

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Pablo Galiano

EL ROL DEL MÉDICO CLÍNICO ANTE UN INTENTO DE SUICIDIO

2018

Citar como: Galiano, P. (2018). El rol del médico clínico ante un intento de suicidio [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

EL ROL DEL MÉDICO CLÍNICO ANTE UN INTENTO DE SUICIDIO.

RESUMEN

En los últimos años el intento de suicidio ha tenido un incremento tan significativo que se ha convertido en un problema de salud pública, no sólo por la frecuencia con que se presenta sino también por los costos sociales que implica. Por tal razón, este estudio tiene como objetivo Analizar el rol del médico clínico ante un intento de suicidio, la presente investigación se realizó bajo la metodología cualitativa, de tipo documental y descriptiva, a fin de ampliar y profundizar el conocimiento con apoyo en fuentes bibliográficas y documentales, relacionadas con el objetivo de la investigación, y así apoyar en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública. A través del estudio realizado se pudo evidenciar el papel fundamental que tiene el médico clínico generalista o de atención primaria, siendo un elemento clave en la prevención del suicidio si realiza la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión adecuada a los servicios de salud mental de las personas con riesgo de cometer suicidio, para ello debe considerar los continuos cambios que se han gestado en la sociedad a nivel mundial, los cuales representan mayores exigencias que este mundo globalizado demanda, superando en ocasiones las capacidades de respuesta de las personas, tales cambios constituyen factores de riesgo y, por tanto, de predisposición que los hace francamente vulnerables a considerar comportamientos suicidas.

INDICE

Resumen.....	3
1) Introducción.....	4
2) Planteamiento del problema.....	5
2.1. Objetivos de la investigación.....	6
2.1.2. Objetivo general.....	6
2.1.3. Objetivos específicos.....	6
3) Marco metodológico.....	7
3.1. Enfoque de la investigación.....	7
3.2. Tipo de investigación.....	7
3.3. Técnicas e instrumentos.....	8
3.4. Procedimiento y análisis de los datos.....	9
3.5 Desarrollo	9
3.6 Describir el intento de suicidio y determinar los factores de riesgo asociados al mismo	9
3.7 Antecedente Histórico del Suicidio	9
3.8 Suicidio	9
3.9 Conducta Suicida	11
3.10 Mecanismos Suicidas	13
3.11 Caracterizar el rol del médico clínico ante un intento de suicidio.....	14 15
3.12 Importancia del médico clínico ante un intento de suicidio...	16
4) Conclusiones.....	22
5) Referencias.....	23

1) INTRODUCCION

El intento de suicidio ha sido identificado como uno de los padecimientos sustanciales que deben enfrentar las sociedades modernas, convirtiéndose en un tema de preocupación mundial debido al incremento en las tasas que se han registrado en los últimos años, siendo en la actualidad un problema de salud pública, no sólo por la frecuencia con que se presenta sino también por los costos sociales que implica. (Girard, 2010). Es menester destacar que las tasas estimadas de intento de suicidio incluyen de 8 a 25 intentos de suicidio por cada suicidio exitoso.

Bertolote y Fleischmann (2002), estiman que para el año 2020 la cifra de suicidios será de 1.53 millones, aumentando entre 10 y 20 veces más el número de personas que intentarán suicidarse a nivel mundial. Asimismo, se debe indicar que este fenómeno no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. En el contexto latinoamericano son varias las organizaciones que han dedicado esfuerzos al estudio y prevención del suicidio y por ende del intento de suicidio, haciéndose un área cada vez más común dentro de los congresos y ponencias de diferentes disciplinas.

Según la Organización mundial de la salud (2004) el intento suicida es toda acción dirigida a terminar con la propia vida pero sin cumplir con su objetivo, debe considerarse que toda persona que intenta suicidarse evidencia con anticipación una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, por lo cual la conducta suicida puede ser prevenible mediante una oportuna intervención conjunta de distintos profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores). En este sentido, para prevenir el comportamiento suicida es impostergable la capacitación del médico de atención primaria, o médico clínico puesto que este puede

realizar la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión del riesgo de suicidio para así reducir este flagelo.

Es pertinente señalar que en Argentina el comportamiento suicida presentó un importante incremento en las últimas décadas, que varios especialistas asocian a la existencia de una crisis de valores, por lo cual es importante crear políticas públicas y diversas estrategias profesionales que permitan prevenir la conducta suicida. El presente trabajo está dividido en tres apartados, el primero hace referencia al *Planteamiento del Problema*, se indican los objetivos de la investigación y se explica la relevancia del presente estudio. Posteriormente se presenta *el marco metodológico*, en el cual se detallan los métodos e instrumentos que se emplearan en el trabajo planteado. Y seguidamente el *Desarrollo*, en este se encuentran los principales puntos teóricos en los que se fundamenta la investigación realizada y el análisis de la problemática presentada. Por otro lado se exponen las *conclusiones* del presente estudio.

2) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (OMS, 2014). Asimismo, se debe indicar que los intentos de suicidio son de diez a cincuenta veces más numerosos que los suicidios, sin embargo, este flagelo puede prevenirse a través de intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y capacitación de los equipos profesionales, en este caso, del médico clínico, puesto que frecuentemente los servicios de urgencias hospitalarias suelen ser la toma de contacto con el sistema sanitario de los pacientes que presentan ideación suicida. Se considera que de dos mil (2000) pacientes asistidos por los médicos generales al menos cincuenta tienen ideas de suicidio.

