

Manual de Prevención del Suicidio

Autor: Prof. Dr. Sergio A. Perez Barrero

Fundador de la Red Mundial de Suicidiología

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Prólogo

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1 110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Según estimados conservadores en el 2020 morirán por suicidio no menos de 1 530 000 seres humanos y por cada uno de ellos lo intentarán entre 15 a 20. Esto representa un suicidio cada 20 segundos y una tentativa de autoeliminación cada 1 a 2 segundos. Por otra parte se considera que por cada persona que se suicida necesitarán algún tipo de terapia al menos seis sobrevivientes, es decir, personas muy vinculadas afectivamente con el occiso. Un cálculo muy sencillo arroja que cada año por el suicidio o sus consecuencias sufren por lo menos 22 000 000.

Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia, sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidades poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en su mejor y única opción.

Es por ello que se pone en manos del público este pequeño libro sobre el comportamiento suicida, pues conociendo las particularidades de esta conducta anómala, estarán en mejores condiciones de ayudar a las personas en riesgo de cometer suicidio y saber que hacer para impedir este acto.

No se pretende agotar el tema, pues en la práctica se presentarán situaciones que no aparecen en texto alguno. Sólo se trata de hacer un modesto aporte a la prevención de esta causa de muerte.

El Autor

Generalidades

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas. Desgraciadamente existen muchos textos que sólo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás son los más graves, y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna, evitarían que ambas ocurrieran.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado. Incluye:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morirme", etcétera).
- La representación suicida ("Me he imaginado que me ahorcaba").
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción ("Me voy a matar", y al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "No sé cómo, pero lo voy a hacer").
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún ("Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome")
- la idea suicida con un metodo específico no planificada. El individuo ha pensado ahorcarse, pero aun no ha determinado cuando ni en que lugar lo va a realizar. ("Me voy a ahorcar": ¿Cuándo? "No sé, pero me voy a ahorcar")
- La idea suicida con una adecuada planificación ("He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma"). Se le conoce también como plan suicida. Sumamente grave.

Todas estas manifestaciones de la ideación de autodestrucción deben ser exploradas, si el paciente no las manifiesta, pues la comunicación y el diálogo abierto sobre el tema no incrementan el riesgo de desencadenar el acto, como erróneamente se considera y es una valiosa oportunidad para iniciar su prevención.

Varias son las formas de abordar el tema. Le sugiero las siguientes:

1ra variante: "Evidentemente usted no se siente bien y quisiera saber cómo ha meditado resolver su situación actual".

2da. variante: "Usted me ha manifestado que apenas duerme y quisiera saber en qué piensa cuando eso le ocurre, pues sé que en esos casos se idean muchas cosas".

3ra. variante: "Y durante este tiempo que usted se ha sentido así, ¿ha tenido pensamientos malos?"

4ta. Variante: "Bien, yo quisiera saber si en su familia alguien se ha matado, es decir, se ha suicidado o ha intentado contra su vida" (Esperar respuesta y preguntar). "¿Usted ha intentado alguna vez contra su vida o lo ha pensado?", "Y ahora, ¿lo ha meditado?"

5ta. variante: "¿Ha pensado usted quitarse la vida?"

Las respuestas afirmativas a cualquiera de estas variantes para explorar la ideación suicida deben ser consideradas con seriedad y recabar ayuda del personal especializado para valorar en conjunto la conducta que se debe seguir de forma inmediata.

- Las amenazas suicidas son expresiones verbales o escritas del deseo de matarse y deben tenerse en cuenta, pues es un error frecuente pensar: "El que lo dice, no lo hace" o "El que se mata, no avisa que lo va a hacer".
- Cuando la amenaza ocurre teniendo los medios disponibles para su realización, pero sin llevarla a cabo, se considera por algunos como gesto suicida (tener las pastillas en la mano sin tomarlas) y nunca debe ser minimizado ni valorado despectivamente como "un alarde".
- El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada (deliberate self

harm), se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, en el sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas.

- El suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- El suicidio accidental. El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se autoagrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).
- Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte. Son más frecuentes en adultos y ancianos, en el sexo masculino, y los métodos preferidos son los llamados duros o violentos, como las armas de fuego, el ahorcamiento, el fuego, etcétera.

Resumiendo:

El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta.

Factores de riesgo de suicidio

Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen.

En la literatura suicidológica se mencionan múltiples factores de riesgo, los cuales no abordaremos en su totalidad por no ser objetivo fundamental del presente texto, aunque sí estudiaremos los que puedan orientar al médico de atención primaria en su detección y adecuada evaluación y manejo.

Ante todo hay que considerar que estos rasgos son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o en la vejez. Por otra parte, son genéricos, pues los de la mujer no son similares a los de los hombres. Existen los que son comunes a cualquier edad y sexo, los cuales, indudablemente, son los más importantes. Pasemos, pues, a su análisis, comenzando por la niñez.

Factores de riesgo suicida en la niñez

La infancia se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países, y se considera que es un fenómeno que va en aumento.

En la infancia los factores de riesgo debemos detectarlos, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Así, hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en el menor.

La edad de los progenitores tiene importancia. Los embarazos en personas demasiado jóvenes dan lugar a trastornos en la atención y la educación del niño debido a la inmadurez biopsicológica de los padres. Los embarazos en personas maduras, son causa de una crianza defectuosa por la disminución de la energía vital que impide satisfacer las demandas del menor en su lógico desarrollo, lo que provoca actitudes que pueden cubrir toda una gama, desde la sobreprotección limitante hasta la permisividad.

El seguimiento durante el embarazo y los controles obstétricos periódicos tienen importancia, pues denotan disciplina y responsabilidad con el fruto de la concepción. Una embarazada que no asiste a las consultas médicas y es despreocupada con su estado, no debe resultar una madre responsable con la crianza de su hijo.

La personalidad de los progenitores tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si padecen un trastorno de la misma, sobre todo los antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Asimismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos.

Como quiera que resulte difícil para el médico de atención primaria la realización de un diagnóstico psiquiátrico específico, una opción adecuada es considerar la enfermedad mental de alguno de los progenitores, como un factor de riesgo en los niños, independientemente de la patología psiquiátrica de que se trate.

En cuanto a las características psicológicas del menor que puede realizar un acto suicida, se mencionan las siguientes: la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos. Pueden ser niños con pobre tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen papeles de víctima; celosos de los hermanos, susceptibles, rencorosos. Pueden expresar ideas de morir o suicidas. Otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas; tímidos, con pobre autoestima, pasivos, etcétera.

Referente a las enfermedades mentales que pueden tener riesgo suicida, se encuentran las psiquiátricas graves (trastornos del humor, esquizofrenia), los trastornos de conducta, los de la adaptación y de ansiedad, el retraso mental y los trastornos incipientes de la personalidad. Por tanto, la enfermedad mental en el niño es un rasgo importante que se debe tener presente al evaluar a un menor con otros factores de riesgo suicida.

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida. En este sentido hay que tener en cuenta la presencia de familiares, principalmente padres, hermanos y abuelos, con antecedentes de comportamiento suicida, por la posibilidad del aprendizaje por

imitación. En esta dirección son de destacar también la existencia de amigos o compañeros de escuela con dicha conducta, que, por similar mecanismo, pueden predisponer a la realización de este acto.

Los motivos que pueden desencadenar un suicidio en la infancia, son variados y no específicos, pues también se producen en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Por ello es importante determinar los factores de riesgo antes descritos que predisponen a que un menor, frente a un acontecimiento precipitante, se manifieste con una conducta autodestructiva.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:
Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido).
Problemas con las relaciones paterno-filiales.

Problemas escolares.

Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante.

Búsqueda de afecto y atención.

Agredir a otros.

Deseos de reunirse con un ser querido fallecido.

Contrario a lo que se piensa, la existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general se traducen en cambios de todo tipo. Así tendremos que velar su comportamiento en la casa o la escuela (agresivos o pasivos), variación de hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito), en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño), de carácter y de ánimo, dificultades en el aprovechamiento docente, en el juego (desinterés, no participación con los amigos habituales), repartir posesiones valiosas, preocupación por la muerte y temas afines, hacer notas de despedida, etcétera.

Un niño en el que se observen cambios como los señalados en el párrafo precedente y que reúna otros factores de riesgo suicida, debe ser evaluado en breve por un profesional especializado en Salud Mental (psicólogos o psiquiatras infanto-juveniles).

Los métodos elegidos por los menores para autodestruirse dependen de la disponibilidad de éstos, de las propias experiencias y las circunstancias del momento. Se citan: la ingestión de tabletas, venenos agrícolas, kerosén, lociones para la piel, precipitación, ahorcamiento, fuego, corte de vasos sanguíneos, etcétera. Por lo general, las niñas intentan contra su vida a menor edad que los niños y en los lugares que habitualmente habitan o frecuentan (hogar, escuela, casa de amigos, etcétera).

Conocidos algunos factores de riesgo para la conducta suicida en el menor, se recomienda la siguiente Guía para evaluar dicho riesgo y proceder de la manera en que se señala:

		Puntos
1.	Progenitores demasiado jóvenes o maduros.	1
2.	Dificultades en la captación y control prenatal.	1
3.	Enfermedad psiquiátrica de los progenitores.	2
4.	Niño poco cooperador en la consulta.	1
5.	Niño que manifiesta cambios en su comportamiento.	3
6.	Violencia en el hogar y sobre el niño.	3
7.	Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta.	2
8.	Antecedentes personales de autodestrucción.	2
9.	Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño.	3
10.	Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etcétera).	2

Si la suma de la puntuación es menor de 10, el niño debe ser interconsultado por el equipo de salud mental de su área, y si es mayor de 10 puntos, por un psiquiatra infanto-juvenil en breve plazo para su evaluación y manejo por el personal especializado.

Como se evidencia en la guía, el médico de la comunidad debe detectar los niños con riesgo suicida y proceder a su interconsulta, participando de la misma para ir habituándose con el manejo que de este tipo de pacientes y sus familiares junto a los profesionales de la salud mental. No es necesario asistir a la interconsulta de todos los menores con este rasgo, pero sí de aquellos más graves o que con más frecuencia tengan esta conducta, para ir entrenándose en este tratamiento, lo cual le permitirá realizar acciones de salud científicamente mejor fundamentadas.

Bibliografía

1. Barra, Flora de la. "Conducta suicida en niños y adolescentes", *Pediatr.*, 5(3):152--7, Chile, jul.-ago., 1989.
2. Calderón Colmenero, J., y R. Aguilar Esquivel: "Suicidio en niños", *Rev. Ped. Mex.*, 55(1):51-2, México, ene.-feb., 1988.
3. Kienhorst, C.W.M., W.H.G. Wolters, R.F.W. Diekstra y E Otte: "A study of the frequency of suicidal behaviour in children aged 5 to 14", *J. Child. Psychol Psychiat.*, vol. 28, No. 1:153-65, Holanda, 1987.
4. Krarup, G., B. Nielsen y P. Rask: "Childhood experiences and repeated suicidal behaviour", *Acta Psychiatr. Scand.*, 83:16-19, Dinamarca, 1991.
5. Mardomingo Sanz M.J.: *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*, Ediciones Díaz de Santos, S.A., España, 1994.
6. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora: "Intento de suicidio en la infancia y la adolescencia: factores de riesgo", *An. Esp. Pediatr.*, 36, 6(429-32), España, 1992.
7. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora: "Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: ¿Un problema en aumento?", *Pediatr. vol. 12(118-21)* España, mayo, 1992.
8. Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina Zamora "Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes", *Pediatr. vol. 12/5-10*, España, enero-febrero/92.
9. Pagán Castro A.L., C. Parrilla Cruz y J.A. Sánchez Lacay: "Comportamiento suicida en niños", *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico*, 74(10):284-88, Puerto Rico, octubre, 1982.
10. Pagán Castro A.L., C.E. Parrilla Cruz y S.M. Parrilla Cruz. "Comportamiento suicida en niños y adolescentes: intervención del médico de familia", *Boletín Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico*, 74(10):284-88, Puerto Rico, enero, 1990.
11. Rodríguez Pulido F., A. Sierra López, R. Gracia Marco, J.L. González de Rivera y D. Montes de Oca: La prevención del suicidio (I): prevención primaria, *Psiquis*, 317/90, vol. XI/90, 47-52, España.
12. Sarro, B. y C. de la Cruz. *Los suicidios*, Editorial Martínez Roca, España, 1991.
13. Vaz-Leal, F.J.: "Psychotherapeutic. Management of suicide attempts in children and early adolescents: working with parents, Psychother". *Psychosom.* 52:125-32, España, 1991.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia

La mortalidad por suicidio entre los adolescentes y jóvenes está incrementándose, particularmente en los varones, por lo que se hace impostergable su prevención eficaz. Para lograrlo es necesaria la promoción de salud, la protección específica de los grupos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y adecuado de aquellas afecciones que lleven al suicidio y al intento de autodestrucción en cualquiera de sus variantes.

La promoción de salud para prevenir esta conducta debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan, muchas veces durante mayor cantidad de tiempo, con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

¿Qué se debe promover? Principalmente modos de vida saludables entre ellos, como la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos,

desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, entre otros.

Es útil también que el adolescente, que aún no ha conformado plenamente su personalidad, desarrolle características que le sirvan como tampón contra el comportamiento suicida. Por tanto, debemos adecuarlo en el amor a la patria, su historia, sus héroes y mártires, de manera que los vivencie cercanos a él; incrementar el estoicismo, la humildad, la modestia, la perseverancia en el logro de objetivos elevados, así como la renuncia, cuando sea necesaria, lo cual indica flexibilidad sin dejar de ser uno mismo; el altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario; el autocontrol, la búsqueda de enfrentamientos o respuestas disímiles a un mismo problema; el amor al estudio, al trabajo, a los futuros hijos, a la familia y saber ser amigo; la generosidad, los buenos modales, la caballerosidad, el respeto a su semejante en su persona, costumbres y opiniones; tolerar frustraciones, aceptarse tal y cual es; pensar positivamente, no con sobrevaloración ni subvaloración; confiar en sí mismo y en los demás, así como desarrollar una sana desconfianza e incertidumbre frente a lo no conocido aún. Lograr que el adolescente aprenda a exponer y defender sus ideas hasta que se convenza de su equivocación, aceptándola sin dobleces cuando esto ocurra, así como no alimentar aquellos rasgos negativos del carácter como la vanidad, el egoísmo, la mezquindad, la envidia, los celos, la timidez, la autosuficiencia, la complacencia con lo logrado, la mediocridad, la chapucería, la terquedad, la duda, la falta de fantasía y proyectos elevados, la glotonería, la impulsividad, la crítica hiriente al mérito, el desconocimiento o desvalorización del mérito ajeno, el fraude en todas sus manifestaciones, la cobardía, la evasión, las habladurías o chismes, la alevosía, la crueldad, el maltrato a la flora o la fauna, etcétera.

Como se evidencia, se han mencionado algunos aspectos relacionados con la personalidad del adolescente que deben ser desarrollados y no precisamente en esta etapa de la vida, sino desde la más temprana infancia, por lo cual es imprescindible la educación de la familia, cuidadores, personas que laboren en instituciones infantiles, etcétera. Pero, si esto no se ha podido lograr, la adolescencia continúa siendo un buen momento para empezar por no estar estructurada por completo la personalidad como apuntábamos antes.

La protección específica se haría mancomunadamente, sobre aquellos en desventaja biosicosocial, como los que hayan sido niños con riesgo suicida o los que en la propia adolescencia hayan acumulado diversos factores de riesgo hasta ese momento ausentes. Entre estos se encuentran los que hayan realizado una tentativa de suicidio o un suicidio frustrado; los que presenten alteraciones en su comportamiento sexual en forma de precocidad, promiscuidad, abortos, embarazos no deseados u ocultos, masturbación compulsiva, que hayan sido víctimas de abuso sexual, violación u otro delito de esta índole. También hay que tener en cuenta las variaciones en el comportamiento escolar, como las dificultades en el rendimiento habitual, las fugas o deserción escolar, el desajuste vocacional, las dificultades en las relaciones con maestros y profesores, la presencia del fenómeno trájín-trajinador con otros compañeros de estudio, la presencia de amistades con conducta suicida previa, la inadaptación de determinados regímenes escolares o militares (becas, servicio militar).

