

Suicidio e intento suicida: Revisión actualizada

Myr. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz,* Psic. J. Patricia Grain Jarquín,**
Myr. M.C. Jorge Ricardo Becerril Monroy,*** Cor. M.C. Cuauhtémoc Cuevas Cuevas****

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN. El fenómeno del suicidio, único problema filosófico fundamental según Albert Camus, es abordado en el presente trabajo a partir de una aproximación conceptual, describiendo sus aspectos epidemiológicos que lo ubican con una tasa de 2.1% en nuestro país, es decir, muy por debajo de los países de Europa y EUA. Se examinan los factores asociados de orden psicológico, psicodinámico, familiar, sociológico y socioeconómico y su influencia en la conducta autodestructiva. Se hace énfasis en la aproximación diagnóstica puntualizando aspectos técnicos orientados a la exploración de la conducta de autólisis, describiendo los principales aspectos terapéuticos, para finalmente referir las acciones de carácter preventivo cuyo propósito es reducir el riesgo suicida.

Palabras clave: suicidio, psiquiatría, evaluación.

A lo largo de la historia, el suicidio ha estado presente como una manifestación compleja de la conducta humana, despertando actitudes diversas, que van desde la remota aceptación hasta la condenación del acto. La adecuada comprensión del fenómeno implica conocer los factores conceptuales, clínicos, culturales, religiosos, socioeconómicos y existenciales.

El suicidio es un acto rápido y violento, que representa la culminación fatídica de un problema complejo, cuyas determinantes aún se encuentran en estudio y están siendo abordadas desde las perspectivas biológica, psicológica y social. La investigación pretende esclarecer los orígenes y el curso del problema con el propósito de diseñar estrategias de intervención que hagan frente a la complejidad de

SUMMARY. The phenomenon of suicide, the very unique philosophical problem according to Albert Camus, its reviewed from a conceptual approximation describing its epidemiology features that rates in 2.1% in our country, that is a lower rate comparing with Europe and USA. It was examined the associated elements, psychodynamic, psychologic, familiar and its influence in the autodestructive behavior; also it was emphasized the diagnostic aspect including technical elements concerning to identify suicide behavior. Finally it was included preventive elements in order to reduce the suicide risk.

Key words: suicide, psychiatry, evaluation.

dicho fenómeno. Se efectúa una revisión conceptual de la conducta de autólisis, a partir del intento suicida como indicador principal, describiendo sus determinantes básicos y su abordaje óptimo como urgencia médica y psiquiátrica, señalando los aspectos de diagnóstico, etiología, terapéutica e investigación.

Schneidman, citado por Kaplan (1996)¹, define el suicidio como el acto consciente de aniquilación autoinducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas. Siendo éste habitualmente el matiz que caracteriza la conducta autodestructiva, es preciso definir y diferenciar entre la existencia de ideas relacionadas con la muerte, ideas acerca de la propia muerte, ideas de morir, ideas suicidas, planes suicidas, intentos de suicidio y finalmente suicidio consumado.

La conducta suicida es frecuentemente un tópico que trasciende el ámbito de la clínica, por ejemplo en el contexto de la filosofía existencialista, Albert Camus, afirma en su obra *El Mito de Sísifo*, que — «No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio. — el suicidio, Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía» (Camus, 1951),² en este tenor, la conducta autolítica se encuentra lejos de ser un acto realizado al azar o sin sentido, con frecuencia existen motivaciones que explican la razón, como se señala en el *cuadro 1* (Kaplan, 1996).¹

Hasta el momento, las investigaciones han señalado diversos factores: de riesgo entre los que se incluyen los so-

* Jefe de Investigación, Dpto. de Ens. e Inv. Hospital Central Militar (HCM).

** Alumna de la Maestría en Psicoterapia General, Asociación Psicoanalítica Mexicana.

*** Residente Rotatorio de 2o. año, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

**** Jefe del Departamento Técnico Normativo, HCM.

Correspondencia:

Myr. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz. Jefatura de Investigación, Dpto. de Ens. e Inv. Hospital Central Militar, Ciudad de México. Lomas de Sotelo, México D. F. CP: 06749., Apartado Postal: 35-592., Tel: 557-31-00 ext.: 1546. Fax: 5579743.

Cuadro 1. Los 10 aspectos comunes de la conducta suicida.

1. El propósito común es encontrar una solución.
2. El objetivo común es la cesación de la conciencia.
3. El estímulo común es la exposición a un intolerable dolor psicológico.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas.
5. La emoción común es la esperanza de ayuda.
6. La actitud interna común es la ambivalencia.
7. El estado cognitivo común es de constricción.
8. La acción común es el deseo de salir o escapar de algo o alguien.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de una intención.
10. Existe consistencia en el acto suicida con los patrones de afrontamiento a lo largo de la vida.

ciales, legales, trastornos psiquiátricos, psicológicos, genéticos y biológicos (Farberow, 1969).³ Sin duda alguna, el mejor indicador de riesgo suicida es el intento suicida, el cual por sí solo representa un problema al que con dificultades se ha aproximado la salud pública. Recientemente, el campo de la investigación muestra convergencias entre las aportaciones biológicas y los conceptos psicopatológicos básicos como son: la agresión, impulsividad y estados de ánimo, ya que el intento y la consumación suicida coinciden en ser, generalmente, el resultado de una condición psicopatológica previa.