Según lo señalado por Bertolote y Fleischmann (2002), el comportamiento suicida se produce impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida. Asimismo, estos autores indican que

muchos intentos de suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida.

Es bien sabido que en la actualidad, en el ámbito de los mercados financieros, se observa una mayor volatilidad en un contexto que sigue presentando importantes riesgos económicos y geopolíticos. Específicamente Argentina es un país que está atravesando por dificultades económicas, lo cual ha impactado en la tasa de desempleo y otras variables sociodemográficas (Girard, 2010). Por lo cual, resulta relevante que los profesionales de la salud, en este caso los médicos, tengan en cuenta cada una de las variables demográficas que influyen en el aumento del riesgo suicida y la importancia que tienen ellos como profesionales de la salud en la prevención e intervención del intento de suicidio.

La OMS (2014) en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 establece la tarea y el compromiso de trabajar para aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

En este sentido, cabe plantearse la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué importancia tiene el rol del médico clínico ante un intento de suicidio?

Por tal razón, se llevará a cabo un análisis de bibliografía actualizada a fin de conocer distintos aspectos relacionados a la importancia del médico clínico ante un intento de suicidio, y así apoyar en el desarrollo y fortalecimiento de estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

- Analizar el rol del médico clínico ante un intento de suicidio

2.2.2 Objetivos específicos

- Describir el concepto de intento de suicidio y determinar los factores de riesgo asociados al mismo.
- Caracterizar el rol del médico clínico ante un intento de suicidio
- Importancia del médico clínico ante un intento de suicidio

3) MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se detallará la metodología utilizada a fin de cumplir a cabalidad los objetivos planteados en la investigación. De acuerdo a Barrera (2007) destaca que el fin esencial del marco metodológico es el de situar en el lenguaje de la investigación los métodos e instrumentos que se emplearan en el trabajo planteado, y dar a conocer la situación sobre el tipo de estudio, el diseño de investigación, las técnicas e instrumentos de recolección, técnicas de análisis y los procedimientos de la investigación.

3.1 Enfoque de la investigación

Tomando en consideración los objetivos, el planteamiento de esta investigación es de naturaleza cualitativa, ya que según lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010) este tipo de metodología se orienta al estudio de los fenómenos desde la visión de sus propios actores, sin dejar de lado el contexto en el que se despliega, lo que permitiría un enfoque más amplio. En otras palabras, los resultados de la investigación no se obtuvieron de datos numéricos sino que se conoció el área problemática a partir de la investigación documental.

3.2 Tipo de investigación

Todo trabajo de investigación debe procurar obtener una relación entre los hechos y los resultados obtenidos, ello con la finalidad de que los resultados sean lo más confiable y precisos posibles. La presente investigación es de tipo documental, ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) es el análisis de la información escrita, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio. Asimismo, establece que la investigación documental es aquella basada en el estudio de problemas, con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza con apoyo en fuentes bibliográficas y documentales.

De acuerdo con los propósitos de la investigación está es descriptiva, puesto que según lo referido por Arias (2006), es aquella que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Así mismo, la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento.

3.3. Unidad de Estudio

De conformidad con el diseño utilizado en la investigación, es importante destacar que las fuentes de información documentales utilizadas para la obtención de información y adquisición de conocimiento técnico y doctrinal permitieron desarrollar las unidades de estudios de la presente investigación. Para ello, Arias (2006), sostiene que fuente es todo lo que suministra datos o información. Según su naturaleza, las fuentes de información pueden ser documentales (proporcionan datos secundarios), y vivas (sujetos que aportan datos primarios). (p. 27).

En este orden de ideas, la unidad de estudio está referida al contexto, característica o variable que se desea investigar. Es así como la unidad puede estar dada por una persona, un grupo, un objeto u otro que contengan claramente los eventos a investigar. Tomando en cuenta, lo expuesto con anterioridad, las unidades de estudio del presente trabajo de investigación quedaron conformadas por los documentos utilizados para la recopilación de toda la información referente a la importancia del rol del médico en el intento de suicidio.

3.4. Técnica de recolección de datos

Según lo establecido por Arias (2006) una técnica de recolección es el procedimiento o forma particular de obtener datos o información, lo cual concuerda con Barrera (2007) al establecer que son las distintas formas o maneras de obtener la información, es decir son todas aquellas estrategias utilizadas para seleccionar únicamente la información pertinente a la investigación.

En este contexto, a efectos de la presente investigación se aplicó la técnica de investigación documental, la cual es definida por Ander-Egg como un instrumento o técnica de investigación social cuya finalidad es obtener datos e información a partir de documentos escritos, susceptibles a ser utilizados dentro de los propósitos de una investigación en concreto.

3.5. Procedimiento y análisis de los datos

Se llevaron a cabo los siguientes los procedimientos para interpretar y organizar los datos: conceptualizar y reducir los datos, relacionarlos por medio de una serie de oraciones proposicionales. Según Sabino (2005) el análisis de datos consiste en descomponer un todo en sus partes constitutivas, con el objeto de conocer con exactitud su naturaleza. En este sentido, el presente apartado, se especifica el tratamiento que se dará a los datos, con la finalidad de clasificarlos, codificarlos y establecer categorías precisas con ellos. En este orden de ideas, a los datos obtenidos se les aplicará un análisis cualitativo.

3) DESARROLLO:

3.6 Describir el concepto de intento de suicidio y determinar los factores de riesgo asociados al mismo

3.7 Antecedente Histórico del Suicidio.

El suicidio no representa un fenómeno novedoso que deba atribuírsele únicamente a los tiempos modernos, para García (2006), se trata de un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas históricas de la humanidad, siendo importante para su concepción y comprensión la influencia de aspectos históricos, religiosos y filosóficos que en cada época las diferentes culturas le atribuían.

