

EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN*

Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero¹

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. 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 la mejor y única opción para ellos.

Cuba no escapa a esta realidad y existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos principales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. Según los objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud Pública, se debe reducir a 18 por 100 000 habitantes la tasa de suicidio

para el año 2000 en el país, y se traza toda una estrategia para lograrlo.

Es por ello que se pone en manos del médico de la familia este pequeño libro sobre el comportamiento suicida, pues dicho profesional, por su estrecha vinculación con la comunidad, está en mejores condiciones de detectar al presunto suicida y conociendo las particularidades de esta conducta anómala, ejercer las acciones de salud que impidan 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 capacitación de los médicos de familia en este tema y con ello contribuir a alcanzar los objetivos de nuestro Ministerio en relación con este indicador.

EL AUTOR

Generalidades

El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de

¹ Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas de Granma. Miembro de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP). Presidente de la Sección de Suicidología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

* Trabajo publicado por la Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 1996.

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.

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir ("La vida no merece la pena vivirla", "Yo lo que debiera es morir", 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 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 incrementa 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:

- Ira 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, in-

tento 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 consumado abarca todos aquellos actos lesivos autoinfligidos con resultado de 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.

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 biosicológica 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 las 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 resulta 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 (psicológicos 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, kerosene, 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 di-

cho 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 autotodestrucción.	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 MJ.: *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. ____: "Suicidio e intentos de suicidio en la infancia y la adolescencia: ¿Un problema en aumento?", *Pediatr. An.*, vol. 12(118-21) España, mayo, 1992.
8. ____: "Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes", *Pediatr. An.*, 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 per-

mitan 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; presen-

cia 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:

1. Ánimo deprimido.
2. Disminución del interés o pérdida del placer por las actividades habituales.
3. Aumento o pérdida de peso (5 % en un período de un mes) o cambios en el apetito.
4. Insomnio o hipersomnias casi diarias.
5. Agitación psicomotora o lentitud.
6. Fatigabilidad o pérdida de energía.
7. Sentimientos inadecuados de culpa o inutilidad.
8. Disminución de la capacidad de concentración o indecisión.
9. 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.

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

1. Descenso o aumento del apetito.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Fatiga o pérdida de energía.
4. Disminución de la autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. 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:

1. Trastornos del contenido del pensamiento, especialmente ideas delirantes.
2. Desorden en el curso del pensamiento, sobre todo la pérdida de la capacidad asociativa.
3. Alucinaciones.
4. Afectividad aplanada o inadecuada.
5. Trastorno de la identidad personal con extrema perplejidad hacia uno mismo.
6. Dificultad para llevar adelante y concluir la actividad habitual.
7. Problema en las relaciones inter-personales y desorden en la psicomotricidad.

Otros autores consideran algunas características como las siguientes:

1. Trastornos evidentes y mantenidos de las relaciones emocionales, con marcada tendencia a la reserva y las conductas inapropiadas en el contacto interpersonal.
2. 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).
3. Preocupación excesiva por determinados objetos que no guardan relación con el uso habitual.
4. Resistencia e intolerancia a los cambios en el ambiente con reacciones de mucha ansiedad o miedo intenso.
5. Respuestas excesivas, impredecibles o nulas a los estímulos sensoriales.
6. Asumir posturas extrañas, manierismos, estereotipias.
7. Deterioro del lenguaje adquirido.
8. 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:

1. Infancia problemática.
2. 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).
3. 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 disarmonicas 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.

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. Eldrid, J.: *Caring for the suicidal*, Ed. Constable, London, 1993.
4. Gilchrist V.J.: "Preventive health care for the adolescent", *Am. Fam. Physician*, 43(3):869-78, Canadá, march, 1991.
5. 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.
6. Hendin, H.: "Psychodynamics of suicide with particular reference to the young", *Am J Psychiatry*, 147:2,190-95, USA, feb, 1990.
7. Kienhorst, C.W.M., E.J. De Wilde, R.F. Diekstra y W.H.G. Wolters: "Differences between adolescent suicide attempters and depressed adolescents", *Acta Psychiatr Scand*, 85, 222-28, Holanda, 1992.
8. Low B.P. y S.F. Andrews: "Adolescent suicide", *Med. Clin. Nort. Am.*, 74(5):1251-64, USA, sept., 1990.
9. Mardomingo Sanz M.J.: "*Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes*", Ed. Díaz de Santos, SA, España, 1994.
10. 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", *Pediatrics*, vol. 12, 5-10, España, enero-febrero/1992.
11. Sánchez Lacay A., C. Parrilla Cruz y A. Pagán Castro: "Intentos suicidas en adolescentes", *Bol. Asoc. Med.*, vol 77:7,273-77, julio, 1985.
12. 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.