Epidemiología. El suicidio pasó de ser la décima causa de muerte en Estados Unidos de Norte América (Miles, 1977),⁴ a convertirse actualmente en la octava causa general de defunción (Kaplan, 1996),¹ cada año se producen 30,000 muertes por ello y la cifra estimada de intentos suicidas es de 8 a 10 veces más alta (Kaplan, 1996). Los seguimientos longitudinales de pacientes con intentos suicidas, demuestran que entre el 10 y 15% lo consuman en 5 años (Nielssen, 1990).⁵ La tasa de prevalencia de intentos suicidas en adolescentes fue de 22.1%, de acuerdo a un reporte reciente de Rotheram, (1996).⁶

Entre 1970 a 1980, más de 230,000 personas se suicidaron en Estados Unidos, aproximadamente una cada 20 minutos, lo cual equivale a 75 suicidios cada día, siendo el puente *Golden Gate* de San Francisco el lugar donde más personas se suicidan. La tasa actual es de 12.5/100,000 habitantes, que corresponde a la mitad de la reportada por el llamado cinturón suicida, constituido por Escandinavia, Suiza, Alemania y Austria, donde se ha reportado una tasa de 25/100,000 habitantes. En contraste, España, Italia, Irlanda y Egipto reportan una tasa de 10/100,000 habitantes (Kaplan, 1996).¹ Asimismo Serfaty, (1994),⁷ en Argentina, reporta una frecuencia del 16.8% de ideas de suicidio y de 3.1% de planes de suicidio. En México la tasa bruta de suicidios es aún menor, siendo del 2.1%, cifra que, sin embargo, representa aproximadamente el 0.5% de la mortalidad anual. Si se elimina a la población menor de 15 años, el suicidio aparece como la causa número 4 de mortalidad. De 1970 a 1991 se registró un incremento para el intento suicida de 42.7% en los hombres y 68.9% en las mujeres, (INEGI, 1992).⁸

Lo enunciado pone de manifiesto la magnitud del problema y subraya la distinta distribución en función de la geografía y necesariamente de la cultura. Llama la atención que aun cuando la tasa de prevalencia en nuestro país es significativamente menor que lo reportado en los países del llamado cinturón suicida, la incidencia muestra un aumento muy importante, lo cual subraya la importancia de definir el abordaje e incrementar la investigación de este problema de salud.

Diversos factores se asocian a la conducta autolesiva. Ejemplo de ello son los rasgos temperamentales de desesperanza, anhedonia, ansiedad, hostilidad y expresión indirecta de la agresión, psicosis, rasgos antisociales y conflictos interpersonales (Nordstrom, 1995).⁹ Confluyen en torno a ello factores de diversa índole, como se señala a continuación. **Sexo:** Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, cifra que se mantiene en todos los grupos de edad, mientras que los intentos suicidas son cuatro veces más frecuentes en las mujeres en comparación con los varones, (Kaplan, 1996)¹ (Forteza, 1996),¹⁰ (INEGI).⁸ La tasa de suicidio aumenta con la edad,¹⁰ el evento suicida es más frecuente en menores de 40 años, si bien, la proporción de muertes es máxima después de los 45 en los hombres y después de los 55 en las mujeres.¹ Asimismo ha sido establecido que las mujeres cursan con una mayor incidencia de psicopatología de eje I y tendencia a comorbilidad de eje II (Kaplan, 1996),¹ con trastornos de personalidad límite, depresión, y trastornos de ansiedad (Burket, 1995).¹¹ **Religión:** El impacto de la religión en el suicidio, converge en la denominada dimensión depresiva (Almanza, 1997),¹² y ha sido demostrado ampliamente en varios estudios, puntualizando su existencia en dos sentidos; como un factor protector y como un factor de riesgo, si bien, se ha postulado que la religiosidad bien cimentada y no fanática, constituye un factor protector y profiláctico (Martín, 1984,¹³ Stack, 1991¹⁴) para el suicidio, y se ha llegado a la conclusión de que entre mayor sea la atención a la religión menor será la aprobación del suicidio. Se ha demostrado que el factor religioso parece indicar una influencia independiente del estado civil, educación, preparación y edad (Arensman, 1995),¹⁵ y (Hifon, 1995).¹⁶

Por otra parte, la función de la religión vinculada fuertemente a distintos aspectos culturales, pudiera influir como punto básico para explicar la diferente prevalencia de suicidio entre diferentes grupos religiosos.¹² Por ejemplo Levav (1989),¹⁷ señalan en judíos de Israel tasas más bajas de suicidio en comparación con EUA y Europa, pero más altas que en la población musulmana. Desde luego esta perspectiva de la religión como un factor de riesgo no debe considerarse en forma aislada sino concatenada a otros factores de índole cultural y social.