En varias culturas asiáticas y debido a la influencia de algunas corrientes religiosas, era común que durante fiestas y rituales los sabios se suicidaran procurando la perfección. García (2006) expone que, en Japón el suicidio se relacionaba más con la noción de honor y nobleza y era una práctica recurrente en los líderes de las aldeas nativas. Mientras que en Grecia fue difundida esta práctica en la comunidad de filósofos, siendo algunos de los más importantes, Anaxágoras y Diodoro; sin embargo, fue la cultura griega la primera en castigar y rechazar el suicidio, siendo considerado un acto ofensivo ante Dios.

En el Imperio Romano, García (2006) explica, que para diversos filósofos e intelectuales, el suicidio era considerado un medio para encontrar la libertad plena de las ataduras de la condición humana. Igualmente, para la Iglesia Católica la práctica del suicidio era admisible durante los primeros siglos, posteriormente, tal concepción cambió, siendo luego considerada como un acción inadmisible y juzgada por Dios y por el Clero; tal

consideración persiste hasta la actualidad.

El suicidio en el Renacimiento, según García (2006), estuvo influido por escritores como Dante, quien impulsaba y apoyaba su práctica; aunque de manera simultánea aparecen los primeros argumentos que justifican y conciben las acciones suicidas como método para mitigar el dolor. Mientras que en Inglaterra y Francia, algunos intelectuales se pronunciaron con referencia al suicidio, argumentado que cada hombre estaba en su derecho de disponer de su propia existencia.

Con la aparición de las Ciencias Sociales, García (2006) señala que, el suicidio empieza a concebirse como un problema social similar al crimen y a la pobreza, como consecuencia de las guerras y los conflictos sociales, económicos y políticos; siendo importante el aporte que hace Durkheim (1897), quien sugiere que el suicidio representa una afección moral de la sociedad.

En la actualidad, la posición con respecto al suicidio resulta menos dogmática debido a que se concibe más como un problema médico que debe ser asistido por profesionales de la salud mental, como psicólogos o psiquiatras. Aunque para Sarró (1991), algunas culturas aun lo conciben desde la visión de la moral religiosa, rechazando y castigando su práctica.

3.8 Suicidio

El término suicidio se empleó por primera vez en 1737; García (2006) señala que su significado deriva del griego antiguo que en la traducción literal significa muerte propia. En la literatura, el suicidio ha sido desarrollado desde diversas perspectivas, según Arcos (2016), el suicidio consiste en un conjunto de acciones en donde la persona se causa una lesión, que independiente de su letalidad o gravedad, es capaz de producir la muerte del individuo. Mientras que para Nizama (2011), el suicidio es un comportamiento en donde el propio individuo procura su muerte de manera deliberada, voluntaria e intencional, en donde interactúan tres etapas, las cuales Nizama (2011), denomina *Proceso Suicida*. Esta última categorización hecha por Nizama (2011), dificulta de manera conceptual el término, ya que involucra conductas que sin ser mortales son ejecutadas por la persona, estas conductas no fatales fueron descritas por Villardón (1993) como intentos, amenazas y pensamientos o ideación suicida.

No obstante para Sarró (1991) el suicidio corresponde al acto consumado de una

persona que intencionalmente desea finalizar su propia vida; para este autor, en el suicidio se incluye todo tipo de muerte que resulte de la acción o conducta directa o indirecta del propio sujeto quien es consciente de su meta.

Desde una perspectiva psicológica, Stengel (1965), se refiere al suicidio como una acción fatal que se relaciona a una pauta de comportamiento compleja que pone en manifiesto conflictos internos. En esta misma línea de pensamientos, Gilbert (2002), señala que el suicidio representa un conjunto de conductas autodestructivas, cuyas expresiones tienen su origen en la psique de la persona.

Mientras que Gómez, (1996), explica que el suicidio representa un tipo de enfermedad mental de origen complejo. En consonancia con esto, se entiende al suicidio como un trastorno afectivo; por su parte Pérez (2006), señala que la totalidad de los sujetos que se suicidan poseen algún tipo de enfermedad diagnosticable, por lo cual según este autor, el suicidio podría concebirse como el resultado de trastornos psicológicos y no como un trastorno propiamente.

De este modo, se hace evidente como a nivel conceptual existen diversas definiciones en donde se desarrollan y describen desde diferentes puntos de vistas el suicidio y la conducta suicida así como su génesis; coincidiendo gran parte de las definiciones en que el suicidio representa un fenómeno complejo y multifactorial, cuya aproximación y comprensión científica no puede llevarse cabo sin tomar en cuenta los aspectos sociales, culturales y políticos que subyacen.

3.9 Conducta Suicida

La conducta suicida en palabras de García (2006), es el conjunto de acciones y comportamientos que emite un sujeto cuyo propósito final es su propia muerte. De manera que en esta, no se hace referencia únicamente al acto consumado, sino que implica toda la constelación de acciones que procuren la muerte de la persona.

Para García (2006), la conducta suicida puede ser explicada a través de seis indicadores que la comprenden, estos son:

- Suicidio Consumado: Acción consciente por parte de un sujeto de quitarse la vida.
- Intento de Suicidio: Posee todos los elementos del suicidio consumado, pero en este el sujeto sobrevive por diversas circunstancias.

