

INTENTO DE SUICIDIO

Ismael Morocho Malla¹, María de Lourdes Romero Romero²

1. Psiquiatra, Magíster en investigación de la salud, Universidad de Cuenca.

2. Psicóloga clínica, Magíster en investigación de la salud, Hospital San Juan de Dios.

Correspondencia:

Nombre: Dr. Ismael Morocho Malla

Correo electrónico:

Ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Dirección: Avenida 12 de Abril y Avenida El Paraíso s/n, Cuenca-Ecuador.

Código postal: EC 010107

Teléfono: (593) 991694647

Fecha de recepción:

24-05-2018

Fecha de aceptación:

20-06-2018

Fecha de publicación:

30-06-2018

Membrete bibliográfico

Morocho I, Romero M. Intento de suicidio. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (1): 114 - 120.

El intento de suicidio es un tema que puede ser analizado desde el punto de vista epidemiológico, psicopatológico, antropológico, sociológico, clínico y desde las neurociencias(1). El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes y la 8ª causa en todas las edades en el mundo; se ha calculado que 1 millón de personas mueren al año suicidándose (1 suicidio cada 26 segundos) y 6 millones de personas pierden un ser cercano debido a suicidio al año alrededor del mundo(2).

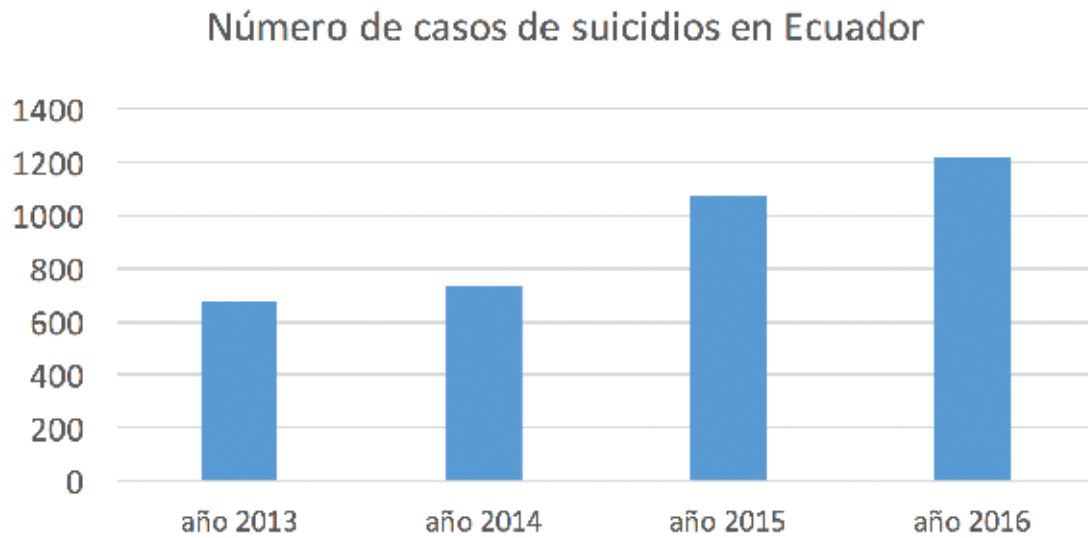
La tasa anual internacional de ideación autolítica es de 6-14%, con tasas mayores en personas con trastornos psiquiátricos o por abuso de sustancias; la tasa de intento de suicidio en la población general oscila entre 0.04 a 4.6% de riesgo a lo largo de la vida; las personas que cuentan con un suicidio como antecedente familiar, tienen el doble de riesgo de cometer suicidio(3).

En la población general la relación entre intento de suicidio y suicidio es de 6:1 a 25:1; esto cambia considerablemente cuando se trata de personas con trastornos afectivos mayores, donde la relación puede ser de 2:1 a 5:1; en adolescentes se sitúa en 50:1(1).

La tasa de suicidio/100.000 habitantes/año en varón/mujer es de 4,4-1 a nivel mundial y la tasa de tentativa suicida/100.000 habitantes/año en varón/mujer es de 1:3(3).