Estado civil: Entre otros factores se encuentran el estado civil, respecto al cual, se sabe que los casados con hijos tienen menor riesgo de suicidio, de hecho la tasa es de 11/100,000, mientras que en los solteros es de casi el doble. En

cuanto a la pertenencia racial, la proporción de suicidios entre blancos es casi del doble que entre los demás, de hecho dos de cada tres suicidios lo efectúan varones de raza blanca. En esa misma línea, se encuentra mayor riesgo suicida entre los inmigrantes que entre la raza autóctona.

Ocupación: El status profesional parece constituir un importante factor asociado al suicidio, y entre más alto sea mayor riesgo significa. Aun cuando se sabe también, que el trabajo en general protege contra el suicidio. Dentro de las diversas ocupaciones, la profesión médica muestra mayor riesgo para el suicidio, por ejemplo se sabe que la tasa de suicidio para médicos varones es de dos a tres veces mayor que de hombres de la misma edad en la población general, y en EUA, la tasa para mujeres médicos es de 41/100,000 *versus* 12/100,000 en mujeres blancas mayores de 25 años no médicos. (Kaplan, 1996).

Se ha establecido que entre las diversas especialidades médicas, los psiquiatras tienen el mayor riesgo de suicidio, seguidos de los oftalmólogos, los anestesiólogos y los odontólogos. En este orden de ideas, Fontana (1995),¹⁸ refiere que las experiencias traumáticas militares juegan un papel substancial aunque indirecto en el desarrollo de la sintomatología autolesiva. Otras profesiones de alto riesgo son los músicos, los oficiales de policía, abogados y agentes de seguros. No debe olvidarse que el simple hecho de dedicarse a cualquiera de las profesiones u ocupaciones señaladas no incrementa de manera simple el riesgo de conducta autolesiva, pues dicha conducta es el resultado de una compleja interacción.

Estado socioeconómico: Uno de los aspectos que inciden en forma más directa y dramática es el estado socioeconómico, de hecho, la tasa de suicidio aumenta durante las recesiones económicas y se incrementa cuando la tasa de desempleo sube. Siendo notoria su disminución cuando hay empleo y durante la guerra.^{1,10} Tal hecho ha sido enfatizado suficientemente desde la temprana aproximación de Durkheim (1997),¹⁹ cuando puntualizó que las crisis financieras coincidían con una elevación en la tasa de suicidios, particularmente de aquellos que conllevan un aislamiento o fractura de la interacción del sujeto con su sociedad.

Aspectos sociopolíticos: Por otro lado se ha observado que no sólo los aspectos sociales, culturales y socioeconómicos de un país estaban relacionados con la frecuencia de suicidio sino también la etapa de desarrollo en que se encontraba dicho país globalmente considerado (Diekstra, 1993),²⁰ lo cual permite explicar al menos parcialmente, las diferencias encontradas entre Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y los países latinoamericanos y árabes, dado que su status de desarrollo global son claramente diferentes.

Aspectos transculturales: El contexto cultural como marco de referencia y pertenencia incide en la conducta auto-destructiva, así, en el medio cultural japonés, Domino (1991)²¹ y Takahashi (1991),²² reportan diferencias significativas en las actitudes hacia el suicidio en grupos de jóvenes estadounidenses *versus* japoneses, quienes por otro lado presentan una tasa más alta de autólisis. Otro dato que de-

nota la influencia determinante del ambiente, es la incidencia mayor de suicidios en forma que diversos estudios establecen que el suicidio es mucho mayor en individuos que se encuentran privados de su libertad por algún delito sancionado por la ley, que aquellos de la población en general.²⁰

Psicopatología: Globalmente se considera que los pacientes psiquiátricos tienen 3 a 12 veces mayor riesgo de suicidio que la población general (Kaplan, 1996).¹ La morbilidad psiquiátrica está encabezada por la depresión con una incidencia que va del 30% según Dopart, (1960),²⁰ 64% para Burket (1995),¹¹ 70%, de acuerdo con Barraclough, (1974),²³ y hasta 94% según Robins, (1957),²⁴ para Burket,¹¹ siguen en frecuencia los trastornos de ansiedad en un 52% de los casos. Según otros autores (Barraclough,²³ y Dopart²⁵), el segundo diagnóstico más frecuente fue alcoholismo crónico en un 15% a 27%, siendo otras entidades concurrentes: la esquizofrenia, ansiedad fóbica y dependencia a barbitúricos.

