

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DEL SUICIDIO

Martha Salazar de Jimenez*
Mariela Guevara de Baez*
Rosa Elba Sanchez de Rodriguez*
Liliana Villarraga de Ramirez*

INTRODUCCION

El fenómeno de auto-destrucción en nuestro medio constituye un problema que no solamente atañe a la salud, sino que forma parte de una compleja problemática social.

El interés para la realización de éste trabajo se originó en el deseo de ampliar los conocimientos acerca de éste tema, tan directamente relacionado con la salud mental y que constituye a su vez un indicativo de ésta.

La oportunidad de participar en el VI Congreso Colombiano de Toxicología, IV Congreso Colombiano de Farmacodependencia y I Congreso Colombiano de Centros de Asesoramiento Toxicológico, motivó la pronta realización del trabajo.

Para su ejecución se procedió a revisar algunos estudios epidemiológicos hechos en Colombia y en otros países, así como teorías que explican la

*Profesor del Departamento de Enfermería en Salud mental.

conducta auto-destructiva. También se consultaron registros estadísticos del DANE y Secretaría de Salud de Bogotá.

Es de anotar que los datos encontrados son incompletos, por cuanto no incluyen todos los indicadores epidemiológicos necesarios para medir el impacto real de éste fenómeno.

Inicialmente se planteó la posibilidad de hacer una revisión de registros en las Urgencias de tres Hospitales Universitarios de Bogotá, lo cual no pudo efectuarse dada las características especiales que tienen los registros y archivos de éstas instituciones.

Otra alternativa para el desarrollo del trabajo fué la aplicación de una encuesta al personal médico y de enfermería que labora en los Servicios de Urgencias de tres hospitales Universitarios de Bogotá.

Con base en el análisis de la revisión bibliográfica y la información obtenida a través de la encuesta, se plantearon actividades específicas para cada uno de los niveles de prevención. Para las autoras esta parte del trabajo constituyó el propósito fundamental del mismo y un aporte, que por sus posibilidades reales de ejecución, puede ser puesto en práctica, sin necesidad de crear una infraestructura específica para su funcionamiento.

Además, se cree que aunque no se haya logrado agotar las fuentes bibliográficas, los datos consignados en éste trabajo pueden constituirse en útil material de referencia para los estudiantes de enfermería y otras personas interesadas en el tema.

ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS CON EL SUICIDIO

Suicidio es "la
ausencia de los demás"
Paul Valery.

El Abad Desfontaines en 1735 fue el primero en utilizar el término suicidio. Posteriormente lo utilizó Voltaire y después fue vocablo de uso general.

Etimológicamente procede del latín Sui = (Si mismo), Cidium = (muerte) que significa atentado contra la vida propia.

En la literatura relacionada con el suicidio se encuentran numerosas definiciones, que generalmente hacen alusión a los factores psicodinámicos del mismo, sin enfatizar en aspectos sociales que inciden sobre este fenómeno humano, sin embargo, no hay duda que estos últimos tienen relación directa y afectan la realidad objetiva del sujeto y el ambiente.

En el presente trabajo se considera el suicidio como un problema humano multicausal, en el cual los aspectos sociales y psicológicos tienen igual relevancia.

Factores Sociales.

El suicidio es uno de los problemas en donde con mayor fuerza inciden los factores sociales. Tanto en sociedades altamente tecnificadas como en aquellos que se hallan en vía de desarrollo, se presenta con determinada frecuencia sin respetar sexo, edad, ni situación socio-económica.

Vincent manifiesta que “De una sociedad que no ofrece ninguna esperanza se dice que tiene una alta frecuencia de suicidios. Parece haber muchas cosas que actúan contra la esperanza en la sociedad actual. Si uno considera los problemas de guerra, desigualdad de derechos, los extremistas de la derecha y de la nueva izquierda, la pobreza, la explosión demográfica, la violencia y la evasión en las drogas, se sorprende que no haya más suicidio”.

Uno de los investigadores del aspecto social del suicidio, E. Durkheim, identifica el suicidio como un problema sociológico y lo divide en tres categorías:

El suicidio *egoísta*, es provocado por el fracaso de la persona al adaptarse a la sociedad, por tanto la desorganización de la familia, el individualismo en aspectos de religión, de política, o una vida social inactiva serían factores que ayudarían a llevar a cabo el suicidio o a intentar hacerlo.

El suicidio *altruista*, en esta forma el individuo está tan preocupado por los demás, por el éxito de la sociedad que está dispuesto a sacrificarse, como expresa B. Miller por el “mayor bien”.

El suicidio *anómico*, (a, privativa y nomos = Ley) en éste existe una pérdida de las normas reguladoras sociales, lo cual puede ser causa del suicidio, por ejemplo: el suicidio después del divorcio podrá ser provocado por el hecho de que la “sociedad conyugal ya no ejerce su influencia normativa”.

Miller, (1973) indica que para completar la obra de Durkheim, varios sociólogos han hecho estudios con el ánimo de identificar indicadores que permitan ver cómo se comporta esta enfermedad en una sociedad dada.

Es de anotar que la motivación inicial de este estudio fué la de tomar datos estadísticos recientes sobre el suicidio en las urgencias de los Hospitales Generales de Bogotá y relacionarlos con variables como edad, sexo, estado civil, ocupación y otras, sin embargo, no fue posible puesto que se encontró que el sistema de archivos y clasificación no se ha unificado y los registros en las instituciones observadas se hacen con base en el factor etiológico, lo que constituiría un procedimiento dispendioso para la recolección de datos. Solamente se obtuvieron algunos datos a nivel nacional para 1977 (DANE) y otros parciales del Servicio de Salud de Bogotá, D.E. para 1977 y 1978.

En el presente trabajo se analizan algunas variables en relación con estudios sobre suicidio, que se han hecho en Colombia y otros países y que dan una visión aproximada de su distribución.

En estudios realizados en Norte América y algunos países de Europa se aprecia que el índice de suicidios aumenta por lo regular con la edad, sin embargo, se notan diferencias en la distribución por sexo, aumentando la tasa en mujeres en el grupo de 45 a 64 y ascendiendo de los 65 en adelante (Miller, 1973).

En lo que hace relación a Colombia, es importante mencionar el estudio realizado por el Dr. H. Roselli, (1969) en el cual se encuentran datos relativos a suicidio por grupos de edad, y en el que se observan algunas discrepancias con las cifras mencionadas anteriormente.

