

**UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO / EUSKAL
HERRIKO UNIBERTSITATEA**
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LEIOA / LEIOAKO ERIZAINZAKO ESKOLA

El suicidio y la importancia de su prevención

Paula Mel de Landa Esteban

Trabajo de Fin de Grado

Tutora: Inmaculada Abalia Camino

Leioa, 2013

Índice

Introducción.....	1
El suicidio y el comportamiento suicida.....	2
Breve aproximación histórica.....	3
Epidemiología.....	4
Etiología y Factores de riesgo.....	10
Exposición breve de la depresión.....	18
Métodos para realizar un suicidio.....	21
Prevención.....	23
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31

Introducción

Este trabajo está orientado hacia el conocimiento del suicidio. Hoy en día, comprende un grave problema en las tasas de muerte de la población mundial, sería interesante tomar conciencia sobre el tema con el fin de poner en marcha planes de prevención del suicidio.

Es necesario remarcar que lejos de reducirse, su incidencia es cada vez mayor, sobre todo en la población joven. De ahí que la puesta en marcha de planes de prevención desde una edad temprana, y en diversos ámbitos pueda tener como resultado que las tasas de suicidios vayan disminuyendo paulatinamente.

El propósito de esta revisión es aportar elementos para la identificación de sujetos con posibles factores de riesgo suicida y su prevención. Un mayor nivel de alerta contribuirá a la implementación oportuna de medidas de resguardo, así como al diseño de estrategias en pacientes cuya vulnerabilidad suicida tiende a ser persistente.

Se le concede también cierta importancia a la depresión, debido a que es uno de los principales trastornos emocionales que pueden llevar a cometer un suicidio o al menos a pensar en él como una opción para acabar con una mala situación.

Por último, se habla de la prevención; más que intentar elaborar un plan, aquí se exponen pautas básicas de acción cuya finalidad es la de alertar al personal sanitario, así como a familiares y amigos, para que en la medida de lo posible puedan ser capaces de identificar cuando se encuentran ante una persona que presenta riesgo de suicidio.

El interés por realizar este trabajo, proviene del desconocimiento que existe a nivel general de la gravedad que supone el suicidio, y de que se trata de un problema, que aunque a simple vista sea imposible de evitar, hay diversas formas de intentar prevenirlo.

No obstante, los profesionales sanitarios deberían poseer una mínima formación para saber lidiar con situaciones en las que tengan que identificar, tratar o intentar acercarse a un suicida, ya que, se trata de un tema delicado.

El suicidio y el comportamiento suicida

El suicidio es el acto voluntario de quitarse la vida. Según Emile Durkheim (1985) se define como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”.

El comportamiento suicida, se define como la preocupación o acción orientada a causar la propia muerte de manera voluntaria. Este comportamiento hace referencia a las acciones concretas realizadas por quien está pensando o preparándose para provocar su propia muerte.

La mayoría de los intentos de suicidio no acaban en muerte, ya que, muchos de éstos se cometen de tal forma que el rescate es posible. A menudo los intentos quieren indicar un grito desesperado de ayuda por parte de la persona que los lleva a cabo.

El suicidio no se escoge libremente, *sucede cuando el dolor que siente la persona es mayor que los recursos que posee para afrontarlo*. Comprobado está que a lo largo de nuestra vida aprendemos diferentes maneras de solucionar problemas, pero hay personas que encuentran más recursos para superarlos que otras. Dependiendo de esta capacidad de resolución hay algunas personas que sienten y se convencen de que jamás podrán mejorar la situación o el momento por el que están pasando y debido a esto, piensan en poner fin a sus vidas. (1)

El comportamiento suicida abarca los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado. Los planes de suicidio y las acciones que tienen pocas posibilidades de llevar a la muerte son llamados gestos suicidas. Las acciones suicidas con intención de muerte pero que no logran su propósito se llaman intentos de suicidio. Finalmente, un suicidio consumado tiene como resultado la muerte. Todos los pensamientos y los comportamientos suicidas, ya se trate de gestos o de tentativas, deben ser tomados en serio.

El suicidio es a menudo el acto final de una serie de comportamientos autodestructivos. El comportamiento autodestructivo es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, (hijos de padres separados, niños huérfanos, etc) quizás porque estas personas son más propensas a tener dificultades mayores en

establecer relaciones profundas y seguras.

El comportamiento autodestructivo puede ser directo o indirecto. Los gestos suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado son ejemplos de comportamiento autodestructivo directo. El comportamiento autodestructivo indirecto implica la participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas sin que exista una intención consciente de morir. Ejemplos de comportamiento autodestructivo indirecto incluyen el abuso del alcohol y de las drogas, el abuso del tabaco, el comer con exceso, el descuido de la propia salud.. De las personas con comportamiento autodestructivo indirecto se dice que tienen un "deseo de muerte", pero generalmente existen muchas razones para que ese comportamiento exista. (2)

Breve aproximación histórica

El suicidio es un fenómeno universal humano que ha venido dándose durante todas las épocas históricas pero con distintos enfoques según la sociedad vivida.

En **Oriente**, se consideró por muchos siglos elogiable, tomándose como referencia los suicidios masivos de los seguidores de "Confucio" [Pensador Chino cuya doctrina recibe el nombre de "*Confucianismo*"; la esencia de sus enseñanzas se condensa en la buena conducta en la vida].

En **Grecia** hubo la primera epidemia de suicidios en las mujeres jóvenes de Mileto.

En la **Roma Antigua** el suicidio era considerado como un "deber" entre los militares, políticos, corruptos... existían lugares específicamente diseñados para este propósito.

Llegado el **Cristianismo**, se empezó a ver el suicidio con otros ojos. Según San Agustín y Santo Tomás de Aquino, el suicidio era "pecado contra la Ley natural de Dios" y "El hombre que se mata a sí mismo es un homicida". Estos escritores emprendieron una cruzada contra los suicidas; entre otras consecuencias, una era negarles sepultura en suelo santo.

En la **Edad Media**, debido a la publicación de un libro por J.W. Goethe en 1775, en el que el protagonista adolescente pone fin a su vida disparándose en la cabeza; se desató

una gama de suicidios entre los adolescentes de esta era.

En **Japón**, el suicidio se entendía como el único medio digno del hombre para superar un situación en la que su honor había quedado herido.

En el **Romanticismo** (siglo XIX), se hizo célebre el suicidio por razones de amor no correspondido o imposible. Un ejemplo se narra en la obra de William Shakespeare, escrita en 1597, "Romeo y Julieta". Esta obra narra una tragedia en la que dos enamorados sufren un amor imposible que les costará la vida.