En otro sentido, la frecuencia de ideas suicidas fue mayor en pacientes con depresión grave (25%), que en aquellos con depresión moderada (12.2%), y leve (3.5%) (Sefarty, 1994).⁷ Hornig (1995),²⁶ reporta una fuerte asociación entre el trastorno de pánico y el intento de suicidio. Se ha enfatizado que los factores de riesgo más comunes son la presencia de trastornos mentales y los problemas de adicción, (Moscick, 1995).²⁷

La personalidad ha sido un factor especialmente estudiado y relacionado con la conducta autolítica, se sabe en efecto que la presencia del Trastorno Límite de Personalidad y otros trastornos del grupo B (dramáticos y erráticos), son factores predictivos más relevantes que la simple presencia de síntomas depresivos. En la misma línea, existen reportes que señalan en adolescentes suicidas que la mitad cursa con trastornos de la personalidad, predominantemente el trastorno límite (Takahashi²¹ y Moscick²⁷). En los varones los rasgos relacionados con autólisis, son los antisociales, dependientes e histriónicos, en tanto que para las mujeres son los histriónicos, dependientes y antisociales, justo en el orden señalado (Pretorius, 1994).²⁸ Se estima asimismo que el 5% de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad se suicidan.

El intento suicida es el mejor indicador de consumación suicida, el 30 y 60% de los suicidas tuvieron intentos previos de autólisis, (Medina, 1989),²⁹ (Borges, 1991).³⁰ Como se ha descrito, son numerosos y diversos los factores que inciden y cuya combinación o concurrencia condicionan el suicidio, (Cuadro 2) (Kaplan).¹ En la misma línea, Sefarty (1994),⁷ reportó una asociación significativa entre las ideas de suicidio y el temperamento triste en la infancia, episodio de depresión previa, conflictos sentimentales, consumo de *cannabis*, y de medicamentos.

Salud física: Ha existido atención médica previa en el 32% de los casos de suicidio consumado, se ha reportado una enfermedad física en el 25% al 75% de todas las víctimas suicidas. Se ha establecido una correlación específica entre; epilepsia, esclerosis múltiple, lesiones cerebrales,

Cuadro 2. Factores relacionados con el riesgo de suicidio.

1.	Edad de 45 años o más.
2.	Dependencia al alcohol.
3.	Irritabilidad, cólera o violencia.
4.	Conducta suicida previa.
5.	Sexo masculino.
6.	Ser reactivo a aceptar ayuda.
7.	Cursar con un episodio depresivo de duración mayor a la habitual.
8.	Antecedente de trastorno psiquiátrico que requirió hospitalización.
9.	Pérdida o separación reciente.
10.	Depresión.
11.	Pérdida de la salud física.
12.	Situación de desempleado o jubilado.
13.	Condición de soltero, viudo o divorciado.

enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Huntington, demencia y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y el riesgo autolesivo, (Kaplan, 1996).¹

Aspectos diagnósticos

La completa exploración clínica de las ideas de muerte y suicidio es tarea prioritaria de todo facultativo, especialmente quienes laboren en servicios de Urgencias, labor nada fácil y cuyo prerrequisito obligado es la clarificación del propio sentir, la actitud y la conceptualización en torno a la muerte, a la propia muerte y al fenómeno del suicidio. Ello permitirá abordar dicho tópico de una manera serena y sosegada que se transmitirá al paciente y contribuirá a que disminuya la ansiedad, resultado tanto de la entrevista como del motivo de la misma. La indagación de la conducta autolítica debe abordarse directamente en un clima de apoyo emocional y de un profundo respeto, si ello se logra, el enfermo se sentirá aliviado de poder expresar una serie de ideas y sentimientos que implican enorme sufrimiento emocional (MacKinnon, 1973).³¹

Deberá comenzarse explorando la presencia de ideas generales acerca de la muerte, precisar su persistencia y puntualizar si existen ideas acerca de la propia muerte, ideas de morir, planes suicidas o actos específicos que señalen intenciones suicidas. Se buscará establecer contacto psicológico, detección de situaciones emergentes prioritarias, no prioritarias, desarrollar estrategias concretas que atiendan dichos emergentes y garanticen el seguimiento posterior. Desde luego, resulta indispensable precisar la existencia de patología psiquiátrica previa o actual que explique etiológicamente la conducta autodestructiva, pues ello permitirá delinear el plan de manejo pertinente.^{1,31}

Etiología

Las causas que motivan la conducta de autólisis incluyen aproximaciones desde diversas ópticas, así, Durkheim (1997),¹⁹ alude desde la sociología, la falta de integración familiar (suicidio egoísta), la excesiva integración al grupo

po (suicidio altruista) y la inestabilidad social y la desintegración de los criterios y valores sociales (suicidio anómico). Ello explica la mayor propensión al suicidio en comunidades urbanas, en determinados grupos culturales o étnicos y en individuos aislados socialmente.