En las estadísticas del DANE de 1967 citadas por el Dr. Roselli, se señala que de 1.244 suicidios, un 58% de los casos se presentó en menores de 30 años. Diez años después (1977) las cifras reportadas por el DANE acusan un descenso en el total de casos (733), sin embargo, la concentración de suicidios por grupos de edad es similar a la de 1967. (Ver tabla No. 1)

Como resultados propios del estudio realizado por el Dr. Roselli se encuentra que la edad donde ocurre el mayor porcentaje de suicidios en hombres es entre 21 y 30 años (34% de 227 casos), en tanto que en las mujeres el 50% (de 103 casos) corresponde a la edad de 13 a 20 años. En este estudio se aprecia que las frecuencias decrecen en proporción inversa a la edad.

NUMERO DE SUICIDIOS POR GRUPOS
DE EDAD Y SEXO,
COLOMBIA, 1977

tabla No.1

Sexo Edad	F	M	TOTAL
5-14	11	9	20
15-24	105	192	297
25-34	43	118	161
35-44	9	83	92
45-54	14	58	72
55-64	2	43	45
65-74	2	31	33
75 y mas	2	7	9
edad des- conocida	1	3	4
TOTAL	189	544	733

Fuente: DANE

Otros datos parciales como los citados por León C. (1971) indican que "el suicidio en Cali ocurre con mayor frecuencia en individuos jóvenes, siendo la tercera causa de muerte para la población comprendida entre los 15 a los 34 años de edad".

Los datos obtenidos en archivos del Servicio Seccional de Salud de Bogotá, D.E., para 1978, muestran que el grupo etáreo en el que se encuentra un mayor número de suicidios es de 15 a 34 años. (Ver tabla No. 2).

Como se puede apreciar por los datos encontrados para Colombia, la población más vulnerable se encuentra entre los adolescentes y adultos jóvenes, por tanto las acciones de salud deben orientarse principalmente hacia estos grupos de mayor riesgo.

En referencia a la variable sexo se encuentra "que las tasas de suicidio correspondientes a los hombres son mucho más elevadas que las de las mujeres; en muchos países se advierte una tendencia ascendente en estas últimas y un descenso en los primeros" (O.M.S. 1969). También se observa que la proporción de los intentos de suicidio es mayor en las mujeres que en los hombres.

Para Colombia, la distribución del suicidio por sexo en 1967, según estadísticas del DANE, fue mayor en hombres 61% que en mujeres 39%, de un total de 1.244 casos. Para 1977 la misma fuente muestra que el total de suicidios presentados en los hombres triplica los observados en mujeres. (Ver tabla No. 1)

El Dr. Roselli señala en su estudio que "un 70% de los suicidios publicados ocurrieron en varones y un 30% en mujeres..." de un total de 379 casos.

En la tabla No. 2 se puede apreciar que en el sexo masculino el número de suicidios asciende a más de la mitad (44 casos) del total encontrado (65 casos), para Bogotá en el año de 1978.

Revisando algunos estudios en lo relativo a estado civil, se encuentra que la mayoría de los autores coinciden en afirmar que el suicidio es menor entre casados y un poco más elevado para los solteros, e incluso algunos afirman que el máximo porcentaje se encuentra en viudos y divorciados.

En el estudio del Dr. Roselli se aprecia que el mayor porcentaje de suicidios informados es en solteros, (160 casos de 379). disminuyendo un poco para casados o personas que lleven vida marital (132 casos de 379), en lo relacionado con viudos se nota un notable descenso (5 casos de 379). Sin

**NUMEROS DE SUICIDIOS POR GRUPOS
 DE EDAD Y SEXO,
 BOGOTA. D.E, 1978**

Tabla No.2

SEXO EDAD	F.	M.	TOTAL
5-14	1	1	2
15-24	12	12	24
25-34	4	12	16
35-44	-	9	9
45-54	1	5	6
55-64	1	2	3
65-y más	2	3	5
TOTAL	21	44	65

Fuente: Archivo del Servicio Seccional de Salud de Bogotá, D.E.

embargo, conviene mencionar que en 82 casos de los 379 no se informó estado civil.

También es importante observar en el estudio de León C. (1971) los datos alusivos a estado civil, los que muestran que de un total de 76 suicidios el 54% corresponde a solteros, un 14.5% a casados, un 13% a unión libre, 1.3% a viudos y un 17.1% desconocido el estado civil. Si se comparan estos datos con los reportados por el Dr. Roselli se puede notar que guardan cierta similitud en la forma como se distribuye el suicidio en Colombia según la variable estado civil, aún cuando el estudio de León C. sólo muestra datos del suicidio en la ciudad de Cali.

La relación entre ocupación y suicidio es bastante compleja, B. Miller (1973) cita algunos estudios realizados en Estados Unidos e Inglaterra, los que muestran un alto índice entre médicos, odontólogos y abogados.

Parece que entre los médicos, los psiquiatras presentan una mayor tendencia, sin embargo, otros autores ponen en duda tal afirmación, también se indica que el personal paramédico presenta un índice elevado de autoeliminación.

En Colombia, H. Roselli encontró que entre los hombres, los comerciantes, empleados y agricultores ocupan mayor índice de suicidio, en su orden le siguen artesanos y pequeños industriales, obreros, policías, guardianes y detectives, estos últimos con el mismo índice. Entre las mujeres las amas de casa y las servidoras domésticas constituyen los grupos mayoritarios.

El factor socio-económico es otra variable de gran importancia que ha sido estudiada en Estados Unidos e Inglaterra con resultados contradictorios. "Las observaciones hechas... por muchos años sugieren que el índice de suicidio baja a medida que sube el ingreso. Por otra parte los estudios durante un año cualquiera sugieren lo contrario, es decir, que a mayor ingreso más suicidios". (B. Miller, 1973).

Dublin, citado por B. Miller, establece una aclaración respecto de estos hallazgos cuando indica que el suicidio es un fenómeno presente en el extremo superior e inferior de la escala económica.

En la literatura revisada para el presente trabajo no se encontraron datos específicos sobre este tópico para Colombia, sin embargo a manera de comentario podría pensarse que en nuestro medio, dada la forma tan peculiar como se distribuye el ingreso, el extremo más vulnerable al suicidio por la concentración de población es el inferior, en donde la carencia de los recursos indispensables para la subsistencia es el denominador común.

En una sociedad con estos condicionantes se observan entre otros indicadores de patología social: el desempleo, el subempleo, la pobreza, las limitaciones para el logro del desarrollo personal, situaciones éstas que se pueden constituir en factores coadyuvantes del acto suicida.

Es obvio que en el extremo superior de la escala económica, las situaciones que podrían conducir al suicidio son de otra índole: pérdida de prestigio, tensiones propias de su estatus, reveses económicos y otros factores que disminuyen la autoestima.

