

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

Algunas especificidades en torno a la conducta suicida

Some specificities regarding the suicidal behavior

Dr. Pedro Antonio Hernández Soto^I y Dr. Reinaldo Enrique Villarreal Casate^{II}

^I Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La conducta suicida está determinada por diferentes causas (pobreza, desempleo, humillación, pérdida de seres queridos, ruptura de relaciones amorosas, maltratos durante la infancia, entre otros), además de determinados trastornos mentales como la depresión y la esquizofrenia. A tales efectos se exponen algunos elementos relacionados con el tema y se demuestra que la pronta identificación de la conducta suicida y el tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales constituyen una importante estrategia preventiva.

Palabras clave: conducta suicida, deterioro cognitivo, factores de riesgo, métodos suicidas.

ABSTRACT

The suicidal behaviour is determined by different causes (poverty, unemployment, humiliation, lost of beloved relatives, rupture of love relations, abuses during childhood, among other), besides certain mental disturbances such as depression and schizophrenia. Indeed, some elements related to the topic are exposed and it is demonstrated that the quick identification of the suicidal behaviour and the appropriate treatment to people with mental disturbances constitute an important preventive strategy.

Key words: suicidal behaviour, cognitive deterioration, risk factors, suicidal methods.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas actuales más acuciantes a los que se enfrenta el profesional de la salud mental, es la conducta suicida, pues cada año aumentan los fallecidos por esa causa y los que intentan consumar el hecho, con el consecuente lastre psicológico, sociológico y asistencial para ellos, sus familiares y el equipo médico que les atiende en tan lamentable situación.

Este constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas, y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Tras el éxito del año pasado, el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado gracias a la colaboración entre la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), se celebrará el 10 de septiembre para llamar la atención sobre el problema y preconizar la adopción de medidas en todo el orbe.¹

A escala mundial, el suicidio representa una morbilidad de 1,4 %, pero las pérdidas van mucho más allá. En la región del Pacífico Occidental representa 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades y en la mayoría de los países de Europa, el número de víctimas cada año supera a las ocurridas por accidentes del tránsito.^{1,2}

Las tasas más altas de suicidio se registran en Europa del Este y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y en unas cuantas regiones asiáticas. En los países africanos se dispone de poca información sobre este hecho, por lo cual se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Así, las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.³

En general, se suicidan más hombres que mujeres. En los países más ricos, los suicidios en el sexo masculino triplican al de las féminas. Los hombres de 50 o más años son especialmente vulnerables.⁴

El comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, tales como: pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales; también existen otros factores que tienen una influencia marcada, entre los cuales figuran: antecedentes familiares de suicidio, abuso en el consumo de alcohol y estupefacientes, maltratos en la infancia, aislamiento social y determinados trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia, así como las enfermedades orgánicas y el dolor incapacitante.⁵

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales.

La pronta identificación de los afectados y el tratamiento adecuado a las personas con trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Por otra parte, existen datos que demuestran que la formación del personal de la atención primaria para tales fines contribuye a disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo, tal como se ha observado en países como Finlandia y el Reino Unido.

Con la ayuda de expertos de todo el mundo, la OMS ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a desempeñar un rol esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que

han intentado suicidarse. Esos recursos pueden consultarse en más de una decena de idiomas.

Muchos datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular en esos actos. Por ello, se insta a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables. Según ha declarado el Dr. Sarraceno, los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales.^{2,5,6}

ANTECEDENTES

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en las distintas sociedades y ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.⁷

El suicidio es tan viejo como la humanidad y por ello se recogen en los libros sagrados de la Biblia suicidios renombrados como el del apóstol Judas. Por ejemplo en la Grecia Clásica el suicidio era perseguido. El cadáver del suicida era indigno y, por tanto, no podía ser enterrado en el cementerio. Si por determinada causa, el suicidio era con la espada, se la amputaba la mano y esta era enterrada aparte, como señal de delito de traición.

Con la extensión de las escuelas filosóficas se produjo un cambio cultural, de manera que para los estoicos, la muerte voluntaria se inscribía en el problema de la libertad humana y se expresaba en términos parecidos a los epicúreos y cínicos. Así, grandes filósofos como Séneca, Sófocles y Sócrates, se mostraban partidarios del suicidio; mientras que Pitágoras, Platón y Aristóteles proporcionaban argumentos en contra de este.

La cultura cristiana aunque inicialmente adoptó una actitud tolerante con el suicidio, a partir del siglo IV comenzó a ser intransigente y culminó con los decretos de San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural. Decía que "el hombre solo administra su vida, pero el dueño y quien puede disponer de ella, solo es Dios".

En el *Concilium* de Arlés celebrado en el año 452 d.C., se registró la condena oficial para los suicidas y en el de Toledo se decretó la excomunión. Esto, por supuesto, se intensificó en la Edad Media en que se negaba el enterramiento y se confiscaban sus posesiones.