La teoría psicoanalítica ubica el origen del suicidio en el deseo reprimido de matar a alguien más, agresión que luego es autodirigida hacia un objeto introyectado, cito textualmente: «el Yo, sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto —persona amada—, puede tratarse a sí mismo como un objeto, si le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad, que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del Yo hacia objetos del mundo exterior», de ahí que; «ningún neurótico registra propósitos de suicidio que no vuelva sobre sí mismo a partir del impulso de matar a otro» (Freud, 1992).³² De ello deriva Meninger su concepción del hombre contra sí mismo, identificando tres componentes; el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.¹

Desde el punto de vista genético, se sabe que el riesgo de autólisis es ocho veces mayor en familiares de pacientes psiquiátricos, empero, es cuatro veces mayor en familiares de quienes han cometido suicidio (Kaplan, 1996),¹ en esa misma línea, el estudio de Ontario, demuestra que la tasa de suicidio o de intento suicida registrada fue superada más de siete veces en las familias del grupo experimental versus el grupo control (Sherr, 1992).³³ Existe una correlación significativa entre la condición de gemelo monocigótico y el suicidio, no así en gemelos dicigóticos, asimismo la existencia de una fuerte carga genética condicionó una importante incidencia de suicidio en un grupo de familias, (Kaplan, 1989),³⁴ (Kaplan, 1996).¹

La neuroquímica señala como un hallazgo significativamente relacionado con el suicidio, una disminución de la serotonina, lo cual parece condicionar un escaso control de impulsos,^{1,34} congruente con ello, Roy (1989),³⁴ señala que en estudios postmortem han demostrado una disminución serotoninérgica sináptica. Por otro lado, se ha reportado altos niveles de cortisol libre en la orina, y un nivel importante de alteración en la actividad plaquetaria en los pacientes deprimidos, (Kaplan, 1994).¹

Tratamiento

El manejo apropiado de un paciente en quien exista riesgo suicida resulta de lo más complejo, sin embargo existen lineamientos básicos que se orientan a proporcionar al paciente la seguridad necesaria y exploran los factores interrelacionados para establecer la estrategia de abordaje. El punto inicial es la evaluación médica completa que garantice la estabilidad física del enfermo, tras lo cual deberá evaluarse el riesgo suicida (Kaplan, 1989, 1996 y 1996).^{1,34,35}

Evaluación del riesgo suicida

Se efectúa siguiendo las recomendaciones siguientes.^{1,34,35}

1. Efectuar una evaluación médica orientada a considerar el estado físico del paciente, considerando objetivamente el riesgo de sobredosis u otras acciones autolesivas. Efectuando aquellos procedimientos médico-quirúrgicos necesarios e indicados.

2. No dejar solo al paciente nunca, en tanto no se establezca claramente el riesgo suicida, es preciso que un miembro del equipo médico, además de algún familiar responsable permanezcan con él. También es recomendable y aun necesario asegurarse de que no existan en el consultorio o cubículo de valoración, objetos con los cuales pueda causarse daño (v.gr. tijeras, agujas, etc).

3. Efectuar una intervención en crisis (Slaikeu, 1988),³⁶ que incluya a) el establecimiento de contacto psicológico, b) determinar prioridades mediatas e inmediatas, y c) coadyuvar a la atención de estas últimas. Finalmente, d) garantizar el seguimiento y la potencial aplicación de otras modalidades de psicoterapia así como de farmacoterapia, de acuerdo a cada caso en particular.

Esta intervención deberá orientarse psicodinámicamente, se buscará asimismo, establecer un contacto estrecho con el enfermo de tal modo que se haga patente una respuesta real en términos de comprensión empática de su demanda real. No es ocioso subrayar que lejos de cuestionar los posibles motivos, deberán entenderse éstos en un contexto psicodinámico y particular del enfermo, propugnando por su seguridad y apoyo.

4. Explorar las características del intento suicida, evaluar el carácter impulsivo del mismo, la letalidad, la reacción emocional del paciente al ser descubierto, en términos de frustración o de alivio. Es primordial saber si la motivación manifiesta persiste o ha desaparecido.

5. Establecer el diagnóstico psiquiátrico presuntivo, lo cual definirá el tratamiento farmacológico e influirá importantemente en la decisión de manejo extrahospitalario o intrahospitalario.

6. Explorar con cuidado la red social de apoyo existente, ya que ésta se constituye en el principal factor protector del paciente y servirá como un indicador básico para determinar la hospitalización. De este modo, en la medida en que el apoyo social o familiar garantice la seguridad del enfermo, éste podrá ser manejado como externo, en tanto que, si los conflictos que motivaron la conducta autolítica se encuentran vinculados a dicha red de apoyo, ello orientará al clínico a decidir un manejo primariamente intrahospitalario.