La idea de que existe una afinidad entre el suicidio y el homicidio es apoyada por varios autores entre ellos Leonard, citado por B. Miller (1973) quien expresa: "Son evidentes muchas similitudes entre el suicidio y el homicidio. En efecto, los dos son actos de destrucción violenta que ponen fin a la vida en forma perentoria".

En la misma forma Sánchez Medina G. (1969), indica que "se presenta una afinidad y analogía entre los impulsos criminales y los suicidas, pues ambos rechazan la construcción, la creación y la vida... Los deseos de matar los de ser matado y los de morir se derivan o se originan del mismo impulso a morir...El suicidio y el homicidio son semejantes en cuanto los dos son expresiones de la agresión".

Tomando el homicidio en la forma descrita, y además, como un indicador de patología social, conviene citar lo ocurrido en Bogotá en el primer semestre de 1977. "El total de muertes violentas (accidentes, homicidios y suicidios) ocurridos en la ciudad en el primer semestre del presente año fueron 1.127, equivalentes al 13.3% del total de las difunciones (8.481) de este período" (Boletín Interno Informativo No. 22, Servicio de Salud de Bogotá, D.E.)

Al ser clasificadas según condiciones se aprecia la siguiente distribución: Homicidios 321 (29%); Suicidios 47 (4%).

El mismo boletín muestra los barrios donde ocurrieron muertes violentas relacionadas con homicidio y suicidio (Ver tabla No. 2)

Estos datos tienen importancia desde el punto de vista epidemiológico pues están dando un indicativo de la problemática social, y orientando a las instancias de salud respectivas para tomar las medidas necesarias que conduzcan a disminuir el riesgo en las áreas afectadas.

MUERTES VIOLENTAS POR HOMICIDIO Y
SUICIDIO, BOGOTA DE., 1977

Tasas (Muertes por cada 100.000 habitantes).

Tabla No.3

SUICIDIOS		HOMICIDIOS	
AREA	TASA	AREA	TASA
El Carmen	8	El Carmen	44
Estrada	3	Las Cruces	22
La Victoria	2	Ricaurte	17
B. Horizonte			
Las Cruces	2	Perseverancia	15
Kenedy (Super			
Manzana 5)	2	Asunción Bochica	14

Fuente: Boletín Interno Informativo No. 2
Servicio de Salud de Bogotá, D.E.

Factores Psicológicos.

Esta parte pretende resumir la existencia de muchos trabajos y la teoría de varios investigadores explicando y valorando la potencialidad de auto-destrucción. Se toma en la dinámica del intento como el propio suicidio en cuanto a los motivos, los cuales son muy semejantes, aunque la intención de herir e impresionar es más evidente en el intento.

Tabacknick y Farberow (1969) tratando una forma más definida de valoración de la potencialidad de auto-destrucción, manifiestan que "El suicidio, quizá porque pertenece a la categoría tabú de la muerte, es un fenómeno de la existencia que evitan tratar tanto personas laicas como profesionales". Manifiestan además que prefieren emplear el termino auto-destrucción ya que a la palabra suicidio se le han aplicado una variedad de actos, sentimientos, tendencias y comportamientos en tal forma que significa más un acto de tipo legal o dato de valor estadístico que un concepto definido y específico. En tanto que definen AUTO DESTRUCCION como un "concepto psicológico específico y por lo tanto útil para fines teóricos ya que implica una psicodinámica consciente o inconsciente que se inhibe o se facilita de acuerdo con las características peculiares del yo".

Los autores citados dentro de su enfoque teórico toman dos puntos de vista interrelacionados que merecen atención: uno es la teoría de la adaptación y el otro el de la comunicación, sin descartar la teoría dinámica, topográfica, económica y sociológica.

El hombre durante su desarrollo, afirman los autores, ha tenido que utilizar una serie de mecanismos de tipo adaptativo, los cuales proporcionan satisfacción o por el contrario los mecanismos se tornan mal adaptados o inadecuados y por lo tanto insatisfactorios, menguando la autoestima y utilizando actos de autoanulación y auto-destrucción. Pueden representar agotamiento de los intentos por obtener placer y satisfacción, regresando a formas más primitivas de comportamiento.

La disparidad entre las formas primitivas de comportamiento y las expectativas más adelantadas, junto con la acción y exigencia del medio, puede dar lugar a un estado de posible auto-destrucción lo cual puede ser sentido por la persona en forma unicausal o intrapersonal.

El paciente considera su suicidio o su amenaza de muerte como una represalia, desea abandonar o castigar a quien lo ha abandonado. Estas son formas de repetir las experiencias infantiles de abandono y repudio y aunque mal adaptativas son importantes por ser las únicas formas aprendidas de manejar la agresión.

Dentro de esta teoría de la adaptación es preciso mencionar a S. Radó, el cual le dá importancia a la depresión y la clásica como una forma mal adaptiva de dependencia. Explica que la ira del paciente y su repliegue interior se interpreta como un deseo o un llamado insatisfecho de dependencia de alguien. También señala la naturaleza expiatoria de la ira dirigida contra sí mismo y su mal encausado propósito adaptivo de reparación con la esperanza del sujeto de ser perdonado y reconciliarse con el objeto de su frustración.

Añade en el mismo artículo Herbert, cómo, cuando se trata de explicar la dinámica del suicidio, se parte de una dinámica de la depresión, la cual no explica ampliamente el acto suicida, ya que como dice Heridin "en gran número de pacientes suicidas no se presentan ni la dinámica ni las características clínicas de la depresión, y lo que es más importante muchos de los pacientes deprimidos no tienen ideas suicidas, es decir, el hecho de que aparezcan frecuentemente juntos la depresión y el suicidio no justifica que se utilicen las formulaciones dinámicas de la depresión como la única explicación general del suicidio".

Freedman y Caplan (1975), señalan cinco motivaciones o explicaciones, las cuales favorecen la comprensión de los pacientes suicidas:

La muerte como un abandono vengativo. Las reacciones de los niños ante la muerte implican con frecuencia: que se le infligió un acto violento al difunto o que él se marchó voluntariamente. También se encuentra que los niños separados de sus madres, reaccionan como si ellas voluntariamente hubieran escogido el hecho de dejarlos. Existe la posibilidad de la fantasía, en los intentos auto destructivos en relación al hecho de que las situaciones se pueden dominar mediante el control sobre la vida o la muerte.