En el Ecuador, los casos de suicidio van de 676 casos en el año 2013 hasta casi duplicarse en el año 2016 con 1219 casos, tal como apreciamos en la tabla 1; referente a las causas de mortalidad en general, el porcentaje va en franco ascenso desde el 1.07% del año 2013, en el año 2014 es del 1.16%, en el año 2015 es del 1.66% y en el año 2016 es del 1.81%(4)

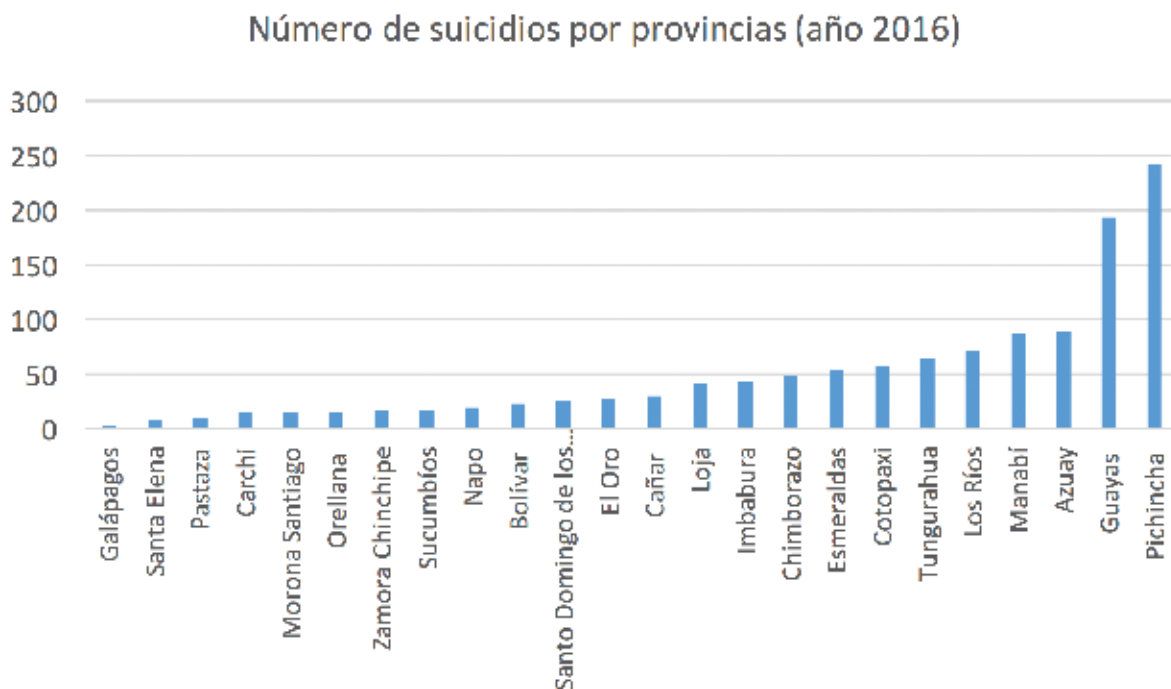
Tabla No. 1



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas de Nacimientos y Defunciones 2016 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2016/>

De acuerdo a las provincias del Ecuador, en el año 2016, la que presenta mayor número de casos es Pichincha, con 242 casos, el Azuay se ubica en tercer lugar con 89 casos, tal como se puede apreciar en la tabla 2.