- Gesto Suicida: Acción simbólica y no consumada de suicidio.
- Amenaza de Suicidio: Expresión directa o indirecta del deseo de la propia muerte.
- Ideación Suicida: Pensamientos recurrentes o fantasías de autodestrucción.
- Muerte subliminal: Rol inconsciente sobre la muerte, procurar la propia muerte o exponerse con frecuencia a posiciones vulnerables.

Para otros autores como Nizama (2011) y Arcos (2016), existe lo que en la literatura sobre el suicidio se conoce como "Proceso Suicida", y que en efecto, engloba como parte del espectro suicida las primeras ideas o pensamientos al respecto, la planeación, el o los intentos y el acto consumado propiamente dicho. A continuación se presentarán los componentes de la conducta suicida que plantea Arcos (2016):

- Ideación Suicida: Es reconocido como el indicador más importante de suicidio debido a que hace referencia a la existencia del pensamiento suicida. Se define como la manifestación consciente sobre pensar o desear la propia muerte, sea esta idea expresada o no.
- Amenazas Suicidas: Representan las manifestaciones verbales y conductuales sobre el suicidio; en este componente participan tanto la expresión verbal y escrita, como los chistes y las ironías, así como también las conductas autoagresivas que aludan al suicidio o que den indicios de este.
- Planificación Suicida: Es la esquematización y estructuración del acto suicida, en donde la persona se plantea el mecanismo que empleará para acabar con su vida, el lugar en donde la acción se llevará a cabo y en el momento en que será ejecutada.
- Acción deliberada de morir: Corresponde a la manifestación comportamental de voluntaria, intencional y consciente por parte de una persona de acabar con su propia vida, en este, el individuo sabe la acción que va a realizar y cuál será su consecuencia.
- Suicidio Consumado: Conducta mortal de autodestrucción que tiene como resultado, la muerte de la persona.

Con respecto a estos componentes, Campos (2004) identifica un sexto componente, al que denomina *Fase dilatoria*, y que se encuentra entre la planificación y la acción deliberada de morir, y en esta fase, la persona espera que ocurra algo que le haga desistir del suicidio,

lo que implica una prolongación de las fases, pero como no suele ocurrir nada, la persona lleva a cabo su plan.

3.10 Criterios para la determinación del intento de suicidio.

En la determinación de un intento de suicidio, García (2006) especifica que pueden existir pruebas tanto explícitas como implícitas de que la persona intentó acabar con su vida. Para Gómez (1996), determinar un intento de suicidio se torna complejo debido a que algunos comportamientos suicidas pueden ser tan automáticos que el sujeto los procesa como inconsciente y no se halla evidencia de intencionalidad o voluntad hacia el mismo. De igual manera para Gómez (1996), debe haber una diferenciación entre el intento de suicidio voluntario y el intento accidental.

Por otro lado, Stengel (1965) opina que un intento de suicidio puede determinarse si hay pruebas físicas de disfunciones o lesiones mortales, aunado con lo que expone García (2006), cuando señala que lo principal para determinar un intento de suicidio es la severidad del mismo, para lo que se debe tomar en consideración si hubo una amenaza real a la vida y a las funciones del cuerpo, y si el contexto subyacente al momento del intento pudo fungir como obstáculo.

Para García (2006), en todo intento comprobable de suicidio se deben tener en cuenta tres aspectos fundamentales para poder llegar a una conclusión, esto son:

- La vida de la persona llegó a estar en inminente peligro.
- Luego del intento, el sujeto quedó lesionado o con algunas funciones fisiológicas comprometidas.
- Existen causas comprobables de que el contexto social intervino de modo que obstaculizó la acción suicida.

No obstante, diversos autores se refieren a un tipo de conducta suicida de baja gravedad, la cual García (2006) tipificó como "conducta parasuicida", y que no son más que comportamientos de naturaleza autodestructiva, que por sí solos no son capaces de terminar con la vida de una persona; tales comportamientos son definidos por otros autores como gestos suicidas o intentos fracasados.

3.11 Mecanismos suicidas

Los mecanismos o métodos más empleados tanto en los intentos de suicidios como en los suicidios consumados, varían con respecto a los países, las culturas, los factores económicos y el contexto histórico y social. Sin embargo, Molinedo (2015) identificó tres grandes mecanismos, considerados como clásicos o típicos, estos son:

3.12 Asfixia

Dentro de este mecanismo, los métodos más típicos son la constricción brusca de las vías respiratorias o ahorcaduras, y la sumersión. En el caso de las ahorcaduras, Molinedo (2015) especifica que estas son las muertes más violentas que se producen por la constricción del cuello.

Como conducta autodestructiva, la ahorcadura según Molinedo (2015), representa uno de los métodos más empleados para finalizar con la propia, y ha sido altamente usado en todos los países y contextos históricos. Tiene mayor frecuencia en el campo que en la ciudad y son los hombres los que suelen recurrir a este mecanismo. El lugar puede variar, si es en el campo estas acciones se suelen dar en los árboles o en sitios retirados, también se tiene registro de su incidencia en cárceles y manicomios.

En cuanto a la sumersión, Molinedo (2015) la define como, un tipo de muerte violenta que se da por el ingreso de elementos líquidos a las vías respiratorias. Esta puede ser completa o incompleta; aunque como método suicida suele ser poco común.

3.10.1.1 Traumatismos.

Según Molinedo (2015), se trata del empleo de una fuerza superior que pueda ser mortal, se distinguen tres tipos de traumatismos, la fuerza viva dada por el organismo que ocurre en el caso de las precipitaciones de lugares elevados; la de fuerza exterior, que consiste en el empleo de un objeto externo como el caso de los atropellos por trenes o automóviles, y por último las lesiones por armas blancas.