La muerte como un asesinato revertido hacia sí mismo. Freud en 1917, en su trabajo *Duelo y Melancolla*, consideraba el suicidio como la forma extrema, en que el odio o deseo reprimido de matar al otro se revierte hacia sí mismo después de una fuerte lucha, obteniéndose el resultado auto-destructivo.

Es de anotar la importancia que reviste en este hecho la tarea del "insight". Situación contraria ocurre en la rabia asesina donde el resultado es la destrucción del otro u homicidio.

La muerte como reunión con otro. La gratificación, de característica extremadamente dependiente, justifica la autodestrucción como forma de encontrar aquellas personas que le fueron significativas, como padres, esposo, hermanos que le protegían.

La muerte como autocastigo. La vivencia del fracaso, la pérdida, culpa, indignidad e incapacidad, provoca un odio intenso hacia el yo, con necesidad de auto-castigo o expiación.

La persona que se ve a sí misma como alguien que ya está muerto. La persona percibe intensos sentimientos de indiferencia, agresión reprimida, y enfriamiento emocional, equivalente a la agonía o la muerte, la demostración afectiva predominante es la apatía.

La insensibilidad sin embargo, es atormentadora considerando la auto-destrucción como alivio a un acontecimiento que ya ha sucedido, "el sentimiento de estar ya emocionalmente muerto".

Estos problemas afectivos tienen lugar en la infancia. A los niños se les enseña a no demostrar sentimientos y el deseo de los padres de que los niños se hagan independientes tan pronto como sea posible, así como el dar ejemplos de auto-suficiencia, provocan una separación afectiva precoz la cual es fuente de intensa rabia reprimida.

También la frustración a la dependencia por separación, pérdida o abandono, el deseo de acariciar y mantener dependiente al niño hasta edad avanzada, a cambio de que el niño aprenda (como chantaje emocional) a refrenar y guardar agresividad, al igual que la formación del niño bajo sentimientos de culpa como forma de disciplina, son otras tantas fuentes de agresividad y rabia reprimida.

Bajo la teoría de la adaptación, gráficamente se puede explicar la dinámica de la auto-destrucción en la siguiente forma: (Ver página siguiente).

Analizados los aspectos intrapersonales merecen ser tratados con igual interés los interpersonales y específicamente los aspectos comunicativos, ya que se encuentran elementos dentro del comportamiento auto-destructivo que comunica a los otros, diversos sentimientos, demandas o súplicas. Por lo tanto el comportamiento auto-destructivo se convierte en parte en "una comunicación con un propósito determinado y un contenido dirigido hacia un público específico. Por esta razón es importante conocer el contenido, el público, el grado de lo directo de la comunicación, así como el propósito de ésta" (Farberow y Tabacknick, 1969). Además, cual ha sido la relación entre ésta persona y su medio ambiente, para lo cual Shneidman, citado por Farberow y T. con base en su experiencia investigativa en el centro de prevención del Suicidio en los Angeles California, manifiestan que "en cierto sentido la auto-destrucción refleja la relación del individuo con su comunidad y su civilización".

TEORIA DE LA ADAPTACION

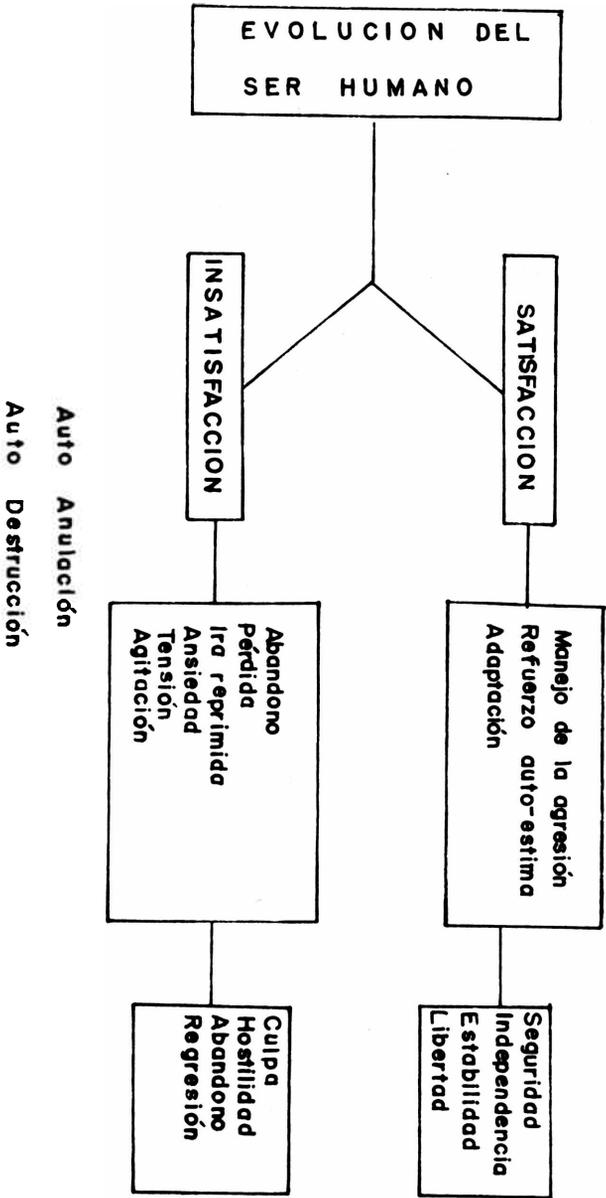


DIAGRAMA No. 1

NOTA: Se puede decir que todos los factores dinámicos presentes en las personas auto-destructivas, se encuentran en cierto grado en las personas "normales",

La comunicación puede ser de palabra o de acción (no verbal). La comunicación verbal puede referirse a amenazas, razonamientos, o fantasías. Con relación a la fantasía, Grimberg L. (1963) dice que tiene características de culpa persecutoria y menciona que la formulación sería la siguiente: “No es justo que sea yo quien cargue siempre con ésta culpa; ya que ustedes no me han comprendido ni ayudado a librarme de ella, me mato para que sean ustedes ahora los que tengan que soportarla”.

Dentro de las comunicaciones escritas se encuentran entre otras las notas suicidas. La comunicación no verbal va desde los intentos verdaderos de autodestrucción hasta un comportamiento menos directo. Todas las comunicaciones pueden examinarse de acuerdo con el grado en que son directas y de acuerdo con su contenido, con las personas a las cuales van dirigidas y con su propósito, buscando claves para determinar la letalidad potencial de la conducta auto-destructiva.

Hasta qué grado la comunicación es directa? Puede ir desde la falta de comunicación hasta la comunicación directa, generalmente existen claves alusiones o mensajes y la comunicación clara del deseo de auto-destrucción.