Tabla No. 2



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas de Nacimientos y Defunciones 2016 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2016/>

FACTORES DE RIESGO

Esta clasificación puede ser forzada, ya que existe una gran variabilidad de la influencia de los factores tanto de riesgo como de protección entre las personas que intentan suicidarse, debido a su género, grupo etario y entre culturas; sin embargo se puede clasificar en factores predisponentes y precipitantes:

Los factores predisponentes a su vez pueden ser biológicos, psicológicos y sociales: *Los factores biológicos* han sido determinados a su vez por los estudios genéticos (estudios de riesgo familiar, estudios de gemelos y estudios de adoptados) y los estudios postmortem, que reportan alteraciones de la serotonina y su metabolito y alteración de otros neurotransmisores(3,5). *Los factores psicológicos* pueden ser conocidos de acuerdo al autor, así, las propuestas dinámicas: Freud refiere que la ambivalencia amor-odio es un predisponente; Adler encontró que afecta a personalidades dependientes, con autoestima baja y egocéntricos; la psicología cognitivo conductual encontró una falta de reforzamiento positivo, como la tríada de Beck (autoestima negativa, interpretación negativa de sus experiencias, visión negativa del futuro)(3,6). En cuanto a trastornos de la personalidad, se ha encontrado que los trastornos límite, por dependencia, antisocial, obsesivo-compulsivo e histriónico son los que más se relacionan con la conducta suicida(2,6). *Los factores sociológicos* refieren influencias de las características demográficas: edad (los extremos de la vida), estado civil (viudos, divorciados) y estructura familiar (alguna forma de abuso física, psicológica o sexual, papeles de crianza asumidos por solo un progenitor, resolución de problemas ejercida de manera disfuncional, implementación de autoridad con castigo físico); otros factores sociales pueden relacionarse: pérdidas parentales tempranas por muerte, suicidio, separación, divorcio, antecedentes de suicidio en algún familiar, aislamiento social, estrés y acontecimientos vitales. orientación sexual, situación laboral y profesión, etc.(2,6,7)

En cuanto a los factores precipitantes también se pueden agrupar en factores clínicos y sociodemográficos. *Los factores clínicos* pueden ser: la comunicación de la existencia de una enfermedad terminal, crónica o discapacitante (insuficiencia renal con hemodiálisis, SIDA, epilepsia del lóbulo temporal, lesiones de médula espinal: paraplejía, cuadriplejía, cánceres gastrointestinales, lesión cefálica, epilepsia, el dolor crónico por enfermedad terminal, cánceres, etc.; las enfermedades mentales relacionadas con conducta suicida son: depresión melancólica, adicciones, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad, etc.(8). *Los factores sociodemográficos* pueden ser: pérdidas (reales o imaginarias), conflictos interpersonales, laborales, crisis económicas y sociales (con obnubilación y confusión, que no le permite pensar más allá de la situación inmediata), problemas académicos, acceso fácil a tóxicos, armas, etc., efecto Werther (por un mecanismo de identificación o imitación, favorecido por los medios de comunicación), etc.(1,7)

FACTORES PROTECTORES

Los factores que protegen de alguna manera de la conducta suicida son una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales; otros factores pueden ser: confianza en sí mismo a partir de sus experiencias, saber buscar ayuda en momentos difíciles, fuertes vínculos familiares, adecuado uso del tiempo libre, participación con pares y en instituciones prosociales como la escuela, la iglesia, organizaciones sociales, culturales, etc.(1,2).

EL PROCESO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

El intento de suicidio se puede presentar intempestivamente, en otros casos puede progresar por una serie de etapas (8 de cada 10 personas han anunciado a alguien de manera directa o indirecta, la posibilidad de tomar esa decisión); las etapas identificadas del proceso suicida, se inicia con: el *deseo de morir*, que aparece ante la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir, luego sigue la *representación suicida* o la imaginación de suicidio del propio sujeto, posteriormente aparecen las *ideas suicidas*, que son pensamientos de terminar con la propia existencia, las que se pueden clasificar en *transitorias y permanentes, y sin un método específico, con un método inespecífico, con método específico pero no planificado y con un método específico y planificado (idea suicida planificada)*, luego se presenta la *amenaza suicida: insinuación o afirmación verbal de sus intenciones hacia personas estrechamente vinculadas al sujeto*, posteriormente se presenta el *gesto suicida: es el ademán de realizar un acto suicida y finalmente se da el intento de suicidio: acto deliberadamente realizado sin resultado de muerte*(3,6).