3.10.1.2 Intoxicaciones.

Con respecto a las intoxicaciones, ocurren cuando se usan componentes químicos, capaces de acabar con la vida. Los grandes venenos suicidas Molinedo (2015) los separa en

tres grandes grupos:

- Agentes químicos y ácidos: Son soluciones concentradas que producen úlceras.
- Álcalis: Son soluciones que al tener contacto con la piel crean grandes quemaduras.
- Psicofármacos: Son los más empleados, y consisten en el uso barbitúricos, muchas veces de naturaleza médica y terapéutica para procurar la propia muerte. Las muertes que tienen lugar por el uso de psicofármacos, suelen ser por sobredosis, o por mezclas e interacciones con otros medicamentos.

4.2 Caracterizar el rol del médico clínico ante un intento de suicidio

A lo largo de los años, los servicios de emergencia hospitalaria han sido los primeros lugares en los que se les brinda atención a pacientes con ideación o conducta suicida. Esto supone una gran responsabilidad para los médicos como proveedores de asistencia sanitaria, puesto que deben ser partícipes de la atención adecuada, contención, vigilancia, derivación a especialistas y seguimiento de los pacientes con riesgo de suicidio, así como también la vinculación que tienen con los pacientes les permite obtener información a fin de detectar al presunto suicida y ejercer las acciones de salud que impidan este acto (García, 2006).

En este mismo orden de ideas, García (2006) refiere que el médico clínico debe considerar la importancia de la entrevista realizada a una persona con riesgo suicida. Para poder obtener información útil es imprescindible conocer y evaluar las múltiples variables sociodemográficas y los factores de riesgo, a fin de obtener un abordaje integral del riesgo suicida.

Por su parte la OMS (2014), señala algunas recomendaciones para los profesionales de la salud, sobre la actitud que debe tener el profesional ante un paciente con ideación o conducta suicida. En este sentido, se sugiere que el profesional se disponga a:

- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma
- Mostrar apoyo y preocupación
- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo
- Preguntar acerca de los intentos previos
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio
- Preguntar acerca del plan de suicidio
- Ganar tiempo
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes

- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta
- pactar un contrato de no suicidio
- Identificar otros apoyos
- Quitar los medios, si es posible
- Tomar acción, contar a otros
- Obtener ayuda Si el riesgo es alto

Es importante resaltar que el médico clínico al recibir a una persona con conducta suicida debe en primer lugar, brindarle la atención necesaria al paciente, teniendo en cuenta que el proceso no termina con la confirmación de la presencia de ideas suicidas, por lo cual debe realizarle preguntas direccionadas a saber la frecuencia, la severidad de la idea, y la posibilidad de suicidio, todo lo anterior con la finalidad de determinar el riesgo de suicidio.

4.3. Importancia del médico clínico ante un intento de suicidio

El intento de suicidio es un flagelo a nivel mundial, y puede definirse como un fenómeno complejo, en el cual intervienen múltiples variables. Cabe destacar que según la OMS (2014) es precisamente el intento de suicidio una de las variables que permiten predecir la muerte por suicidio, es decir, la mayoría de las personas que han cometido un suicidio, tuvieron intentos fallidos previos.

Según lo referido por Gómez (2008) el intento de suicidio puede definirse como una sucesión de acciones o conductas dirigidas a poner fin a la propia vida, teniendo la persona consciencia de ese deseo y que además haya organizado al menos mínimamente la secuencia que lleva a su realización, y a pesar de ello no siempre revela deseo de autodestrucción, ya que desaparecer voluntariamente puede significar la voluntad de autodeterminación, la liberación del dolor surgido de vivir, o la satisfacción del instinto de muerte común a todo ser.

En este sentido, se debe considerar que hay diversos factores de riesgo que actúan aumentando progresivamente la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida, por tal razón, resulta importante identificar a las personas con alto riesgo suicida y proporcionarles seguimiento y apoyo, para así prevenir la ejecución de la conducta suicida, para ello, Gómez (2008) menciona los factores de riesgo asociados al suicidio, los cuales sirven de guía para determinar durante la evaluación realizada por el médico clínico generalista o médico de atención primaria el porcentaje de riesgo o el peligro real que presenta la persona de realizar un intento, de reincidir en éste y de finalmente morir por estar causa.

Hoy en día se le ha otorgado mucha importancia y prioridad a la atención primaria de salud, en consecuencia se ha producido un creciente interés por las funciones que debe asumir el médico y por la capacitación que debe recibir para ejercer esa práctica, según menciona Garrett (1981) el médico además de adoptar conocimientos, habilidades y destrezas para diagnosticar y tratar enfermedades, debe prevenir el proceso mórbido, que pueda causar defecto o daño al organismo, y desencadenarle la incapacidad, estado crónico o la muerte en el peor de los casos.

En este orden de ideas, siendo el intento de suicidio un acto que puede finalizar con la vida de quien lo ejecuta, queda claro que el médico clínico generalista debe estar capacitado y por ende tener las herramientas necesarias para abordar de manera efectiva a una persona que haya llevado a cabo un intento de suicidio. Es bien sabido que en la actualidad, los médicos que se encuentran en las emergencias de los centros hospitalarios deben atender a un gran número de pacientes en poco tiempo, por lo cual al momento de evaluar dejan a un lado elementos significativos que en estos casos pueden brindar información que permita prevenir el suicidio.

