto, aprobación, pertenencia y seguridad de un individuo, son satisfechas por otros significativos (Kaplan et al, 1977). Esta percepción sería más una característica de personalidad y menos un atributo ambiental y se desarrollaría durante las etapas precoces de la vida (Sarason et al, 1987). La capacidad de atenuar el efecto estresor de los eventos dependería, en medida significativa, de poseer inicialmente y mantener, durante una crisis, la percepción de sentirse inmerso en una red de relaciones interpersonales que entregan estimación, afecto y son fácilmente disponibles (Thoits, 1982). Si el efecto de la percepción de un apoyo social deficitario es directo o indirecto sobre el bienestar psicológico es motivo de debate (Alvarez, 1989). Cualquiera sea el caso, la mayor parte de quienes intentan suicidarse presentan un mal funcionamiento de sus relaciones interpersonales (Magne-Ingvar et al, 1992).

A continuación, se describe el apoyo social percibido y los eventos vitales en sujetos que han intentado suicidarse recientemente. Nuestra hipótesis es que ambas variables se relacionan con los indicadores de riesgo suicida.

MATERIALES Y METODOS

Sujetos.- Se estudiaron treinta y nueve pacientes de sexo femenino, cuyo promedio de edad era $30,6 \pm 9,6$ años. Eran casadas o convivían el 58,5%, solteras el 25% y separadas o viudas un 16,2%. Su nivel social era medio-bajo y bajo, medido con la Escala de Estratificación Social de Graffar (Valenzuela et al, 1976). Habían sido referidas sucesivamente al Servicio de Psiquiatría del Hospi-

tal Barros Luco por haber cometido, en los treinta días previos, un intento suicida según la definición de Silver, es decir, realizaron un acto consciente y deliberado con el propósito de quitarse la vida (Silver et al, 1971). Los criterios de ingreso fueron: edad mínima 18 años, no debían estar psicóticas y no tener un déficit intelectual que les impidiera responder los cuestionarios.

Instrumentos

1) Escala de Apoyo Social Percibido de Sarason (EASP)

Es un instrumento completado por el entrevistador, que busca precisar cuántas personas son percibidas por el paciente como dispuestas a aceptarlo, ayudarlo y consolarlo ante situaciones adversas. La escala consta de seis ítems cada una de las cuales tiene dos dimensiones. Una cuantifica los otros disponibles (EASP-N) y la otra estima el grado de satisfacción de las necesidades afectivas que esos otros entregan (EASP-S). Las respuestas de esta última se puntúan con una escala tipo Likert, de cero a seis, con seis representando mayor satisfacción (Sarason et al, 1987). La validez y confiabilidad de la EASP ha sido demostrada, así como su concordancia con diversas teorías y medidas del proceso de apoyo social (Sarason et al, 1987).

2) Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (ERS)

Es un instrumento que cuantifica la magnitud de readaptación que un sujeto ha debido efectuar en un periodo definido

(en este estudio, los seis meses previos al intento suicida). Incluye eventos vitales negativos y positivos que abarcan ámbitos personal, familiar y laboral, asignándoles un puntaje entre uno y cien (Holmes & Rahe, 1967).

3) Otros instrumentos

Se aplicó la escala de Desesperanza (ED) (Beck et al, 1974) e Ideación Suicida (IS) (Beck et al, 1979), de Intención Suicida (Int. Suic.) (Pierce, 1977), de Depresividad (Depr.) (Hamilton, 1960). Se realizó una entrevista semiestructurada sobre aspectos clínicos de la tentativa (Gómez & Barrera, 1993).

Procedimiento

Se solicitó el consentimiento informado, accediendo todas las pacientes. Dos psiquiatras entrenados en la aplicación de los instrumentos administraron éstos en una secuencia predefinida, en dos entrevistas de dos horas cada una. Al concluir la evaluación se tomaba una decisión terapéutica (hospitalización, tratamiento ambulatorio, etc.). El equipo evaluador era diferente al tratante.

Análisis Estadístico

Se establecieron correlaciones de Spearman entre los puntajes de Apoyo Social percibido, Reajuste Social y las otras variables numéricas. El nivel de significación fue $p < 0.05$ y 0.01 .

RESULTADOS

Interrogadas por una situación desencadenante que las hubiese pre-

citado a un estado de grave perturbación emocional, en las 24 horas previas al intento suicida, los pacientes señalaron las siguientes: 52.5%, disputa con la pareja; 12.5%, discusión familiar; 5%, dificultad laboral u otra; y 30% de los pacientes, ninguna. Como causa de su tentativa suicida, el 52.5% aludió a dificultades serias en la relación de pareja, 25% problemas con los familiares,

10% problemas laborales o muerte de un miembro cercano, 12.5% otra causa y 22.5% sin causa definida.