Resalta la importancia de atender a toda aquella persona que presente cualquiera de las cinco primeras formas de conducta suicida, para evitar el desenlace fatal.

SIGNIFICADOS DEL SUICIDIO

En el campo de la suicidología, se habla de los móviles o raíces desde donde se genera y se estructura el comportamiento suicida, dando por lo tanto una significación específica, que pueden ser: huida (ocupa el mayor porcentaje en los casos), duelo, castigo, crimen, venganza, llamada de atención y chantaje (se presenta en pocos casos), sacrificio, juego, etc.(3,6)

TIPOS DE INTENTO DE SUICIDIO

De acuerdo a cómo se desarrolla el proceso y las etapas de la conducta suicida, se han elaborado una serie de clasificaciones del tipo de intento de suicidio, así:

1. Por el origen: Psicótico: la persona se halla desconectada de la realidad y experimenta alucinaciones imperativas sobre el suicidio; Neurótico: se caracteriza por manifestaciones teatrales con escasa intención real de suicidio; Psicodisplásico: el psicópata dirige la agresividad hacia sí mismo y Filosófico: en personas que sienten un vacío en su existencia(3,9).

2. Por la forma: Impulsivo: se lleva a cabo súbitamente; Obsesivo: se produce por una idea irresistible de autodestrucción y Refléxico: se caracteriza por un análisis detenido de la idea de suicidio, frecuente en la depresión(3,9).

3. Por la dinámica social: Emile Durkheim clasifica en los tipos: egoísta, altruísta y anómico, existiendo variantes de acuerdo a los autores neoDurkeimnianos.

EVALUACIÓN

Cualquier persona puede darse cuenta de las distintas formas y estadios del proceso del comportamiento suicida: preguntándolo!; es un mito creer que si se le pregunta a una persona en riesgo suicida se le puede incitar a que lo ejecute, más bien puede ser la única y quizá la última posibilidad que se le ofrezca al individuo para que conozcamos cómo piensa y a partir de ello se podría encontrar alternativas diferentes.

Para la identificación de este proceso a nivel del consultorio, la comunidad o en el hospital general, a nivel psicológico y médico tenemos una serie de escalas y tests psicométricos que nos permiten identificar el tipo, grado, etc. Un test sencillo es la escala de ideación suicida de Beck(10), que debe ser heteroaplicado (por el profesional). Si un paciente autodestructivo en medio de los factores de riesgo mencionados rehúsa discutir o niega sus pensamientos suicidas, el interrogatorio se extenderá a sus familiares.

EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE INTERNAMIENTO:

La evaluación psiquiátrica a fin de llegar a un diagnóstico, si no se lo puede hacer por ejemplo por somnolencia del paciente, éste debe permanecer en observación(6,11).

Si diagnosticamos episodio depresivo mayor, trastorno psicótico, trastorno por abuso de sustancias, debe permanecer en observación y con medicación sedante(11,12).

Un paciente con indicadores claros de impulsividad (trastorno límite de la personalidad) sin contención familiar, debe permanecer en observación y con medicación(12).

Una vez que se determina, que un paciente es un suicida potencial, debe ser internado, y ante alguna *duda es preferible ser exageradamente conservador, sobreinternar* (11).

SIGNOS DE ALARMA

Existe una infinidad de signos de alarma; se puede decir que cualquier *cambio* en las funciones mentales en una persona, en medio de los factores de riesgo mencionados son signos de alarma. Existen estudios que plantean la existencia de signos de un suicidio potencial, perfil de un suicida ó síndrome presuicidal, que consta de los siguientes signos: retraimiento, con urgencia por estar solo o aislamiento, mal humor, cambios de personalidad, amenaza de suicidio y la entrega de las pertenencias más preciadas a otros; ante la presencia de estos signos, la actuación debe ser inmediata y firme(11,14).