Cabe destacar que Casas y Reyes (1998) coinciden con lo anteriormente expuesto, debido a que estos autores refieren que a pesar de que el intento de suicidio es un marcador de riesgo importante en la exploración clínica no se suele realizar una correcta evaluación ni de la ideación suicida, ni de la existencia de actos suicidas previos, puesto que se subestima el riesgo de suicidio real de los pacientes. Dicha circunstancia se agrava todavía más cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, y el paciente recibe un diagnóstico que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo.

Al respecto Gómez (2008) refiere que es necesario que el médico de atención primaria tome conciencia de lo determinante que es la evaluación de un paciente que ha intentado suicidarse o que indica tener ideas de suicidio, a fin de poder preservar la vida de este, en consecuencia, como se ha mencionado en apartados anteriores, el médico tendrá que contar con los conocimientos y las habilidades necesarias para cuidar del individuo sano y enfermo, educar a sus pacientes en materia de salud, y desempeñar las acciones preventivas dentro de su competencia, prestando siempre la debida atención al bienestar físico, mental y social de sus pacientes.

En concordancia con lo anterior, Garrett (1981) señala que es preciso que el médico

pueda hacer frente a una serie de problemas que caen dentro del campo de los especialistas. Además, tiene que estar capacitado para mantener la salud de sus clientes, una vez que haya evaluado la situación correspondiente a cada caso. Por lo tanto, las habilidades y destrezas que desarrolle este médico deben permitirle estar al tanto de la dinámica de la atención clínica y de su administración.

En relación a la capacitación y herramientas específicas que debe tener el médico generalista a fin de cumplir a cabalidad con sus funciones, en este caso ante un intento de suicidio, es necesario hacer referencia a los diversos factores de riesgo asociados al mismo, los cuales deben ser tomados en cuenta al momento de la evaluación clínica de un paciente. Según la Unicef (2017), los factores de riesgo son aquellos elementos o situaciones que participan de forma directa o no, en la ocurrencia del suicidio consumado o de algún intento; si bien estos eventos no se consideran determinante, es importante que sean tomados en cuenta, en pro de la prevención del suicidio.

Por su parte Bertolote y Fleischmann (2002) señalan que el médico clínico generalista debe considerar los continuos cambios que se han gestado en la sociedad a nivel mundial, como consecuencia de las innovaciones tecnológicas, la globalización, el surgimiento de la sociedad del conocimiento, los cambios en el sistema de valores, las migraciones y la crisis económica, todo esto representa mayores exigencias que este mundo globalizado demanda, superando en ocasiones las capacidades de respuesta de las personas, tales cambios constituyen factores de riesgo y, por tanto, de predisposición que los hace francamente vulnerables a considerar comportamientos suicidas.

En este orden de ideas, Casas y Reyes (1998) coinciden en que existe multicausalidad de factores de riesgo, entre los que interactúan los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales, así como la contribución de la comorbilidad, de los trastornos del estado de ánimo y del consumo de alcohol, tales factores de riesgo se presentan con diferencias culturales.

Asimismo, Meléndez (2014) establece que la importancia de cada uno de los factores de riesgo que existen depende del contexto, pues no todos llevan a la conducta suicida, si no que pueden influir acumulativamente aumentando la vulnerabilidad del individuo al comportamiento suicida. Es por ello que la estimación del riesgo ha de realizarse mediante un juicio clínico profesional, valorando los factores que pueden estar afectando a la persona concreta en un contexto determinado.

En este sentido, Meléndez (2014) realizó una clasificación de los factores de riesgos asociados al suicidio, los cuales se detallaran a continuación:

En primer lugar se encuentran los factores sociodemográficos, estos involucran la pobreza y el bajo nivel socioeconómico dentro de la familia, el desempleo o conflictos y dificultades económicas. Es importante resaltar que Aceituno, Miranda y Jiménez (2012) coinciden en que uno de los factores asociados al suicidio es el proceso de crecimiento económico y cambios en el mercado del trabajo.

En un estudio realizado, Molinedo (2015), planteó que para el año 2014, en toda Suramérica, según datos proporcionados por fuentes oficiales de cada país, se registró un total de 3160 casos de suicidios consumados y apenas 112 casos de intentos, en donde para los casos de suicidio el 82,8% eran hombres el restante 17,2% mujeres, mientras que en cuanto a los intentos un 88% eran mujeres y un 12% eran hombres.

Estos hallazgos reportados por Molinedo (2015), permiten concluir que los hombres son las víctimas fatales más frecuentes en el suicidio, pero son las mujeres el género que tiene mayor tendencia hacia conductas autodestructivas, debido a que son las que más intentos reportan. Para Molinedo (2015), esto puede deberse a los mecanismos de suicidio que emplea cada género, mientras que en los intentos de suicidio en mujeres suelen ser comunes las intoxicaciones por sobredosis, interacción entre medicamentos o ingestas de venenos o tóxicos, los hombres suelen recurrir a mecanismos más radicales como las ahorcaduras y los traumatismos severos.

En otro estudio, Villar (2002), encontró que en una muestra representativa de estudiantes en edades universitarias, el fenómeno se pronunciaba más en mujeres, aunque eran los hombres los que lograban consumir el suicidio, sin embargo, el perfil que propuso Villar (2002), para ese año, fue similar el planteado por Gonzalez-Forteza (2013) once años después. Según Villar (2002), en el perfil del típico suicida latinoamericano se deben tomar en cuenta, la edad y el género, como factores sociodemográficos más relevantes y decisivos.