7. De no estar indicada la hospitalización, es indispensable clarificar con la familia o el grupo de apoyo, las posibilidades de riesgo existentes y las acciones a implementar en el caso de que suceda otro intento de autodaño, puntualizando con la mayor precisión posible los motivos o razones por los cuales el paciente deberá ser hospitalizado de inmediato.

8. En caso de hospitalización, deberá plantearse claramente al enfermo el tiempo promedio de estancia y el plan de manejo hospitalario, y el modo en que éste coadyuvará

a su recuperación. Es fundamental resolver en lo posible tanto al enfermo como a su familia, las posibles dudas, fantasías y mitos respecto al internamiento psiquiátrico.

Farmacoterapia: Esta se orientará en base al diagnóstico psiquiátrico establecido, debiendo utilizarse antidepresivos, ansiolíticos o una combinación de ambos. Es importante puntualizar que a la eficacia de fármacos como la amitriptilina, se suma su gran poder de letalidad, cuando se rebasan las dosis terapéuticas u ocurre una sobredosis, por lo que su prescripción llevará aparejadas las recomendaciones pertinentes. La administración del fármaco deberá quedar bajo la responsabilidad del familiar más cercano o comprometido, a un cuidador (a), o a la enfermera según el caso, nunca al enfermo. La utilidad de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina tales como la paroxetina, citalopram y fluoxetina, ha sido ampliamente demostrada (Kaplan).¹ Es preciso hacer alusión a la controversia existente en relación al supuesto incremento de intentos suicidas con la administración de fluoxetina, de lo cual no existe evidencia estadísticamente significativa, de acuerdo a un reporte reciente de Warshaw, (1996).³⁷

Cuando la etiología se orienta hacia un problema de tipo psicótico en el cual la conducta autolítica obedeció a ideas de persecución o delirios, se evalúa la necesidad de internamiento y se inicia la administración de neurolépticos o se restaura un esquema previamente establecido. Huelga decir que deben señalarse con la mayor precisión todos los aspectos relacionados con efectos farmacológicos secundarios y su manejo. La asesoría hacia el grupo primario de apoyo, es decir, la familia, es fundamental y resulta de particular importancia cuando el espectro diagnóstico es de tipo psicótico, por ello además del contacto frecuente con el médico tratante, debe alentarse la participación de los miembros más cercanos al enfermo y de la familia en conjunto, en actividades de tipo grupal orientadas a la promoción de información, resolución de dudas y apoyo.

Cuando el factor desencadenante es un suceso pasajero, tal como una crisis por la muerte de alguien cercano, reciben el máximo beneficio de una sedación ligera con benzodicepinas,^{18,20} generalmente por un período de dos a cuatro semanas, máximo seis. Pasado este tiempo, deberá evaluarse la necesidad de sumar un fármaco antidepresivo a su manejo, si aún persiste el ánimo depresivo y condiciona desadaptación en alguna esfera de actividad.

Los trastornos de personalidad, especialmente el de tipo Límite pueden condicionar la existencia de intentos de suicidio o gestos suicidas. En tal caso la medicación indicada es el uso de benzodicepinas o neurolépticos a dosis bajas, asimismo se ha reportado utilidad en la administración de estabilizadores del estado de ánimo como la carbamacepina y el valproato de sodio.

Psicoterapia: El modelo de intervención en crisis (Slaikeu),³⁶ es útil para el evento agudo, luego durante un periodo de al menos cuatro a seis semanas está indicado proporcionar terapia de sostén o apoyo, puntualizando los

logros, por pequeños que sean, subrayando los aspectos a rescatar de los eventos vitales en cuestión y evitando maniobras interpretativas o confrontativas. Habitualmente a las seis semanas aproximadamente se habrá establecido un efecto farmacológico suficiente y podrá entonces diseñarse un abordaje psicoterapéutico de corte analítico más profundo, aunque el momento apropiado para ello dependerá en última instancia del estado clínico del paciente.

Las características del trastorno de personalidad límite, condicionan abandono del tratamiento en hasta el 67% de los casos, dos veces más que los pacientes neuróticos y cuatro veces más que los esquizofrénicos, según Skodol, citado por Yeomans, (1993),³⁸ por ello es preciso instaurar modalidades específicas de manejo. En ese sentido, la Psicoterapia de Contrato (Yeomans, 1993),³⁸ establece un encuadre sistemático que protege el trabajo terapéutico, cubre las responsabilidades del paciente, las del terapeuta y atiende aspectos específicos de la patología del paciente, clarificando las amenazas al tratamiento como intentos suicidas, ausentismo, llamados al terapeuta sin razón o invasión de su privacidad, señalándose acciones específicas al respecto.