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 creatinofosfoquinasa (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:

1. Con frecuencia se bebe en mayor cantidad o por un período más largo del que pretendía.
2. Un deseo persistente, con esfuerzos más o menos inútiles para suprimir o controlar su consumo.
3. Una gran parte del tiempo se emplea en obtener y consumir el alcohol o recuperarse de los efectos de su ingesta.
4. Intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando tiene que realizar sus actividades habituales, o ingesta de alcohol en situaciones arriesgadas.
5. Reducción de actividades sociales, laborales, culturales o recreativas a consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas.
6. Uso continuado de alcohol a pesar de ser consciente de tener un problema físico, psicológico o social persistente y recurrente.
7. Tolerancia notable con necesidad de incrementar las cantidades de alcohol para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
8. Síntomas de abstinencia al suprimir el tóxico, como temblor en lengua, párpados y manos, náuseas, vómitos, cansancio, cefalea, palpitaciones y sudoración excesiva.
9. 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:

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

Las siguientes características predisponen a la autodestrucción entre los alcohólicos.

1. Pertenecer al sexo masculino.
2. Tener pobre apoyo social.
3. Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas.
4. Padecer un episodio depresivo mayor.
5. Padecer enfermedades médicas.
6. No poseer empleo.
7. Vivir solo.
8. 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*

1. Intentos suicidas previos.
2. Casos de autodestrucción en la familia o en el entorno.

3. Amenazas de suicidio (directas o indirectas).
4. Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto.
5. Calma inquietante tras un período suicidal y de agitación.
6. Sueños de autodestrucción, catástrofes.

B. *Síntomas y comorbilidad*

1. Angustia o agitación.
2. Trastornos crónicos del sueño.
3. Inhibición de los efectos y de la agresividad.
4. Fase depresiva que finaliza.
5. Nosomanía o enfermedades incurables.
7. Comorbilidad por alcoholismo.

C. *Entorno*

1. Desórdenes familiares en la infancia y adolescencia.
2. Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño).
3. Dificultades profesionales o financieras.
4. Ausencia de un fin en la vida.
5. 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, benzodiacepina, esteroides y otros que tienen en común ser prodepresivos.

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, entendiéndose 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:

1. Historia de tratamiento psiquiátrico, ya sea de forma ambulatoria u hospitalizado.
2. Poseer una personalidad antisocial.
3. Abusar del alcohol u otras drogas.
4. Pobres condiciones materiales de vida.
5. Desocupación.
6. 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:

- A. Si la suma de la puntuación sobrepasa los 18, el sujeto debe ser hospitalizado.
- B. 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.
- C. 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. *Psiquiatría Peruana 12*, Anales del XII Congreso Nacional de Psiquiatría, Eds. Manuel Zambrano, N. González, Leonardo Castillo y D. Aitor, 1992.

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 pobla-

ción, 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:

- a) Realizan menos intentos de autodestrucción.
- b) Usan métodos mortales.
- c) Reflejan menos señales de aviso.
- d) Dichos actos son premeditados, reflexivos.
- e) 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 antidepresivo 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 ostiomio 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:

1. 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 cardíaca congestiva, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
2. La hospitalización periódica del anciano, así como ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes.
3. Los tratamientos prodepresivos muy utilizados para contrarrestar patologías que padece el anciano (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etcétera).
4. 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:

1. 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.
2. El abuelo "pin-pon" es otra condición de riesgo suicida y se produce con la migración forzada del anciano (le "rotan" entre los familiares).
3. 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:

1. La jubilación.
2. El aislamiento social.
3. La actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano.
4. 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 old 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", *Suici-*

de-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):177-183, 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 recalamos 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 de sea 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. Reflejar sentimientos	Contar su propia historia. Ignorar sentimientos.

	Aceptación	Bromear, no dar importancia
II. Conocer la dimensión del problema.	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos. Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario.	Atenerse a preguntas con respuestas sí o no. Ignorar o no explorar el peligro suicida
III. Posibles soluciones.	Abordar los obstáculos directamente. Establecer prioridades.	No explorar los obstáculos. Visión del túnel.
IV. Acción concreta	Tomar una medida a tiempo. Ser directivo, confrontar	Ser tímido. Ser indeciso. 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:

1. Posibilidad de dormir para descansar, temporalmente, del agobio de una situación intolerable.
2. Expresar rabia, inconformidad, frustración.
3. Debut de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
4. Reacción ante la pérdida de una relación valiosa.
5. Forma inadecuada de vivir.
6. Reclamación de apoyo.
7. Agredir a otros.
8. 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, bur-

la 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).
4. 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 constrictión, 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.

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. Leenaarf, 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.