ABORDAJE PSICOLÓGICO INICIAL

No necesariamente tiene que ser un profesional en salud mental el que primero aborde a una persona con intento de suicidio. Se puede ofrecer el apoyo con permitir cercanía, escucha empática, etc., que a veces puede ser la única y suficiente medida para evitar la conducta suicida. Algunas estrategias básicas, son: tratarlo con respeto, tomarlo en serio, creer lo que nos manifiesta, escucharlo con genuino interés, permitirle expresar sus sentimientos, preguntar sobre la idea suicida(7,11). Una vez establecida la causa, controlada la complicación orgánica, instaurado el tratamiento psiquiátrico, se planificará la psicoterapia correspondiente; siendo lo fundamental la "primera ayuda psicológica": que consta de las siguientes etapas: primera etapa: establecimiento de contacto (intervención en crisis), segunda etapa: conocer la dimensión del problema, tercera etapa: búsqueda de posibles soluciones, cuarta etapa: trabajamos con la acción concreta y quinta etapa: realizamos un seguimiento(11,15).

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INICIAL

Siempre debe imperar el juicio crítico-clínico del terapeuta y no dejarse llevar por promesas del paciente o hasta de sus familiares: internación y vigilancia estricta durante las primeras 72 horas; pacientes agitados, impulsivos y/o violencia inminente: sedación. Pacientes con síntomas psicóticos: antipsicóticos(11,12).

Luego de superada la crisis: evaluar medicación antidepresiva o la que corresponda, conjuntamente con psicoterapia(11,16).

TRATAMIENTO DEL SOBREVIVIENTE

También necesitan ayuda los familiares o sobrevivientes del paciente, para afrontar algunas reacciones, tales como: negación, rabia, regateo, depresión, aceptación (horror, miedo, culpabilidad, problemas somáticos y emocionales, emociones encontradas, estigmatización)

PREVENCION

Las estrategias para prevenir el comportamiento suicida, debe realizarse inclusive transdisciplinariamente entre los diversos actores sociales y a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud recomienda acciones en seis grandes estrategias: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxificación del gas doméstico, destoxificación de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas y disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo(17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baaderm, T. U E. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. REV MED CLIN CONDES. 2011;22(3):303-9.
2. Sadock, B., et. al. Sinopsis de Psiquiatría. 11.a ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2015.
3. Bobes, J., et. al. Comportamientos suicidas. Ars Medica. Barcelona, España; 2004.
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas de Nacimientos y Defunciones 2016 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [citado 15 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas-de-nacimientos-y-defunciones-2016/>
5. Purves, D. et. al. Neurociencia. 3.a ed. Madrid, España: Panamericana; 2007.
6. Hales, R. Tratado de Psiquiatría Clínica. 5.a ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2009.
7. Gómez-R., C. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: niños, adolescentes y adultos. 3.a ed. Bogotá, Colombia: Panamericana; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10.a ed. Madrid, España: Meditor; 1992.
9. Kupfer, D. DSM 5, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.a ed. Barcelona, España: Panamericana; 2014.
10. Bobes, J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona, España: Ars Médica; 2004.
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2012.

12. Salazar, M., et. al. Tratado de Psicofarmacología. 1.a ed. Madrid, España: Panamericana; 2005.
13. Toro, L., et. al. Manual de Psiquiatría. 5.a ed. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de atención primaria en salud mental. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2009.
15. Alarcón, R. Psiquiatría. 3.a ed. Washington: Manual Moderno; 2012.
16. Sánchez JC. Ideación suicida. Grupo Lisis Univ Valencia. 2014;24.
17. Organización Mundial de la Salud, OP de la S. Prevención del suicidio. Biblioteca Sede de la OPS; 2014.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Morocho I y Romero M. Recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura y análisis del artículo con lectura y aprobación de la versión final.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES**Ismael Morocho**

Psiquiatra, Magíster en investigación de la salud, Universidad de Cuenca.

María de Lourdes Romero

Psicóloga clínica, Magíster en investigación de la salud, Hospital San Juan de Dios

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos fueron recolectados de revistas y bibliotecas virtuales y está a disposición.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reporta conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Morocho I, Romero M. Intento de suicidio. Rev. Med Ateneo 2018; 20 (1): 114 - 120.