Dentro de otras modalidades de aproximación terapéutica, la terapia Naikan, método de observación interna que involucra un período específico de intensa autorreflexión, segregación e inmovilidad habitualmente por una semana. El único contacto es con el terapeuta guía, quien alienta al enfermo y le señala los pasos a seguir. Dicho método ha sido objeto de diversas modalidades de evaluación de variables conductuales y psicofisiológicas, (León Díaz, 1994).³⁹

Aspectos preventivos

Las acciones preventivas se orientan a reducir la prevalencia o la probabilidad del comportamiento suicida. La complejidad del mismo exige que se implementen medidas a muy diversos niveles, el primero corresponde al círculo familiar o al grupo primario de apoyo, donde es preciso encontrarse alerta para «captar» posibles mensajes de autólisis, favoreciendo su expresión y canalizando o coadyuvando a su manejo apropiado.

Un segundo nivel nos ubica en el contexto de atención primaria a la salud, aquí el médico general o familiar debe actuar como un agente de salud mental y proporcionar o implementar estrategias de prevención, con especial cuidado en explorar la presencia de ideas o planes suicidas en pacientes del grupo de alto riesgo, procediendo como corresponde en función de cada situación clínica específica.

Como un aspecto crucial de toda intervención preventiva y/o terapéutica, el profesional de la salud, deberá ser proactivo en proteger la vida del paciente, permaneciendo siempre como un aliado para la conservación de la misma. Por ello es importante que se ofrezca una respuesta a los emergentes o demandas que el paciente esté planteando, de tal modo que aun a corto plazo pueda el paciente vislumbrar una posibilidad de ayuda que le permita prescindir

de la perspectiva de pseudo-solución con la cual se ve muchas veces la conducta autodestructiva.

Quizá una de las acciones más eficaces consistiría en la adecuada preparación del profesional de la salud (médicos, psicólogos, enfermeras, paramédicos, trabajadores sociales, etc.), para que funcionen en forma eficaz como promotores de salud mental, lo cual incluye mejorar el conocimiento profesional con respecto al suicidio, optimizar la detección temprana de los factores de riesgo y la implementación oportuna de programas preventivos específicos y orientados de tal forma que se ofrezcan alternativas que efectivamente proporcionen al afectado una opción terapéutica real y no sólo una plática aleccionadora. Es preciso del mismo modo, abatir los mitos existentes respecto al uso de psicofármacos y al tratamiento psiquiátrico y psicológico. No es ocioso subrayar la importancia de estar alerta ante el súbito bienestar en pacientes deprimidos, pues éste frecuentemente encubre la decisión fatal del suicidio como respuesta final a una problemática abrumadora, misma que se cancela con la decisión de autodestruirse. En ese mismo sentido es primordial no suspender prematuramente el uso de antidepresivos y optar por el adecuado manejo de la medicación ansiolítica.

Indudablemente el contexto social ofrece una de las más amplias posibilidades de implementar una red de apoyo. En efecto, a nivel comunitario el despliegue de acciones se multiplica y puede ofrecer contención en las situaciones de crisis. Ejemplo de ello son los centros de apoyo, los teléfonos de la esperanza, los grupos de neuróticos anónimos y la propaganda que trata de desmitificar la búsqueda de ayuda psicológica y psiquiátrica.

Conclusiones

Tras una seria y profunda reflexión en torno a la conducta autodestructiva y en función de lo descrito anteriormente, se desprenden las siguientes conclusiones cuya pretensión es concretar aquellos aspectos básicos orientados a la justa comprensión del fenómeno del suicidio:

- La conducta suicida es un proceso complejo, multiterminado que incluye factores de índole genética, biológica, psicológica y social.
- El suicidio constituye un problema de salud pública.
- La presencia de trastornos mentales incrementa significativamente el riesgo suicida.
- El médico de atención primaria se encuentra en una posición privilegiada al constituir el contacto inicial con el enfermo y puede por ello actuar como un agente de salud mental y prevenir la autólisis, considerando los factores de riesgo e implementando la estrategia terapéutica adecuada.

Finalmente no es ocioso puntualizar que todo médico ha de examinar y reflexionar en torno a los aspectos existenciales y filosóficos del fenómeno suicida y clarificar su propia concepción, pues esto le permitirá una justa aproximación a esta compleja manifestación del ser humano.