En general, en épocas pasadas la mayoría de los suicidios estaban motivados, más que por un odio a la vida o deseo de la muerte, por un impulso de encontrar una solución rápida a un problema ético. (3)

Epidemiología

Situación mundial

La calidad de los datos sobre actos suicidas, incluso en los países desarrollados es variable. Algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas son considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como, la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que pudiera tener para la familia del muerto. En algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte, y en otras, por otros factores personales y culturales.

A pesar de estas dificultades, los datos epidemiológicos siempre nos aproximan a la realidad del problema de salud, y nos permiten inferir sobre la causalidad y sobre los puntos clave que empeoran o podrían empeorar la situación de salud de los países, las poblaciones o una comunidad. (4)

En contra de la creencia general, se presentan más muertes por suicidio que por homicidio, alrededor de un millón de personas mueren por suicidio cada año.

Diariamente, se producen en el mundo de 8 mil a 10 mil intentos de suicidio, de los que

1.000 lo consiguen. Según la OMS, el suicidio sería la décima causa de muerte en los países civilizados.

Según los cálculos, el suicidio representa el 1,5% de los fallecimientos en todo el mundo, con especial prevalencia en los países menos desarrollados.

Las cifras crecientes de los casos de suicidio consumado representan un grave problema de salud pública, estimándose que en lo que llevamos de siglo ya se han producido más de cinco millones de muertes por suicidio en el mundo. Según cálculos de la OMS (2005) los suicidios representaban el 1,8% de las muertes en el año 1998 y estimaban que para el año 2020 se incrementaría hasta el 2,4% (OMS, 2005). (5)

La depresión es la causa del 70% de los suicidios. Según la Organización Mundial de la Salud, hacia el año 2020, la depresión será el 2º problema de salud en todo el mundo y la 1ª causa de baja laboral en los Países desarrollados (OMS).

En algunos países el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años, y la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre los 10 y los 24 años. En estas cifras no se incluyen los intentos de suicidio que son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado.

Acorde a la edad, las tasas de suicidio no tienen una distribución igual en la población general. Un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio es la edad. A nivel mundial, las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad.

Aunque tradicionalmente las cifras han sido más altas entre los varones de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han ido en aumento hasta tal punto que ahora son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Entre los 15 y 30 años el suicidio es la segunda causa de muerte, tras los accidentes de tráfico. Conforman el 30% de las muertes entre los estudiantes universitarios y del 10% de las muertes en personas entre 25 y 34 años. Es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. Sin embargo, más del 70% de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones.

En cuanto al sexo, la frecuencia de suicidios entre varones es cuatro veces superior a la de las mujeres; es decir, éstos consuman el suicidio en una proporción cuatro veces

mayor que las mujeres, no obstante, ellas hacen intentos con una frecuencia tres veces mayor.

En lo referente a las autolesiones, a nivel mundial se estiman un 3-5% de la población mayor de 16 años, incluidos los suicidios consumados. La cifra anual en la Unión Europea es de 800 -1.000 casos por cada cien mil habitantes. El 15-30 % de los pacientes que se autolesionan repiten la conducta antes del año, y entre el 1-2% se suicidarán entre los 5 y 10 años siguientes a la tentativa.

En los países desarrollados murieron por suicidio 189 500 personas, la mitad de ellas entre las edades de 30-44 años, y en el tercer mundo murieron de esta forma aproximadamente 106 500 personas, la mayoría de ellas en las edades de 15-29 años.

Observamos que este fenómeno afecta en edades más tempranas a los países en vías de desarrollo, constituyendo un serio problema social, pues frustra miles de vidas potencialmente productivas en su período óptimo de formación y desarrollo psicosocial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica tasas bajas las que están por debajo de 5 suicidios por cien mil habitantes, medias entre 5 - 14, altas entre 15 a 30 y por encima de treinta se denominan muy altas.

Según las tasas de suicidio por cien mil habitantes, los diferentes países se pueden dividir en 4 grupos. En el año 1993 el cuadro a nivel mundial era el siguiente:

Primer grupo: Comprende aquellos países que tienen una tasa de suicidio por encima de 25. Figuran aquí Lituania, 47,6; Rusia, 43,7; Estonia, 42,9; Hungría, 36,1; China, 33,8 y Finlandia, 27,7.

Segundo grupo: Incluye a aquellos países cuyas tasas son de 19 a 25. Ellos son Ucrania, 23,7; Croacia, 23,1; Dinamarca y Austria, 22,4; Suiza y Francia, con 21,5.

Tercer grupo: Son aquellos en los que las tasas están entre 12 y 18. Son Bulgaria, 17,5; Japón, 17; Suecia, 16,2; Alemania, 15,7; Polonia, 14,6; Noruega, 13,8; Canadá, 13,2; Estados Unidos, 12,1.

Cuarto grupo: Con tasas menores de 11. En este grupo tenemos a Australia, 11,6; Puerto Rico, 9; Italia, 8,1; Corea del Sur, 8; España, 7,2; Israel, 7; Chile, 4,9; Colombia, 3,1; Albania, 2,3; Azerbaizhan, 1,6 y Malta que tiene 0,5.

El país con mayor índice de suicidio en 1994 era Lituania, y el de menor, Malta, mientras que el grupo de países más afectados por el suicidio en los últimos años es el de Europa del Este, el llamado "cinturón suicida".

Las variaciones en las estadísticas parecen indicar que la comparación internacional de las tasas de suicidio sería más provechosa cuando los expertos de los países de que se trate pudieran reunirse para explicar los factores responsables de esas variaciones, la manera en que se llega al dictamen de suicidio en los diferentes países, y la forma en que una defunción por suicidio se registra en las estadísticas nacionales.

Otros datos

Se estiman que las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales.

Se ha observado que los individuos blancos se suicidan con una frecuencia casi del doble, que los individuos de otras razas.

También difiere la tasa de suicidio según el estado civil, las personas casadas tienen menos probabilidades de intentar o de consumar el suicidio que las personas separadas, divorciadas o viudas que viven solas. Los suicidios son más frecuentes entre los familiares de quienes han realizado un intento o se han suicidado.

Se ha señalado que el 90% de quienes se quitan la vida tienen algún tipo de trastorno mental, y que el 50% de los suicidas cumplía los criterios de depresión (esta asociación es algo más débil en los países asiáticos). En la misma línea, se señala que el 10%-15% de los individuos con un trastorno bipolar muere por esta causa; mientras que en el caso de la esquizofrenia, el suicidio está presente en el 4%-5% de los fallecimientos. Patologías como el cáncer, el sida, la esclerosis múltiple o la epilepsia también aumentan el riesgo, según se ha observado en algunos estudios.

Parece que las estaciones del año tienen cierta influencia, ya que se ha observado que se da un aumento del suicidio en primavera y en otoño.

Se ha señalado que los ateos tienen una tasa más alta de suicidios que los creyentes, y entre estos, la tasa más alta es la de los budistas, seguidos de los cristianos, hindúes y por último los musulmanes.