En el hogar, además de los factores de riesgo mencionados en la niñez, hay que tener en cuenta aquellos que lo abandonan de manera permanente antes de los 15 años; la identificación con familiares suicidas, deprimidos o alcohólicos; convivencia con un enfermo mental como único pariente; dificultades socioeconómicas; permisividad en el hogar de determinadas conductas antisociales, lo que las refuerzan; presencia entre los familiares directos de personalidades antisociales, criminales, etcétera.

En el aspecto social, el riesgo suicida puede incrementarse a través de noticias sensacionalistas, sea por los medios de difusión masiva o por el rumor popular, cuando el adolescente la identifica con la amistad, el amor, el heroísmo o cualquiera otra cualidad positiva. También pueden aumentarlo la falta de apoyo social, la posibilidad de adquirir drogas, armas de fuego, etcétera.

Entre los factores de riesgo en esta etapa se cita la eclosión de la enfermedad mental, sobre todo los trastornos del humor y la esquizofrenia. La denominación de trastornos del estado del ánimo o del humor ha sustituido al término trastornos afectivos e incluye los depresivos y bipolares. No entraremos a clasificar dichos trastornos, pues no es el objetivo del presente texto, por lo que nos limitaremos a su diagnóstico, particularmente el de los depresivos.

Un episodio depresivo mayor se define por un síndrome formado por al menos cinco de los síntomas que a continuación se relacionan:

- ✚ Ánimo deprimido.
- ✚ Disminución del interés o pérdida del placer por las actividades habituales.
- ✚ Aumento o pérdida de peso (5 % en un período de un mes) o cambios en el apetito.
- ✚ Insomnio o hipersomnia casi diarios.
- ✚ Agitación psicomotora o lentitud.
- ✚ Fatigabilidad o pérdida de energía.
- ✚ Sentimientos inadecuados de culpa o inutilidad.
- ✚ Disminución de la capacidad de concentración o indecisión.
- ✚ Ideas de suicidio o de muerte.

Los síntomas se presentan al menos durante dos semanas.

Si la depresión es de tipo melancólico, de mayor severidad se encontrarán al menos cinco de los siguientes síntomas:

- ❖ Pérdida del interés o placer por la mayoría de las actividades habituales.
- ❖ Falta de respuesta a estímulos agradables.
- ❖ Mayor depresión en las mañanas.
- ❖ Insomnio matutino (despertar 2 horas antes de lo habitual).
- ❖ Lentitud o agitación psicomotora.
- ❖ Anorexia significativa o pérdida de peso (más del 5 % del peso corporal en un mes).
- ❖ Ausencia de trastornos previos de la personalidad.
- ❖ Uno o más episodios depresivos mayores anteriores con remisión completa o casi completa.
- ❖ Buena respuesta previa a un tratamiento somático antidepresivo adecuado (antidepresivos, sales de litio, electroshock).

El trastorno distímico, consistente en un estado de ánimo deprimido o irritable, que se prolonga diariamente durante un año, se caracteriza por acompañarse de dos de los siguientes síntomas.

- ✓ Descenso o aumento del apetito.
- ✓ Insomnio o hipersomnia.
- ✓ Fatiga o pérdida de energía.
- ✓ Disminución de la autoestima.
- ✓ Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
- ✓ Sentimientos de desesperanza.

Generalmente comienza a los 21 años y la ausencia de sintomatología durante dos meses excluye el diagnóstico.

En otras ocasiones, la depresión se manifiesta como abuso de drogas, dificultades de comunicación, escasa autoestima, mutismo, inusual mal carácter, aislamiento social, descuido personal, rebeldía con padres y maestros, problemas con la policía, etcétera.

La esquizofrenia, otra enfermedad con elevado riesgo suicida, requiere para su diagnóstico de la presencia de síntomas psicóticos, cuya duración debe ser de un mes, y la no adquisición del nivel de desarrollo social correspondiente a la edad o el deterioro del nivel previo adquirido. Dichos síntomas son:

- i. Trastornos del contenido del pensamiento, especialmente ideas delirantes.
- ii. Desorden en el curso del pensamiento, sobre todo la pérdida de la capacidad asociativa.
- iii. Alucinaciones.
- iv. Afectividad aplanada o inadecuada.
- v. Trastorno de la identidad personal con extrema perplejidad hacia uno mismo.
- vi. Dificultad para llevar adelante y concluir la actividad habitual.
- vii. Problema en las relaciones interpersonales y desorden en la psicomotricidad.

Otros autores consideran algunas características como las siguientes:

- ✚ Trastornos evidentes y mantenidos de las relaciones emocionales, con marcada tendencia a la reserva y las conductas inapropiadas en el contacto interpersonal.
- ✚ Falta de conciencia aparente de la identidad personal, que se traduce en posturas inadecuadas e investigación reiterativa de una parte del cuerpo (mirarse en el espejo durante horas).
- ✚ Preocupación excesiva por determinados objetos que no guardan relación con el uso habitual.
- ✚ Resistencia e intolerancia a los cambios en el ambiente con reacciones de mucha ansiedad o miedo intenso.
- ✚ Respuestas excesivas, impredecibles o nulas a los estímulos sensoriales.
- ✚ Asumir posturas extrañas, manierismos, estereotipias.
- ✚ Deterioro del lenguaje adquirido.
- ✚ Preocupaciones religiosas, sexuales, filosóficas, no usuales.

La adolescencia es la edad preferida para comenzar el trastorno esquizofrénico, aunque desde la infancia son frecuentes los síntomas de ansiedad, las preocupaciones excesivas, los miedos y la timidez. El inicio típico es la irrupción abrupta de los elementos antes descritos, con intensa agitación y agresividad, aunque también puede darse el comienzo insidioso.

En no pocas ocasiones el suicidio es el primer síntoma evidenciable de una esquizofrenia, como una reacción de la parte aún sana de la personalidad ante la evidencia de la desintegración que se avecina con la enfermedad. Esto es muy peligroso los primeros días de ser admitido en un hospital psiquiátrico o inmediatamente después de ser egresado.

De manera general podemos dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres etapas:

- I. Infancia problemática.
- II. Recrudescimiento de problemas previos, con la incorporación de los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
- III. Etapa previa al intento suicida, que se caracteriza por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

La primera etapa engloba los factores predisponentes; la segunda, los reforzantes, y la tercera, los precipitantes.

Al igual que en la infancia, la siguiente guía práctica puede contribuir a evaluar y tomar la conducta según la puntuación obtenida.

		Puntos
1.	Provenir de un hogar roto.	1
2.	Progenitores portadores de enfermedad mental.	2
3.	Antecedentes familiares de comportamiento suicida.	3
4.	Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar.	2
5.	Antecedentes personales de conducta de autodestrucción.	4
6.	Cambios evidentes en el comportamiento habitual.	5
7.	Amigos con conducta suicida.	2
8.	Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida).	5
9.	Antecedentes personales de enfermedad mental.	4
10.	Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etcétera).	2

Si la suma de la puntuación es mayor de 12, el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización y, de no ser posible, requerirá de una valoración inmediata por el especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.

Otra valoración que puede realizarse ante un adolescente potencialmente suicida, incluye la exploración de los siguientes aspectos:

1. Comportamiento suicida. Debe investigarse hasta la saciedad los deseos de morir, la idea suicida, los gestos, las amenazas y el plan de autodestrucción, el método que va a emplear, circunstancias en que lo realizaría, etcétera.
2. Ámbito familiar. Relaciones disarmónicas con padres, hogar roto, violencia familiar, padres enfermos mentales, familiares con conducta suicida. Deben explorarse las expresiones familiares que manejen la autodestrucción como una posibilidad de poner fin a la vida y la presencia de amistades con este comportamiento.
3. Cuadro clínico. Explorar signos de enfermedad mental, especialmente depresión, esquizofrenia y conducta suicida previa del adolescente.
4. Estado psicológico. Precisar la presencia de desesperanza, sentimientos de soledad, angustia, culpabilidad, abuso de alcohol, depresión, rabia, agresividad
5. Motivos. Pérdida de una relación valiosa, conflictos escolares, humillaciones, problemas familiares, deseos de matarse, etcétera.

Un comportamiento suicida afirmativo, un medio familiar que no constituye un adecuado soporte, la presencia de síntomas depresivos, desesperanza, agresividad o sentimientos de soledad y cualquier motivo, por poco significativo que parezca, debe presuponer la posibilidad real de un acto suicida y se debe actuar con eficacia para evitarlo.

Para concluir, se debe considerar el acto de autodestrucción en la adolescencia como un punto en el continuum de los problemas conductuales en cuestión y la necesidad de establecer diferencias entre los estresores crónicos de sus vidas y los estresores agudos que pueden precipitar la conducta suicida.

Entre los estresores crónicos se citan la disfunción familiar, los fracasos escolares, el abuso sexual y el consumo de alcohol o drogas, entre otros; mientras que los agudos pueden ser peleas entre amigos, conflictos amorosos, reprimenda de los padres que, como se evidencia, pueden y de hecho forman parte de la rutina de la adolescencia, pero que en un joven con problemas emocionales pueden llevar al acto suicida.

FACTORES PROTECTORES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

Autor: Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero

Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría

Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría

La promoción de salud para prevenir el suicidio entre los adolescentes debe involucrar no sólo a profesionales de la salud pública, sino a otras personas que se relacionan con los adolescentes, como son: los familiares, los maestros y los propios adolescentes.

¿Qué se debe promover? Principalmente modos de vida saludables entre ellos, la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, desarrollar múltiples intereses que les permitan un uso adecuado de su tiempo libre, incrementar el estoicismo, la humildad, la modestia, la perseverancia en el logro de objetivos elevados, así como la renuncia, cuando sea necesaria, lo cual indica flexibilidad; el altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario; el amor al estudio, al trabajo, a los futuros hijos, a la familia y saber ser amigo; la generosidad, los buenos modales, la caballerosidad, el respeto a su semejante en su persona, costumbres y opiniones; confiar en sí mismo y en los demás, así como desarrollar una sana desconfianza e incertidumbre frente a lo no conocido aún.

Se debe intentar lograr que el adolescente aprenda a exponer y defender sus ideas hasta que se convenza de su equivocación, aceptándola sin dobleces cuando esto ocurra, así como no alimentar aquellos rasgos negativos del carácter como la vanidad, el egoísmo, la mezquindad, la envidia, los celos, la timidez, la autosuficiencia, la complacencia con lo logrado, la mediocridad, la chapucería, la terquedad, la duda, la falta de fantasía y proyectos elevados, la glotonería, la crítica hiriente al mérito, el desconocimiento o desvalorización del mérito ajeno, el fraude en todas sus manifestaciones, la cobardía, la evasión, las habladurías o chismes, la alevosía, la crueldad, el maltrato a la flora o la fauna, etcétera.

Los factores de riesgo son aquellos que predisponen la aparición de determinada condición mórbida y los factores protectores son los que impiden, bloquean, atenúan o disminuyen la posibilidad de que se presente dicha condición.

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1- Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva

- 2- Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.
- 3- Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
- 4- Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “destino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.
- 5- Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
- 6- Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- 7- Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
- 8- Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- 9- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
- 10- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
- 11- Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
- 12- Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- 13- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- 14- Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
- 15- Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
- 16- Lograr una auténtica identidad cultural.
- 17- Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
- 18- Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
- 19- Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
- 20- Desarrollar una variedad de intereses extrahogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
- 21- Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de las fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no

transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Bibliografía

- 1) Allebeck, P., C. Allgulander y LL. Fisher: "Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men: Role of personality and deviant behaviour", B.M.J., vol. 297, 176-8, Inglaterra, jul, 1988.
- 2) Berman, A. y R. Schwartz: "Suicide attempts among adolescents drug user, A.D.J.C., vol. 144, 310-14, USA, march, 1990.
- 3) Buendía, J.: Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales, Ed. Pirámide S.A., España, 1986.
- 4) Castell P; Silver TJ. Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Ediciones Planeta 1998.
- 5) Crook, M.: Please, listen to me! Your guide to understanding teenagers and suicide. Self. Counsel. Personal self-help, 2 ed., Canadá, 1992.
- 6) Eldrid, J.: Caring for the suicidal, Ed. Constable, London, 1993
- 7) Gilchrist V.J.: "Preventive health care for the adolescent", Am. Fam. Physician, 43(3):869-78, Canadá, march, 1991.
- 8) Grossman, D.C., B.C. Milligan y R.A. Dey: "Risk factor for suicide attempts among navajo adolescents", Am J Public Health, 81(7):870-4, USA, jul, 1991.
- 9) Hendin, H.: "Psychodynamics of suicide with particular reference to the young", Am J Psychiatry, 147:2,190-95, USA, feb, 1990.
- 10) Kienhorst, I.: "Crisis intervention and a suicidal crisis in adolescent", Crisis (16/4): 154-156, Holland, 1995.
- 11) Low B.P. y S.F. Andrews: "Adolescent suicide, Med. Clin. Nort. Am., 74(5):1251-64, USA, sept., 1990.
- 12) Mardomingo Sanz M.J.: "Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes", Ed. Díaz de Santos, SA, España, 1994.
- 13) Mardomingo Sanz M.J. y M.L. Catalina: "Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes, Pediatría, vol. 12, 5-10, España, enero-febrero/1992
- 14) Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Ed. Díaz de Santos. 1994.
- 15) Orbach I. (1997). "Suicidal behavior in adolescents." *Italian Journal of Suicidology* Vol VII N^o 2 october 97-98.
- 16) Pérez Barrero SA (1996). "Factores de riesgo suicida en la adolescencia." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, Año LX. N^o 11(4) :318-25.
- 17) Pérez Barrero SA(1997). "Significados del acto suicida en adolescentes y jóvenes sobrevivientes." *Rev. Psiquiátrica del Uruguay*, N^o 336, vol 61:101-106.
- 18) Pérez Barrero SA (1997). "Actitudes hacia el suicidio en adolescentes." *Rev. Psiquiátrica Infantojuvenil* N^o 2 abril-junio:102-106.

- 19) Pérez Barrero SA; Sereno Batista A. Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol 1.Nº 2 Junio. 7-10. 2001
- 20) Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Ediciones Bayamo. 2002.
- 21) Sánchez Lacay A., C. Parrilla Cruz y A. Pagán Castro: "Intentos suicidas en adolescentes", *Bol. Asoc. Med.*, vol 77:7,273-77, julio, 1985.
- 22) Swedo S., D. Rettew, N. Kuppenheimer, D. Lum, S. Dolan y E. Goldberger: "Can adolescent suicide attempters be distinguished from At-Risk adolescents?" *Pediatrics*, vol. 88, No. 3, 620-29, USA, sep., 1991
- 23) Tovilla y Pomar M (2000). "Factores de riesgo suicida en los adolescentes." *Rev. Internacional de Tanatología y Suicidio* Vol 1 N^o 1 octubre: 7-17.
- 24) WHO (2000). *Preventing suicide: a resource for teachers and others school staff*.

Factores de riesgo suicida en el adulto

Siguiendo la línea de pensamiento precedente, los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia más aquellos inherentes a esta etapa de la vida. Como se evidencia, trato de llevar a la mente del lector un principio en la prevención de la conducta suicida: la realización de un corte longitudinal de la vida del paciente que permita comprender por qué determinado motivo, común a muchos sujetos, desencadena un acto de esa naturaleza en unos y no en otros.

Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo. En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho.

El diagnóstico de alcoholismo se puede realizar mediante la aplicación de valoraciones, pruebas y test (Mast, Mast abreviado, CID, CAGE, Jellinek); la historia clínica y los marcadores biológicos como la gamma-glutamyl-transpeptidasa (GGT) y el volumen corpuscular medio (VCM); enzimas sanguíneas (TGO y TGP), colesterol, triglicéridos y la creatinfosfoquinasa (CPK).