Qué es lo que se comunica?: El contenido de la comunicación en una actividad auto-destructiva, puede sugerir muchos de los significados y de la dinámica del acto. Se encuentran expresiones de sentimientos intensos de conflicto o desesperación y el comportamiento en general constituye un llamado de ayuda.

A quién va dirigida la comunicación? Se refiere a la acción que se espera tenga la comunicación, generalmente va dirigida a aquellas personas que se espera respondan salvándole la vida, y a otro grupo de personas que reaccionarán con indiferencia y hostilidad.

Qué se propone la comunicación? Algunas veces el objetivo es manejar a otros, evocando acciones y sentimientos particulares de tal manera que la situación se cambie y se satisfaga la necesidad de la persona, otras veces se pretende culpar a unos, absolver a otros, es decir, piden ayuda y comprensión. Erwin Stengel (1965) señala además, que existen el impulso a indagar al destino de la misma manera como algunos niños quieren descubrir si sus padres los quieren o los odian. En los adultos se encuentra esta conducta riesgosa y los motivos en su mayoría subyacen en las relaciones humanas, existe el deseo de provocar un cambio en los sentimientos de otra persona hacia uno aunque sea póstumamente y de indagar si lo quiere o no (como los niños).

Una síntesis respecto a la comunicación de los intentos de

auto-destrucción consumada se encuentra en la frase del profesor Cohen, citado por Stengel quien dice: "El verdadero objetivo del intento suicida no es la auto-destrucción, sino la supervivencia".

El siguiente esquema ilustra la dinámica de la teoría de la comunicación y su explicación respecto al intento o a la auto-destrucción del ser humano. (Ver diagrama No. 2).

Medidas Preventivas

La profilaxis del suicidio comienza antes del nacimiento y tiene como objetivo eliminar o reducir todos los factores que tienden a incrementar el acto suicida y a fortalecer todos aquellos que tienden a reducirlo.

Esta parte del trabajo, se propone establecer algunas actividades en los tres niveles, teniendo en cuenta los aspectos sociales y psicológicos mencionados en la primera parte y el análisis de la encuesta, aplicada a personal médico y de enfermería que trabaja en los servicios de urgencias.

Prevención primaria: Para orientar las acciones de prevención primaria es necesario hacer referencia a los grupos más susceptibles al intento suicida. De acuerdo con lo descrito anteriormente, según las estadísticas revisadas para Colombia, los adolescentes y adultos jóvenes son de los grupos más vulnerables. En el hombre, el porcentaje de suicidios es mayor que en las mujeres, sin embargo, en éstas los intentos suicidas son más elevados, especialmente de los 15 a los 24 años. Según el estado civil se aprecia un mayor porcentaje de suicidios en personas solteras.

Por otra parte grupos socialmente marginados y rechazados, los cuales generalmente carecen de medios para satisfacer sus más elementales necesidades, pueden convertirse en grupos altamente predispuestos.

Otro grupo que debe tenerse en cuenta es el de personas que sufren trastornos mentales, especialmente: Enfermedades depresivas, en particular depresiones endógenas e involutivas, psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenias, psiconeurosis y trastornos de personalidad tales como: personalidades histéricas, antisociales y compulsivas.

También se han mencionado como grupos susceptibles los alcohólicos, farmacodependientes, hijos de suicidas y de alcohólicos y personas en crisis situacionales y/o evolutivas.

Actividades a nivel de prevención primaria: La prevención primaria tiene como meta la atención a la persona antes de que intente suicidarse. Los estudios hechos en otros países acerca del suicidio e intento de suicidio, han

TEORIA DE LA COMUNICACION

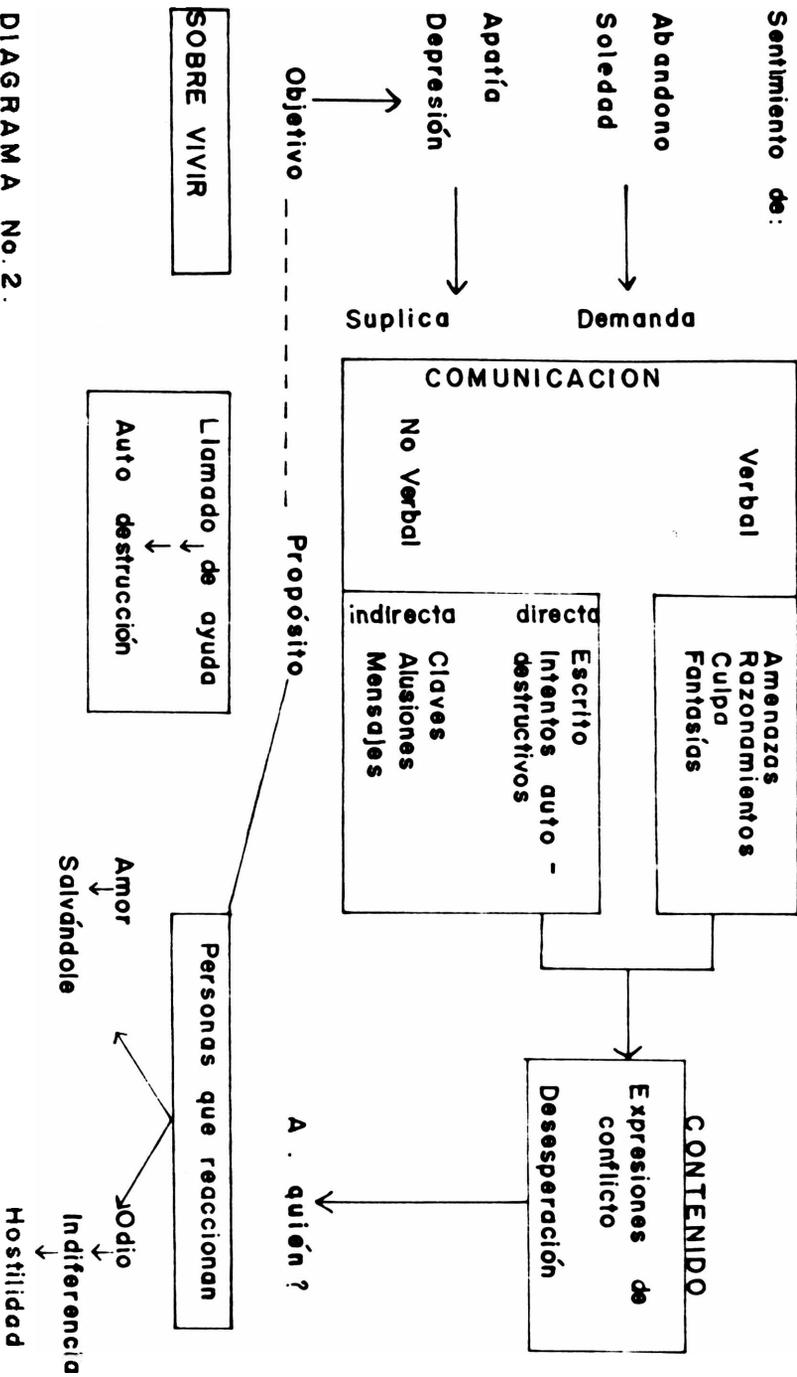


DIAGRAMA No.2.

llegado a concluir que antes del intento de autodestrucción existe una fase preliminar reconocible, por ciertos cambios de conducta, indicadores de tendencias autodestructivas.