Muchos suicidios ocurren en las cárceles entre los varones jóvenes que no han cometido crímenes violentos. Estas personas generalmente se ahorcan, a menudo durante la primera semana de cárcel.

Situación en España

Cada año, según el INE, se suicidan en España unas 3500 personas, cifra que podría ser más alta si hacemos caso a los datos de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal, que calcula una tasa de suicidio de 10.5 por cada cien mil habitantes, lo que nos daría un total de 4500 muertes. Sin embargo, y pese a ser una cifra más que considerable (estaríamos hablando de más de doce muertes al día), los medios de comunicación mantienen un pacto tácito para obviar el tema. Así, es casi imposible encontrar información en la prensa acerca de suicidas, a no ser en el caso de personajes famosos.

En el caso concreto español, tenemos una lista bastante poblada de escritores que recurrieron al suicidio. No es casualidad que sean todos hombres; aunque según los datos manejados por las instituciones las mujeres intentan más quitarse la vida, la mayoría de los suicidas son hombres, debido a que utilizan métodos más contundentes. Sin embargo, el dato es escalofriante: el suicidio es la primera causa de muerte en España en mujeres entre 30 y 34 años.

Pero como ya hemos dicho, los medios de comunicación suelen obviar el tema del suicidio excepto en casos muy concretos. La razón es bastante lógica: algunos estudios han demostrado que la publicidad de este tipo de casos genera un “efecto llamada” y dispara el número de intentos y desgraciadamente también el de muertes. En países con tasas de suicidio mucho más altas que en España, caso de los Países Escandinavos o Japón, ya son conscientes de esto, y aconsejan hablar lo menos posible del tema. La razón podría ser, entre otras, que no todos los suicidas buscan la muerte, si no también notoriedad. El silencio en los medios de comunicación anula esta notoriedad buscada, lo que se traduce en menos suicidios.

Según Juan Carlos Pérez (sociólogo, autor de “La mirada del suicida”), nueve de cada diez suicidas lo son debido a enfermedades mentales, particularmente las depresiones.

Menos de uno de cada diez se suicida por otras cuestiones: adicciones, enfermedades crónicas, aislamiento, etc. Y el mayor factor de riesgo, como no podía ser de otra manera, es el haber tenido anteriormente otros intentos de suicidio. Las dos etapas vitales en las que hay mayor incidencia del suicidio son la adolescencia y la vejez, algo que también hay que considerar. (6)

En la tabla expuesta a continuación se exponen las tasas y porcentajes totales de los suicidios en España, durante el periodo de 1998 hasta 2009.

Tabla 1. Tasas de suicidio totales en España (1998-2009) (7)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Varones	1894	1793	1842	1611	1680	1685	1664	1585	1480	2463	2649	2666
Mujeres	687	648	683	601	578	520	604	642	537	800	772	763
Total	2581	2446	2525	2212	2258	2205	2268	2227	2017	3263	3421	3429
%Varones	73.38	73.51	72.95	72.83	74.40	76.42	73.37	71.17	73.38	75.48	77.43	77.75
%Mujeres	26.62	26.49	27.05	27.17	25.60	23.58	26.63	28.63	26.62	24.52	22.57	22.25

Como se observa en la tabla, las tasas de suicidio, lejos de ir reduciéndose con el paso de los años, han ido en aumento. Las cifras se mantienen más o menos estables entre los años 1998-2006; es en 2006 donde se aprecia un pico elevado de mortalidad por suicidio que se mantiene hasta el 2009. Los valores entre las mujeres se mantienen más o menos estables durante los once años, son las de los hombres las que aumentan de manera considerable durante esos tres últimos años.

La Asociación Española de Psiquiatría Privada (Asepp) ha advertido del repunte de la tasa de suicidios en España desde los 10 casos por cien mil habitantes que se registraban

hace tres décadas, hasta los 15 casos actuales, un aumento del 50% que se ha producido de forma progresiva, y que se ha agravado como consecuencia de los efectos de la crisis económica.

Ciertos participantes de esta asociación han recordado que España sigue alejada, no obstante, de las tasas de países eslavos o nórdicos como por ejemplo Hungría, donde la tasa es de 40 casos por cien mil habitantes, y a pesar de que el suicidio tiene que ver con múltiples factores, han subrayado que la crisis y sus consecuencias están actuando como un "factor precipitante" de esta situación.

Se habla de que la pérdida de las ideologías, la desestructuración de los grupos sociales, las crisis de identidad y el rechazo a la ancianidad son algunos de los motivos, lo que junto con un aumento de la desesperanza y los trastornos afectivos como consecuencia directa de la crisis hacen prever que, más allá del aumento de la patología psiquiátrica, se intuya un aumento "dramático" del número de suicidios (8)

Etiología y Factores de riesgo

El suicidio se debe a múltiples causas y como interventores de su aparición, se han identificado diversos factores indicadores de riesgo, aun así, su origen se ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, lo que ha hecho que se establezcan distintos modelos etiológicos que han tratado de explicar el suicidio.

- Etiología Biológica

Las personas que parecen tener cierta vulnerabilidad hacia el suicidio, presentan un descenso en los niveles de serotonina en el cerebro.

Las bases neurobiológicas del suicidio no se han esclarecido del todo, aunque se han enfocado particularmente hacia la disfunción del sistema serotoninérgico. Estudios indicaban que, en sujetos con intentos suicidas, se encuentran niveles reducidos del ácido 5-hidroxiindol-acético, principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico previo. Más adelante, algunos estudios post-mortem han identificado alteraciones en los receptores presinápticos y postsinápticos de la corteza prefrontal ventromedial. Esta disfunción, al parecer, se asocia

con alteraciones en los genes que codifican la expresión de enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de la serotonina, aunada a una alteración en la expresión genética de factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales intervienen en la regulación funcional de las neuronas serotoninérgicas.

En conjunto, estas alteraciones se han relacionado con la vulnerabilidad o la diátesis (disposición hacia la enfermedad que tiene como origen ciertos aspectos genéticos, experiencias, enfermedades previas y hábitos de vida) para el comportamiento suicida en individuos con predisposición a la conducta violenta e impulsiva o autoagresiva. Además, confluye una hiperactividad del eje hipotálamo–hipófisis–adrenal, confirmada por un incremento de la hormona adrenocorticotrófica y una reducción del número de receptores para esta hormona en la corteza prefrontal de suicidas. La corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se le ha implicado tanto en la fisiopatología de los trastornos afectivos como en el suicidio. (9)

- Etiología genética

Existen dudas sobre que el riesgo de suicidio se debe a factores genéticos o si está más relacionado con el ambiente familiar y social.