En este orden de ideas, Bertolote y Fleischmann (2002) resaltan que muchos intentos de suicidios se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad para afrontar las tensiones de la vida, es bien sabido que en la actualidad, en el ámbito de los mercados financieros, se observa una mayor volatilidad en un contexto que sigue presentando importantes riesgos económicos y geopolíticos.

Se debe destacar que Argentina es un país que está atravesando por dificultades económicas, lo cual ha impactado en la tasa de desempleo y otras variables sociodemográficas. Por lo cual, resulta relevante que los profesionales de la salud, en este caso los médicos, tengan en cuenta cada una de las variables demográficas que influyen en el aumento del riesgo suicida.

Otro de los factores de riesgo que se deben considerar son los familiares, los cuales desempeñan una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad, asimismo, en palabras de Meléndez (2014), el modelo familiar actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar.

La familia es un factor que debe ser tomado en cuenta cuando existe riesgo suicida, puesto que representa un elemento significativo, dado que las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos.

Por su parte, Meléndez (2014), destaca que entre los factores de riesgo a considerar se encuentran ausencia de normas, falta de comunicación, relaciones disarmónicas entre sus miembros, agresión física o psicológica, abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, sentimientos de rechazo familiar, presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia.

En un estudio hecho por Villardón (1993), en donde trabajó con una muestra de estudiantes, el investigador halló que tanto hombres como mujeres con edades escolares intentaron suicidarse a consecuencia de conflictos familiares. Igualmente, Gonzalez-Forteza (2013), al referirse al estrés en los contextos familiares cotidianos, menciona a este, como el factor psicosocial con mayor relevancia y repercusión y los estados emocionales y psicoafectivos de los jóvenes, encontrando que la mayor fuente de malestar familiar para las mujeres eran los abusos y la violencia familiar, mientras que para los hombres, lo eran los conflictos entre los miembros de la familia.

Como se mencionó con anterioridad el comportamiento suicida aparece en momentos

de crisis, en los cuales el individuo no tiene los suficientes recursos de afrontamiento para salir adelante. Se debe apreciar que la familia es un recurso significativo, por tanto si la misma representa un elemento negativo para la persona, más bien aumenta la vulnerabilidad, ya que se obstaculiza el desarrollo y la eficiencia de los mecanismos autorreguladores familiares, y los recursos de afrontamiento de que podría disponer dicho sistema. Sin embargo, se debe valorar este factor de riesgo tomando en cuenta que el fenómeno estudiado es multifactorial, y la familia es solo uno de los diversos factores de riesgo que pueden intervenir en ello.

En este mismo orden de ideas, existen los factores psicológicos, los cuales incluyen todo el conjunto de trastornos psiquiátricos y psicológicos que se asocian con el suicidio, así como las conductas adictivas de consumo de drogas y alcohol. En palabras de Meléndez (2014), algunas de las variables que se han asociado con el suicidio son los rasgos de personalidad, la desesperanza y los bajos niveles de autoeficacia. Un estado de ánimo inestable, la agresividad, la impulsividad y la alienación social son rasgos de personalidad de especial importancia que junto con otros trastornos de la personalidad como trastornos antisociales y limítrofes, pueden aumentar el riesgo de suicidarse.

Por otra parte, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que más se relaciona con el riesgo suicida. En este sentido, un componente específico de la depresión, constituido por expectativas negativas del futuro y una visión desfavorable de sí mismo, se correlacionaba con el deseo de suicidarse. (Meléndez, 2014).

Cabe destacar que otro factor determinante del riesgo suicida que junto a la desesperanza y a los rasgos de personalidad pueden llevar a intentar suicidarse son los bajos niveles de autoeficacia. Por su parte, Meléndez (2014) señala que la autoeficacia es la expectativa que tiene un sujeto de ser capaz de realizar exitosamente una tarea determinada. Esta expectativa se va construyendo a lo largo de la vida y se van consolidando como creencias.

Por otro lado, Ros (1998) cita como otros factores importantes a considerar, entre ellos señala los cambios sociales y políticos que se experimentan en la actualidad, este autor indica que entre los aspectos influyentes capaces de reforzar el pensamiento y la ideación suicida se encuentran; el impacto de los medios de comunicación y la imitación.

La eficiencia con que se realice la entrevista y se detallen los factores de riesgo serán

de ayuda para decidir la conducta de manejo y derivación adecuada según el contexto clínico en que nos encontremos. Dentro de los factores de riesgo suicida más determinantes son la existencia de un intento previo de suicidio y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicida (Gómez 2008).

Al respecto, se debe reconocer el papel fundamental que tiene el médico clínico, puesto que según indica Gómez (2008) este recibe en consulta a pacientes con diferentes condiciones mórbidas, asimismo se destaca que la mayoría de sujetos con riesgo de cometer suicidio han asistido previamente al médico buscando alivio a estas dolencias. Por tal razón, se considera que el médico clínico es un elemento clave en la prevención del suicidio si realiza la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión adecuada a los servicios de salud mental de las personas con riesgo de cometer suicidio.

Tomando en cuenta lo señalado con anterioridad, es importante que el médico tenga el conocimiento de todo lo referente al suicidio, factores de riesgo e intervención, a fin de no dejar a un lado elementos que representan una alerta y poder realizar la detección temprana de aquellas personas propensas a llevar a cabo conductas suicidas, brindando apoyo y refiriendo a los especialistas.