Norman D. Tabacknick y Farberow (1969), expresan que dentro de la valoración de la potencialidad de autodestrucción pueden distinguirse dos áreas: Aspectos intrapersonales correspondientes a la dinámica interna y aspectos interpersonales que comprenden toda una gama de conductas para comunicar a otros sentimientos y tendencias autodestructivas, éste aspecto está dado por la interrelación individuo y su medio ambiente.

En relación con éstas áreas las actividades específicas de prevención primaria serían:

Actualizar al personal de salud e informar a los líderes de la comunidad sobre los grupos vulnerables al suicidio y las características que individualmente puede presentar la persona con tendencias autodestructivas.

Tales características son:

- **Gran dificultad para adaptarse al cambio.**
- **Marcada dificultad para establecer relaciones interpersonales duraderas.**
- **Aislamiento progresivo.**
- **Dificultad para expresar o manejar la agresividad.**
- **Intensos sentimientos de indiferencia (apatía)**
- **Sentimientos continuos de infelicidad, autodesprecio y culpa.**
- **Pérdida de interés en las actividades habituales: sexo, pasatiempos, trabajo.**
- **Manifestaciones de ideas de auto-anulación y auto-destrucción.**
- **Predominio de conductas compulsivas sobre conductas creativas.**
- **Pérdida del sueño con gran referencia a ello como síntoma.**
- **Intento previo de suicidio.**
- **Preocupación y habla reiterada sobre suicidio.**
- **Antecedentes familiares de suicidio.**
- **Enfermedades físicas graves o auto-limitantes.**

Otras actividades que podrían realizarse a nivel de prevención primaria son:

- **Establecer mecanismos de divulgación a la comunidad sobre conductas que presentan las personas con riesgo de suicidio (folletos, carteles, otros medios de comunicación).**
- **Utilizar grupos formales de la comunidad para realizar actividades de**

promoción (maestros, asociaciones de padres de familia, junta de acción comunal, grupos de la parroquia, entre otros).

- Orientar al personal médico y paramédico sobre la técnica de intervención en crisis, para que sea aplicada como medio profiláctico del Intento de suicidio.
- Formar grupos dentro de la comunidad que tengan como objetivo evitar el aislamiento social, mediante la utilización de estímulos que favorezcan la interacción (grupos deportivos, de artesanías, artísticos y otros).
- Implementar en los programas de Materno Infantil acciones de Salud Mental orientadas a promover relaciones familiares, que favorezcan el desarrollo de sus miembros.
- Implementar en el Centro de Asesoramiento Toxicológico (C.A.T) los servicios de orientación y asesoría psicológicos a dos niveles: para el personal de salud que trabaja en urgencias otras agencias de la comunidad y para las personas con intentos autodestructivos.
- Brindar atención a la familia e individuos allegados a la persona con intento autodestructivo.

Prevención Secundaria: El diagnóstico precoz del suicidio y del intento de suicidio se dificulta por cuanto la detección de casos generalmente ocurre cuando se lleva a cabo el intento o el suicidio. Sin embargo, todas las acciones a nivel secundario tienen como finalidad evitar el desenlace fatal del acto suicida y tomar las medidas necesarias para prevenir la reincidencia del intento suicida

Dado que las urgencias de los hospitales son los servicios donde se atienden las personas que intentan suicidarse, se creyó conveniente realizar una encuesta al personal que trabaja en los mencionados servicios, con el fin de hacer un sondeo del tipo de atención que se presta, utilizando dicha información como base para plantear actividades a nivel secundario.

La encuesta (Ver anexo No. 1) se aplicó en los servicios de Urgencias de tres Hospitales Universitarios, de Bogotá (A.B.C.) a personal médico y de enfermería. El total de personas que respondieron la encuesta fue de 29 distribuidos así: 9 médicos, 8 enfermeras y 12 auxiliares de Enfermería.

A continuación se presentan los resultados del análisis de las informaciones obtenidas, tomando los datos más significativos.

En relación con el medio más usado para efectuarse el suicidio (Ver anexo No. 1 Pregunta No. 5), el 100% de las respuestas indicaron que la intoxicación por organofosforados eran el medio elegido.

Parece que la conducta más frecuente en los servicios de urgencias, una vez que el paciente supera su estado crítico, es remitirlo al servicio de

Psiquiatría (18 de los 29 encuestados) como se observa en la Tabla No. 4.

TOTAL DE RESPUESTAS A LA PREGUNTA
No 6 (REMISION DEL PACIENTE AL SER-
VICIO DE PSIQUIATRIA), BOGOTA, 1980

Tabla No 4

PERSONAL DE SALUD	Remisión del paciente Pregunta No 6		
	siempre	a veces	nunca
Medico	5	4	-
Enfermera	5	2	1
Aux. de Enfermeria	8	3	1
TOTAL	18	9	2

TOTAL DE RESPUESTAS POR INSTITUCION
A LA PREGUNTA No.6 (REMISION DEL PA-
CIENTE AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA),
BOGOTA. 1980

Tabla No. 5

INSTITUCION	Remisión del Paciente Pregunta No. 6		
	siempre	a veces	nunca
A.	5	2	1
B.	9	2	0
C.	4	5	1
TOTAL	18	9	2

Sin embargo, es significativo el hecho de que no existe una uniformidad de criterio en cada uno de los grupos encuestados. De 9 médicos, 5 respondieron que siempre se envía el paciente a consulta psiquiátrica, mientras 4 afirmaron que a veces. En la misma forma se nota la discrepancia en las respuestas del grupo de enfermeras y auxiliares, e incluso en cada una de la Instituciones (ver tabla No. 5), lo cual sugiere que no existe una norma para el tratamiento psicológico de estas personas. Esta observación se afianza al analizar el ítem de la pregunta No. 7: (Ver tabla No.6). "Sugerir al paciente o a los familiares la necesidad de ayuda psiquiátrica", al cual respondieron 27 personas afirmativamente, esto revela que la remisión no está establecida como norma, sino que opera a nivel de sugerencia al paciente o a los familiares.