Se ha comprobado a través de estudios familiares, gemelares y de adopción la influencia de la herencia poligénica. Y diferentes estudios ha mostrado que el riesgo de suicidio es más elevado en los individuos con antecedentes familiares de suicidas.

Se ha afirmado que la tendencia suicida se decide en una zona del cromosoma 2.

Aunque hay evidencia de factores genéticos que contribuyen al riesgo de conducta suicida, esto no significa que la conducta suicida es inevitable para los individuos con historial familiar; simplemente significa que tales personas pueden ser más proclives.

- Etiología psicológica

En muchas ocasiones la persona que realiza un acto suicida pone en juego su vida para que ésta cambie, ya que lo que puede ir buscando es que su vida sea otra porque la vive está llena de su sufrimiento.

También se han estudiado algunos rasgos que caracterizan las tendencias suicidas como el aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre auto-concepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y de su entorno así como niveles elevados de impulsividad. Los rasgos de personalidad

más frecuentes en los adolescentes suicidas son hostilidad, impulsividad, rabia y baja tolerancia a la frustración. (10)

- Etiología sociológica

Emile Durkheim; sociólogo francés (1858-1917), publicó en 1897 "El suicidio", influyente monografía basada en un estudio de los tipos de suicidio de acuerdo a las causas que lo generan.

Fue el primero en explorar la influencia del contexto social y cultural sobre el riesgo de suicidio. Menciona que los factores que pueden influir en la conducta suicida son: falta de lazos familiares o relaciones sociales relevantes, cuando por adversidad económica o social se rompe el vínculo entre el individuo o la sociedad a la cual pertenece. Postuló que el acto suicida era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista. (11)

Definió que existían cuatro tipos de suicidas según la sociedad a la que perteneciesen:

Los llamados *suicidios egoístas*, que se dan comúnmente en las personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades más avanzadas. Este tipo de suicidio es más común en los individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

El *suicidio altruista* es la versión opuesta al anterior. Sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, al punto tal, que la personalidad individual no cuenta, pues se encuentra muy comprometida con el grupo social en el que interactúa. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Un ejemplo es el "HaraKiri" practicado en las antiguas sociedades japonesas.

El *suicidio anómico* es el de mayor relevancia en el estudio de Durkheim. La anomia es la falta de normas y de leyes que regulen la actividad humana y generalmente se produce en momentos de crisis sociales agudas, de transformaciones en las estructuras y valores culturales. Este autor explicó, que no es cierto que las sociedades pudieran actuar libre de normas, valores y leyes, debido a la característica gregaria del hombre. Algunas personas no soportan los cambios en estas normas y formas de vida y llegan al suicidio. Por ejemplo, cuando una persona se divorcia o se le muere un ser querido, lo cual genera alteraciones en su estructura y ritmo de vida.

El *suicidio fatalista* es la versión opuesta al anterior. Aquel sucede por el cambio de normas que regulen la conducta humana. Este afecta a aquellas personas que no aceptan las normas y se sienten reprimidas en sus sentimientos, pasiones y limitados en su futuro. Pueden ser hijos de padres estricta y agresivamente disciplinados o extremadamente moralistas.

Factores indicadores de riesgo

El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen la aparición de la ideación suicida, es una estrategia válida para su prevención.

Ante todo, hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la etapa adulta o la vejez. Por otra parte, son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras. (12)

Se puede entender por factores de riesgo suicida, aquellas condiciones de orden personal o circunstancial que pueden dar indicios sobre la posibilidad de una conducta suicida en un individuo. Es decir, condiciones que aumentan o disminuyen la probabilidad de que se cometa el suicidio.

Ideación suicida

El primero y más importante indicador de riesgo de suicidio, es la existencia misma de la idea. (14) Aun cuando puede parecer absolutamente obvio, este es el elemento que le da sentido a los otros indicadores de riesgo. Por ejemplo, los hombres son más vulnerables que las mujeres a cometer suicidio, siempre y cuando tengan la idea, pero no es la condición misma de ser hombre la que origina la idea del suicidio, es decir, el sexo no es condición de susceptibilidad pero sí de vulnerabilidad. La ideación suicida hace referencia no solo a su carácter persistente, fijo u obsesivo sino también a la comunicación de la misma, bien sea de manera verbal o escrita. La persona puede tener

la idea y solo referirla en la consulta o bien puede dar a entender sus intenciones a las personas cercanas. Cuando una persona habla de quererse morir o desear suicidarse, hay que tomar en serio las llamadas de atención y más aún si estos son reiterativas.

Distintos autores afirman que el mejor indicador del riesgo de suicidio sigue siendo la afirmación del paciente del intento de suicidio (Freemann y Reinecke, 1995; Maris, 1992). Por su parte, Shneidman señala en uno de los puntos de su decálogo de los aspectos más comunes en el suicidio, como el acto interpersonal común en el suicidio es la comunicación de la intención (Shneidman, 1993). Dentro de las llamadas de atención de la ideación suicida, hay que considerar no solo las expresiones habladas, sino también las escritas. Diferentes estudios, muestran como las notas suicidas, en la gran mayoría de los casos son elaboradas momentos antes de cometer el intento. Se discute si los llamados de atención son una característica de personalidad del sujeto o un elemento inherente al proceso de suicidio mismo. Bien sea lo uno como lo otro, no se debe desvirtuar este hecho, ya que al menos entre el 75% - 80% de los suicidas, han dado indicaciones previas de sus ideas e intenciones.

Intentos previos

Se considera que la presencia de intentos previos aumenta el riesgo de suicidio en un futuro. En los casos de suicidio consumado, se ha observado que en muchos de ellos existían antecedentes de intentos previos (Sarró y De la Cruz, 1991). Algunos estudios retrospectivos de suicidios consumados, revelaban que aproximadamente un tercio de las personas que se habían suicidado, habían tenido intentos previos. Lo anterior es particularmente relevante porque implicaría que las dos terceras partes restantes de los suicidios consumados, serían el resultado de un primer y único intento. Antes del intento, estuvo la idea. Por otra parte, la edad y el sexo juegan un papel importante en el número de intentos, observándose que con el incremento de la edad son menos los intentos, pero porque los pocos o único intento que se realiza es efectivo. Las personas mayores y en especial, los hombres por encima de los 60 años, el 90% mueren en el primer intento. En cambio, los jóvenes y en especial las mujeres, tienden a tener varios intentos. (Maris, 1992)

Plan y método

Cuanto más estructurado sea el plan de suicidio, mayor es el riesgo. La estructuración

del plan se refiere principalmente a si la persona tiene identificado un dónde, un cuándo y un cómo. "Como" es el método a utilizar: si ha escogido un medio y que tanto acceso tiene a este. Es casi obvio, que cuanto más letal sea el método que se piense usar, mayor será el riesgo de suicidio. Si escoge un método más peligroso, se puede interpretar que es porque su intención igualmente lo es. En este sentido. Se dice que la elección del método habla de la intención.

