

Conductas Suicidas

Gloria Hernández-Palazuelos ^{†, ¥}

[†] Instituto Jaliscience de Salud Mental Guadalajara, Jalisco, México.
[¥] Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, México.
Correspondencia: correodeconsulta@yahoo.com

Resumen

El suicidio puede ser considerado como un fenómeno multidimensional, resultado de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. A nivel mundial, el suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. Las estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) indican que para el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos. La conducta suicida no es una conducta aleatoria ya que desde las primeras descripciones científicas realizadas, se observó que al estar asociada a diversos factores, podía predecirse hasta cierto punto. Entre el 40 y 60 por ciento de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico general en el mes anterior al suicidio, por lo cual, identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico en la atención primaria, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.

Palabras Clave : Conducta parasuicida, Depresión, Ideación suicida, Intento suicida, Prevención, Riesgo suicida, Suicidio.

Abstract

Suicide can be considered a multidimensional phenomenon resulting from a complex interaction of biological, genetic, psychological, sociological and environmental factors. Worldwide, suicide is one of the most frequent causes of death. Estimates by the Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO) indicate that by 2020 more than a million and half people die by suicide and between 10 and 20 times more people will perform a suicide attempted. This represents a death by suicide in the world every 20 seconds and one suicide attempt every 1-2 seconds. Suicidal behavior is not random behavior since from the first scientific descriptions made, it was observed that it is associated to several factors and could be predicted to some extent. Between 40 and 60 percent of people who commit suicide have consulted a general practitioner in the month before the suicide, therefore, identify, assess and manage suicidal patients is an important task of physicians in primary care who plays a crucial role in preventing suicide.

Keywords: Depression, Parasuicidal behavior, Prevention, Suicide, Suicide attempted, Suicidal ideation, Suicidal risk.

Hipoc Rev Med 2011 2 (27-2) 10-14

Introducción

Una de las peores cosas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio de un paciente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por una situación así son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de insufi-

ciencia, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación.¹ Todos los médicos en algún momento del ejercicio de su profesión, se verán enfrentados más de una vez a situaciones donde se presente riesgo suicida, por lo que es necesario que el médico esté capacitado para evaluar el riesgo potencial y tomar determinaciones que permitan en la medida posible, evitar la consumación del acto.

Concepto

La voz «suicidio» proviene de las expresiones latinas «sui y occidere», que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Se incorpora al castellano en 1772 en la obra “La falsa filosofía y el ateísmo” de Fray Fernando de Ceballos. Aparece tardíamente y con un carácter más abstracto y culto que las voces más antiguas de «matarse», «destruirse» o «asesinarse», que reflejaban un significado de crimen contra uno mismo.² La conducta suicida es la única conducta destructiva en la que agresor y víctima se identifican. Como agresor, la mayoría presenta trastornos psiquiátricos que afectan sus capacidades mentales al punto de no poder determinárseles como responsables, y como víctimas, necesitan ser defendidos contra sí mismos. Posiblemente sea la definición de Durkheim sobre el suicidio la más citada: «Se llama suicidio toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino antes de que dé como resultado la muerte».³ Stengel en 1961, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio destacando que en el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado y que; en la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados.⁴ Esta proliferación de definiciones obligó a la O.M.S. (1969) a unificar la terminología, proponiendo como ayuda a la investigación, términos concretos y útiles como base común para su denominación y clasificación.⁵

1. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de la intención y del conocimiento de sus motivos.
2. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
3. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.⁵

Incidencia

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (O.M.S.) en el año 2001,

la mortalidad por suicidio supuso un 1.4% del total de los fallecimientos, lo que situó al suicidio por encima de otras causas violentas de muerte como los homicidios (500.000) o las guerras (230.000). Estas cifras suponen que el suicidio es equiparable, en términos de mortalidad, a enfermedades consideradas tradicionalmente como prioridades de salud pública como el cáncer de pulmón.⁵ Las estimaciones realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) indican que para el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos.