Referencias

- Kaplan HI, Sadock BJ: Sinopsis de psiquiatría. 7a edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1996; 823-32.
- Camus A: El Mito de Sísifo. Primera Reimpresión, México: Alianza Editorial Mexicana, 1989; 15-23.
- Farberow N, Shneidman E: Necesito Ayuda, México: La Prensa Médica Mexicana, 1969.
- Miles CP: Conditions predisposing to suicide: A review. *J Nerv Ment Dis* 1977; (164).
- Nielssen B, Wang A, Bille-Brahe U: Attempted suicide in Denmark. A five years follow up. *Acta Psych Scand* 1990; 81: 250-4.
- Rotheram-Borus MJ, Walker IU, Ferns W: Suicidal Behavior among middle class, adolescents who seek crisis services. *J Clin Psychol* 1996; 152(2): 137-43.
- Serfaty E, Andrade J, D'Aquila y cols. Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones residentes en la Ciudad de Buenos Aires. *Psiquiatría* 1994; 10(4): 91-95.
- Mortalidad 1989. SSA, INEGI, 1992.
- Nordstrom P, Schalling D, Asberg M: Temperamental Vulnerability in Attempted Suicide. *Acta Psych Scand* 1995; 92(2): 155-60.
- Forteza M. Aspectos psicosociales del suicidio en adolescentes mexicanos. *Rev Psicopatol* 1996; 15(4): 157-61.
- Burket RC, Myers WC. Axis I and Personality comorbidity in adolescents with conduct disorders. *Bull Am Acad Psych Law* 1995; 23(1): 73-82.
- Almanza MJJ, Ibanez NMP y Altamirano MS. Dimensión depresiva y religión. *Psicopatología (Madrid)* 1997; 17(3): en imprenta.
- Martin WT-Religiosity and United States suicide rates. *J Clin Psych* 1984; 40(5): 1166-9.
- Stak S, Lester D. The effect of religion on suicide ideation. *Soc Psych Psych, Epidemiol* 1991; 26(4): 168-170.
- Arensman E, Kemkof A, Heringeld M, Mulder J: Medically treated suicide attempts: A four years monitoring study of the epidemiology in Netherlands. *J Epidemiol Com Health* 1995; (49): 285-9.
- Hlfon O, Laget J, Barrie M. An epidemiological and clinical Approach to adolescent suicide. 1995; 4: 32-38.
- Levav L, Aisenberg E. The epidemiology of suicide in Israel: international and intranational comparisons. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19(29): 184-200.
- Fontana A, Rosenheck R. An etiological model of attempted among Vietnam theater veterans. Prospective generalization to a treatment-seeking sample. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(6): 377-83.
- Durkheim E. El suicidio. Tercera Edición. México, Ediciones Co-voacán, 1997; 7-343.
- Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psych Scand suppl* 1993; (371): 9-20.
- Domino G, Takashi Y. Attitudes toward suicide in Japanese and American medical Students. *Suic Lif Threat Behav* 1991; 21(4): 345-59.
- Takahashi Y. Mass suicide by members of the Japanese friend of the Truth Church. *Suic Lif Threat Behav* 1989; 19(3): 289-96.
- Barracough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide. *Brit J Psych* 1974; 125: 355.
- Robins E, Murphy G, Wilkinson R. Some Clinical considerations based on a study of 134 successful suicides. *Am J Publ Health* 1959; 49: 88.
- Dorpat, Ripley H. A study of suicide in the Seattle Area. *Compr Psych* 1960; 1: 349.
- Hornig CD, McNally RJ. Panic Disorder and Suicide Attempt. A reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area Study. *B Psychl* 1995; 167(1): 76-9.
- Moscick E. Epidemiology of suicidal behavior. *Suic Lif Threat Behav* 1995; (25): 2235.
- Pretodus H, Bodemer W, Roos J, Grimbeek J: Personality traits, brief recurrent depression and attempted suicide. *S Afr Med J* 1994; (84): 690-4.
- Medina MM: Accidentes y violencias: Homicidio y suicidio en México. VI Congreso. Academia Nacional de México, 1989.
- Borges G, Rosovsky H, Caballero M, Gómez C. Evaluación reciente del suicidio en México: *An Inst Mex Psiqui* 1970-1991.
- Mackinnon RA. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, D.F., Nueva Editorial Interamericana, 1973: 369-392.
- Freud S. *Obras Completas*. Cuarta reimpresión, Argentina: Amorrortu Editores, 1992; 14: 237-255.
- Sherr L. *Agonía, muerte y duelo*. México: Editorial Manual Moderno, 1992; 243-270.
- Roy A. *Suicide. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 5th Edition. Kaplan B, Sadock, Editors, Baltimore: 1989.
- Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. *Urgencias psiquiátricas. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta y Psiquiatría clínica* 7a. edición. 1996. Edit. Panamericana.
- Slaikeu KA. *Intervención en crisis*. Editorial Manual Moderno. México: 1988; 48-66.
- Warshaw MG, Keller MB. The Relationship between fluoxetine and suicidal behavior in 654 subjects with anxiety disorders. *J Clin Psych* 1996; 57(4): 158-66.
- Yeomans F, Selzer M, Clarkin J. Studing the treatment contract in intensive psychotherapy with borderline patients. *Psychiatry* 1993; 1(56).
- Leon Díaz M, Molina M, Vázquez K y cols. *Rehabilitación psicológica para el paciente suicida: la terapia Naikan*. Psicología y Salud 1994; 51-60.