Sexo

Es una variable que incide en la probabilidad de la acción suicida. Revisando las estadísticas de diferentes localidades y en diferentes años se a podido determinar la siguiente tendencia: por cada hombre que hace un intento de suicidio, existen 3 mujeres que realizan intentos, pero por cada mujer que logra cometer el suicidio existen 4 hombres que logran su propósito. Hasta el momento, no existe ningún estudio o investigación que demuestre por qué se da esa diferencia entre sexos. Lo único que existen son suposiciones basadas en la observación estadística. Algunas se orientan hacia los efectos de la socialización del género; le es más permitido a las mujeres hacer manifestaciones con respecto a sus emociones. En ese sentido, las mujeres intentan con el suicidio hacer un llamado de atención. También, por factores culturales, es más común en mujeres que en hombres solicitar ayuda. El hombre por el contrario, tiene que ser más sereno, frío, racional y autosuficiente. De esto se desprende que el no tener una permisividad en la manifestación de sus emociones y en la solicitud de ayuda, lo conduce a sumirse en la desesperación y abocar por el suicidio de una manera más efectiva. Un hecho que podría brindar un poco de soporte a esta suposición es que la mayor demanda de consulta psicológica en general, es realizada por mujeres y no por hombres. Otras hipótesis giran alrededor de la importancia del esquema corporal para cada género (Mcintosh, 1992). La mujer sería entonces más vanidosa que el hombre. El hecho que podría ser un intento de verificación de esta hipótesis es que los hombres tienden a escoger métodos mucho más letales que las mujeres, como son las armas de fuego (Maris, 1992), la precipitación y el ahorcamiento. Las mujeres optan más por la ingestión de medicamentos. Los métodos más usados por los hombres, efectivamente atentan más contra la figura corporal, como es el empleo de armas de fuego. Para la mujer más que para el hombre, sería importante conservar la integridad de su cuerpo, aún después de la muerte. (13)

Edad

Se tiene como premisa que las tasas de suicidio van en aumento con la edad. Aquí hay que analizar varios puntos. Son mayores las tentativas en las personas jóvenes que en las personas de edad. Este hecho se ve reflejado por ejemplo, con el método empleado. El método más observado en casos de intentos y en los adolescentes es la sobredosis, habitualmente con medicamentos. En algunos países (Méjico y Estados Unidos) el suicidio es la segunda o tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 25 años. Sin embargo, en los hombres, con el incremento de la edad se aumenta la probabilidad de suicidio. En las mujeres, el registro máximo está por encima de los 55 años y en los hombres, la incidencia más alta se ubica por encima de los 65 años. En concordancia con la idea anterior, se señala como después de los 60 años, la diferencia en la incidencia del suicidio entre ambos sexos, se hace más estrecha. Por otra parte y como hecho paradójico, el suicidio constituye menos del 1% de las causas de muerte en las personas mayores de 65 años. Un fenómeno que ha estado alarmando a los expertos en los últimos años, es el incremento en las tasas de suicidio que se ha ido observando en el grupo de edad comprendido entre los 15-25 años en el curso de los últimos 20 años. Los datos de nuestro país (España) señalan que, mientras la tasa de suicidio para los jóvenes de 15 a 24 años se ha duplicado en estos últimos 20 años, las de los adultos permanecen estabilizadas.

Estado civil

Los suicidios se relacionan con el estado civil de la persona de la siguiente manera: está más presente entre las personas solteras, separadas y viudas que entre las casadas. Entre las personas casadas, existe mayor incidencia entre quienes no tiene hijos. La variable estado civil por sí sola no explica el aumento o disminución en el riesgo de suicidio, sino que está relacionada con otras variables como son el sexo, edad y aislamiento social.

Suicidios cercanos o en la familia

La existencia de suicidios de personas cercanas o en el núcleo familiar aumenta el riesgo de suicidio. Con respecto a la familia, se piensa en el posible papel que la herencia pueda jugar. Este riesgo elevado parece ser resultado en parte de la alta probabilidad de

heredar un trastorno psiquiátrico, sobre todo un trastorno afectivo.

Sin embargo, el antecedente familiar de suicidio constituye un riesgo adicional independientemente del diagnóstico del individuo. Está claro que lo que es susceptible de ser heredado es la predisposición a ciertos trastornos principalmente de carácter depresivo pero no una predisposición a la idea suicida. Esta puede surgir más como el producto de un aprendizaje familiar y añadido a un problema de depresión. Se han realizado investigaciones centradas en los patrones transgeneracionales de suicidio, encontrando cómo los antecedentes familiares de suicidio y de desórdenes mentales estaban asociados con el aumento del riesgo de suicidio. En este estudio, se subraya la importancia de la interacción entre desórdenes mentales con los suicidios y no atribuye a la sola existencia de antecedentes de suicidio, el ser un factor suficiente que aumente el riesgo.

Pérdidas recientes

La muerte de personas muy cercanas, al igual que el divorcio puede funcionar como un precipitante bastante serio de la conducta suicida. En el proceso de duelo que las personas experimentan, pueden surgir fantasías de suicidio en el curso del primer mes de la muerte de la persona. La interpretación que se hace a esta fantasía se centra alrededor de la idea de que la persona intenta tener una forma o medio de reunión con el ser perdido. Definitivamente las circunstancias que rodean la muerte de la persona y el tipo de relación que se guardaba con ella, pueden influir en tales fantasías.

Trastornos psicopatológicos

Hay autores que señalan que recibir un diagnóstico de desorden mental es un factor que incrementa el riesgo al suicidio, dado que es más prevalente en la población hospitalaria psiquiátrica comparativamente con la población en general, sin embargo, es necesario aclarar que el desorden como tal no es la causa del suicidio. Existen al menos tres grupos de entidades que se observan frecuentemente en personas que realizan intentos o suicidios consumados. Están los trastornos afectivos, luego los trastornos psicóticos y por último dos trastornos. (13)

El motivo profundo por el que se suicida una persona nunca lo sabremos si éste logra su propósito. No sabemos realmente que está pasando por su mente en ese momento, ni

porque lo realiza. No podemos tampoco confiar plenamente en los motivos conscientes que dejó escritos en su nota de despedida, si es que la escribió. Es decir, se puede identificar qué factores de riesgo influyen en la causa del acto, pero nunca sabremos a ciencia cierta el motivo exacto.

Breve exposición de la depresión

Por el importante papel que juega la depresión en el suicidio, es relevante exponer esta enfermedad en el trabajo.

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En su forma más grave, puede conducir al suicidio.