5) Conclusiones

El intento de suicidio es un problema mundial y su prevalencia es difícil de conocer puesto que muchos no son reportados ante las autoridades competentes. Es evidente que los intentos de suicidio son más numerosos que los suicidios, sin embargo, este flagelo puede prevenirse, pero esto implica la intervención de los gobiernos y la inversión de recursos humanos y económicos para el desarrollo de programas específicos en grupos de riesgo, así como la capacitación de los profesionales sanitarios para identificar estos grupos de riesgo.

Las ideas de suicidio y las conductas suicidas están entre las urgencias psiquiátricas más frecuentes; si bien no todos llegan al sistema sanitario, pero cuando son detectados, constituyen un serio problema para los servicios públicos de salud. Ante esta situación, muchos países han situado la prevención del suicidio como una preocupación central en sus programas de salud.

Con frecuencia la evaluación del paciente con conducta suicida en un servicio de urgencias se realiza en un período breve de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa y en ocasiones algo caótico y en lugares poco apropiados, sin

intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente, por lo cual resulta pertinente que se consideren todos los elementos distractores y se exija en lo posible realizar la evaluación en un contexto adecuado, a fin de ser efectivos en la misma. Lo anterior depende principalmente de la voluntad política de los entes gubernamentales competentes y del personal médico de turno.

Es evidente que los Servicios de Urgencias Hospitalarios representan la primera toma de contacto con el sistema sanitario de los pacientes con ideación o conducta suicida. Se debe considerar que si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de exteriorizar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, se debe realizar un seguimiento a este tipo de pacientes, así como también deben ser referidos a los especialistas. Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero, y estos son factores relevantes que el médico debe tomar en cuenta.

Para realizar una adecuada prevención del suicidio es necesaria la capacitación del médico clínico, para que puedan realizar la detección de personas en riesgo suicida y manejen herramientas básicas para la primera respuesta. Asimismo, es relevante que se difunda la información relacionada a las orientaciones técnicas existentes, y protocolos de derivación y de atención, así como de instrumentos de detección. Por otro lado, se sugiere la implementación de la información antes mencionada en las mallas curriculares.

6) Referencias

- Aceituno, R., Miranda, G. y Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, 7, (3), 89-102.
- Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Trabajo especial de grado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ander-Egg, E. (1993). *Técnicas de investigación social*. 1ra Ed. Argentina: Editorial brujas.
- Arcos, A. (2016). *Proyecto de investigación sobre el suicidio*. (Trabajo especial de grado).

Tenerife: Universidad de La Laguna.

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica*. Caracas: Episteme.

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2002). *Factores de riesgo del suicidio*. Barcelona: Masson.

Barrera, J. (2007). *Metodología de la Investigación*. Ediciones Quirón: Bogotá-Caracas.

Casas, B. y Reyes, G. (1998). Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista Cubana Enferm.*; 14(2)117–23.

Bertolote, J. M., y Fleischmann, A. (2002). *Suicidio y diagnóstico psiquiátrico: una perspectiva mundial*. Mundo Psiquiatría, 1, 181-185

Bedout, A. (2008). *Panorama actual del suicidio*. Medellín: Universidad de San Buenaventura.

Campos, M. (2004). *Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes*. Santiago de Chile: Paidós.

Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*. París: Editorial Losada

García, N. (2006). *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. (Trabajo especial de grado). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Garrett, E. (1981). Funciones del médico en la atención primaria de salud. *Educ Méd Salud*, recuperado el 06 de septiembre de 2018 desde: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/5807.pdf>.

Gómez, C. (1996). *Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal*. (Trabajo especial de grado). UNAM. México.

- Gómez A. (2008). *Conducta Suicida*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile.
- González-Forteza, C. (2013). Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes: Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19, (1), 33- 37.
- Guilbert, W. (2002). *El suicidio: Un tema complejo e íntimo*. La Habana: Científica Técnica.
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Madrid: Martínez Roca.
- Martínez, J. (2006). *Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en Hospital Roberto Calderón. Managua. Enero 2004 - diciembre 2005*. (Trabajo especial de grado). Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Meléndez, A. (2014). *Percepción acerca del suicidio en los adolescentes del ciclo básico del Colegio Liceo Javier*. (Trabajo especial de posgrado). Guatemala de La Asunción: Universidad Rafael Landívar.
- Molinedo, E. (2015). *Identificación de las características y métodos de suicidio más usados en la ciudad de La Paz y El Alto*. (Trabajo especial de grado). La Paz: Universidad Mayor de San Andrés.
- Moraga, C. (2015). *Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de viña del mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados*. (Trabajo especial de grado). Santiago: Universidad de Chile.
- Nizama, M. (2011). *Suicidio*. Revista Peruana de Epidemiología, 15, (5), 25-43.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención del suicidio*. Recuperado el 18 de septiembre desde:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/#.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio*. Recuperado el 18 de

septiembre desde:

http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

Ros, M. (1998). *La Conducta suicida*. Madrid: Ediciones ARAN.

Sabino, C. (2005). *Metodología de la investigación*. Caracas: Panapo.

Sarró, B. (1991). Los Suicidios. Barcelona: Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. *Serie Salud 2000*, Ediciones Martínez Roca, S.A.

Stengel, E. (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*. Buenos Aires: Horme.

Unicef, (2017). *Suicidio. Comunicación Infancia y Adolescencia: Guía para trabajos periodísticos*. 11, (7) 4-23.

Villar, A. (2002) *Suicidio en niños y adolescentes. Revista de Psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 2(2), 131-145.

Villardón, G. (1993). *El pensamiento del suicidio en la adolescencia*. España: Instituto de Ciencias de la Educación.