Desde el punto de vista meramente clínico, se puede plantear la existencia de una alcoholización física dada por: cara congestiva, venillas en pómulos y nariz, escleróticas amarillentas, voz ronca, movimientos torpes, marcha oscilante y temblor fino en las manos, disminución de la agudeza visual, repugnancia a los dulces, sudoración profusa, parestesias en miembros inferiores, hígado aumentado de tamaño y doloroso, eritema palmo plantar, disminución del vello, alopecias, etcétera.

La alcoholización psíquica estaría dada por las siguientes manifestaciones: cambios del humor, irritabilidad, reacciones coléricas, remordimientos, tristeza, llanto, pérdida de memoria y agilidad mental; elevada susceptibilidad, tensión interior, propensión a los celos y a culpar a otros; aislamiento, inseguridad, búsqueda de relaciones con otros alcohólicos, vulnerabilidad a los eventos vitales, etcétera.

La dependencia del alcohol, alcoholismo crónico o enfermedad alcohólica, se diagnostica según la Asociación Psiquiátrica de América cuando se producen como mínimo tres de los siguientes síntomas:

- ✚ Con frecuencia se bebe en mayor cantidad o por un período más largo del que pretendía.
- ✚ Un deseo persistente, con esfuerzos más o menos inútiles para suprimir o controlar su consumo.
- ✚ Una gran parte del tiempo se emplea en obtener y consumir el alcohol o recuperarse de los efectos de su ingesta.
- ✚ Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando tiene que realizar sus actividades habituales, o ingesta de alcohol en situaciones arriesgadas.
- ✚ Reducción de actividades sociales, laborales, culturales o recreativas a consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas.
- ✚ Uso continuado de alcohol a pesar de ser consciente de tener un problema físico, psicológico o social persistente y recurrente.
- ✚ Tolerancia notable con necesidad de incrementar las cantidades de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
- ✚ Síntomas de abstinencia al suprimir el tóxico, como temblor en lengua, párpados y manos, náuseas, vómitos, cansancio, cefalea, palpitaciones y sudoración excesiva.
- ✚ Calmar los síntomas de abstinencia con la ingestión de alcohol ("matar el ratón", "aplomar").

Una vez que se diagnostica esta toxicomanía, debe considerarse el riesgo suicida. Las siguientes características predisponen al intento de autodestrucción en los alcohólicos:

- Tener bajo nivel socioeconómico.
- Ser joven y del sexo femenino.
- Comenzar a edades tempranas la ingestión de alcohol y los problemas derivados de dicha ingestión.
- Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere.
- Tener comorbilidad: personalidad antisocial, depresión mayor, trastorno de ansiedad.
- Poseer familiares con antecedentes de intentos suicidas, los cuales abusan del alcohol.

Las siguientes características predisponen a la autodestrucción entre los alcohólicos.

- Pertenecer al sexo masculino.
- Tener pobre apoyo social.
- Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas.
- Padecer un episodio depresivo mayor.
- Padecer enfermedades médicas.
- No poseer empleo.
- Vivir solo.
- Tener pensamientos suicidas.

Los trastornos depresivos continúan siendo un factor de riesgo en el adulto, sobre todo si cumplen las siguientes características:

A. Temática suicida

Intentos suicidas

Ensueños de autodestrucción, catástrofes.

B. Síntomas y comorbilidad

Angustia o agitación.

Trastornos crónicos del sueño.

Inhibición de los efectos y de la agresividad.

Fase depresiva que finaliza.

Nosomanía o enfermedades incurables.

Comorbilidad por alcoholismo.

C. Entorno

Desórdenes familiares en la infancia y adolescencia.

Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño).

Dificultades profesionales o financieras.

Ausencia de un fin en la vida.

Ausencia o pérdida de relaciones religiosas sólidas o de otro tipo.

Se considera que la asociación de desesperanza, sentimientos de culpa, inutilidad, delirios diversos con un humor depresivo posee gran riesgo suicida.

En relación con la esquizofrenia en el adulto, se considera que existen dos grupos de pacientes suicidas:

1er. grupo

Pacientes con aceptable recuperación y franca regresión de sus síntomas productivos (alucinaciones, delirios), pero con sentimientos de frustración y desesperanza.

2do. grupo

Pacientes en los que predominan la angustia, la agitación, las alucinaciones y las ideas delirantes.

También en los esquizofrénicos pueden tener riesgo suicida los efectos secundarios de los neurolépticos, principalmente la depresión postratamiento y la acatisia.

Por último, en relación con esta enfermedad, se dice que la autodestrucción es difícil de predecir y es un peligro que nunca debe ser olvidado.

En la adultez generalmente se padecen determinadas enfermedades que, aunque no son privativas de esta etapa de la vida, hay que tenerlas en cuenta cuando coexisten con otros factores de riesgo. Entre éstas tenemos: la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington la sífilis terciaria, las endocrinopatías (Addison, Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus), carcinoma de la cabeza del páncreas, anemia perniciosa, colagenopatías (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico), etcétera. También constituyen un factor de riesgo los fármacos que necesariamente se utilizan en determinadas enfermedades, como son: Clonidina, Metildopa, Propanolol, Reserpina, Amantadina, Levodopa, fenotiacinas, butirofenonas, barbitúricos, anticonceptivos orales, digitálicos, Disulfiram, benzodiazepinas, esteroides y otros que tienen en común ser pro depresivos.

En la mujer el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se añaden factores socio-psicoculturales (independencia de hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, imposibilidad de realizar deseos frustrados, competencias de nuevas generaciones, etcétera), pueden, junto a otros factores de riesgo asociados, precipitar un acto suicida.

También los adultos que tratan de proteger sus familias, su profesión o sus negocios de algún escándalo que ellos han ocasionado, poseen gran riesgo suicida, en esta situación ven en la autodestrucción una respuesta a esos problemas.

En los adultos, a diferencia de los adolescentes, existen dos esferas que pueden convertirse en generadoras de conflictos y que en determinados sujetos pueden ser el motivo de un acto suicida. Nos referimos al matrimonio y el trabajo. Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta. Se ha demostrado que puede convertirse en un factor suicidógeno en determinados sujetos, principalmente del sexo femenino, una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales. La mujer soltera tiene menos riesgo de autodestrucción que el hombre en esta misma condición, mientras que el hombre casado posee menos peligro suicida que la mujer en dicha situación.

El desempleo, sobre todo en el primer año, puede ser un factor predisponente, así como el fracaso en el ejercicio de una profesión, lo cual se mide por la insatisfacción laboral (actitud) y por la falta de éxito (realización), tanto en la culminación eficiente de las tareas como en los logros económicos; la pérdida de prestigio, de aceptación y de realización personal, los cuales pueden deberse a déficit de aptitudes, rechazo vocacional, capacitación deficiente, bajas remuneraciones, escasas posibilidades de desarrollo personal, ocupación monótona y repetitiva, obsolescencia por cambios tecnológicos y tendencias neuróticas autodestructivas que inducen a cometer errores y fracasar.

Es en esta etapa de la vida en la cual el sujeto interactúa más intensamente con la sociedad y el éxito o fracaso de esta interrelación individuo-sociedad puede, junto a con otros factores, evitar o precipitar un intento o un suicidio consumado.

En relación con esto, vemos que la desmoralización, condición mental que se presenta cuando un individuo se encuentra a sí mismo de manera persistente incapaz de dominar situaciones que él y otras personas esperan solución de forma adecuada, o experimenta un malestar continuo que no logra explicar con certeza, puede precipitar un acto suicida, por la carga de desesperanza, desamparo, retraimiento y pérdida de la autoestima que dicho estado posee.

Otra condición que hay que valorar en el riesgo suicida de un adulto, es haber realizado previamente un intento o un suicidio frustrado, entendiendo como tal aquel que no tuvo éxito en sus propósitos sólo por un error de cálculo o por otro accidente. Estos individuos pueden repetir dichos actos y existen algunos factores que pueden predecirlos, como los siguientes:

- ❖ Historia de tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizado.
- ❖ Poseer una personalidad antisocial.
- ❖ Abusar del alcohol u otras drogas.
- ❖ Pobres condiciones materiales de vida.
- ❖ Desocupación.
- ❖ Antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, etcétera).

A continuación se pone a consideración del lector otra guía práctica para evaluar el riesgo suicida en la atención primaria, la cual consta de los siguientes temas con sus respectivas puntuaciones:

		Puntos
1.	Los familiares temen que el paciente realice un intento suicida.	3
2.	Actitud poco cooperadora del individuo en la entrevista.	2
3.	El paciente expresa deseos de morir.	2
4.	Manifiesta ideas suicidas.	4
5.	Expone un plan de autodestrucción.	5
6.	El sujeto tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos.	4
7.	Posee antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente.	2

8.	Tiene antecedentes de intento suicida.	3
9.	Posee antecedentes familiares de conducta suicida.	3
10.	Presencia de un conflicto actual.	2

Para la valoración del riesgo de autodestrucción se procederá de la siguiente manera:

Si la suma de la puntuación sobrepasa los 18, el sujeto debe ser hospitalizado.

Si la suma se encuentra entre 10 a 18 puntos sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, el individuo debe ser observado por parte de un personal especializado en las instituciones correspondientes.

Si la suma es menor de 10 puntos sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, el paciente debe ser interconsultado con un experto en salud mental.

Esta guía, como las precedentes, tiene la ventaja de evaluar el riesgo sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, así como normar qué hacer en cada situación, y sólo requerir para su obtención, un interrogatorio al paciente y si éste no coopera, al familiar.

Bibliografía

1. Beck, A., G. Brown, R. Berchick, B. Stewart y R. Steer: "Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients", *Am J Psychiatry*, 147:2,190-5, feb, 1990.
2. Camuel Y., M. Rotenberg y E. Caine: "Completed suicide at age 50 and over", *J.A.G.S.*, vol, 38, No. 6, 640-4, jun, 1990.
3. Eldrid, John: "Caring for the suicidal", Ed. Constable, London, 1993.
4. González M., Ricardo: *Psiquiatría para médicos generales*, Ed. Científico-Técnica, Cuba, 1988.
5. Heinrich K., y A. Klimke. "Suicide in psychiatric clinic patients", *Z-Klin-Psychol-Psychopathol-Psychother*, 38(2):99-180, 1990.
6. Modestin, J. y W. Boker: "Neuroleptic therapy and suicide. Review of the literature and personal results", *Fortschr-Neurol-Psychiatr.*, 60(4):154-62, apr, 1992.
7. Motto J.A.: "Estimation of suicide risk by the use of clinical models", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 7(4):236-45, Winter, 1990.
8. Motto J.A. y A. Bostrom: "Models of suicide risk. Nice person", *Crisis*, 11(2):37-47, nov., 1990.
9. "Empirical indicators of nearterm suicide risk", *Crisis*, 11(1):52-9, may, 1990.
10. Pérez Barrero, S.A. "Guía práctica para la evaluación del riesgo suicida". *Rev Psiq. Peruana*, 1:33-36, Perú, 2da. época, 1994.
11. Roy A., D. Lamparsk, J. de Jong, V. Moore y M. Linnoila: "Characteristic of alcoholics who attempt suicide", *Am. J. Psychiatry*, 147(6):761-5, jun, 1990.
12. Siomopoulos V.: "When patients consider suicide. Risk factors to watch for", *Post-graduate Med.*, vol 88, No. 3, 205-13, sept, 1990.
13. Sarro B. y C. de la Cruz. "Los suicidios", Ed. Martínez Roca, España, 1991.
14. Zambrano M, N. González, Leonardo Castillo y D. Aitor, 1992
Psiquiatría Peruana 12, Anales del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Eds.

Factores de riesgo suicida en la vejez

A pesar de la presión popular sobre el suicidio en la juventud y las numerosas investigaciones en torno a ese fenómeno, los ancianos son los que tienen mayores tasas en este aspecto. En la medida en que las personas mayores constituyan el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el año 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar en los factores de riesgo en la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción.

Es conocido que esta conducta en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos:

- ❖ Realizan menos intentos de autodestrucción.
- ❖ Usan métodos mortales.
- ❖ Reflejan menos señales de aviso.
- ❖ Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- ❖ Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Por estas características se hace necesario que se conozcan los diversos factores de riesgo para esta conducta.

El envejecimiento trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensoriales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. El anciano no siempre aporta síntomas porque teme le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus dificultades como parte del proceso de envejecimiento. Entre los problemas físicos que el anciano debe afrontar se encuentran: la patología artrítica, que afecta la locomoción; las enfermedades cardiovasculares, que limitan el ejercicio físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y el cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte.

Los problemas emocionales incluyen cierta depresión y una alteración de la propia estima, a lo cual se añaden las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras.

Como se evidencia, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que son un caldo de cultivo adecuado para que se manifieste esta conducta.

El intento de autodestrucción en esta edad es un serio problema, pues en muchas ocasiones se trata de verdaderos suicidios frustrados por su alto grado de premeditación; por los métodos utilizados, que usualmente son violentos; por la existencia de enfermedades médicas concomitantes, sobre todo las que se acompañan de disnea en el caso de dolencias físicas o los trastornos depresivos en el grupo de las enfermedades mentales. Esta última condición, al igual que en el adolescente, se manifiesta en ocasiones de manera diferente al adulto, con cierta atipicidad, ya que los ancianos deprimidos restan importancia a la tristeza, insistiendo en quejarse fundamentalmente de los síntomas físicos que les llevan a considerarse a sí mismo enfermos y frecuentan médicos internistas o de atención primaria, lo que prolonga el inicio de un tratamiento antidepressivo específico.

Las señales biológicas de la depresión, como el insomnio, pérdida del apetito, peso y energía; los trastornos gastrointestinales, como la pirosis, acidez, digestiones lentas, constipación; los síntomas cardiovasculares, tales como las palpitaciones, precordalgias; los síntomas osteomio articulares, como las mialgias, artralgias, lumbalgias y dolores de espalda, son comúnmente atribuidos por el anciano a una enfermedad física como se señalaba con anterioridad, y si el médico de atención primaria no está familiarizado con esta forma de presentación del trastorno afectivo en el paciente, una depresión no suicida puede convertirse en suicida.

Otras veces la depresión adquiere una forma de presentación demencial (pseudodemencia depresiva), sobresaliendo la confusión mental, la desorientación en tiempo y espacio, la labilidad afectiva e incluso la incontinencia urinaria.

Para una mejor clasificación de los factores de riesgo en los ancianos, éstos se pueden dividir en:

A. Factores médicos:

Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes, como la de Parkinson, la demencia de Alzheimer o de otro tipo, las neoplasias, la diabetes mellitus complicada de retinopatía o polineuropatía discapacitante, la insuficiencia cardiaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.

Los tratamientos pro depresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).

Las enfermedades prodepresivas, principalmente la arteriosclerosis, demencias, la de Parkinson, entre otras.

B. Factores psiquiátricos:

Se incluyen las depresiones de cualquier etiología, el abuso de drogas o alcohol, los trastornos crónicos del sueño, las psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.

C. Factores psicológicos:

Los ancianos que sufren de sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos, aburridos, con falta de proyectos vitales y con tendencia a revivir el pasado.

D. Factores familiares:

Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. La viudez durante el primer año es un momento crítico para el anciano, durante el cual puede ocurrir la llamada autodestrucción pasiva, en la que el evento vital doloroso desencadena una depresión y altera además el sistema inmunitario, lo que facilita la patología somática, principalmente las infecciosas.

El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le "rotan" entre los familiares).

El ingreso en un hogar de ancianos en su etapa de adaptación puede reactivar situaciones de desamparo previas que precipiten un acto autodestructivo.

E. Factores socio-ambientales:

La jubilación.

El aislamiento social.

La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.

La pérdida de prestigio.

Éstos son algunos de los factores de riesgo que se pueden encontrar en esta etapa y que mientras mayor número de éstos se acumulen, mayor será el riesgo de terminar su vida por suicidio.

La siguiente guía práctica pudiera ayudar a evaluar dicho riesgo en la vejez por parte del médico de atención primaria:

		Puntos
1.	Vivir solo.	2
2.	Padecer una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados.	2
3.	Padecer una enfermedad mental.	3
4.	Tener antecedentes personales de conducta suicida.	3
5.	Poseer antecedentes familiares de dicha conducta.	1
6.	Actitud poco cooperadora en la entrevista.	2
7.	Expresar deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros.	4
8.	Manifestar ideas suicidas.	5
9.	Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución.	3
10.	Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista.	5

Si la suma de la puntuación es mayor de 9, el anciano debe ser remitido a una unidad psiquiátrica para ser examinado por el personal especializado.