La depresión es un trastorno mental de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento. Puede tratarse de algo transitorio o quedar fijado de forma estable y permanente. Este estado hace que los pacientes se fijen principalmente en los fracasos y decepciones, que enfatice la cara negativa de las situaciones e infravalore sus propias capacidades y su valía personal. Con una fuerte depresión, no creen en la posibilidad de que las cosas puedan salirles bien y están convencidos de que nunca volverán a ser felices o ser capaces de pensar que sus problemas tienen arreglo. Toda depresión tiene una pérdida de auto-estima que puede ser fatal.

Hay veces que las personas deprimidas ni siquiera son conscientes de ello y por esta causa plantean la posibilidad del suicidio.

Si a la depresión le sumamos una adicción, alcoholismo por ejemplo el riesgo suicida aumenta.

La mayoría de los suicidios, se consuman durante una crisis depresiva. Sin embargo estas personas no quieren dejar de vivir pero sí ansían dejar de sufrir. (14)

Se trata de, una situación psíquica en la que se altera fundamentalmente el estado de ánimo, éste sufre una disminución. La sintomatología se centra sobre la vivencia de la tristeza y la inhibición psíquica. La depresión puede aparecer casi en cualquier trastorno

mental, de ahí que sea tan importante intentar prevenirla en la medida de lo posible.

El síntoma más característico de la depresión es que el paciente se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más y más para vivir en plenitud.

Los síntomas principales y más característicos de esta enfermedad son:

Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza fisiológica en que, cuando alcanza un cierto nivel, interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda y arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", como si hubiera perdido el sabor y el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Un dato tremendo: el 15% de los deprimidos termina suicidándose.

Desgana y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por el contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante.

En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en

ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y en consecuencia, provoca la disminución de peso.

Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.

Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde. (16)

En muchos casos no se encuentra una causa para la aparición de la depresión, puede deberse a una alteración del funcionamiento del cerebro. Los antecedentes familiares, predisposición genética que aumenta la probabilidad de padecerla. Las mujeres la sufren con mayor frecuencia que los hombres. En algunos casos, es desencadenada por situaciones estresantes, divorcios o pérdida de algún ser querido, entre otras. (17)

Los síntomas que sufren los depresivos son bastante peligrosos, sobre todo la sensación de tristeza permanente, la pérdida del interés y la falta de sensación de placer en las actividades ordinarias.

En ese estado, el paciente necesita sobre todo ayuda profesional, pero también apoyo de los familiares y amigos. Cualquier mínimo incidente se magnifica, lo que aumenta la convicción de falta de salidas, que es lo que puede conducir a perder el control y a creer erróneamente que la única solución es la muerte.

Muchos depresivos son reacios a recibir ayuda profesional. La mayoría se muestran escépticos sobre su posible curación. Y sin terapia, nunca recuperarán el autocontrol.

Según los doctores Hagnell y Rorsman, los suicidas que sufrían depresión suelen haberse resistido a acudir al médico cuando se manifestó su dolencia. Existen tres síntomas de la depresión que se pueden relacionar con el riesgo de suicidio: el abandono del cuidado personal, el aumento del insomnio y el deterioro cognitivo. (18)

La falta de interés por el aseo es significativa de la falta de preocupación del paciente por sí mismo. Manifiesta un enorme desinterés por la vida del que se deduce una situación bastante peligrosa.

Cuando el insomnio va en aumento, el individuo tiene más tiempo para pensar, y además la falta de descanso influye muy negativamente en las conclusiones a las que éste llegue.

En cuanto al deterioro cognitivo, la depresión conduce en la mayor parte de los casos a una distorsión de la realidad. Generalmente, todo se percibe como negativo aunque no lo sea, y cuando aparecen problemas se tiende a pensar inmediatamente que no tienen solución.

El conocimiento y manejo de las características y síntomas de esta enfermedad mental, son relevantes a la hora de intervenir en la prevención del suicidio.

Métodos para el suicidio

El método escogido por una persona para suicidarse es a menudo determinado por la disponibilidad y por los factores culturales. También puede reflejar la seriedad del intento. Mientras que algunos métodos, como saltar desde un edificio alto, hacen que sea virtualmente imposible sobrevivir, otros, como la sobredosis farmacológica, dejan abierta la posibilidad del rescate. Sin embargo, el usar un método que demuestra no ser mortal no indica necesariamente que el intento de la persona sea menos serio.

El boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado el primer estudio que compara los métodos de suicidio más utilizados en los distintos países y por los diferentes sexos.

El trabajo, dirigido por el psiquiatra del Hospital Universitario Psiquiátrico de Zurich (Suiza), revela que existen importantes diferencias regionales en lo que se refiere a los métodos de suicidio.

Distintas opciones según la región

En el trabajo se estudiaron datos de 56 países, incluido España. El continente con peor representación fue África, donde sólo se contemplan los resultados de Suráfrica. Los autores son conscientes de esta falta de datos, así como del hecho de que muchas muertes violentas presentadas como accidentes pueden ser, en realidad, suicidios camuflados.

Ahorcamiento, el método más frecuente

Según el estudio, el ahorcamiento es el método más predominante en la mayoría de los países incluidos en el análisis.

Armas de fuego, EEUU y otros países

Tal y como se sospechaba, el suicidio por arma de fuego es el más común en EEUU, pero también es prevalente en países como Argentina, Uruguay y Suiza. En este último país, es más común sólo entre los hombres y no en las mujeres.

Saltar de las alturas, centros urbanos y Europa

Saltar de un edificio para acabar con la propia vida es la forma más común de suicidio en sociedades predominantemente urbanas, como la de Hong Kong, aunque también es frecuente en Luxemburgo y Malta.

Ingerir pesticidas, Latinoamérica y Asia

El veneno plaguicida es el método que se elige en los países latinoamericanos más rurales (como El Salvador), en Asia y en Portugal.

Sobredosis de fármacos, Canadá y los países nórdicos

Ingerir una sobredosis de fármacos legales es la forma más común de suicidio en Canadá, los países del norte de Europa y Reino Unido. (19)

Prevención del suicidio

El apartado que se expone a continuación, compone una parte muy relevante del trabajo, ya que, sabiendo que el suicidio es prevenible y teniendo el conocimiento de cómo hacerlo adecuadamente, se podría reducir la incidencia de este problema.

De acuerdo con la Fundación Estadounidense para la prevención del suicidio AFSP (American Foundation for Suicide Prevention), para poder prevenir el intento de suicidio es importante aprender cuales son las señales de advertencia. Mantener una comunicación abierta y brindar una oportunidad de ayuda cuando sea necesario.