TOTAL DE RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS No.s 7, 8 y 9 (NORMAS DEL
SERVICIO, COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL Y CONDUCTA ANTE
CUIDADO FISICO), BOGOTA. 1980

Tabla No. 6

PERSONAL DE	NORMAS DEL SERVICIO Pregunta No. 7						COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL Pregunta No. 8						CONDUCTA ANTE CUIDADO FISICO Pregunta No. 9							
	a		b		c		d		a	b	c	d	e	f	a		b			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO							SI	NO	SI	NO		
SALUD																				
Medico	1	8	4	5	8	1	9	0	0	0	6	1	0	2	2	2	2	7	9	0
Enfermera	2	5	1	6	6	1	7	0	1	5	0	2	0	5	1	7	7	1		
Auxiliar de Enfer- meria	5	8	7	6	13	0	11	2	6	6	0	2	1	6	1	11	12	0		
TOTAL	8	21	12	17	27	2	27	2	7	17	1	4	3	13	4	25	28	1		

En la Tabla No. 6 (pregunta No. 7, ítem a) se encuentra que 21 personas respondieron que no se asigna una auxiliar o ayudante para que le brinde compañía al paciente. Al aplicar la encuesta se escucharon comentarios que indicaban carencia de personal suficiente para llevar a cabo dicha actividad.

En la misma tabla se observa que 17 personas contestaron no tener en cuenta el deseo del paciente para permitirle la presencia de un amigo o familiar (pregunta No. 7, ítem b). Este resultado hace ver la poca atención que se presta a los aspectos psicológicos del paciente.

Para la pregunta No. 8 (tabla No. 6) 17 personas constestaron que "demostrar interés" era uno de los comportamientos generalmente observados en el personal, sin embargo, al hacer relación de este ítem con las acciones concretas consideradas en las preguntas No. 7 y No. 10 (ver tablas No. 6 y No. 7) se observa una inconsistencia, ya que el hecho de no contar con una persona que le brinde compañía, el no permitirle la presencia de un amigo o familiar y el mostrarse indiferente pueden ser indicadores de falta de interés en la persona. En la misma pregunta (No. 8) 13 personas respondieron que "profundizar en la comunicación" era uno de los comportamientos generalmente observados. Cabe anotar que en la pregunta No. 10 (ver tabla No. 7), sumadas las respuestas de las frases que indican rechazo a la acción del paciente se encuentra un total de 17. Esta situación sugiere que las frases indicadoras de rechazo, lejos de ayudar a profundizar en la comunicación, se constituyen en barreras que la limitan notablemente.

De este breve análisis se puede concluir que los servicios de urgencias de las Instituciones donde se realizó la encuesta, carecen de normas concretas que favorezcan la atención integral de la persona con intento de suicidio, además, el sondeo de actitudes muestra que no hay conciencia de lo que significa para la persona, la familia y la sociedad el intento de suicidio, a manera de especulación podría pensarse que el cuidado que se brinda al paciente en estas condiciones, más que fortalecer su estado psicológico tiende a aumentar sus sentimientos de auto-destrucción, con el consiguiente peligro de la reincidencia del intentos suicida.

Actividades a nivel de prevención secundaria. Estas se orientan hacia el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, en lo referente a diagnóstico precoz se podrían efectuar las siguientes actividades:

Aprovechar cualquier contacto con la comunidad para la detección de casos, teniendo en cuenta los conceptos sobre características que presentan las personas con tendencias autodestructivas, citadas en la prevención primaria.

TOTAL DE RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS 10 y 11 (CONDUCTA ANTE MANIFESTACIONES DE AGRESIVIDAD Y FRASES MAS USADAS POR EL PERSONAL DE SALUD), BOGOTA, 1980

Tabla No 7

PERSONAL DE SALUD	Conducta ante manifestaciones de agresividad			Frasas usadas con mds frecuencia por el personal de salud.				
	a	b	c	a	b	c	d	e
Médicos	2	2	5	0	3	0	0	6
Enfermeras	2	4	3	1	2	0	2	6
Aux. de Enfermería	2	10	3	0	0	3	6	10
TOTAL	6	16	11	1	5	3	8	22

- Estimular a los líderes de la comunidad para que colaboren en la detección de casos.
- Motivar al individuo, familia y comunidad para que comunique cualquier caso de autogresión por intrascendente que parezca.
- Establecer comunicación con la persona y/o familia a fin de orientarla sobre la necesidad de tratamiento y los servicios psiquiátricos a los cuales puede acudir.

En referencia al tratamiento oportuno, conviene recordar que para que el diagnóstico precoz sea efectivo, debe ir seguido de un tratamiento rápido y eficaz. Desafortunadamente para el fenómeno del suicidio generalmente el diagnóstico se establece una vez efectuado el intento suicida. Esta situación puede deberse en gran parte, a la falta de programas concretos de prevención primaria.

Por regla general, el tratamiento en caso de intento de suicidio se inicia en los servicios de Urgencias. Como se describió anteriormente, con base en el análisis de las encuestas, el cuidado que se brinda a la persona con intento de suicidio no favorece la atención integral de la persona. Este hecho nos lleva a plantear las siguientes actividades:

- Preparar al personal de salud que labora en los servicios de Urgencias, sobre los aspectos psicológicos a tener en cuenta en la atención de la persona con intento suicida. Esta preparación podría incluir tópicos tales como:
 - Reconocimiento del suicidio como la expresión de un problema de salud multicausal.
 - Importancia de las *actitudes* del personal de salud frente a la persona con intento de suicidio.
 - Relación interpersonal de ayuda en la atención de la persona y familiares.
 - Conceptos de intervención en crisis.
 - Emplear a las damas voluntarias, previa orientación, para brindar compañía al paciente cuando éste lo requiera.

Otras actividades relacionadas con prevención secundaria podrían ser:

- Orientar a la persona con intento de suicidio para que se integre a grupos existentes en la comunidad, a fin de que encuentre en ellos apoyos situacionales.
- Establecer un sistema de registro adecuado que sirva como base para la investigación de la problemática del suicidio y la orientación y eficiencia de los tratamientos.

Prevención Terciaria. A este nivel la prevención se orienta hacia la reducción de secuelas, tanto en el aspecto físico y psicológico como en el social.