Bibliografía

1. Bron, B.: "Suicidal risk in endogenous, neurotic and reactive depression in advanced age Schweiz-Arch-Neurol", Psychiatr, 14(3):229-53, 1990.
2. Comuel Y., M. Rotenberg y E. Caine: "Completed suicide at age 50 and over", J.A.G.S., vol. 38, No. 6, 640-44, jun, 1990.
3. De las Heras F. y M. Dueñas: "Etiopatogenia e incidencia del suicidio entre los ancianos, Rev Esp de Geriat y Geront, vol. 23, 23-30, enero-febrero, 1988.
4. Ekeberg O., y I. Aargaarald: "Suicide and attempted suicide among-the elderly", Tidsskr-Nor-Leageforen, III(5):562-4, feb., 1991.
5. Frierson R.L.: "Suicide attempts by the ald and very old", Arch Intern Med., 151(1):141-4, jan., 1991.
6. Kalb, R. y E. Lungershausen: "Fortschr-Med, 188(9):168-72, mar, 1990.
7. Lester D., y B. Yang: "Social and economic correlates of the elderly suicide rate", Suicide-Life-Threat-Behav. 22(1):36-47, Spring, 1992.
8. Tobias, O.R., R. Pary y S. Lippimann: "Preventing Suicide in older people", Am Fam-Physician., 45(4):177-13, apr., 1992.
9. Walshe, T.: Manual de problemas clínicos en Medicina Geriátrica, E.R., 1987.

Algunas técnicas de intervención

Conociendo los factores de riesgo suicida, el médico de atención primaria está en mejores condiciones para detectar aquellos individuos suicidas en potencia y las guías prácticas pueden trazar la conducta que se debe seguir para que este tipo de paciente sea valorado de forma precoz por profesionales de la salud mental, los que sin objeción, están científicamente más capacitados para profundizar en el diagnóstico nosológico, perturbabilidad y letalidad potencial de la persona con riesgo de autodestrucción, así como la terapéutica que debe seguir, sea hospitalizado o de forma ambulatoria.

No obstante, se considera por muchos, y entre ellos el autor del libro, que la prevención de este acto no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, (léase equipos de salud mental, psiquiatras y psicólogos), sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. En la medida en que mayor cantidad de personas, sean profesionales o voluntarios, sepan qué hacer frente a un paciente con riesgo suicida, mayor será la posibilidad de evitar que se autolesione.

Lo primero que se debe saber es que una persona con dicho riesgo no siempre estará sentada frente a un médico de atención primaria o un psiquiatra. Se le puede encontrar como vecino, amigo, familiar, compañero de estudios o de trabajo, etcétera, por lo cual la primera ayuda puede y debe ser brindada por aquel que esté más cerca de él en el momento de crisis.

Lo segundo es que una persona en crisis suicida no es un criminal ni un loco furioso capaz de realizar cualquier agresión, no sólo contra él sino contra otros. Generalmente se trata de personas muy infelices que piensan en autodestruirse por no tener otras formas de adaptarse a situaciones dolorosas de sus vidas. Y tercero, se hace necesario eliminar creencias erróneas que se han arraigado en los que desconocen esta conducta, como las siguientes:

1. "La gente que habla de suicidarse nunca lo hace". No es cierto, aproximadamente el 75 % de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.
2. "El suicidio se comete sin previo aviso". No es verdad, la persona da muchas señales verbales y extraverbales de sus propósitos.
3. "El paciente que se repone de una crisis suicida no tiene peligro de recaer". No es cierto, pues casi el 50 % de los que atravesaron dicha crisis, llevaron a vías de hecho el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes, cuando todo parecía pensar que el mayor peligro había transcurrido.
4. "Todo el que se suicida está deprimido". Aunque todo deprimido es un suicida potencial, no todo el que lo lleva a efecto lo es, pues puede ser un individuo con un trastorno de personalidad, alcohólico, etcétera.
5. "El suicidio se hereda". No es cierto, éste no se hereda, lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que se imite dicho comportamiento anormal.
6. "Hablando con un individuo con riesgo suicida sobre el tema, se puede hacer que lo lleve a cabo". No es verdad, ya que se ha comprobado que esto reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irreplicable, de iniciar su prevención.
7. "El suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso". No es cierto; en 1949, E. Ringel examinó 745 casos de intentos suicidas con el objetivo de determinar su estado psíquico previo al acto y describió el síndrome presuicidal, que aunque no forma parte de ninguna enfermedad psiquiátrica, es un común denominador de todos los trastornos psíquicos, y la persona en crisis lo es.

Dicho síndrome presuicidal está conformado por constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresión y fantasías suicidas, las cuales se refuerzan entre sí. La detección de estos síntomas puede evitar la autodestrucción.

8. "Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio". No es verdad, en párrafos precedentes recalcamos que cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.
9. "El abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perder el tiempo". No es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios, será una valiosa ayuda para el paciente potencialmente suicida:
 - Escuchar con atención a la persona en crisis, facilitando su desahogo.

Durante el discurso del sujeto en crisis se deben utilizar, en su momento, frases cortas que le hagan sentir que lo comprendemos y lo tomamos en serio. Estas frases pueden ser: "Me imagino", "Entiendo", "Es lógico", "Claro", "No es para menos", etcétera.

- Preguntar siempre sobre el comportamiento suicida según lo indicado al inicio de este libro.
- Ayudarle a que encuentre otras alternativas que no sea la autodestrucción, aunque no confíe en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Ejemplo: "Yo voy a irme de la casa" (sin tener otro lugar donde vivir); "Me voy a olvidar de él" (como si la memoria fuera como la pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito); "Tengo que cambiar para que ella vuelva" (a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene un nuevo amante).
- No dejar sola a la persona en crisis y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud (médico de atención primaria, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etcétera), o a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (consultorios, policlínicos, hospitales).

Si estas premisas son utilizadas por el llamado sentido común, un gran número de los que hoy intentan contra su vida o se autodestruyen, no lo harán.

Otra forma de abordar al individuo en situación de crisis es lo que se ha denominado primera ayuda psicológica, que tiene puntos de contacto con lo descrito anteriormente, como se comprobará a continuación según el siguiente diagrama.

Primera ayuda psicológica

Etapa	Sí	No
I. Establecer contacto.	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
II. Conocer la dimensión del problema.	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos.	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no.
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario.	Ignorar o no explorar el peligro suicida
III. Posibles soluciones.	Abordar los obstáculos directamente.	No explorar los obstáculos.
	Establecer prioridades.	Visión del túnel.
IV. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo.	Ser tímido. Ser indeciso.
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
V. Seguimiento.	Realizar recontacto para evaluar progreso o retroceso.	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido.

Si el individuo ya ha realizado una tentativa de suicidio, la primera medida es salvar su vida, por lo que hay que apoyarse en un médico que evalúe los posibles daños e imponga el tratamiento oportuno que impida futuras secuelas. Pero si el sujeto está en condiciones de cooperar, se debe facilitar la comunicación con la intención de conocer cuál ha sido el móvil que explique dicha conducta.

Un intento de autodestrucción es una forma desesperada de decir algo y se considera un grito de ayuda o socorro. Es, en definitiva, un mecanismo de adaptación anormal que nos dice que el paciente no encuentra o no tiene otros más adecuados. Por lo tanto, hay que entender qué nos ha querido comunicar con ese acto. Generalmente éstos son algunos de los significados del intento suicida:

Posibilidad de dormir para descansar, temporalmente, del agobio de una situación intolerable.

Expresar rabia, inconformidad, frustración.

Debut de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.

Reacción ante la pérdida de una relación valiosa.

Forma inadecuada de vivir.

Reclamación de apoyo.

Agredir a otros.

Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal.

Conociendo estos posibles significados, se puede entender mejor al paciente suicida y ayudarlo más eficazmente. Una vez logrado establecer la causa del intento suicida, se debe continuar escuchando con paciencia y sensibilidad, y mantenerse cerca del sujeto para disminuir los sentimientos de soledad tan frecuentes en ellos, que perciban que se les acepta, a pesar de esa anómala conducta. Es de importancia capital que el paciente comprenda, si su estado mental lo permite, que esa vida es suya y que nadie mejor que él debe cuidarla, por lo que nuestra función es tratar de que se ayude, es decir, trabajar juntos por la opción de vivir, no de morir.

Al mismo tiempo, debemos ser sagaces observadores de nuestras propias reacciones, teniendo en cuenta que el afecto no es una técnica terapéutica reconocida ni es suficiente para darlo a todos los pacientes, por lo cual debe dosificarse.

También deben evitarse las manifestaciones de odio, desprecio, indiferencia, burla o cualquier otra que traduzca un rechazo, consciente o no, a este tipo de personas.

Al igual que debemos velar nuestras reacciones, no menos importantes son las del sujeto, que puede asumir actitudes de víctima, de autocompasión, manipulativa, francamente hostil, lo cual debe ser confrontado de forma inmediata a la presentación de las mismas.

Se considera útil también conocer las 10 características comunes en todo suicida según Shneidman, para realizar lo adecuado en cada momento. Éstas son:

Características comunes en los suicidios según Shneidman

Variable	Características
1. Estímulo	Insoportable dolor psicológico.
2. Stressor	Necesidades psicológicas frustradas.
3. Propósito	Encontrar una solución (la muerte).
Objetivo	Cese de conciencia.
5. Emoción	Desesperanza-desamparo.
6. Actitud	Ambivalencia (morir-vivir).
7. Estado cognitivo	Constricción
8. Actitud interpersonal	Mensajes de intención suicida.
9. Acción	Autoagresión
10. Consistencia	Copiar patrones previos de ajuste.

La primera característica es el insoportable dolor psicológico. Es menester reducirlo, utilizando un oído atento y sensible, no impedir el llanto u otra expresión emocional que se convierta en una válvula de escape de ese dolor.

La segunda es la frustración de las necesidades psicológicas, por lo que es prudente aceptar como reales dichas necesidades y ser imparcial.

La tercera es encontrar una solución, por lo que se debe dar oportunidad al sujeto a que manifieste su situación y entender que para él es seria y urgente. Es ésta la oportunidad de preguntar si ha considerado otras soluciones que no sea el suicidio y si no, invitarlo a pensar en otras alternativas e informarle que usted le ayudará a ello.

La cuarta es el cese de la conciencia, por aquello de "ojos que no ven, corazón que no siente". Frente a esta característica es necesario brindar apoyo emocional al sujeto, calor humano y valorar en qué forma el stress puede ser reducido para que el individuo elimine tensiones. Ello puede incluir incluso la hospitalización, el tratamiento farmacológico, etcétera.

La quinta característica son los sentimientos de desesperanza (desamparo) y se impone reconocer como reales dichos sentimientos, no combatirlos con expresiones tales como: "Ud. está demasiado pesimista" o algo por el estilo, pues en ocasiones estos síntomas responden a depresiones severas condicionadas por desequilibrios de los neurotransmisores, lo cual no se rectifica con buenas intenciones y consejos.

La sexta es la ambivalencia, que es imprescindible captar y empezar a presentarle o buscar en conjunto alternativas más positivas y reforzarlas.

La séptima es la constricción, la cual debe ser reconocida precozmente y explorar otras opciones que permitan una visión más amplia de posibilidades de solución a los problemas.

La octava son los mensajes de la intención suicida, por lo que se debe estar atento a ellos; éstos se traducen en forma de cambios sutiles unos, evidentes otros, que pueden ser el preludio de ese comportamiento. Por ello, es imprescindible interrogar sobre la presencia de idea o un plan suicida.

La novena característica es la autoagresión, por lo cual se debe escuchar y actuar con premura, pues en esta condición el individuo está en el límite de sus posibilidades de no llevar a cabo dicho acto. Es obvio que deben restringirse los métodos mediante los cuales el sujeto pueda dañarse.

La última característica es copiar patrones anteriores de conducta, por lo que se debe prestar atención, previo análisis longitudinal de la vida del paciente, a sus rasgos distintivos de personalidad, los cuales se pueden poner de manifiesto en su comportamiento durante la entrevista, así como sus anteriores formas de reaccionar en situaciones críticas.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante I)

A continuación expondré varias maneras de manejar a una persona con la posibilidad de realizar un acto suicida y alerto al lector de que cualquier método, siempre que sea auténtico, armonice con las características de la personalidad de quien lo emplea, sea utilizado por quien crea en su efectividad y persiga como objetivo impedir la consumación de dicho acto, puede lograr buenos resultados en la prevención del suicidio.

I. Frente a todo paciente con riesgo de suicidio lo primero que se evalúa es si el sujeto puede responsabilizarse con su vida o no está en condiciones para ello. Esto implica considerar quién ha sido esta persona, quién es ahora, comparándola con los datos recabados previamente, para hacer patente las diferencias, si existieran, y que pueden precipitar un acto suicida. Aquí queda incluida también, la búsqueda de la parte sana e inteligente del paciente, con la que debemos trabajar para disminuir las probabilidades de llevar a vías de hecho los propósitos autolesivos. Paralelamente, se debe explorar qué

otros recursos en la familia y en el medio están disponibles para evitar el intento o el suicidio de la persona.

Al igual que se evalúa la parte sana, debe evaluarse la parte enferma del individuo, es decir, su grado de perturbación mental: si está privado o no de sus facultades mentales y si es capaz de participar de manera constructiva o no en su autoayuda. Y también si esta persona tiene reales motivos para seguir viviendo, por lo que se hace necesario averiguar si está casado, si tiene hijos, si trabaja y se siente satisfecho con lo que hace, si tiene amigos o pertenece a alguna organización política, religiosa, fraternal, etc., su estado de salud física y sensación de bienestar, entre otras cuestiones.

Luego de este análisis entre quién era este sujeto y quién es ahora, en este momento de riesgo, se pueden dividir las personas potencialmente suicidas en tres categorías:

Primera categoría: Personas imposibilitadas de hacerse responsables de sus vidas. En esta categoría se incluyen a los que tienen muy pocos motivos para seguir viviendo, como los ancianos solos y sin familia que se ocupe de ellos y tengan otros factores de riesgo suicida sobreañadidos, como enfermedad dolorosa, incapacitante, que requiera varias intervenciones quirúrgicas, mala situación económica, tristeza, llanto, ideas suicidas, amenazas de quitarse la vida, ingestión frecuente de alcohol, insomnio marcado, demencia incipiente, etcétera. Los individuos portadores de enfermedades psiquiátricas graves como las esquizofrenias, los trastornos del humor, la depresión y el alcoholismo complicado; los dementes y los retrasados mentales moderados a severos, así como aquellos enfermos físicos portadores de cáncer o sida, y los que padezcan de dolor crónico intenso.

Por último, los niños deben quedar entre las personas que no son responsables de sus vidas, pues, realmente, no lo son.

Segunda categoría: Personas con responsabilidad parcial sobre sus vidas. En esta categoría quedan incluidos quienes padezcan las enfermedades del acápite anterior en determinado momento de su evolución, cuando es posible mantener contacto con el facultativo, son manejables en su medio familiar y sus síntomas actuales no son de gravedad. Se incluyen también los retrasados mentales ligeros, los alcohólicos no complicados y, desde luego, a los adolescentes, que aunque no son enfermos al igual que los niños, requieren a diferencia de éstos, no tutelaje, sino orientación, consejos.

Tercera categoría: Aquí se incluyen a las personas con plena responsabilidad sobre sus vidas, como los que presentan trastornos de la personalidad, enfermedades psiquiátricas menores o no graves, enfermedades físicas con repercusión psicológica pero con conciencia lúcida, problemas situacionales sin síntomas de graves alteraciones del funcionamiento psíquico; y, desde luego, los adultos sin trastornos psiquiátricos.