Es una tarea que se centra principalmente en el personal sanitario de atención primaria de salud, por a múltiples razones:

- El personal de atención primaria de salud tiene un prolongado y estrecho contacto con la comunidad y es bien aceptado por las personas de la localidad.
- Proporciona el vínculo vital entre la comunidad y el sistema de atención médica.
- En muchos países en vías de desarrollo, donde los servicios de salud mental no están bien desarrollados, es con frecuencia la fuente primaria de atención médica.
- Su conocimiento de la comunidad le permite recoger apoyo para la familia, los amigos y las organizaciones.
- Está en posición de ofrecer continuidad en la atención.
- Es a menudo la puerta de entrada a los servicios de salud para aquellas personas afligidas.

En resumen, está disponible, accesible, informado y comprometido en proporcionar atención.

Sobre la enfermería recae una gran responsabilidad en la tarea de llevar a cabo adecuadamente la prevención. La enfermera es un profesional que ocupa un lugar privilegiado y clave en la Atención Primaria de Salud; en su trabajo diario está comunicándose con muchas personas y familias que habitan en la comunidad, por lo que con frecuencia observa conductas y actitudes en la población que son indicadores o

factores de riesgo para diferentes enfermedades y comportamientos no saludables como el suicidio.

Los profesionales generalmente tienen una excelente comunicación con la población y prestigio como apoyo social en su comunidad, de manera que, su labor puede tener una gran importancia en la prevención del suicidio si se les adiestra en las habilidades y conocimientos necesarios.

Una vez que la enfermera ha desarrollado las habilidades necesarias para realizar adecuadamente el proceso de atención de enfermería en la Atención Primaria y domina las principales características psicosociales del suicidio, es indispensable que aprenda a identificar los indicadores o señales de peligro del comportamiento suicida y sus factores de riesgo esenciales. (20)

A continuación, se exponen una serie de apartados cuyo conocimiento podría permitir identificar a un posible suicida; las maneras de tratarle y poder conseguir un acercamiento, así como diferentes formas de ayuda.

Estado de ánimo de los suicidas

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas suicidas:

1. *Ambivalencia*. En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia por alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo, el deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir, simplemente no están contentas con su vida.

Si se suministra apoyo y se incita a que el deseo de vivir aumente, disminuirá el riesgo de suicidio.

2. *Impulsividad*. El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente, se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el trabajador de la salud puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.

3. *Rigidez*. Cuando las personas son suicidas, sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema. Su pensamiento es drástico; son incapaces de encontrarle aspectos positivos a la vida.

La mayoría de los suicidas comunican sus pensamientos e intenciones suicidas. A menudo, lanzan señales y hacen comentarios sobre “querer morir” o “sentirse inútiles”.

Todas esas solicitudes de ayuda no deben ser ignoradas. Cualesquiera que sean los problemas, los sentimientos y pensamientos del suicida son comunes en todos.

¿Cómo tender la mano a un suicida?

Con frecuencia cuando las personas dicen “Estoy cansado de la vida” y “No existe razón para vivir”, se las ignora o se les dan ejemplos de otras personas que han estado en peores situaciones. Ninguna de estas respuestas es de gran ayuda para el suicida, ya que, la situación de cada individuo es diferente y el sufrimiento, por tanto, distinto.

El contacto inicial con el suicida es de gran importancia. A menudo, la elección del lugar donde mantener una conversación privada, es complicada.

1. El primer paso es conseguir un sitio adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila con privacidad. Por ejemplo, una consulta de un centro de salud.
2. El siguiente paso es asignar el tiempo necesario. Los suicidas a menudo necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3. La tarea primordial es escucharlos atentamente. “Tenderles la mano un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que un suicida siente”.

La meta es cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de la esperanza, intentando hacer que las personas sientan y visualicen una posibilidad de que las cosas pueden cambiar a mejor, convencerles de una manera adecuada de que frente a la desesperanza que ellos ven también puede haber un lado positivo.

La forma de comunicarse con ellos es vital. Sería buena la escucha atenta y calmada, empatizando, es decir, intentando entender sus sentimientos. A través de los mensajes

transmitidos por la persona que intenta ayudar, debería mostrarse respeto y aceptación, hablar de manera sincera y honesta, mostrando interés y preocupación por lo que la persona le cuenta. Sería correcto no interrumpir, ni escandalizarse ni emocionarse de manera notable. El acercamiento tranquilo, abierto y afectuoso es otro paso clave para que el suicida se abra más.

A la hora de colaborar en la prevención, es importante por parte del profesional intentar identificar a la persona con capacidad suicida.

¿Cómo identificar a un suicida?

Con frecuencia, aparecen una serie de señales y signos en el comportamiento de estas personas que podrían ser de ayuda a los profesionales para alertarles del riesgo.

Estas señales pueden ser:

- Haber hablado acerca de hacerse daño o matarse.
- Haber buscado maneras de hacerse daño (armas de fuego, sobre medicándose).
- Hablar sobre la muerte o hablar de morir cuando ese tipo de tema no es normal en ellos.
- Sentirse desesperado, furioso, fuera de control.
- Actuar de manera impulsiva o involucrándose en actividades que conllevan cierto peligro.
- Sentirse atrapado y sin salida.
- Aumentar el uso de drogas y alcohol.
- Sentirse ansioso, agitado, no poder conciliar el sueño, o dormir demasiado.
- Cambios en el estado de ánimo.
- Perder la capacidad para valorar el sentido de la vida.
- Tentativa previa de suicidio.
- Verbalizar ideas suicidas.
- Preparar un testamento.
- Historia familiar de suicidio.

La Depresión mayor también se puede presentar en adolescentes y niños, por lo tanto es importante, estar en la observación de los siguientes síntomas:

- Agitación, ansiedad, inquietud e irritabilidad.
 - Cambio drástico en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
 - Dificultad extrema para concentrarse.
 - Fatiga y falta de energía.
 - Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada.
-
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales. Pérdida de interés o ausencia de placer en actividades que disfrutaban realizando.
 - Pensamientos de muerte.
 - Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.

¿Cómo evaluar el riesgo de suicidio?

Cuando el personal de atención primaria de salud sospecha que el comportamiento suicida es una posibilidad, deben evaluarse los siguientes factores:

Estado mental actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio; plan suicida actual y el sistema de apoyo de la persona (familia, amigos, etc.).

La mejor forma de averiguar si las personas tienen pensamientos suicidas es preguntándoles. Contrario a la creencia popular, hablar del suicidio no siembra la idea en sus mentes. De hecho, se muestran muy agradecidas y libres de poder hablar abiertamente acerca de los problemas y las preguntas con las que están luchando.

¿Cómo preguntar?

No es fácil preguntarle a una persona acerca de sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Algunas preguntas útiles son:

¿Se siente triste o preocupado por su persona?, ¿Qué sentido tiene la vida para usted?, ¿Tiene tendencia a pensar en el suicidio?.

