



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Carta de la salud

ISSN 1900-3560

Octubre 2019 #281

El suicidio no es una opción

• César Augusto Arango Dávila MD. PhD.
Médico psiquiatra
Fundación Valle del Lili.

En la vida de las personas pueden presentarse diferentes ideas relacionadas con la muerte. De hecho, por momentos surge la pregunta sobre la razón de vivir, y se encuentran explicaciones de índole religiosa, filosófica, espiritual, familiar, personal y social, entre otras. Existen circunstancias en las que se pierde la posibilidad de identificar esas razones, surgiendo la desesperanza y el vacío interior. Es en ese momento en el que puede aparecer una ideación de muerte, un intento o un plan suicida, un intento de suicidio, o lo más lamentable, el suicidio.

Existen muchas ideas falsas con relación al suicidio. Frecuentemente las personas dicen: *"no sé si es un acto de valentía o un acto de cobardía"*. El hecho de que se plantee popularmente esta contradicción refleja su complejidad. Es por eso que esta Carta de la Salud abordará aquellos factores relacionados con la posibilidad de que una persona piense en el suicidio. No se trata de un acto de valentía ni de cobardía, es mucho más que eso.

Para los psiquiatras, una manera de entender lo que ocurre en la mente de la persona con ideas suicidas, es recurrir a las razones por las cuales consultan:



ESCENARIO 1

La persona consulta porque en su pensamiento han aparecido ideas suicidas y siente que no las puede refrenar. Le preocupa estar considerando los métodos para hacerlo, lo cual cada vez es más frecuente en su pensamiento.

La ideación suicida se puede situar por encima del verdadero deseo de la persona; es decir, para la persona puede ser absurdo pensar en el suicidio, sin embargo la idea aparece. La idea puede crecer hasta el punto de ejecutarse. Los familiares y amigos podrían ayudar mucho cuando la preocupación sobre el suicidio les sea compartida. Es necesario escuchar a la persona afectada y acompañarla a una cita por psiquiatría.



ESCENARIO 2

La persona que llega al servicio de urgencias después de haber atentado contra su vida.

Es necesario hospitalizar a la persona afectada para tratar no solo las consecuencias físicas de su autoagresión, sino también para manejar su estado mental. Suele presentarse una mejoría tanto física como psicológica, observándose después de varios días, un sincero agradecimiento –“con los médicos, con Dios, con la vida”– por no haberse muerto.

Al momento de intentar suicidarse, esta persona tenía su juicio perturbado, lo cual con frecuencia se asocia a trastorno depresivo, alcoholismo, consumo de sustancias, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia, estrés agudo o crónico, entre otras.

ESCENARIO 3

El joven que después de terminar una relación de pareja o perder el semestre/año escolar súbitamente, se toma una sobredosis de medicamentos o se corta las muñecas con una cuchilla. Después de hacerlo, se arrepiente y le hace saber su actuación a un amigo o familiar.

Con frecuencia se presentan intentos de suicidio, con el componente de impulsividad irreflexiva como determinante del acto. Si bien pareciera tener un fondo de “llamar la atención”, este hecho puede reflejar una fragilidad psicológica de la persona y podría ser una oportunidad para evaluar sus dificultades.

ESCENARIO 4

La persona que bajo efectos de alcohol u otra sustancia psicoactiva intenta suicidarse. Después de que pasa el efecto de la sustancia no se explica por qué lo hizo y se siente mal por haberlo hecho.

El licor o las sustancias psicoactivas disminuyen su capacidad reflexiva y aumentan su impulsividad.

Los anteriores escenarios muestran cómo la intención suicida se puede presentar por varias circunstancias, pero lo más importante es poder percatarnos de que si bien estos comportamientos se presentan en la población con alguna frecuencia, en todos los casos la persona lo hace sin tener un juicio adecuado. En el papel de prevención son agentes muy importantes: la familia, los amigos y la comunidad en general.

Datos estadísticos:

Datos del año **2016** muestran que en el mundo se suicidan aproximadamente un millón de personas cada año (*una muerte cada 30 segundos*) y por cada adulto que se suicida hay 20 más que intentan suicidarse; por lo tanto, en el mundo hay **20 millones** de intentos de suicidio al año (*20 intentos por cada 30 segundos*). El suicidio puede ocurrir a cualquier edad y el **80%** se presenta en países de bajos y medianos ingresos.