Los datos del conjunto de países que tienen registros sobre suicidio muestran una constante: en todos los lugares se suicidan más hombres que mujeres, con excepción de algunas zonas rurales de China, en cambio, las tasas de comportamiento suicida no mortal tienden a ser dos a tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, a excepción de Finlandia.⁵

Factores de riesgo

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas se observó que al estar asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos, podía predecirse hasta cierto punto.⁶ Hacer del conocimiento de los profesionales en la salud estos factores es de gran importancia para valorar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.

En México el suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte entre los 15 y 29 años de edad, es más común entre los de clase socioeconómica baja, con tratamiento psiquiátrico previo, con algún trastorno de la personalidad, antecedentes de abuso de sustancias y antecedente de intento de suicidio.⁷ Es más frecuente en divorciados y viudos y menos entre los casados con hijos. Sin embargo, el estado civil es una variable sociológica estrechamente relacionada con otras como la edad y el sexo (Tabla 1). Existe una relación entre los comportamientos suicidas y diversos marcadores socioeconómicos, entre los que destacan el desempleo, su duración o la clase social a la que se pertenece. La religión es uno de los factores culturales más importantes en la determinación

de los comportamientos suicidas. Las lesbianas y los homosexuales jóvenes tienen mayor riesgo de ideación suicida, de intentos de suicidio y de suicidio consumado.⁸ Más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. El abuso o dependencia de alcohol está presente en alrededor de 20 a 25% de quienes se suicidan y también ocurren tasas elevadas de suicidio en la esquizofrenia.⁹ Dimensiones psicopatológicas como la impulsividad o la agresividad también se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio.¹⁰

Factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles asociados a suicidio
Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad)
Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA)
Intentos suicidas previos
Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos
Estatus de divorcio, viudez o soltería
Vivir solo (aislado socialmente)
Desempleo o retiro
Pérdida sensible en la infancia
Adicionalmente, los acontecimientos estresantes recientes asociados con un aumento en el riesgo de suicidio incluyen
Separación marital
Pérdida sensible
Problemas familiares
Cambio en el estatus ocupacional o financiero
Rechazo por parte de una persona importante
Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

Tabla 1. Factores de riesgo para la conducta suicida.⁸

El suicidio y los trastornos físicos

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas. Además existe por lo general, una tasa aumentada de trastornos psiquiátricos en personas con enfermedad física, especialmente depresión mayor. La cronicidad, la discapacidad y un pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.¹

Enfermedades Neurológicas

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio. Este incremento se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la discapacidad crónica asociadas con la epilepsia.

Las lesiones en la médula espinal y en cerebro, también aumentan el riesgo de suicidio. Estudios recientes han mostrado que después de un evento vascular cerebral, alrededor del 19 por ciento de los pacientes se deprimen y presentan tendencias suicidas.¹

Neoplasias

El riesgo de suicidio es más alto al momento del diagnóstico y en los primeros dos años de la enfermedad terminal, con un aumento del riesgo en los casos de malignidad progresiva. El dolor es un factor que contribuye significativamente al suicidio.¹

VIH/SIDA

La infección por VIH y el SIDA representan un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes, con altas tasas de suicidio. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad. Los usuarios de drogas intravenosas están en mayor riesgo aún.^{1,9}

Evaluación y prevención

El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. La depresión, como ejemplo, tiene una alta prevalencia en la población general y muchos no la reconocen como una enfermedad. Se estima que 30 por ciento de los pacientes atendidos por un médico sufren depresión y que alrededor de 60 por ciento de los pacientes que sí buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. Trabajar con enfermedades físicas y trastornos psicológicos es un reto especial para el médico. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes sólo presentan enfermedad somática. Entre el 40 y 60 por ciento de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico general en el mes anterior al suicidio, por lo cual, identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico en la atención primaria, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.¹

Cuando el médico de primer nivel de atención sospecha la posibilidad de comportamiento suicida en quien consulta, debe evaluar los siguientes factores:

- Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio.
- Plan suicida actual: potencialidad en cuanto a método y tiempo previsto
- Red de apoyo con la que cuenta la persona.