Con cada una de estas categorías se debe hacer una intervención diferente, según el siguiente diagrama:

Este manejo se propone en lo fundamental, comprobar si el sujeto puede colaborar con el cuidado de su propia vida y con quienes le quieren ayudar a que se la cuide. Mientras menos cooperación haya, se deben extremar las precauciones pues es más probable la realización del acto suicida, independientemente del grado de responsabilidad que tenga sobre su vida.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante II)

Esta variante es para enfrentarnos con quien haya realizado un intento de suicidio. Consiste en tratar de dar respuesta a una serie de preguntas en conversación con el suicida en potencia. Pasemos a enunciarlas:

1. ¿Quién era esta persona antes de intentar contra su vida?

De las respuestas a esta pregunta se pueden conocer los factores que elevan el riesgo de cometer suicidio:

- Padecer enfermedad psiquiátrica previa
- Antecedentes de intentos de suicidio
- Inadaptación social
- Inadaptación laboral
- Inadaptación familiar
- Provenir de una familia psiquiátrica o tener familiares psiquiátricos, locos
- Provenir de una familia de suicidas o sobrevivientes de suicidios.

2. ¿Quién es esta persona ahora?

La comparación entre las respuestas a la pregunta precedente y a ésta puede dar más aproximación al riesgo de suicidio, pues mientras mayores sean las diferencias entre lo que una persona fue y lo que es, éste puede incrementarse. Aquí queda incluido además, el cuadro clínico actual, es decir, los síntomas presentados y es la idea suicida planificada la más peligrosa por la cercanía a la ejecución del acto; la inadaptabilidad familiar, laboral y social en el presente, los factores que desencadenaron el intento suicida, entre los que sobresalen los conflictos de familia y pareja, las enfermedades físicas asociadas, etc.

3. ¿Es alta su letalidad?

Aquí las respuestas nos deben orientar sobre el método empleado, pues aunque cualquiera en determinadas circunstancias puede ocasionar la muerte, los llamados métodos duros, como el ahorcamiento, el fuego, la precipitación de lugares elevados creados por el hombre o naturales, sección de grandes vasos, sumergimiento y otros, son más peligrosos. Con respecto a las circunstancias, debe prestarse especial atención a los que eligen lugares de difícil acceso, en los que las posibilidades de rescate son mínimas, aunque se han realizado suicidios ante las cámaras de televisión y millones de televidentes.

4. ¿Qué es lo que dice el paciente?

Con esta pregunta se trata de verificar a qué se ajusta la ideación suicida: si existe el propósito de morir o al acto se le atribuye otro significado como el deseo de mostrarle a otros cuan grandes son sus problemas, escapar de una situación intolerable, petición de ayuda, etc. La presencia de un plan suicida incrementa sustancialmente el peligro de repetirlo con éxito, al igual que las ideas distorsionadas sobre la realidad, los clásicos “disparates” al decir de los familiares, que cuando tienen como tema supuestas culpas, autorreproches, miserias, tragedias, calamidades, enfermedades incurables, etc., comportan elevado riesgo de suicidio.

5. ¿Qué parte sana tiene el sujeto?

La respuesta a esta pregunta tiene una importancia estratégica pues de ella depende el manejo definitivo de la crisis suicida del sujeto. Las situaciones diversas que se pueden presentar transcurren desde personas sin apenas perturbación psíquica hasta las gravemente perturbadas, desde las que tienen una crítica razonada de lo ocurrido hasta las que consideran el suicidio como única posibilidad.

6. ¿De qué se puede aferrar este sujeto, además de mí, para seguir viviendo?

Como se ve, mediante esta pregunta debe conocerse todo aquel que trate con la persona con riesgo suicida; esto es de gran valor humano, fraternal, solidario, porque, además de nuestra ayuda, debemos recabar apoyo de hijos, cónyuges, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

7. ¿Qué más puedo hacer por esta persona?

Su contestación permite hacer una revisión de lo hecho hasta este momento que, en lo fundamental, ha consistido en la evaluación del riesgo suicida. En lo adelante, se deben

concentrar los esfuerzos en dirigir a la persona con intento suicida, amenazas suicidas, ideas suicidas planificadas o no, a recibir atención calificada, que puede ser el médico de la familia, psicólogos, psiquiatras, unidades de intervención en crisis de los hospitales generales, etc. Este objetivo de acercar al individuo en crisis suicida a los centros de salud es fundamental, y si él no va a ellos, se puede pedir una visita en el domicilio al médico de la familia, si es que ya no la ha realizado como parte de sus deberes.

Por último, recuerde no dejar solo en ningún momento a la persona en una crisis suicida. No lo olvide.

8. ¿Lo he hecho todo?

Como se puede observar, ésta es una pregunta incisiva que complementa la anterior pretendiendo con ella sean movilizados todos los recursos disponibles, entre ellos, la familia, amigos, vecinos, comunidad, instituciones, organizaciones y todo cuanto sea necesario para enfrentar a un sujeto con intenciones suicidas.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante III)

Lo primero que se debe hacer cuando una persona nos confía sus ideas suicidas, es tomarlo en serio, dándole la importancia requerida a la situación, pues muchos cometen el grave error de considerar a quienes intentan el suicidio como chantajistas, manipuladores, que se están haciendo los locos, que eso es un teatro o un alarde. Si piensan así, no podrán nunca comprender ni ayudar a un presunto suicida.

Un segundo paso en este manejo es tratar de comprender al sujeto, los motivos que tuvo para intentar contra su vida, y para lograrlo, es importantísimo escuchar con real interés lo que él dice, detenidamente, con atención, así se facilita la liberación de emociones y sentimientos lo cual cumple una función catártica, vomitiva, con el consiguiente alivio, aunque sea momentáneo, pero alivio al fin. Todo lo anterior favorecerá la relación con él y la ayuda que se desea brindar.

En tercer lugar debemos tratar de facilitar en el individuo la búsqueda por sí mismo de soluciones a su problemática actual, de alternativas realistas y posibles, pues en momentos de crisis éstas están sustancialmente reducidas, y predominan los sentimientos de autodestrucción.

No es conveniente erigirse en juez supremo de los actos del sujeto o querer responsabilizarse con su vida si él está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

Lo cuarto es desterrar del pensamiento la idea falsa de minimizar el motivo por el cual una persona puede intentar el suicidio con expresiones como: “No lo hará pues lo que le está pasando no es motivo para quitarse la vida”. Para usted u otro individuo sin riesgo suicida, puede que ese motivo no desencadene dicho acto, pero para el sujeto en riesgo, un motivo similar puede precipitarlo.

Lo quinto que nunca debe hacerse es retarlo, sugiriéndole métodos de mayor letalidad del que haya empleado en caso de ser sobreviviente de un intento de suicidio, como: “¿Y si tenías tantos deseos de morir por qué no te tiraste delante del tren?, y el sujeto sólo había ingerido tabletas de un ansiolítico de acción breve; o “Acaba de matarte de una vez que me tienes aburrido” o “Usted no se mata nada, no esté haciendo papelazos”, estas expresiones deben ser abolidas de nuestro léxico y criticar a quien las pronuncie porque, evidentemente, no sabe la hostilidad que este tipo de personas genera en él.

Pierda el temor de enfrentarse a personas con ideas suicidas, quienes, por lo general, son capaces de establecer una buena relación con usted, están muy necesitados de ser

escuchados y desean seguir viviendo con solo que ocurran pequeñas modificaciones en sus vidas.

Y no olvide nunca que si intuitivamente considera que el sujeto está en crisis suicida y puede consumir el suicidio, trate por todos los medios de dirigirlo a un centro médico para su tratamiento especializado.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante IV)

Al enfrentarnos a una persona potencialmente suicida, es necesario tener en cuenta nuestras propias opiniones y puntos de vista con respecto a quienes lo intentan, los cuales pueden oscilar desde el rechazo manifiesto, considerándolos como cobardes, hasta la plena justificación, catalogándolos de héroes.

No es prudente asumir, al enfrentarlos, ni una posición ni la otra. Los individuos que atentan o desean atentar contra su vida, no son ni cobardes ni valientes, pues la cobardía y la valentía son cualidades del carácter no cuantificables por la capacidad que tengan los seres humanos de privarse de sus vidas o no. A estas personas les ha fallado su capacidad reactivo-adaptativa, les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación ante los avatares de la vida, y como sucede en cualquier caso de crisis, se encuentran desesperados, confusos y con una mezcla ambivalente de sentimientos.

Ante esta situación es muy útil servir de “modelo ortopédico” a este tipo de individuos, dándoles apoyo frecuente, ayudándoles en el análisis de sus problemas y dificultades, facilitando la participación de ellos en la búsqueda de soluciones en conjunto con otros familiares, compañeros de estudio o de trabajo, con la finalidad de disminuir hasta donde sea posible los sentimientos recurrentes de soledad tan frecuentes en las personas suicidas.

Es una buena técnica de ayuda no intentar convencerlos de lo maravilloso que resulta - estar vivo, de lo buena que es la vida y otras conversaciones similares, pues ellos, precisamente, no son capaces de pensar eso y lejos de ayudar, se pueden incrementar sus sentimientos de ineficiencia, inutilidad, minusvalía, por sentirse incapaces de disfrutar de los beneficios de vivir. En este sentido, es más útil precisar con detalles lo que dicen sobre sus vidas y porqué consideran que carecen de sentido y es mejor morir, pues la sola expresión de estas opiniones pudiera llevarles cierto alivio, además de permitirnos conocer cómo piensan.

No se debe olvidar ni por un momento que las personas con este riesgo, tienen alternativas muy limitadas para resolver problemas y la más socorrida es el suicidio, por lo que resulta de gran importancia conocerlas y evaluar cuan realistas son, y si el peligro es elevado; desde ese momento no se deben dejar solas.

Por último, emplee una parte del tiempo junto a ellas en hacerles comprender las otras opciones no suicidas para resolver los problemas, y que ocasionarían sufrimiento a personas allegadas si murieran; así como también hay quienes desean ayudarles, sin olvidar mencionar las fuentes donde recurrir en busca de salud mental, si persisten los deseos de autoeliminación, en cuyo caso, usted es la persona indicada para acercarlas a ellas.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante V)

Una variante un tanto complicada de manejar a estas personas con riesgo de suicidio, es aquella en la cual lo primero es realizar el diagnóstico del significado de quitarse la vida para quien desea hacerlo o lo haya intentado.

No todos los que se autoagreden tienen reales deseos de morir. A los efectos resultantes de autoagresiones sin propósitos de muerte se les denominan daños autoinfligidos y

como he señalado con anterioridad, pueden tener diversos significados, necesarios de precisar para hacer un manejo más efectivo de estas personas.

Muchos se infligen daño para evitar con ello el dolor físico, síntoma fundamental ocasionado por determinada enfermedad. No es menester la evidencia del mismo, sino que pueden atentar contra la vida a causa de lo por venir, como es el caso de enfermedades incurables. En esta situación, lo esencial es asegurarle al individuo que existen los medicamentos fundamentales en cantidad suficiente para hacerle frente a esta contingencia y, de fracasar, hay otras técnicas para poner fin al dolor, disponibles en instituciones especializadas.

Algunos desean con el suicidio agredir a otros seres queridos por lo que se hace provechoso discutir el tema de la agresividad y cómo hacerla socialmente útil, pues no es malo ser agresivo, sino hacer un mal uso de ella. Un boxeador que no sea agresivo no es un buen deportista, pues en todos los deportes de combate la agresividad es fundamental. Y ni siquiera en estos casos puede ser utilizada a tontas y a locas, sino de manera inteligente que se traduzca en la victoria. En lo cotidiano hay que hacer lo mismo.

Otros reaccionan de esta manera ante la pérdida de una relación valiosa, y en estos casos se les debe recordar otras pérdidas que hayan precedido a la actual, relacionar los estados anímicos pasados con los presentes y valorar en qué medida esta situación ha vuelto a tener el mismo significado de las experiencias pasadas. Pero ahora es un adulto y se espera de él enfrentarlas de forma más madura, más realista, menos dependiente, menos dañina para él y los que le rodean.

Muchos de los que intentan contra su vida nos están indicando que en ellos ha hecho su debut determinada enfermedad mental de importancia, con necesidad de atención especializada cuanto antes por el peligro de llegar a consumir el suicidio, y se hace impostergable la orientación hacia una clínica psiquiátrica para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su evolución por profesionales competentes.

Una parte de ellos recurren al suicidio tratando desesperadamente de pedir ayuda por encontrarse ante un problema, incapaces de resolver por sí solos, pues sobrepasa sus capacidades de ajuste. En estos casos, lo mejor será retirarlos de la situación si fuera posible mediante cambio de ambiente, hospitalización, etcétera, enseñarles otras variantes de enfrentamiento y pedir apoyo a cuantas personas tengan que ver con este individuo y la solución de su contrariedad.

Por último, hay quienes desean quitarse la vida para salir de una dificultad agobiante como pudiera ser una relación conflictiva y difícil, una situación socioeconómica precaria, responsabilidades ineludibles para las que no se está preparado, etc. Una buena alternativa en estos casos es brindar apoyo emocional al sujeto, calor humano y valorar de qué manera el estrés puede ser reducido para aliviar sus tensiones.

La persona con riesgo suicida y su manejo (Variante VI)

Una forma de poder ayudar a las personas en peligro de suicidio es conocer cómo se sienten en esos momentos.

Es común en ellas sentirse terriblemente solas, sin nadie interesado que las entienda. En muchas oportunidades, el aislamiento en que se sumergen les facilita estos sentimientos. Con frecuencia consideran a la vida carente de sentido alguno, suponen que las demás personas se sentirían mejor si ellas no existieran y es preferible estar muertas. Se sienten pesimistas, creen que nada les ha salido, les sale ni les saldrá bien en sus vidas, que son una calamidad y sus dificultades no tienen solución.

No son pocos los desesperados cuyas fantasías suicidas en sus mentes, cada minuto que pasa se hacen más firmes y convincentes. Pero unido a ello sienten también muchos

deseos de seguir viviendo si determinados cambios ocurrieran, si se les brindara un poco de ayuda.

Es conveniente eliminar el criterio equivocado de no poder ayudarlos con el simple sentido común, pues ellos sólo necesitan que se les escuche y se les asista.

Ante una persona que le confía sus deseos de suicidarse, le sugiero lo siguiente:

- No se alarme al recibir esta información, pero siempre tómela en serio.
- Estimúlela a que le confíe sus problemas y cómo ellos le hacen sentir.
- Hable usted lo menos posible para que predomine siempre la voz de la persona que sufre.
- Toque a la persona, pues el contacto piel con piel facilita la comunicación (ejemplo: ligera presión manual del antebrazo mientras le invita a que se desahogue).
- No se ponga de ejemplo, ni le hable de usted y sus experiencias personales.
- No le dé las soluciones que fueron buenas para usted, pues puede ser que para ella no sirvan en lo absoluto.
- Si no se siente seguro en lo que está haciendo, pida ayuda. No es aconsejable el manejo en solitario de personas con riesgo de suicidio cuando haya inseguridad.
- Acompáñela hasta que el peligro haya pasado, lo cual puede manifestarse al ser capaz de expresar verbalmente su crítica hacia los pensamientos suicidas cuando mejora su estado de ánimo, y se muestra más relajada, tranquila, cooperadora e interesada por las actividades cotidianas.
- Si el riesgo suicida persiste, lleve al sujeto para que reciba atención psiquiátrica especializada.
- Inténtelo de nuevo cuando cualquier otra persona le confíe sus propósitos suicidas y le saldrá mejor que la primera vez, como a todos los que nos hemos dedicado a la prevención del suicidio.

Manejo de quien realiza un intento suicida por venganza o chantaje

El intento suicida por venganza o chantaje, es el realizado por personas con rasgos anormales en su carácter, quienes pretenden, mediante este acto, castigar a otros, ponerlos en evidencia como culpables de su acto suicida y, en el caso de fallecer, hacerlos responsables de su muerte.