El suicidio se ha incrementado en un **60%** en los últimos 45 años, afectando cada vez más a personas jóvenes, siendo esta la segunda causa de muerte en personas entre **15 y 29 años** de edad. **En Colombia también se ha registrado este incremento y cada año hay 1.900 suicidios, es decir un suicidio cada 4 horas.**

Indicadores demográficos de riesgo suicida:

- **Edad:** adolescentes, adultos jóvenes y ancianos.
- **Sexo:** el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, en una proporción de 3 mujeres por 1 hombre, mientras que el suicidio es más frecuente en hombres.
- **Estado civil:** personas solteras, separadas y viudas.
- **Ocupación:** desempleados y empleados no escolarizados.

En el suicidio intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, pero se puede prevenir si todos estamos atentos a las recomendaciones.

Es fundamental **combatir el estigma**. En la sociedad actual, hablar del suicidio o hablar de los trastornos mentales es visto de una manera despectiva o vergonzosa. Si se entiende la importancia de tener en cuenta lo que manifiestan estas personas, habrá oportunidad de participar de una manera eficaz en la prevención del suicidio.

Ante la sospecha de los planes de autoagresión o suicidio de una persona, se debe tener un acercamiento a esta y preguntar explícitamente sobre esas ideas de la siguiente manera:

- Hablar con la persona en un lugar privado y tranquilo.
- Ofrecer ayuda de manera empática y no crítica.
- Preguntar sobre pensamientos o conductas suicidas.
- Cuando se logre empatía, preguntar explícitamente la causa de su determinación.
- Incluir a la familia o amigos en el suministro de información.
- Valorar el riesgo suicida de acuerdo con lo explicado previamente.
- Interrogar sobre desencadenantes: separaciones de pareja, problemas en el trabajo, rendimiento escolar, fracaso económico, familiares enfermos, etc.
- Reconocer si hay indicios de trastorno depresivo, ansiedad, cambios en el estado de ánimo o en su comportamiento en las últimas semanas o días.

Dentro de las preguntas que se deben hacer están las siguientes:

- ¿Ha pensado en la muerte?
- ¿Ha pensado en el suicidio?
- ¿Ha pensado en hacerse daño?
- Si ha pensado en hacer algo contra usted mismo, ¿qué ha pensado hacer?
- ¿Desde cuando viene pensando en hacerlo?
- ¿Siente miedo de realizarlo?, ¿qué le impide hacerlo?
- ¿Ha solicitado ayuda?, ¿le ha comentado a alguien lo que quiere hacer?
- ¿Qué lo motiva a seguir viviendo o a morir?
- ¿En los últimos días como ha estado su sueño, su apetito y su ánimo?

Descartar si existen indicios de depresión mayor:

- Tristeza.
- Pérdida de la motivación.
- Dificultad para asumir las tareas cotidianas.
- Insomnio, especialmente despertarse al amanecer y no poder dormir nuevamente.

- Pérdida del apetito o exceso de apetito.
- Pérdida de peso o ganancia de peso.

Descartar si existen indicios de psicosis:

- Comportamientos extraños.
- Tendencia al aislamiento o exceso de comunicación.
- Exceso de rabia.
- Hablar solo.
- Ver cosas que no existen o escuchar voces que no son reales (*alucinaciones*).
- Alucinaciones de comando con órdenes suicidas (*voces que le dicen que se suicide*).
- Manifestar ideas de persecución, mesiánicas, de grandeza, místicas, entre otras.
- Alteración del sueño.
- Alteración de los hábitos diarios.

Persona con evidentes manifestaciones de trastorno depresivo o psicosis que presenten uno o varios de los siguientes indicadores, puede tener un alto riesgo suicida:

- Intentos de suicidio previos.
- Intento suicida previo bajo los efectos del alcohol o drogas psicotrópicas.
- Ideas suicidas.
- Historia de suicidios en familiares de primer y segundo grado.
- Familias inestables.
- Pérdidas escolares con presión familiar.
- Enfermedades crónicas, dolorosas o pacientes terminales.



El vínculo entre **el suicidio y los trastornos mentales** (en particular los trastornos depresivos, el trastorno bipolar y el consumo de alcohol) está bien establecido, pero también muchos suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis, que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida: ruptura de relaciones de pareja, problemas financieros, dolores y enfermedades crónicas.

Los **profesores de colegios o universidades** deben preguntar acerca de pensamientos o planes de hacerse daño a sí mismo, a estudiantes que presentan manifestaciones sugerentes de trastorno depresivo, alteraciones del comportamiento o consumo de licor o sustancias.