La mejor forma de averiguar si la persona tiene pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en su mente, por el contrario, la respuesta implica el agradecimiento por permitir la libertad de hablar abiertamente acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando. Hay que intentar determinar desde cuándo ha aparecido la ideación suicida y comprobar si es pasiva (desear no vivir, desear estar muerto) o activa (querer matarse). De ser activa hay que valorar el grado de desesperanza y la expectativa de muerte, la persistencia de la ideación suicida y si existe un plan estructurado de suicidio, métodos que pretende utilizar y accesibilidad a dichos métodos. También habrá que recoger información a través de una entrevista con los familiares o personas cercanas al individuo.⁶

Ante la dificultad de realizar una correcta evaluación se postulan en la literatura distintas escalas, la escala **SAD PERSONS 11** es una herramienta útil para detectar riesgo de suicidio y tomar una determinación con respecto a la conducta a seguir, ya que contiene la mayoría de los factores importantes a evaluar.

Sexo: los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos

Aedad: el riesgo aumenta con la edad

Depresión especialmente con desesperanza

P intentos previos especialmente si han sido potencialmente letales

E abuso de etanol

R pérdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones

Soporte social deficiente

O plan organizado

N ausencia de compañero o compañera

S enfermedad

Cada respuesta positiva se puntúa con uno

0 a 2: poco riesgo

3 a 4: debe hacerse seguimiento

5 a 6: considerar hospitalización psiquiátrica

Con mucha frecuencia, un acto que llevó a una muerte por suicidio se ve precedido por una serie de intentos fallidos previos. Por lo tanto, si logramos comprender y evitar los intentos de suicidio, podremos evitar también posteriores suicidios consumados.¹²

Conclusión

Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio. Por lo tanto cualquier acto o amenaza suicidas deben ser tomados en serio. El 20 por ciento de las personas que intentan suicidarse repite el intento en el plazo de un año. Todas las personas que realizan gestos suicidas o que intentan suicidarse necesitan ser tratadas.²

En nuestra entidad, existe la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el estado de Jalisco destinada a realizar los procedimientos de urgencia-rescate en casos de conducta suicida, valoración de riesgo suicida, movilización de recursos y el servicio de intervención en crisis mediante una línea telefónica que opera las 24 horas del día los 365 días al año, atendida exclusivamente por psicólogos especializados en el manejo de crisis emocionales, el servicio es totalmente gratuito (o el costo de una llamada local), es confidencial y personalizado. La marcación rápida para la Zona Metropolitana de Guadalajara con el 075 y para el interior del estado y el resto de la República Mexicana es el número 01800 227

Referencias

1. World Health Organization Suicide Prevention and special programmes. Preventing suicide: a resource for general physicians. Disponible en http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_Spanish.pdf (consultado 2011 Dic).
2. Bobes García J, González Seijo J,
- Sáiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
3. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal Universitaria, 1982
4. Stengel E. Psicología del suicidio y los intentos de suicidio. Buenos Aires: Paidós, 1965.
5. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento. Ars Médica; 2004.
6. García de Jalón-Aramayo E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de suicidio. Anales Sis San Navarra 2002. Vol. 25.

7. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental* 2009;32:413-425.
8. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British Medical Journal*, 1999, 308: 1227-1233.
9. Gutiérrez-García A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006;29(5):66-74.
10. Sarró B. Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat* 1984; 16(8):512-516.
11. Patterson, W.M.; Dohn, H.H. y otros (1983). Evaluation of suicidal patients. *Psychosomatics*
12. <http://salme.jalisco.gob.mx> (consultado 2011 Dic)
13. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex* 2010;52:292-304.
14. Miró E. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2^a edición. J. Vallejo Ruiloba, C. Gastó Ferrer. Edit. Masson, 675-684, 2000.