Las personas que realizan este tipo de intento suicida han asumido con relativa frecuencia el papel de víctimas en sus relaciones interpersonales o el de manipuladoras de los demás. En la generalidad de los casos, pretenden castigar a alguien muy estrechamente relacionado con ellas, como el padre, la madre, cónyuge, novio, novia, etc., por algo que hizo o no esperaba que hiciera o no lo hizo y ellas querían que se hiciera. Casi siempre, el tiempo transcurrido entre el problema o motivo supuesto y la tentativa de suicidio, es breve: minutos, horas, raramente días, de manera que la otra persona y con ella los demás, se puedan dar cuenta de la estrecha relación entre lo ocurrido y el acto suicida. A veces pueden dejar notas de despedida o mensajes contradictorios como el que sigue: “No culpen a Fulana de lo que hago, pero desde lo que me hizo no puedo pensar en otra cosa que no sea la muerte” (¡?)

Este tipo de intento suicida debe ser manejado de la siguiente manera:

1. Es conveniente hacerle saber a esta persona que ningún ser humano es culpable ni puede hacer que otro se suicide: es el propio sujeto que intenta el suicidio quien elige el método y él mismo quien lo lleva a la práctica. Cuando un individuo causa la muerte a otro, ya no es un suicidio, que por definición es matarse a sí mismo, sino un homicidio. En este sentido, se dice que el suicidio es el homicidio de sí mismo.
2. Debe entender que la responsabilidad del intento suicida es del propio sujeto que lo realiza, por no tener un adecuado control de su impulsividad y manejar de manera

inadecuada su hostilidad, por no haber aprendido a enfrentar situaciones complejas y elegir mecanismos anormales de afrontamiento.

3. Se debe hacer el análisis de quién castiga a quién con dicho intento. Sin lugar a dudas, la persona a quien se pretende castigar seguirá viviendo, aunque con cierto grado de culpabilidad, mayor cuanto más cercano sea el vínculo afectivo que los unía. Sin embargo, el castigado con más severidad es quien lo intenta, pues en primera instancia puede perder la vida o afectar su salud; puede perder la confianza de sus seres queridos quienes empezarán a tratarlo con miedo, lástima o compasión, pero no como a una persona normal; será el comentario del vecindario, pues pensarán que no está gozando de una buena salud mental. Hay que hacer énfasis en que el supuesto castigador, a partir de ese momento, tendrá dificultades para conocer por qué se continúan las relaciones con él o ella, si es porque aún existe amor o porque le tienen miedo a sus reacciones, en caso de que se haya tratado de la pareja, uno de los casos más frecuentes.

También debe entender cuánto se limitan sus posibilidades futuras de estabilidad afectiva y de encontrar una pareja normal, pues es difícil mantener vínculos duraderos con quien haya intentado el suicidio para vengarse de un ser querido.

4. Hay que invitarlo a que modifique su manera anormal de querer, pues es un grave error creer aquello de “quien bien te quiere te hará llorar”; cuando realmente se quiere no se chantajea al ser amado ni se hace objeto de venganza alguna o manipulación.

5. Necesita comprender lo imprescindible de modificar la forma de ser y hacer, es decir, el comportamiento, si es que pretende ser una persona lo más equilibrada posible. Y una de las características de ésta es que no se autoagrede para culpar a otros de lo que hace contra sí mismo.

6. El sujeto es el único responsable de su vida y también de su muerte, y en esa muerte por suicidio, el papel principal será desempeñado por su propia manera de ser, por ninguna otra persona y hay que hacerle comprender esto.

7. Se debe enfatizar con él en la necesidad de establecer diferencias entre el motivo de algún hecho y su causa. El motivo de un intento suicida por venganza o chantaje puede ser cualquiera, un disgusto, la ruptura de una relación, una frustración, etc. Pero la causa de esta conducta anómala es el propio sujeto, con su forma anormal de manejar situaciones.

8. Por último, es preciso invitarlo a que haga utilización de la parte buena, adulta y responsable de su personalidad, que seguramente impedirá la realización de actos de este tipo, muestra evidente, sin lugar a dudas, de rasgos inmaduros del carácter.

Manejo de quien realiza un intento suicida por miedo

Este tipo de intento de suicidio lo realizan quienes tratan de evitar una situación muy temida, de ahí la importancia de definir de qué se trata.

Hay momentos que generan temores diversos en la generalidad de los seres humanos, como son las guerras, las epidemias, las hambrunas, las catástrofes naturales. Algunos, sólo lo generan en determinadas personas, no así en otras, por tratarse de circunstancias que habitualmente no producen este tipo de emoción. Son las llamadas fobias, temores irracionales a dificultades, objetos o animales y múltiples cosas en dependencia de su origen.

Existen otras contrariedades muy temidas, no por la situación en sí misma, sino por las consecuencias derivadas de ella en ciertos contextos culturales. Pongamos por ejemplo el caso de una adolescente en un hogar, educada con rígidos principios morales entre los que la virginidad es la principal divisa de la honra, y perderla significa ser una deshonra para ella y la familia. Supongamos que esta adolescente, por amor, curiosidad, embullo,

o cualquier otra razón válida para sí en ese momento, tiene relaciones sexuales con su novio, ese temor a enfrentarse a las consecuencias de su acto, puede llevarla a realizar un intento de suicidio para evitar la cólera paterna o materna, los regaños de los familiares, las habladurías y los comentarios, etcétera. En estos casos, los familiares reaccionan con una gama de efectos entremezclados, que pueden ir desde el enojo, hasta la agresividad física, por sentir que la adolescente les ha humillado ante todos.

En circunstancias de este tipo, sugiero realizar el siguiente manejo:

1. Hay que hacerles comprender a los padres lo limitado de su criterio de una hija buena y honrada, pues una buena hija lo es porque es estudiosa, sociable, bondadosa, sacrificada, cariñosa, respetuosa, veraz, puntual, y toda una serie de cualidades personales que seguro su hija tiene y ellos no se han detenido a valorar, pues sólo les interesa si es o no virgen.

2. Por la rigidez antes descrita, que ha desempeñado el papel de muro separador, existen dificultades en la comunicación padres-hija, e impidió que la adolescente comunicara lo ocurrido y optara por intentar el suicidio.

3. Ha existido una deficiente educación sexual en la adolescente y en los padres, lo cual favoreció la relación sexual prematrimonial en esta etapa de la vida.

4. la adolescente debe entender que las situaciones muy temidas lo son para todos los seres humanos por igual y el resto se puede calificar como muy importante, importante y poco importante, y ayudarla a clasificar la suya según este nuevo criterio, que excluye el miedo.

5. Los familiares y el adolescente deben saber que debe darse a cada problema su justo valor. Ni sobrevalorarlo ni subvalorarlo, y es aconsejable ponerlo en conocimiento de otros no inmersos en él y que pueden tener una visión más realista del mismo. Para ello se puede utilizar el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra, el sacerdote o pastor, un buen amigo, etc.

6. Debe llegarles el mensaje de que en momentos importantes como el referido, es cuando se demuestra ser padre o madre para su hija, pues es preferible tener una hija que no sea virgen que tener una hija muerta o sobreviviente de una tentativa de suicidio.

7. la adolescente debe entender que en momentos importantes se demuestra a los padres que se es hija al confiar en ellos. Al principio no reaccionarán como se espera, pero si sigue su vida como siempre, cumple con sus obligaciones, les da un tiempo para la reflexión, todo volverá a la normalidad.

8. La familia debe analizar que los problemas surgidos en su seno, no necesariamente son para crear el caos, la desorganización. Muchas veces las crisis en la familia contribuyen al crecimiento individual de sus integrantes desde el punto de vista emocional y ello se traduce en lazos más sólidos y realistas. En esta nueva dimensión se instará a que funcione la familia que se pretende ayudar.

Por último, existen múltiples situaciones generadoras de actos suicidas, pero todas tendrán como denominador común la intolerancia, el miedo unilateral motivado por factores culturales, que a pesar nuestro y suyo, aún persisten.

Manejo de quien realiza un intento suicida por desesperación

El intento suicida por desesperación ocurre en el curso de circunstancias con gran repercusión emocional en individuos con poca tolerancia a las frustraciones; más frecuentemente después de desengaños amorosos, aunque no es privativo de ellos ni tampoco son las únicas en que se puede presentar.

Para el manejo de este tipo de intento de suicidio primero se hacen las siguientes preguntas al sujeto en cuestión:

- ¿Siempre todo nos tiene que salir bien en la vida?

- ¿Las cosas siempre tienen que salirnos como las pensamos y deseamos?
- ¿Los seres humanos estamos vacunados contra los fracasos, las decepciones, los desengaños?
- ¿Los desengaños, las frustraciones y cuantos problemas nos ocurren, son para que nos suicidemos o para que los enfrentemos, suframos y les demos solución, si la tienen y continuemos viviendo con esa experiencia ganada?

Acto seguido sería de mucha utilidad reflexionar con el individuo:

1. No todo en la vida tiene que salir bien y eso no constituye una tragedia. Él es quien la hace, porque no le salió de la forma deseada y porque aún no ha aprendido a enfrentar situaciones adversas.

Una persona que desee ser equilibrada tiene que ser capaz de reconocer sus equívocos, de desprenderse de posesiones valiosas o renunciar a algo cuando las circunstancias lo requieran.

2. Él no es el único que ha sufrido los fracasos amorosos, las frustraciones, los desengaños, la pérdida de seres queridos, en fin, los diversos problemas que ocurren, porque forman parte, precisamente, de eso que se llama vida y hay que vivir, aunque sean dolorosos y muy frecuentes.

3. Ningún ser humano está inmunizado contra el fracaso. Existen vacunas para múltiples enfermedades infecciosas y nuestro país está en una posición de avanzada en este campo de la medicina, pero no existe ni será creada una vacuna antidisgusto, antifracaso, antiproblema. Nunca se diga “Yo no me puedo disgustar”, “Yo no me puedo molestar”, cuando para ser justos debiera decirse “Yo no he aprendido a disgustarme”, “Yo no he aprendido a molestarme”. En efecto, hay quienes desde épocas tempranas de sus vidas siempre fueron complacidos en todos sus caprichos por parte de sus seres queridos y siendo adultos, creen firmemente que el resto de las personas que no son sus familiares, están obligadas a complacerlos como lo hacían ellos. Y eso la mayoría de las veces no ocurrirá, y ocasionará en el sujeto la confrontación inesperada y el consiguiente malestar.

Para lograr ser equilibrado debe evitar molestarse innecesariamente, evitar los disgustos porque los tiene en cuenta y los previene; pero no rehuirlos tampoco si se presentan, pues en el transcurso de la vida debe aprender a enfrentarlos.

4. Los fracasos, los desengaños amorosos, hacen que las personas se sientan anímicamente mal, frustradas, desilusionadas, pesimistas, irritables o cualquier otro tipo de estado psíquico no usual, pero tampoco anormal, pues es la respuesta lógica a un acontecimiento doloroso y desagradable que les ha ocurrido.

Si se desea ser equilibrado, sufrirá su malestar pero continuará haciendo, quizás con menos eficacia y creatividad, lo que realizaba antes del sufrimiento: trabajar, criar los hijos, estudiar, etc. Puede pedir consejos a su médico de familia, psicólogo, psiquiatra, sacerdote o pastor o simplemente a una persona en quien confie. Todo eso es normal.

Ahora, si desea complicar su propia vida, hará justo lo contrario: al no soportar estar sufriendo, comenzará a dejar de hacer las cosas que le pueden ayudar a disminuir dicho sufrimiento. Comenzará entonces a desatender el trabajo, los hijos, la familia, encerrándose en sí mismo. No buscará ayuda médica y si la busca no cumplirá cabalmente las indicaciones terapéuticas, tampoco confiará sus problemas a otros que pudieran socorrerle, y es en esos momentos de soledad más aparente que real cuando ocurren estos actos suicidas.

5. Es fundamental que sufra su dolor y trate de seguir funcionando lo más normal posible, aprendiendo de todo lo ocurrido y tratando de preguntarse cuál ha sido su participación para evitar incurrir en errores similares en el futuro.

Si desea ser equilibrado, debe ser capaz de darse cuenta cuándo ha dejado de significar para alguien lo que significaba antes. Eso siempre es triste y doloroso, pero no es el fin del mundo. Seguimos siendo lo que somos pero sin esa criatura.

Una persona que desee complicarse la vida pensará que todo lo hizo bien, a la perfección, que el otro es el culpable, que con ella jugaron, fue engañada, manipulada, utilizada y sin ese otro ser y el conflicto al que limita su mundo, se le acabará todo. Los hijos, la familia, los estudios, el trabajo, las amistades, no forman, para ella, parte de su mundo y debe recordársele que sí lo son.

6. Hay que ayudarla a encontrar otras alternativas que no sea el suicidio a la hora de enfrentarse a situaciones dolorosas, pues es una solución definitiva a malestares que son temporales.

Manejo de la familia de un suicida

A partir de determinada edad, que oscila entre los siete y los diez años aproximadamente, todos los seres humanos normales saben que tienen que morir. Sin embargo, a pesar de eso, la muerte siempre afecta, en mayor o menor medida, a los que continúan viviendo, y por ello cobra mayor importancia la forma en que se muere, y sobre todo si esa muerte es por suicidio, violenta e inesperada en la mayoría de las veces. Al respecto, se ha señalado “la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes que tienen que tratar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo”.

La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es el suicidio. Por tanto, al enfrentar a la familia del suicida, lo primero es:

- Tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a la disposición de la familia para su apoyo emocional.
- Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.
- Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso.
- Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares de los suicidas están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

Es conveniente considerar que la clásica reacción de duelo, en el caso de los familiares del suicida, es catastrófica por sus manifestaciones.

En la fase primera de shock, la marcada tristeza es evidente entre los familiares que tenían una relación más estrecha con el suicida, y coexiste con síntomas físicos, como salto de estómago, dolores precordiales, hipersensibilidad a los ruidos, sentimientos de irrealidad, falta de aire, pérdida de energía, trastornos del apetito y del sueño. A la fase de shock le continúa una fase de rabia, la cual puede dirigirse en contra de todos, de los médicos que atendieron al individuo, el propio sujeto, el suicida, Dios, etcétera. A esta fase le sigue la de culpabilidad, en la cual es notoria la angustia por no haber previsto el desenlace, los anhelos no satisfechos del suicida, las diferencias no resueltas en las relaciones con el difunto, posibles motivos que contribuyeron al desenlace fatal, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido.

Por último, la fase de reorganización permite a los sobrevivientes reorientar sus energías psíquicas a nuevas motivaciones si el duelo es resuelto de forma satisfactoria.

Algunos afirman reconocer las fases del duelo y no actuar de manera inmediata. En mi experiencia, sustentada en una efectiva relación médico-paciente-familia, comienzo las

acciones de salud en el propio funeral, limitándome en esos momentos a permitir las manifestaciones de dolor y pena e, incluso, estimularlas en aquellos familiares que tratan de mantener un control excesivo sobre sus emociones, velando siempre por llevar la voz de la razón donde predomina la voz de los afectos. En este momento se le brinda el mayor apoyo emocional a quienes estaban afectivamente más vinculados al suicida.

En los días que siguen se trabajará con la familia en establecer diferencias entre las muertes esperadas y las no esperadas como el suicidio, con la finalidad de que comprendan cuán devastador resulta este tipo de muerte para los sobrevivientes, y se trata de evitar que los mismos hagan pasar a los demás por la experiencia traumática que ellos están viviendo.

Otro aspecto importante es establecer lo que he denominado “priorizar” el duelo, es decir, establecer una jerarquía de dolientes, y precaver la usurpación del dolor por otros familiares que no son los más afectados, pero por determinadas características de personalidad, se comportan como si fueran los que más sufren. Este procedimiento no se debe aplicar si no se tiene una sólida relación con los familiares y un profundo conocimiento de los vínculos entre ellos y con el occiso, para lograr de esta manera la solidaridad del resto de la familia y se brinde apoyo emocional al “doliente priorizado”, sin que los otros sientan minimizados sus sentimientos, e incrementar sus actitudes altruistas.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes a un suicida, es posible manejarla en dependencia del grado de responsabilidad que sobre su vida pudo tener el fallecido. Así, si el suicidio fue realizado por un sujeto sin responsabilidad alguna sobre su vida en esos momentos o sólo la tenía parcialmente, le hacemos entender a los familiares que:

- La culpa es una fase habitual por la que todos pasamos cuando muere un ser querido, con independencia de la causa que la origine; ésta dura cierto tiempo en el cual el individuo se cuestiona constantemente qué hizo o qué dejó de hacer para que los hechos ocurrieran. Eso es muy normal.
- Hay enfermedades, como la padecida por esa persona, en las que el suicidio, aunque ocurrió en ese determinado momento, pudo haber ocurrido mucho antes y si no sucedió así, en eso mucho tuvo que ver los cuidados y las atenciones brindadas por la familia. El suicidio en esas enfermedades es como la fiebre en la amigdalitis, siempre está presente y no es fácil de evitar cuando la persona no tiene poca o ninguna responsabilidad sobre su vida.
- El propio suicida no hubiera deseado padecer la enfermedad que lo llevó al suicidio, ni la familia, ni el médico, ni el psicólogo, ni el psiquiatra.