En el siglo XVIII, se comienza a observar una actitud menos punitiva en relación con el suicidio. Más tarde, el siglo XX, vio nacer la época moderna del estudio del suicidio. Los estudios de Emile Durkheim, con una visión plenamente sociológica o la presencia de Sigmund Freud, donde recrea el intrapsiquismo del suicidio, el aporte del existencialismo y por último las investigaciones biológicas, que dedican esfuerzos destacados a la comprensión del suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuente. Según las estimaciones de la OMS, en el 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidios y entre

10 y 20 veces más personas llevaran a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1 o 2 segundos. A pesar del avance de la psiquiatría, especialmente en el campo de la psicofarmacología, las tasas de suicidio apenas se han modificado en los últimos 20 años e, incluso, han aumentado en algunos países en vías de desarrollo.

Al considerar la media en 53 países, para los que se dispone de datos completos aportados por la OMS, la tasa de suicidio normalizada es de 15,1 por 100 000 habitantes; por sexo, es de 24,0 por 100,000 habitantes para la población masculina y de 6,8 por 100,000 habitantes para la femenina.⁸

Respecto a la edad y al sexo, existen importantes diferencias entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio. Así, mientras el primero suele producirse en hombres, los intentos son más habituales entre las mujeres jóvenes

FACTORES DE RIESGOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

La conducta suicida no se hereda, pero sí la predisposición genética para padecer determinadas enfermedades mentales; por consiguiente, en los pacientes con dicha intención hay que precisar si existen esos antecedentes patológicos familiares para poder intervenir en la reducción del riesgo suicida, pues para prevenir ese comportamiento deben promoverse modos de vida saludables como la práctica sistemática de deportes, una sexualidad responsable, los hábitos no tóxicos y el desarrollo de múltiples intereses que permitan un uso adecuado del tiempo libre.

Para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores subyacentes y estimar riesgo de muerte. Entre estos figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

- Sociales
 - Tensión social
 - Cambio de posición socio económico
 - Problemas con las redes sociales de apoyo
 - Pérdidas personales
 - Pérdida de empleo
 - Catástrofes
 - Desarraigo
 - Aislamiento
 - Exposición al suicidio de otras personas
 - Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional

- Familiares
 - Funcionamiento familiar problemático
 - Alta carga suicida familiar
 - Abandono afectivo y desamparo
 - Familia inexistente
 - Violencia doméstica
 - Abuso sexual

- Psicológicos
 - Intento de autoeliminación anterior
 - Pérdidas familiares
 - Frustraciones intensas
 - Ansiedad
 - Depresión
 - Baja autoestima
 - Cambio brusco del estado anímico
 - Alteraciones del sueño
 - Abandono personal

- Biológicos
 - Trastornos metabólicos
 - Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad
 - Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia
 - Enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras)
 - Enfermedades en fase terminal
 - Trastornos psiquiátricos
 - Deterioro cognitivo

Según la experiencia de los autores, la proporción de suicidios es ligeramente menor, pero de todas maneras constituye un riesgo temible. Por causas ya descritas, el acto suicida tiene "lógica" para el individuo y se convierte en la "única salida", en la garantía de dejar de sufrir y en el refugio final.

También, cuando la idea de culpa es agobiante, la expiación necesaria se traduce en suicidio. Particular mención merece el llamado "suicidio altruista". El deprimido, convencido de un trágico futuro, irremediable, mata a su familia para ahorrarles sufrimiento y se mata luego él.

En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, repetimos, hay casi siempre "anuncios más o menos melodramáticos". El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, no es serio, es decir, el recurso no es idóneo para lograr la muerte. No se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Se elige el corte en el antebrazo (cortarse las venas), tomar fármacos comunes, etc. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento "utilitario" en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno.

En cambio, los intentos suicidas del deprimido severo, son, como un autor decía "serios, de verdad". Suele planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte. En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que "es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer", es decir, explicita su idea autodestructiva.

Pero hasta aquí hay ambivalencia, pues se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea; sin embargo, el riesgo aumenta cuando el individuo parece tranquilizarse. Como

ya se dijo, entonces cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.⁵

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Según las características de la idea suicida y del riesgo, así será la gravedad del intento suicida.⁸

- Leve: hay ideación suicida, sin planes concretos para hacerse daño, rectifica su conducta, de manera que hay autocrítica.
- Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales (más de un factor de riesgo).
- Grave: idea concreta de hacerse daño; tiene antecedente de un intento suicida previo; existen más de 2 factores de riesgo, pero sin un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida.
- Extremo: presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autoagresión.