Se estableció las correlaciones de ambas subescalas de Apoyo Social Percibido (EASP-N y EASP-S) y del puntaje de Reajuste Social (ERS), con las variables relevantes de la conducta suicida propiamente tal (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1					
COEFICIENTE DE CORRELACION (SPEARMAN) ENTRE MEDIDAS DE APOYO SOCIAL, EVENTOS VITALES Y ESCALAS CLINICAS					
	ED	IS (act.)	IS (pas.)	Int. Suic.	Depr.
EASP-N	-0.410*	-0.423*	-0.397*	-0.234	-0.317*
EASP-S	-0.430**	-0.436**	-0.392*	-0.327**	0.193
ERS	-0.107	0.014	0.086	-0.053	0.272

ED = Desesperanza; IS (act.)= Ideación Suicida actual; IS (pas.)= Ideación Suicida previa al intento; Int. Suic = Ideación o gravedad de la tentativa; Depr = Depresividad por Escala de Hamilton; ERS = Escala de Reajuste Social; n = 39; * p < 0.05; ** p < 0.01

Existe una asociación entre calidad y cantidad del apoyo social percibido con desesperanza e ideación suicida al momento de la evaluación y previa al acto autolítico. Depresividad y gravedad de la tentativa se asociaron con EASP-N y S, respectivamente. Los eventos vitales no se asociaron con estas u otras variables de tipo demográfico o clínico.

DISCUSION

Las personas que intentan suicidarse experimentan alto y difuso

estrés previamente al acto autolítico. El efecto estresante de los eventos negativos es insuficientemente atenuado, entre otros factores, por la deficitaria percepción de sentirse en una red de relaciones disponibles. Los resultados expuestos señalan un papel importante del apoyo social percibido en el complejo proceso del que un intento suicida forma parte: se asocia significativamente con desesperanza, ideación autodestructiva, dos variables nucleares del complejo cognitivo-afectivo presuicida, así como con depresividad e inclusive gravedad del acto.

Factor principal como preci-

pitante de la tentativa suicida en las mujeres estudiadas es el conflicto y ruptura con la pareja u otros familiares cercanos. Brown ha enfatizado, en relación con la depresión, la vulnerabilidad psicológica que produce la pérdida o ausencia de una relación íntima con el esposo o novio (Brown, 1989). Welz ha reportado el efecto específico de pérdidas de relaciones afectivas en pacientes suicidas de sexo femenino (Welz, 1988). El mismo autor informa que, en contraste con controles, los pacientes que intentan suicidarse tienen objetiva y subjetivamente menos apoyo (Welz et al, 1988), coincidiendo con Thomssen & Moller (1988). En nuestras pacientes aquellas con menor satisfacción por el apoyo disponible realizaron tentativas más graves.

Los eventos vitales tuvieron nula relación con los factores estudiados. Esto apunta a que son un factor situacional inespecífico de vulnerabilidad al intento autolítico, como ha sido hallado entre adolescentes (Dewilde et al, 1992). Parece ser que no es la cantidad de estrés lo que predice el suicidio, sino más bien la forma en que este es procesado internamente (Papa, 1980).

Un seguimiento prospectivo, en sujetos predispuestos, con registro

seriado de eventos, apoyo social y del indicador de estrés (en este caso la conducta suicida) permitirá relacionar **cambios** de apoyo social percibido a lo largo del tiempo con los otros factores (Thoits, 1982), superando las limitaciones de un estudio retrospectivo que básicamente correlaciona la información proporcionada por los propios pacientes.

Finalmente, ¿Qué dicen estos hechos a la práctica clínica? En primer lugar, se releva el papel del conflicto y/o ruptura con la pareja y familia en la tentativa suicida. Ante tales pacientes, en lo inmediato, debe evaluarse el entorno social cercano, procurando moderar las circunstancias críticas que influyeron en la precipitación de la tentativa. En el mediano plazo, se debe intervenir para favorecer el desarrollo de una mayor capacidad de discriminar potenciales fuentes de apoyo. Si se une a lo anterior el tratamiento farmacológico de los estados depresivos frecuentemente presentes (Gómez et al, 1993), el uso de terapias cognitivas estructuradas, tanto del episodio suicida agudo como de los déficits cognitivos más crónicos que predisponen a estas conductas (Weishaar et al, 1990), será posible, influir eventualmente, en la evolución de estos pacientes.