Si el suicida tuvo plena responsabilidad sobre su vida, se le hace comprender a la familia lo siguiente:

- Las personas, cuando tienen determinada forma de ser, o ciertos rasgos en su carácter, se convierten en sus propios enemigos más peligrosos.
- Se interroga al familiar: ¿Cómo usted podía evitar esto?, y por lo general responde con aquellas ideas que reflejan la culpabilidad por lo sucedido, esto es, lo que no hizo o hizo mal. Se le escucha atentamente y se le pregunta entonces: ¿Durante qué tiempo usted iba a poder evitar lo ocurrido? Es posible que responda con un plazo, tras lo cual se debe indagar: Y después, ¿cómo iba a evitar el suicidio si él seguía siendo de esa manera y no tenía interés en cambiar?

Si aún no ha comprendido el mensaje que se le quiere dar de no sentir culpabilidad por lo ocurrido, se razona como sigue: ¿Qué culpa tiene mi madre si ahora, cuando yo termine de hablar con usted, intento el suicidio? ¿No se da cuenta de que soy un adulto, hago lo que deseo y nadie lo puede impedir? Para hacerlo, tendría mi madre que

encadenarse a mí, dormir conmigo, bañarse conmigo, salir conmigo, y eso es imposible. Suponiendo que se pudiera hacer todo eso por un tiempo, la vida no tendría ninguna calidad para ella ni tampoco para mí. Por otra parte, si deja de estar encadenada a mí yo puedo intentar el suicidio, por lo que tendría que pasarse toda su vida de esa manera, lo cual es un absurdo.

En seguida otra interrogación: ¿Quién le cuida a usted y a mí para que no nos suicidemos? Obviamente, ninguna persona tiene que hacerse responsable de la vida de otra, si no se trata de un niño, un enfermo mental grave sin capacidad para discernir entre lo bueno y lo malo, un demente que ha perdido su total entendimiento o un retrasado mental grave que nunca lo ha tenido.

Un último recurso puede ser preguntar al familiar si él le inculcó la idea del suicidio, si le facilitó los medios para llevarlo a cabo, las cuales seguramente serán respondidas de manera negativa. Acto seguido se le asegura el conocimiento de todo lo hecho por él para modificar su manera de ser, cuántos consejos le dio y todo lo sufrido por ese carácter del difunto.

Más difícil se hace el manejo cuando la culpa se basa en hechos reales, como por ejemplo, que haya familiares con intento suicida previo al del ser querido. En casos como esos no es prudente intentar eliminar toda la culpabilidad, pues eso puede ser percibido como un engaño o que se le trata de consolar sin las razones suficientes para ello. Es conveniente conocer lo siguiente en relación con este fenómeno:

- El efecto imitativo de la conducta suicida está reconocido. En 1841, Willian Farr sentenció: “No hay un hecho mejor establecido que el efecto imitativo en la conducta suicida”. En nuestros días, este efecto está relacionado con el manejo que hacen del tema los medios masivos de difusión y las noticias sensacionalistas sobre el suicidio. Los antecedentes familiares de esta conducta siempre se citan como un factor de riesgo y restarle o negar su importancia sabiendo lo anterior, pondría al descubierto su falta de autenticidad ante la persona en crisis, la cual tiene una sensibilidad especial para detectar cuando se le brinda una información distorsionada.

- Este tipo de persona del cual estamos hablando, necesita sentirse culpable, pero no totalmente. Él tolera una parte de la culpabilidad que le pertenece y agradece que se le permita cargar con ella y continuar viviendo con dignidad.

Teniendo en cuenta estos dos aspectos mencionados, le haremos la siguiente observación: “Usted, es cierto, había intentado contra su vida y eso como es lógico lo hace sentir culpable del suicidio de su familiar y yo considero que ese antecedente pudo haber influido. Pero si se detiene a reflexionar, él tenía unas características en su forma de ser muy diferentes a las suyas. ¿De quién las aprendió? No sabemos. De igual manera que no podemos determinar de quien aprendió esas cosas, tampoco se puede decir que no quererse la vida lo aprendió de usted, única y exclusivamente.

Pero, además, usted se da cuenta cuando otra persona está haciendo algo mal hecho y no lo imita a ciegas por el mero hecho de presenciarlo o de saber que ocurrió. En otras palabras, si se conoce lo que es bueno, regular y malo, no tiene porqué imitar esto último a menos que lo desee, porque nadie está obligado fatalmente a imitar lo malo cuando puede tratar de imitar lo bueno. ¿Cómo veo las cosas, entonces? Para mí usted hace un tiempo hizo algo que no estuvo correcto lo cual tal vez influyó de alguna manera en lo sucedido con su ser querido, pero eso no constituye la causa del suicidio, pues este tipo de conducta se ocasiona debido a la conjunción de múltiples factores y nunca uno solo de ellos. En este caso en particular, el mayor peso lo constituyeron sus rasgos anormales de carácter, que no sólo le ocasionaron la muerte sino que antes lo llevó a tener dificultades en su escuela, el matrimonio, con los amigos, en el trabajo, etc”.

Una vez asistido el familiar del suicida con antecedentes de igual tentativa, es útil tomar determinadas medidas de carácter general que faciliten la elaboración del duelo y, por tanto, su evolución dentro de límites normales. Estas medidas son:

- Retirar fotos del fallecido de los lugares donde con frecuencia se reúne la familia. Cuando el duelo se haya resuelto, se puede colocar alguna donde se estime, pues ya no se recordará con la intensidad afectiva de los primeros días. Mientras, es mejor tener algún lugar para ir expresamente a eso y no donde se encuentre la imagen con solo pasar.
- No llevar fotos del fallecido consigo (billeteras, monederos, documentos de identificación, medallas, etc.).
- Retirar sus objetos personales guardándolos en un lugar seguro, pero no visibles a simple vista.
- Modificar la habitación del fallecido o el lugar donde permanecía.
- No asistir con frecuencia al cementerio.
- Seguir vistiéndose como siempre lo ha hecho. Si hay tradición de llevar luto no tratar de impedirlo.
- Permitir que los niños continúen viviendo su rutina cotidiana, esto es, jueguen, vean los programas infantiles en la televisión, etcétera.
- No olvidar que el adolescente tiene su propia manera de experimentar su aflicción por lo ocurrido y no tiene que manifestarse de su misma forma. Aunque se le vea riendo en determinados momentos, él sufre tanto como usted, no lo olvide.
- Es conveniente hablar con los menores sobre lo ocurrido, y relacionar siempre el suicidio con la locura (aunque no sea cierto), pues esta asociación puede disminuir la posibilidad de imitación, “el loco es el que se suicida y yo no lo estoy, por tanto, yo no me suicido”.

Desventajas de la conducta suicida para quien lo intenta y su familia

Algunas personas piensan que el suicidio tiene la ventaja de impedir el sufrimiento. Eso es cierto, pero esa supuesta ventaja es en realidad una gran desventaja. ¿Por qué?

1. Porque se pretende dar una solución definitiva en contra de la propia persona a sufrimientos y situaciones que son temporales. Uno puede sentirse mal durante un mes, tres meses, un año, cinco años, pero no va a sentirse mal los setenta y cinco años que como promedio se vive en el país.
2. En ese instante predomina la parte más egoísta y menos inteligente de la persona, pues sólo piensa en sus sufrimientos, en sus malestares y no en el sufrimiento que le ocasionará a sus seres queridos.
3. Es incapaz en esos momentos de amar a otros, pues para querer a los demás lo primero es quererle sanamente uno mismo. ¿Puede un padre o una madre querer a sus hijos si los va a dejar huérfanos? ¿Puede el esposo querer a su esposa si la va a dejar viuda? Reflexione en torno a esto.
4. Dice un refrán muy conocido: “De tal palo tal astilla”. Y otro no menos conocido: “Hijo de gato caza ratón”. “A buen entendedor, pocas palabras”, dice un tercero. Si la persona no desea que sus seres queridos aprendan a suicidarse, no se lo debe enseñar. Así como se aprenden cosas buenas, también se pueden aprender cosas malas, y es conocida la influencia en la conducta suicida de los hijos con antecedente de padres o madres suicidas o sobrevivientes de una tentativa de suicidio. Esto en los progenitores, coloca automáticamente en peligro a la descendencia. Como usted puede observar, quien intenta el suicidio por tener un problema, tendrá dos: el que tenía y desde ese momento, los familiares en riesgo.

Además de estas desventajas, hay otras que también son importantes. Pasemos a su análisis. Cuando alguien intenta contra su vida, empieza a contribuir a la formación de su imagen de persona trastornada mentalmente entre los vecinos, no expertos en cuestiones de psiquiatría; los compañeros de estudio o trabajo, que tampoco lo son, y ellos pueden utilizar diversas expresiones humorísticas para referirse al suicida como son “tiene guayabitos en la azotea”, “tiene un cable a tierra”, “le falta un tornillo”, “tiene las tuercas flojas”, “está loco” y otras no menos ingeniosas, y no lo considero una falta de sensibilidad humana, sino más bien, una característica cultural propia del cubano.

Quien intenta contra su vida es poco probable que pueda formar una pareja estable con una persona normal, pues las normales no tienen afinidad con él, porque no les proporciona seguridad.

Si quien intenta contra su vida tiene esposa o novia, ésta puede continuar la relación porque teme que se realice el acto suicida si la termina; puede continuar porque le tiene lástima o compasión, pero muy difícilmente por amor, ya que ha sido puesto en peligro de acabar por el suicidio. A veces no es fácil determinar cuáles son las verdaderas motivaciones para continuarla.

Otro inconveniente, a partir de ese momento el suicida deja de ser tratado como lo era antes, aparece la desconfianza y el miedo. Y le estarán supervisando sus actos, le situarán un acompañante forzoso para controlar lo que hace, cuándo lo hace, para qué lo hace, dónde lo va a hacer, en fin, le espigarán cada uno de sus actos pues la familia teme otra tentativa de autoeliminación.

Y estas actitudes de desconfianza y temor no son más que la natural reacción de los seres queridos ante el intento suicida y será la propia persona cuando muestre un comportamiento diferente, estable y controlado quien les devolverá la confianza perdida. Eso lleva tiempo, a veces años, con el lógico malestar ocasionado a quien recibe la observación y a quien la hace.

Esto que ocurre con los familiares también puede suceder con otras personas, como son los compañeros de estudio o de trabajo, quienes asumirán un comportamiento similar.

Es importante insistir en que todo suicida que tenga hijos, como ya se anotó, los pone en riesgo de que hagan lo mismo, de que lo imiten. Y es muy común que los progenitores que han tenido dicha conducta se defiendan tratando de no asumir su responsabilidad con expresiones como las siguientes:

- “Ellos están pequeños”. Argumento no convincente, pues lo que los pone en riesgo, no es el tamaño ni la edad que tengan, sino el ser hijos de la persona en cuestión.
- “Ellos no estaban allí, cuando el intento de suicidio”. Tampoco este argumento convence, pues aunque no estuvieran allí son hijos de la persona que intentó contra su vida y es eso lo que constituye el riesgo y no el lugar donde se encontraban.
- “Ellos no lo saben”. Lo sepan o lo desconozcan, los pone en riesgo ser hijos del suicida, no el conocimiento del hecho.
- “Ellos son adultos y saben lo que hacen”. Argumento poco sólido, pues quien intentó contra su vida, sea el padre o la madre, siempre será más adulto que su hijo y, sin embargo, lo hizo. Es prudente recordar que los hijos, aunque sean adultos e incluso ancianos, continúan siéndolo. Nunca dejan de serlo.
- “No lo van a hacer, se lo aseguro yo”. Otro argumento fútil. Esa persona no quiere saber lo que no le conviene, pues hay miles de investigaciones científicas serias cuyas conclusiones son que las probabilidades de realizar un acto suicida se incrementan con creces en la descendencia. Está demostrado que los hijos de estas personas se suicidan o lo intentan con más frecuencia que los hijos de quienes no han tenido este tipo de conducta.

Como el amigo lector habrá podido notar, el intento de suicidio y el suicidio sólo tienen desventajas para el que lo realiza y sus familiares. Por tanto, nunca usted intente contra su vida, pues se convertirá en el peor enemigo de su familia, en el que más daño le ha de ocasionar.

Bibliografía

- 1) Beskow, J. y D. Wasserman.: "A national programme for suicide prevention in Sweden, Italian Journal of Suicidology, 5(1):25-7, Suecia, 1995.
- 2) Eldrid, J.: Caring for the suicidal, Ed. Constable, London, 1993.
- 3) Leenaar, A.A. y D. Lester.: "Impact of suicide prevention center in Canada, Crisis, 16/1, 39, Canadá, 1995.
- 4) Reynolds, F.M.T. y A.L. Berman.: "An empirical typology of suicide", Archives of suicide research, vol. 1, No. 2, 97-110, USA, 1995.
- 5) Yac, S.N., y X. Yao. "Le phenomene suicidaire en Chine", Bulletin du Groupement d'etudes et de prevention du suicide, vol XIII, No. 2-7, China, mai, 1995.

Glosario de términos suicidológicos

A)

Actitudes hacia el suicidio.- Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Las actitudes punitivas consideran la muerte por suicidio como un signo de cobardía, un pecado, algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas consideran el suicidio un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, un acto heroico y éticamente aceptable.

Acto suicida.- Incluye el intento de suicidio y el suicidio

Ahogamiento. Método suicida utilizado por las mujeres en Noruega.

Ahorcamiento. Uno de los principales métodos suicidas utilizados por el sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales.

Amenaza suicida.- Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Antecedentes suicidas.- Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

Arma de fuego. Uno de los principales métodos suicidas.

Asociación Internacional de Prevención del Suicidio.- Una de las asociaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio.

Se le conoce por las siglas IASP.

Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio.- Una de las asociaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como el estudio y la prevención el suicidio. Se le conoce con las siglas AITS.

Autolesión intencionada.- En ingles “deliberate self harm” (dsh) .Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.

Automutilación.- Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.

Autopsia psicológica.- Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.

B)

Befrienders International.- Nombre de la mayor organización de voluntarios en la prevención del suicidio. Se le conoce como BI.

C)

Centro de prevención del suicidio.- Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, en la que se ofrecen diversas modalidades terapéuticas de las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.

Cibersuicidio.- Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

Circunstancias suicidas.- Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió(familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto(elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate(pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.

Comunicación suicida.- Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:

Comunicación suicida directa verbal.- Es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo: “Me voy a matar”, “Me voy a suicidar”, “Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas”.

Comunicación suicida directa no verbal.- Es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.

Comunicación suicida indirecta verbal.- Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:

“Quizás no nos volvamos a ver nuevamente”, “Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala”, “No se preocupen que no les daré más molestias”.

Comunicación suicida indirecta no verbal.- Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.

Conducta autodestructiva.- Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta suicida.- Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

Contexto suicida. Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.

Contrato no suicida.- Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida. El contrato no suicida no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, por lo cual nunca debe ser utilizado con aquellos individuos que no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.

Crisis suicida.- Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.

Cuidador. Persona que ofrece sus cuidados a otro que los necesita.

D)

Daño autoinfligido.- Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

Duelo. Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por que, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las mas frecuentes.