CONDUCTA MÉDICA ANTE LA SITUACIÓN DE RIESGO

- Leve: se realiza la entrevista psiquiátrica, se indica seguimiento por su área de salud y se llena la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria.
- Moderado: se realiza intervención médica psiquiátrica, se indica tratamiento farmacológico, así como también se valora el sostén familiar o, en su defecto, se decide ingresar. Luego se remite al centro de salud mental correspondiente o a su policlínico.
- Grave: se indica el internamiento voluntario u obligatorio; ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos si lo requiere y se realiza intervención inmediata con psicofármacos, además de la evaluación psicológica pertinente.
- Extrema: ingreso urgente. Medidas de contención y seguimiento especializado

MÉTODOS SUICIDAS DE ELECCIÓN

Resulta importante reconocer que el suicidio se puede evitar y el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse constituye, además de un factor de riesgo relevante, un determinante del suicidio.

Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas.

En este sentido, una novedad reciente es la decisión de muchas empresas farmacéuticas de comercializar los analgésicos en blister para evitar los frascos, que son más accesibles y con gran incidencia en la elección de ese método de suicidio. Por otra parte, hoy día la atención también se centra en evitar el acceso a los plaguicidas y

en mejorar la vigilancia, la capacitación y la acción comunitaria en relación con su manejo, por ejemplo, en lo referente a la seguridad de su almacenamiento y a las diluciones de los productos. Al respecto, estos son una causa especialmente frecuente de muertes por suicidio en las regiones rurales de China; asimismo, las restricciones en cuanto al acceso a las armas de fuego, ha contribuido a reducir su uso con fines suicidas en algunos países.^{1,5}

De hecho, el método que escoge el suicida para la concreción de su propósito, está muy relacionado con diferentes factores: cultura del individuo, personalidad del suicida, disponibilidad de este y circunstancias del momento.⁹⁻¹¹

El método escogido por una persona para suicidarse está determinado, a menudo, por los factores culturales y también puede reflejar la seriedad del intento. En ese sentido, mientras algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir; otros, como la sobredosis de medicamentos, dejan abierta la posibilidad del rescate. Al respecto, el hecho de usar un método que demuestra no ser mortal, no indica necesariamente que el intento de la persona sea menos serio.¹¹

La bibliografía médica mundial recoge que los métodos más utilizados son: ahorcamiento, disparo por armas de fuego e ingestión de fármacos y fertilizantes; sin embargo, en Cuba y principalmente en esta provincia, los métodos en los últimos años han cambiado poco y predominan los ahorcamientos, las quemaduras y la ingestión de fármacos.

CONSIDERACIONES GENERALES

El suicidio es un tema controvertido, que pese a su carácter individual, es considerado como un grave problema de salud en casi todas las regiones del mundo. Es aún un enigma el por qué los seres humanos, orientados hacia la vida, se entregan a comportamientos autodestructivos.

El suicidio es tan viejo como la humanidad y el conocimiento de los factores de riesgo que lo provoca permite prevenir dicha conducta, pues a partir de ahí el médico de la atención primaria estaría en condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y trazar la conducta a seguir para que este paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, quienes están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perturbación y letalidad potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe ser aplicada, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.^{5,6}

Entre los objetivos específicos del Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida¹¹ se encuentran el establecimiento del sistema de vigilancia y la realización de investigaciones cualitativas y cuantitativas para tipificar la conducta suicida, entre otros, cuyos cumplimientos deberían ser precisados en el área de salud de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. Rev Esp Med Legal. 2012;38:137-42.

2. Forti Sampietro L, Forti Buratti MA. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. Rev Esp Med Legal. 2012;38:149-54.
3. Arroyo Fernández A, Bertomeu Ruiz A. Métodos suicidas e Internet. Rev Esp Med Legal. 2012;38:143-8.
4. OMS. Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio [citado 12 Feb 2015].
5. Fernández García-Andrade R, Pera Bajo FJ, Fernández Rodríguez E. La valoración del riesgo autolítico y sus repercusiones médico-legales. Rev Esp Med Legal. 2012;38:155-60.
6. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible según la OMS [citado 12 Feb 2015].
7. Jiménez Treviño L, Sáiz Martínez PA, Bobes García J. Suicidio y depresión [citado 12 Feb 2015].
8. Suicidio: responsable de 800 mil muertes al año [citado 12 Feb 2015].
9. Jiménez Nuño J, Arrufat Nebot FX, Carrera Goula R, Gay Pastor M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). Rev Esp Med Legal. 2012;38:131-6.
10. Guija JA, Giner L, Marín R, Blanco M, Parejo-Merino JA. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. Rev Esp Med Legal. 2012;38:161-71.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida. La Habana: MINSAP; 2005.

Recibido: 23 de marzo de 2015.

Aprobado: 3 de julio de 2015.

Pedro Antonio Hernández Soto. Policlínico Docente "Camilo Torres Restrepo", calle Heredia nr 354, entre Calvario y Reloj, Santiago de Cuba, Cuba.