El momento de plantear estas preguntas:

Cuando notemos que la persona se siente comprendida y cómoda hablando acerca de

sus sentimientos. También cuando ésta habla acerca de sus pensamientos y sentimientos negativos (impotencia, soledad).

¿Cómo manejar a un suicida?

Paciente de bajo riesgo: ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “No puedo seguir adelante”, “Desearía estar muerto” pero no ha hecho plan alguno.

Medidas a tomar

- Ofrecer apoyo emocional.
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Cuanto más abiertamente hable a la persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, invitándole a hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.
- Remitir a la persona a un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.

Paciente de riesgo medio: tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente.

Medidas a tomar

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencia sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorar las diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato. Hacer que la persona prometa no cometer suicidio sin contactar al personal de atención médica.

- Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concertar una cita tan pronto como sea posible.
- Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.

Paciente alto riesgo: tiene un plan definido, tiene los medios de hacerlo, y planea hacerlo inmediatamente.

Medidas a tomar

- Permanezca con la persona. Nunca deje a la persona sola
- Hable tranquilamente con la persona y retire las píldoras, el cuchillo, el arma, el insecticida, etc. (aleje los medios del suicidio).
- Haga un contrato.
- Entre en contacto con un profesional de salud mental o un doctor inmediatamente; llame a una ambulancia y prepare las gestiones para la hospitalización.

Remisión de un suicida

Se remitirá al especialista de psiquiatría o aun hospital con especialidad en Salud Mental cuando la persona presenta:

- Enfermedad psiquiátrica
- Historia de intento de suicidio previo
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o enfermedad mental
- Salud física deficiente
- Ningún apoyo social.

Compromiso, sensibilidad, comprensión e interés por otro ser humano, hacerle ver que la vida tiene sentido. Éstos son los principales recursos que poseen los trabajadores de atención primaria de salud, con los que puede ayudar a prevenir el suicidio. (21)

Conclusiones

Como se ha visto expuesto a lo largo del trabajo, el suicidio comprende un grave problema de salud pública. Como problema de este tipo, compete a los profesionales de este ámbito actuar en su prevención. Debido a que durante los últimos años la incidencia del suicidio, no solo no ha disminuido, si no que ha ido en aumento, sería conveniente poner un poco más de empeño y participación en el intento de mejorar en lo referente a este tema.

Es cierto que la prevención debería comenzar desde cualquier lugar posible, ya sea hospital, centro de salud u otros, pero lo que sí es verdad es que el lugar idóneo para iniciar un plan consciente de prevención sería en un centro de salud, ya que, estos profesionales conocen mejor a sus pacientes y pueden controlarles de una manera más cercana que en un hospital.

Hemos conocido en profundidad algunos de los factores que provocan la intención de suicidio y las características que tienen las personas al borde del suicidio, que ejecutan el suicidio y que mueren a causa del suicidio.

Quizás sea difícil acabar con este problema en la sociedad actual, pero no por ello creemos que se debe dejar de poner énfasis en campañas que sirvan de ayuda, consejo y apoyo a las personas que busquen el suicidio como solución a su vida.

Finalmente, concluimos que el suicidio se puede prevenir, siempre y cuando la persona se abra a los demás y pida ayuda, o bien, sea tratada por un especialista.

Uno de los principales problemas es que en la mayoría de estas personas no logran hallar la diferencia entre lo que es un problema y una dificultad, todo esto unido a la falta de juicio y a la soledad, agravan la situación. Quizás la vida se vea muy complicada en algunos momentos, pero no por ello se debe interrumpir u optar por una salida tan drástica.

Bibliografía

1. Josep María P. Las competencias y/o capacidades básicas. IN. Revista Electrónica d'Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa.
2. Manuales Merck de medicina para el hogar, capítulo 85. Disponible en: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_07/seccion_07_085.html.
3. Luis J.Treviño. ReNEPCA, Red Nacional para el estudio y prevención de conductas autolíticas. 2003.
4. Wilfredo G.R. Epidemiología de la conducta suicida. Revista Cubana Médica. v.18 n.2. La Habana mar.-abr. 2002.
5. Organización Mundial de la salud (OMS). Comunicados de prensa. 2004.
6. Víctor Miguel G. El suicidio, un problema oculto. Lecturalia. Noviembre, 2011.
7. Instituto Nacional de Estadística (INE).
8. Europa Press. La voz libre. Mayo, 2013.
9. Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud Mental v.31 n.4 México jul.-ago. 2008
10. Fernando M.Izquierdo. La conducta suicida y su prevención. Psicología online. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta3.shtml>
11. Emile Durkheim. El suicidio, 1897. Libro II. Buenos Aires, Libertador, 2004.
12. Andrés P.Barrero.El comportamiento suicida. Psicología online.
13. Leonardo A.Eslava. El suicidio y los factores indicadores de riesgo. Bogotá Abril, 2007.
14. Organización Mundial de la Salud. Octubre, 2012.
15. Beatriz Marivel C.Cortes, Elvia V.Escalante.Breve perfil suicida. Diciembre, 2009. Disponibles en: <http://www.monografias.com/trabajos77/breve-perfil-suicida/breve-perfil-suicida2.shtml>

16. Consultoría Internacional sobre Depresión para las Comunidades de Habla Hispana (CISD). Signos y síntomas. Disponible en: [www. Psicomag.com](http://www.Psicomag.com)
17. Jesús N. Depresión. Atención Primaria en la red. Disponible en: www.fisterra.com
18. Hagnell O, Rorsman B. Suicide and endogenous depression with somatic symptoms in the Lundby study. *Neuropsychobiology*. 1978.
19. Vladeta Ajdacic-Gross. Atlas de métodos de suicidio. Publicado por la OMS. Octubre, 2008.
20. Siara M. Blanca Casas. Wilfredo G. Reyes2. Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana Enfermería* v.14 n.2. La Habana Mayo-ago. 1998.
21. Dr. J. M. Bertolote. Prevención del suicidio, un instrumento para trabajadores de Atención Primaria de Salud. *Trastornos Mentales y Cerebrales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2000.
22. Rafael T. Molina, Edgar N. Lechuga. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Revista Científica Salud Uninorte*, Vol 17.
23. Arthur Freeman, Mark A. Reinecke. *Cognitive Therapy of Suicidal Behavior: A manual for treatment*. Agosto, 1993.
24. Ana G. Gutiérrez-García; Carlos M. Contreras; Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre, 2006.
25. Dr. Sergio Andrés P.Barrero El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Médica* v.15 n.2. La Habana mar.-abr. 1999.
26. Ángeles S.Méndez. Depresión y suicidio es estado oscuro del alma (segunda parte). *Foro de Investigación y Tratamiento del Dolor para la Comunidad Médica*. Noviembre, 2012.
27. Edwin Shneidman. *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. 1993.

28. Thomas J. David R. Suicide science: expanding the boundaries. 2000.