E)

Efecto Werther.- Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela *Las penas del joven Werther* en la que se cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, hasta que desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

Estrategias de prevención del suicidio.- Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia. Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxicación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo

Estresores agudos.- Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

Estresores crónicos.- Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc. Pueden considerarse como aquellos eventos que ocurren en la vida de los individuos y preparan las condiciones para que un estresor agudo conlleve a un acto suicida (la paja que quiebra o rompe la columna vertebral del camello que venía cargado)

F)

Factor de riesgo.- Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio.- Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicida, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

Fuego. Método suicida muy frecuente en determinados países principalmente Cuba y Sri Lanka

G)

Gesto suicida.- Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia

Gran repetidor.- Es el individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.

Grupos de Auto-ayuda.- Conjunto de pacientes que tienen un problema de salud común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes.

Grupo de riesgo suicida.- Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.

Grupos vulnerables.- Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

H)

Hara-kiri. Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón, consistente en la penetración en el abdomen de una espada u otro objeto cortante hasta ocasionarse la propia muerte.

Hot lines.- Término acuñado por Jess Gorkin, periodista del Boston Globe, en carta al Presidente Kennedy, de los Estados Unidos de Norteamérica, en 1963. Gorkin sugirió establecer un teléfono para facilitar la comunicación inmediata con el Primer Ministro Nikita Khruchev de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y disminuir las barreras existentes durante la guerra fría y especialmente durante la llamada Crisis de los Misiles Cubanos o Crisis de Octubre. El término significa la utilización de una conexión telefónica para ser utilizada en tiempos de crisis. Es un servicio telefónico mediante el cual, el sujeto que llama (caller), tiene necesidad de presentar un problema o situación para ser discutida, analizada, o resuelta por quien la recibe (helper).

I

Idea suicida.- Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “la vida no merece la pena vivirla”, “para vivir así es preferible estar muerto”

La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado)

La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de hacerlo, responde que no sabe como.

La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle como ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

Incitación al suicidio.- Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas

Intervención.- Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida

Intención suicida.- Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio.

Grado de sinceridad o determinación de morir

L)

Letalidad.- Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir

atención especializada inmediata, las condiciones del propio método entre las más significativas.

Lógica suicida.- Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen debido a la frustración de algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.

M)

Métodos.- Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los farallones, los lagos, los ríos mares, regiones desérticas o excesivamente frías, animales y plantas venenosas, grandes depredadores, etc.

Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, alambres, ropas, cintos, sustancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustibles de diversos tipos para ingerir o volcarlos encima con la intención de prenderse fuego, inyección de sustancias tóxicas, inoculación de gérmenes mortales, etc. Por lo general se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados. Entre los romanos antiguos era frecuente el corte de muñecas, entre los japoneses el harakiri, entre las jóvenes noruegas despreciadas ahogarse en el lago más cercano, entre las adolescentes mestizas del oriente cubano que sufrían un desengaño amoroso, el fuego. Las mujeres por lo general, prefieren los métodos que no les deformen su imagen, mientras los hombres eligen aquellos con los que no haya regreso. Los jóvenes pueden optar por un método que haya sido escogido por un amigo, familiar o personalidad pública si se le da un carácter sensacionalista en los medios noticiosos. Se les ha dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión e inhalación.

Mitos.-Criterios sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica. Entre ellos se pueden citar los siguientes:

. El suicidio se hereda: Falso, porque no está demostrado que esto ocurra. Lo que puede heredarse es la predisposición a padecer una determinada enfermedad en la cual el suicidio es un síntoma frecuente, como por ejemplo, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos del humor, etc.

. El suicidio se produce sin previo aviso: Falso, ya que el suicida manifiesta una serie de señales verbales y extraverbales mediante los cuales está anunciando sus propósitos. No se trata de un acto impulsivo, sino de un proceso que termina en la muerte.

. El que se quiere matar no lo dice: Falso, ya que de diez personas que cometieron suicidio nueve lo dijeron explícitamente y el otro lo dio a entender, lo que ocurre es que no siempre son tomados con seriedad o evaluados con la debida precisión diagnóstica.

. Preguntar sobre la idea suicida puede influir en que una persona lo lleve a cabo: Falso, ya que en la generalidad de los casos, es la única oportunidad de conocer lo que pensaba

el individuo y de evitar una vez conocidas las intenciones suicidas, que las lleve a vías de hecho.

. El que se suicida siempre está deprimido: Falso pues aunque la depresión es una condición frecuente entre los que intentan el suicidio o los que lo consuman, también pueden ser portadores de otras enfermedades mentales o físicas.

. La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras: Falso, pues esta tarea corresponde a toda la sociedad en su conjunto, si se tiene en consideración que este comportamiento responde a múltiples causas entre las que cabe mencionar los factores biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, situacionales, etc.

. Una persona que no tenga conocimientos de Psicología o Psiquiatría no puede evitar que otro se suicide: Falso, pues el mero hecho de escuchar con genuino interés y no dejarlo sólo en ningún momento mientras dure la crisis suicida, puede contribuir a evitar el acto autodestructivo. Cualquier persona con un mínimo de aptitudes y un entrenamiento elemental en la prevención del suicidio puede evitar muchas muertes por esta causa.

Mora suicida.- Petición al sujeto con riesgo de suicidio, por parte del terapeuta, de aplazar su decisión, para que, en vez de cometerlo de forma inmediata, aplase esa decisión durante seis u ocho semanas, después del cual se le asegura, podrá hacer con su vida lo que estime conveniente. Ese tiempo es el necesario para que los psicofármacos actúen debidamente y esta idea desaparezca, lo cual, unido a la vigilancia estricta del individuo durante la crisis suicida puede evitar su muerte.

Es un recurso que puede ser utilizado con sujetos portadores de manifestaciones depresivas y trastornos de la personalidad tipo límite que desean cometer suicidio a plazo fijo.

No confundir con el contrato no suicida que es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, responsabilizándolo con su propia vida., mientras que en la mora busca aplazar esa decisión.

Motivo.-Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En el caso de consumar el suicidio, son los familiares los que esgrimen las posibles razones o el propio occiso mediante las notas suicidas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, separación o divorcio.

N)

Notas suicidas.- Se les denomina también notas de despedida. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.

O)

Oblativo. Tipo de suicidio con características altruistas.

P)

Pacto suicida. Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.

Parasuicidio. Termino utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.

Perfil suicida. Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.

Personas suicidas. Son aquellos sujetos que han intentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio de forma inmediata o en un futuro.

Plan suicida. Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Postvencion. Termino acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

Potencial suicida. Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.

Precipitación. Método frecuentemente utilizado por los suicidas en las grandes urbes en las que hay edificaciones elevadas.

Prevención del suicidio. Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Prevención indirecta. Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

Prevención general. Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Primera Ayuda Psicológica. Una de las técnicas en la intervención de la crisis suicida y que consta de las siguientes etapas.

- . Primera. Establecimiento de contacto con el sujeto en crisis.
- . Segunda. Conocimiento del problema y sus características.
- . Tercera. Encontrar posibles soluciones no suicidas.
- . Cuarta. Acción concreta
- . Quinta. Seguimiento.

Proceso suicida. Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.

Proyecto suicida. Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

Pseudosuicidio.- Suicidio que resulta de alteraciones sensorceptivas (alucinaciones auditivas no conminativas al suicidio, sino que ordenan al sujeto a realizar determinados actos como: huye, salta y que las circunstancias que rodean al paciente facilitan su muerte. (“Huye” y es aplastado por un vehículo por encontrarse en una vía de alta velocidad, no en una casa en el campo. “Salta” y vive en un apartamento en el piso 20, no en el primero).

Otras veces pueden ser alucinaciones visuales terroríficas como en el delirio, que condicionan reacciones de huida o escape sin que el sujeto pueda protegerse de los peligros potenciales por los trastornos de la conciencia que están provocando los trastornos sensorceptivos.

Se consideran también Pseudosuicidios aquellas muertes que responden a ideas delirantes de inmortalidad u omnipotencia, en las que el sujeto creyendo su “lógica delirante” se expone a situaciones peligrosas que le ocasionan la muerte como por ejemplo cruzar delante de un vehículo en marcha considerando que nada le va a ocurrir por su poderío, su incapacidad de morir.

R)

Repetidor. Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

Representación suicida. Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a vaís de hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.

Riesgo suicida. Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.

S)

Samaritanos.- Organización de prevención del suicidio conformada por voluntarios entrenados en el arte de escuchar y que realizan sus intervenciones cara a cara o por teléfono.

Seppuku. Forma tradicional de suicidio en el Japón antiguo junto al harakiri.

Significado. Mensaje implícito en todo acto suicida que es descubierto mediante la pregunta Para que y que puede ser respondida de diversas formas. Para morir, para reclamar atención, para pedir ayuda, para agredir a otros, para reunirse con seres queridos fallecidos, para mostrarles a otros cuan grandes son los problemas, para evitar enfrentarse a situaciones conflictivas, etc. No es el motivo, pues este responde a la pregunta Por que.

Síndrome Presuicidal. Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida, descrito por E. Ringel en 1949 y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. El Síndrome Presuicidal o presuicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.

Situación suicida. Una situación que conlleva elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.

Sobrevivientes.- Los que sobreviven a un suicida, entre los que se encuentran los familiares, los amigos, médicos de asistencia, etc.

Suicida. Término con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

Suicidio. Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicidiología. Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.

Suicidio accidental. Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.

Suicidio altruista. Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro El Suicidio, publicado en 1897 y que ocurre en aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

Suicidio ampliado. El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la

muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.

Suicidio anómico. Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.

Suicidio aparente. Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

Suicidio asistido. El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.

Suicidio colectivo. Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.

Suicidio consumado. Suicidio

Suicidios crónicos. Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre estos suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

Suicidio doble. Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden o no haber realizado un pacto suicida. Pueden ser padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.

Suicidio egoísta. Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por que seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.

Suicidio fatalista. Otro de los suicidios propuestos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.

Suicidio frustrado.- Es aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.

Suicidio intencional.- Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito deliberado de morir.

Suicidios localizados.- Término propuesto por Karl Menninger en su libro “El hombre contra sí mismo”, para referirse a un conjunto de conductas agresivas tales como la

automutilación, la policirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.

Suicidio palmo a palmo.- Son aquellas conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias
De suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.

Suicidio racional.- Término utilizado para definir aquellos suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores que es un término ambiguo, poco realista, por que es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.

Suicidio social.- Suicidio de dos o mas personas, como puede ser un pacto suicida, las epidemias de suicidio por contagio y el suicidio en masa, principalmente los ocurridos en determinadas poblaciones, como los habitantes de Masada en Israel, cuando prefirieron cometer suicidio que caer en manos de los conquistadores romanos.

Suicida tipo.- No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, una región o un país, etc.

Superviviente.- Se denomina así a los familiares de un suicida. También se les conoce como sobrevivientes o sea los que viven después de la muerte del otro, y para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo ante la pérdida que los familiares del occiso.

T)

Tasas de suicidio.- Es el número de suicidios que ocurren en una localidad por cada 100 000 habitantes cada año. Puede referirse a toda la población o a una parte específica de ella según grupos de edades o sexos. Es un dato que debe ser tomado con cautela cuando se refiere a poblaciones menores de 100 000 habitantes, y para la realización de acciones preventivas, pues por ejemplo, los dos países que acumulan la mayor cantidad de suicidios que ocurren en el mundo no aparecen entre los diez primeros según las tasas y todos los que aparecen en los diez primeros lugares según sus tasas sólo conforman una mínima parte de los suicidios que ocurren cada año.

Teléfono de la Esperanza.- Uno de los múltiples nombres que han recibido los servicios de intervención telefónica en las crisis. En España recibe dicho nombre. En Portugal se le denomina "Telefone da Amizade", en Polonia "Telefon Zaufania", en Corea del Sur "Love-line", en Trinidad y Tobago "Lifeline", en Armenia "Trust Telephone Counselling Centre", en Australia "Lifeline International", en Alemania, "Telefonseelsorge Berlin", en China "Tianjim Psycho-Hotline Station", en Ucrania

“Ukrainian National Association of telephone Counselor”. En Europa, las diversas hotlines se han agrupado en la Asociación Internacional de Ayuda Urgente por Teléfono (IFOTES), con sede en Ginebra, Suiza.

Tendencias suicidas.- Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

Tipologías suicidas.- Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc. E. Shneidman los califica según la necesidad psicológica insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro “Exploración de la Personalidad” y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

Teoría biológica del suicidio.- La psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados, ha sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Se asocian estas conductas en las que el denominador común es un trastorno del impulso con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera para algunos investigadores un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Baja actividad de la enzima monoamino-oxidasa plaquetaria, ha sido encontrada en personas con intentos de autoeliminación y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipofisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

Teoría psicológica. Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida la incapacidad poco común de amar a otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte. Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestima claramente baja, egocéntricos y agresivos velada o abiertamente. Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida:

el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. Huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. Susto; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. Carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, flight, fright, freight.

Teoría psiquiátrica. Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

Teoría sociológica del suicidio. Entre ellas tenemos la de Durkheim, quien hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente. Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios.

Unidad de suicidología. Servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio, presenten ideas suicidas o planes suicidas con

riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de una Unidad de Intervención en Crisis.

Voluntarios. Término con el que se conoce a los miembros de Befrienders International o los Samaritanos, por tratarse de organizaciones de prevención del suicidio regidas por personas interesadas en el tema, con aptitudes para ello y que basan su trabajo en la terapia de escucha y en contactar a un nivel afectivo profundo. Este movimiento fue iniciado por Chad Varah con el nombre de los Samaritanos en 1953, en Londres. En Noviembre de 1974 se crea Befrienders International a partir de aquel movimiento original. En la actualidad es una potente organización de voluntarios en la prevención del suicidio con centros en todos los continentes y más de 40 países incluidos. Su utilidad es incuestionable si se tiene en cuenta un principio suicidológico que atribuye la prevención del suicidio a quién esté más cerca del suicida y sepa reconocer los síntomas presuicidales y actuar precozmente. Y esa persona puede ser un taxista, policía, estudiante, barbero, ama de casa, bodeguero, jubilado, etc.

Bibliografía

1. Alvero Frances F. Cervantes. Diccionario Manual de la lengua Española. Ed. ICL .Pueblo y Educación.
2. Beck A; Resnik H; Lettieri D.(1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA
3. Baume P; Cantor CH; Rolfe A. Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis,18/2:1997:73-79.
4. Clark D; Kerkhof J.F.M.A. Physician-assisted suicide and euthanasia. Crisis,17/4.1996:146.
5. Conwell Y. Suicide in the elderly: When is it rational. Crisis, 14/1.1993.6
6. Eldrid Y. Caring for the suicidal. Ed Constable. London. 1993
7. Frances Sealey M. What are hotlines?. Crisis 15/3 1994: 108-109.
8. Mardomingo Sanz MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente. Ed. Diaz de Santos. 1994.
9. Pérez Barrero SA. Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. Italian Journal of Suicidology 8, 1:35-37, 1998.
10. Pérez Barrero SA.(1999) Lo que Ud debiera saber sobre ... Suicidio. Ed. Imagen Gráfica SA de CV.
11. Pérez Barrero SA.(1997).El Suicidio. Comportamiento y Prevención. Ed. Oriente. Santiago de Cuba.
12. Pérez Barrero SA.(2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos.Ed. Hosp.Psiq.de la Habana.
13. Saito Y.(1998) Suicide can be contagious. The contemporary trend of suicidal behaviour in Japan. Befriending Worldwide.(3):3.
14. Sarró B. Los Suicidios.(1993) Edit. Martinez Roca.
15. Shneidman E.(1997).The suicide mind;Suicide as Psychache.Befriending Worldwide 2: 5.
16. Support in suicidal crisis. The Swedish National Programme to develop Suicide Prevention.Printing: Modin-tryek, Stockholm. October.1996.
17. Sweedo S et al(1992). Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents?. Pediatrics, Sept. vol 88, 3:620-29.
18. Varnik A. (1997).Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS. Gotab, Stockholm:10-18.
19. Vijayakumar L; Thilothammal N.(1993) Suicide pacts. Crisis.14/1:43-46

20. Wasserman D. Varnik A(1998).Reliability of statistics on violent death and suicide in the former URSS.1970-1990. Acta Psychiatr. Scand. Suppl 394.98:34-41.