Si se considera que la prevención terciaria se inicia en el momento mismo en que se establece el diagnóstico, el planeamiento de actividades debe ir paralelo a éste.

Las actividades específicas propuestas son las siguientes:

- Establecer mecanismos para la continuidad del tratamiento integral de la persona que ha sido dada de alta del intento de suicidio.
- Dar orientación a la familia para que colabore en la rehabilitación de la persona con intento de suicidio.
- Educar a la comunidad con el fin de evitar que se proyecten sobre la persona con intento de suicidio, apreciaciones estereotipadas que influyen negativamente sobre sus expectativas, para retornar a la vida productiva.
- Hacer seguimiento de las familias afectadas por el suicidio o intento de suicidio de alguno de los miembros.

Las actividades enunciadas para los tres niveles de prevención, sólo constituyen una propuesta, en la que partiendo de los recursos existentes, se implementan algunos elementos que permiten mejorar la calidad de la atención que se presta a las personas con tendencias autodestructivas.

BIBLIOGRAFIA

Beppino Disertori, Marcella Piazza. *Psiquiatría Social*. Ateneo, Buenos Aires, 1974.

Castilla del Pino Carlos. *Un estudio sobre la Depresión*. Fundamentos de antropología dialéctica. Península, Madrid, 1966.

Caplan Gerald. *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós Buenos Aires. 1966.

- Farberown y Tabacknick. *Necesito Ayuda*. "Valoración de la Potencialidad de Autodestrucción". Prensa Médica, México, 1969.
- Freedman y Caplan. *Compendio de Psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1975.
- Gimberg León. *Culpa y Depresión*. (Estudio Psico-Analítico). Paidós, Buenos Aires 1963.
- León C. y Otros. *Características Psicológicas de un Grupo de Suicidas Frustrados*. Revista Colombiana de Psiquiatría, III, No. 5, octubre, 1974
- Miller, L. Benjamín y Burt John. *Salud Individual y Colectiva*. Interamericana, México, 1973.
- OPS. *Prevención del Suicidio*. Cuadernos de Salud Pública. No. 35 Ginebra, 1969.
- OMS. *El Suicidio y los Intentos de Suicidio*. Cuadernos de Salud Pública, No. 58, Ginebra, 1976.
- Roselli Humberto. *Modalidades del Suicidio en Colombia*. Revista Colombiana de Psiquiatría. III. No. 4. septiembre 1970.
- Stengei Edwin. *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Paidós, 1965.
- Servicio de Salud de Bogotá, D.E. *Muertes Violentas en Bogotá*. Boletín Informativo No. 22, diciembre, 1977
- Tribuna Médica. Tomo LI, No. 8, 1975.

ANEXO NO. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Facultad de Enfermería

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA EN SERVICIOS DE URGENCIAS, DE TRES HOSPITALES UNIVERSITARIOS EN BOGOTA

Este cuestionario tiene como fin obtener información sobre algunos aspectos de la atención que se da en los servicios de urgencias a las personas que han intentado suicidarse. Los datos que se obtengan serán utilizados para un trabajo de investigación que están realizando los docentes del Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Agradecemos de antemano su colaboración y valioso aporte, así como la veracidad en sus respuestas, las cuales de ninguna manera serán dadas a conocer a título personal.

INSTRUCCIONES

- Marque con una X la respuesta o respuestas que correspondan a su opinión.
- Los espacios correspondientes a código e Institución, son llenados por el encuestador.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Enfermería
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

**CUESTIONARIO PARA PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA
EN SERVICIOS DE URGENCIAS, DE TRES HOSPITALES
UNIVERSITARIOS EN BOGOTA**

CODIGO _____

1. INSTITUCION _____

2. MEDICO _____

3. PERSONAL DE ENFERMERIA

 Enfermera _____

 Auxiliar de Enfermería _____

4. Tiempo que ha trabajado en el Servicio de Urgencias

 Dos meses _____ Seis meses _____

 Un año _____ Más de un año _____

5. De acuerdo a su experiencia, cuál es el medio más usado por las personas para llevar a cabo el intento de suicidio?

a. Herida con arma cortopunzante _____

b. Arma de fuego _____

c. Incineración con combustible _____

d. Intoxicación con: _____

e. Quemaduras _____

f. Lanzamiento de alturas _____

g. Inmersión _____

h. Ahorcamiento _____

i. Lanzamiento a automóviles _____

j. Otros _____

6. Una vez atendida la emergencia por el "intento de suicidio", el paciente es remitido al Servicio de Psiquiatría del Hospital:

a. Siempre _____

b. A veces _____

c. Nunca _____

7. Se consideran como normas del servicio para la atención del aspecto psicológico del paciente con intento de suicidio:

a. Asignar una auxiliar o ayudante para que le brinde compañía

 SI _____ NO _____

b. Tener en cuenta el deseo del paciente para permitirle la presencia de un amigo o familiar

SI _____ NO _____

c. Establecer comunicación con alguna de las personas que acompañan al paciente durante el ingreso

SI _____ NO _____

d. Sugerir al paciente o a los familiares, la necesidad de ayuda psiquiátrica

SI _____ NO _____

e. Otras normas _____

8. El comportamiento que usted generalmente observa en el personal que trabaja en Urgencias, frente al paciente con intento de suicidio, es de:

- a. Brindar compañía _____
- b. Demostrar interés _____
- c. Demostrar indiferencia _____
- d. Demostrar curiosidad _____
- e. Rechazar la acción del paciente _____
- f. Profundizar en la comunicación _____

9. La conducta generalmente observada en el personal del servicio, al brindar el cuidado físico al paciente es:

a. Al realizar el procedimiento lo hace con brusquedad

SI _____ NO _____

b. Mientras realiza el cuidado físico le permite al paciente manifestar sus sentimientos:

SI _____ NO _____

10. Cuando el paciente con intento de suicidio presenta manifestaciones de agresividad (como por ejemplo: Vocabulario soez, agresión física, negarse a colaborar en su tratamiento y otras), la conducta generalmente observada en el personal que atiende al paciente es:

- a. Mostrarse indiferente
- b. Tratar de orientarlo
- c. Hablarle en tono al:

11. Indique las frases que escucha con más frecuencia en el personal que atiende los pacientes que han intentado suicidarse:

a. "Pobrecito, cómo se le ocurrió hacer esto?" _____

b. "Tiene que aceptar lo que se le haga porque usted se lo buscó". _____

c. "Usted por qué lo hizo, el único dueño de la vida es Dios". _____

d. "Usted no pensó en su familia?" _____

e. "Qué situación lo llevó a usted a tomar esta determinación?" _____