REFERENCIAS

- ADAM K S (1985) Attempted Suicide. *Psychiatric Clinic of North America* 8:183-203
- ALVAREZ G M (1980) Stress, un enfoque psiconeurobiológico. Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba.
- BECK AT; WEISSMAN A; LESTER D & TREXLER L (1974) The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6):861-865.
- BECK AT; KOVACS M & WEISSMAN A (1979) Assessment of Suicidal Ideation: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47:33-36.
- BRANCROFT J & MARSACK P (1977) The repetitiveness of self-poisoning and self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 131:384-389.
- BROWN GW (1989) Depression: a radical social perspective on depression, an integrative approach. Editado por K.R. Herbst y E.S. Paykel, Heinemann Medical Books.
- CLUM GA; LUSCOMB RL & PATSIOKAS AT (1991) On the stress/parasuicide or parasuicide/stress relationship. *Psychological reports*, 68(3 Pt 2):1317-8.
- DEWILDE EJ; KIERHORST IC; DIEKSTRA RF & WOLTERS WH (1992) The relationship between adolescent suicidal behaviour and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1):45-51.
- GOMEZ A; LOLAS F & BARRERA A (1991) Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*, 14 N^o 1:25-31.
- GOMEZ A; LOLAS F; MARTIN M; BARRERA A; JAAR E & SUAREZ L (1992) La influencia de la personalidad en la conducta suicida. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatra*, 20(6):250-256.
- GOMEZ A; BARRERA A; JAAR E; LOLAS F; SUAREZ L & NUÑEZ C (1993) Características socioeconómicas de las mujeres que intentaron suicidarse. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina* 39(3):223-230.
- GOMEZ A & BARRERA A (1993) Evaluación clínica y psicológica de la conducta suicida. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 31 (supl 4):19-42.
- HAMILTON M (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23:56-62.
- HAWTON K (1987) Assessment of suicide risk. *British Journal of Psychiatry*, 150:145-153.
- HAWTON E & FAGG J (1988) Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*, 152:359-366.
- HOLMES TH & RAHE RH (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218.
- KAPLAN BH; CASSEL JC & GORE S (1977) Social Support and Health. *Medical Care*, 15(5)(Suppl):45-58.
- MAGNE-INGVAR U; OJEHAGEN A & TRANSKAM-BENDZ L (1992) The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 86(2):153-8.
- PAPA L (1980) Responses to Life Events as Predictors of Suicidal Behavior. *Nursing research*, 29 N^o6:362-369.
- PEARLIN LI; MENAGHAM EG; LIEBERMAN MA & MULLAN JT (1981) The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22:337-356.

- PIERCE D (1977) Suicidal intent in self-injury. *British Journal of Psychiatry*, 130:377-385.
- SARASON IG; SARASON BR; SHEARIN EN & PIERCE GR (1987) A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4:497-510.
- SARASON BR; SHEARIN EN; PIERCE GR & SARASON IG (1987) Interrelations of Social Support Measures: Theoretical and Practical Implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52:823-832.
- SILVER RL; BOHNER M; BECK AT ET AL (1971) Relation of Depression to Attempted Suicide and Seriousness of Intent. *Archives of General Psychiatry*, 25:573-576.
- THOITS PA (1982) Conceptual Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23:145-159.
- THOMSEN C & MOLLER HI (1988) A Description of Behavioural Patterns of Coping with Life Events in Suicidal Patients. En *Current Issues of Suicidology*. Editado por Moller HJ; Schmidtke A & Welz R Springer-Verlag, Berlín, Heildelberg.
- VALENZUELA J; DIAZ H & KLAGGES B (1976) Empleo de un nuevo método de clasificación social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 17:14-22.
- WELZ R (1988) Life Events, Current Social Stressors and Risk of Attempted Suicide. En *Current Issues of Suicidology*. Editado por Moller HJ, Schmidtke A & Welz R 301-310. Springer-Verlag, Berlín, Heilderberg.
- WELZ R; VEIEL HO & HAINER H (1988) Social Support and Suicidal Behavior. En *Current Issues of Suicidology*. Editado por Moller HJ, Schmidtke A & Welz R 322-327 Springer-Verlag, Berlín, Heildelberg.
- WEISHAAR ME & BECK AT (1990) El paciente suicida: cómo debería reponder el terapeuta. En *Dilemmas and Difficulties in the Management of Psychiatric Patients*. Editado por K Hawton y P. Cowen. Medical Publications. Oxford

*Dirección Postal: Tegalda 1762, Ñuñoa,
Santiago, Chile*