Si una persona presenta pensamientos y planes de hacerse daño, o ha cometido previamente actos con esta finalidad; los familiares, amigos o allegados deberán **restringir el acceso a posibles medios con los que pueda autoagredirse:**

- Esconder venenos.
- Retirar los medicamentos acumulados en la casa.
- Esconder o sacar de la casa: armas de fuego o instrumentos que puedan utilizarse para lesionarse.
- Esconder sogas, lazos o cualquier dispositivo que pueda utilizar para ahorcarse.
- Si vive en un piso alto, algunas veces se hace necesario sellar ventanas y puertas que den a balcones.

Cuando la persona ha tenido un intento de suicidio previo, se ha tratado y ahora se encuentra bien, es importante que la familia, amigos cercanos y allegados estén en contacto frecuente con él y descartar que se estén activando las ideas suicidas. También corroborar que la persona esté tomando los medicamentos formulados y que esté asistiendo a los controles médicos o psicológicos. Es importante fortalecer la vigilancia y el seguimiento de los intentos de suicidio.

Se ha visto en la población general que, entre **menos consumo de alcohol**, menos suicidios. Si se sospecha alcoholismo en un familiar, se debe afrontar esta situación y buscar ayuda en alcohólicos anónimos (*grupos AA*) o consultas especializadas de psiquiatría o psicología.

Es importante tener en cuenta que pueden ocurrir **epidemias de suicidios** especialmente en universitarios, escolares u otros grupos. Estos suicidios consecutivos son el resultado de la forma en cómo se maneja la información relacionada a un suicidio ocurrido; hacer homenajes o manejos mediáticos de los suicidios, pueden inducir a otras personas frágiles a cometerlos.

Toda información relacionada con los suicidios debe ser manejada de forma responsable, abstenerse de utilizar un lenguaje sensacionalista o de presentar el suicidio como la solución a un problema, evitar fotos y la descripción detallada del método utilizado.

DERRUMBANDO MITOS Y CREENCIAS

- **Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo:** NO es cierto. Cuando una persona pregunta sobre el suicidio o habla del tema puede estar pidiendo ayuda o apoyo. Se debe solicitar ayuda profesional cuando una persona esté considerando el suicidio como opción, incluso si sufre o no, de algún trastorno mental.

- **La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa:** NO es cierto. La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos, con comentarios de la persona o actitudes que hacen sospecharlo como ensimismamiento, cambio en el estado de ánimo, hacer un testamento en un momento inapropiado, revisar los seguros de defunción, etc.
- **El suicida está siempre decidido a morir:** NO es cierto. Los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. La mayoría de las veces, al resolver sus conflictos emocionales desaparece la ideación suicida.
- **El suicida nunca dejará de serlo:** NO es cierto. El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico, según la situación.
- **Solo las personas con trastornos mentales son suicidas:** NO es cierto. Muchas personas que presentan trastornos mentales no son afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que intentan suicidarse tienen un trastorno mental.
- **Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo:** NO es cierto. Hay que hablar del suicidio con las personas que tienen pensamientos suicidas. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona opciones de consultar y tiempo para reflexionar sobre sus pensamientos. Además, el acompañamiento afectuoso puede mitigar la idea.

COMITÉ EDITORIAL

- Dra. Marcela Granados • Dra. Diana A. Prieto
- Dr. Jorge M. Madriñán • Dra. Zamira Montoya
- Dr. César A. Arango • Dr. Harry M. Pachajoa
- Dr. Luis A. Escobar • Dr. Fernando Sanabria
- Dra. Mónica A. Villegas • Enfermera, Julia A. Leal
- Nutricionista, Jeannina Escalante Flórez
- Coordinadora de Comunicaciones, María Isabel Sánchez
- Comunicadora, Vanessa Anturi • Abogado, Camilo A. García
- Comunicadora, Margarita Londoño Vélez

Dirección: Cr. 98 # 18-49
Tel: 331 9090 - Santiago de Cali
E-mail: cartadelasalud@fvml.org.co
Citas: centraldecitas@fvml.org.co

Versión digital disponible en
www.valledellili.org/cartadelasalud

Diagramación: Alejandra Ayala Camacho

Síguenos en:  fvmlcali  fvmltv  @FVLCali  @fundacionvalledellili  Fundacion Valle del Lili

Esta publicación de 40.000 ejemplares es cortesía de:



El País



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI
Ejecelencia en Salud al servicio de la comunidad

Los conceptos y opiniones contenidos en los artículos de la Carta de la Salud, corresponden únicamente al de los autores y editorialistas. Esta publicación pretende mejorar su información en temas de la salud en general. Las inquietudes que se relacionen con su salud personal, deben ser consultadas y resueltas con su médico.