

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA

Ana María Mojica Arias.

Universidad de La Sabana

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	3
Acercamiento Histórico	4
Problemática Actual	5
Principales Enfoques	6
Definiciones	10
Factores Que Inciden En La Conducta Suicida	16
Evaluación De La Conducta Suicida	21
Tratamiento	26
<i>Tratamiento De La Ideación Suicida</i>	26
<i>Tratamiento Para Intentos De Suicidio</i>	30
Prevención	45
Conclusiones	47
Referencias	52

Resumen

El presente artículo, se realizó con el fin de revisar en la literatura científica las implicaciones generales de la conducta suicida, realizando un acercamiento histórico a la problemática y una perspectiva actual de la misma, teniendo en cuenta los principales enfoques que han trabajado este tema, rescatando las definiciones que resultan más pertinentes, los factores de incidencia, la evaluación, el tratamiento y la prevención de la conducta suicida en todos los ámbitos donde se desarrolla.

Palabras Clave: suicidio: SC50620, ideación suicida: SC50605, intento suicida: SC04380 intervención en crisis suicida: SC12510, prevención: SC50640

Abstract

The present article was made with the purpose of reviewing in scientific literature the general implications of the suicidal conduct, making an historical approach to this problematic and a present perspective of the same one, considering the main approaches that have worked east subject, rescuing the definitions that are but pertinent, the factors of incidence, the evaluation, the treatment and the prevention of the suicidal conduct in all the scopes where it is developed.

Key words: suicide: SC50620, suicidal ideation: SC50605, suicidal attempt: SC04380 intervention in suicidal crisis: SC12510, prevention: SC50640

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Acercamiento Histórico

El suicidio es una manifestación del ser humano que se ha presentado a lo largo de la historia. Gómez-Restrepo et al. (2002), afirman que “el suicidio, se reconoce como un recurso del individuo que ha sufrido alguna dificultad de poca importancia; o al mismo tiempo se puede tratar como el acto más elevado y noble que puede ejecutar un sabio, o bien se puede tratar de un crimen o pecado que amerita castigo por atentar contra la voluntad de los dioses”. “Las distintas sociedades han entendido y asumido actitudes de dicho acto de diversas formas en función de las variables y principios religiosos, filosóficos e intelectuales de cada cultura”, (González, Bobes & Zais 1997, p. 184). La cultura de oriente llegó a considerar el acto suicida como un acto admirable ya que, en la época de Confucio, sus filósofos seguidores practicaron el suicidio masivo, en respuesta a la prohibición de sus escritos. “Para los filósofos griegos y romanos, la concepción de muerte voluntaria suponía el pensamiento deliberado y reflexivo ante una problemática de la libertad humana, por esto, la muerte era entendida como un pasaje o fin último, el cual se desconoce y por tanto no debe asustar, ya que no se puede acceder a un conocimiento de su realidad y además debe elegirse antes que la esclavitud, el deshonor o la ruina”. (González et al, 1997, p. 74). Por esta razón, durante muchos años en estos pueblos mencionados existieron lugares públicos para la consumación del acto suicida, debido a que tanto militares como políticos debían recurrir a este acto en caso de perder una guerra. En países como Japón el suicidio siempre ha sido un fenómeno de extensas investigaciones debido

a los altos índices de ocurrencia a lo largo de la historia, en comparación con otros países. Se ha encontrado que este se relaciona con el respeto a la tradición de los devotos a las diferentes divinidades; en unos casos como castigo por haber faltado a un rol determinado que era asignado para cumplir en la sociedad.

En este resumen histórico cabe mencionar la visión del cristianismo; en un principio aceptaba el suicidio bajo circunstancias específicas, pero con el tiempo se fue modificando a través de los argumentos establecidos por filósofos cristianos tales como San Agustín y Santo Tomás de Aquino quienes propusieron el suicidio como acto antinatural que va en contra de la ley de Dios, ya que el ser humano no puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo verdaderamente sino se define como criatura de Dios y por tanto merece ser sentenciado por ir en contra de su voluntad.

La actitud predominante hacia el suicidio para la cultura de occidente, va ligada a la mentalidad de la religión católica; es decir se percibe como un acto que va en contra del orden establecido por Dios, es un pecado o crimen injustificado en circunstancias específicas de dolor y sufrimiento.

Problemática Actual

En la actualidad, el acto suicida es un grave problema de la salud pública ya que se sitúa entre las principales causas de muerte a nivel mundial. Recientes investigaciones han analizado el suicidio tanto a nivel nacional como mundial reconociendo que es una conducta que se ha analizado desde diferentes perspectivas; es visto como un fenómeno complejo, en el que influyen diversos factores biopsicosociales de acuerdo con el momento histórico y con las

características de las sociedades en las que éste tiene lugar. Según datos obtenidos por Sánchez et al. (2005), en el ámbito mundial, el suicidio se ha ubicado como una de las cinco primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años, y en varios países es la primera o segunda causa de muerte en este grupo de edad. De la misma forma, encontraron que el suicidio está entre las primeras diez causas de muerte en muchos países y es una de las tres primeras causas de muerte en el grupo de edad de 15 a 35 años. Así mismo, esta investigación muestra que durante el 2002, en el Instituto Nacional de Medicina Legal se realizaron 2.045 necropsias por suicidio y afirman que el suicidio en Colombia tiene dos épocas marcadas y bien diferenciadas. La primera que compromete el período 1994-1999, con una tendencia al incremento, y, la segunda, que comprende el período 2000- 2002 con una reducción, aunque mínima en casos y tasas. Igualmente, demuestran que en Bogotá se ubica como la tercera causa de muerte violenta, con 1.642 víctimas en los últimos cinco años. Para el año 2000 en esta ciudad se calculó una tasa de 5,4 por 100.000, similar a lo reportado en el resto del país (5,02 por 100.000). Esta investigación arrojó que del total de víctimas, el 50% tenía entre 11 y 28 años de edad. La incidencia del suicidio ha aumentado en los últimos años y en la actualidad es la novena causa de muerte en países desarrollados.

Principales Enfoques

Aunque el hombre se ha interesado desde tiempos remotos en el fenómeno suicida no es hasta el siglo XIX cuando se elaboran las primeras teorías para explicar dicha conducta humana. Según González et al. (1997) son tres las aproximaciones teóricas clásicas que alcanzaron una mayor madurez y aceptación

tanto a nivel cultural y científico. La primera de estas es la concepción patológica, que describe el acto suicida como un síntoma de una enfermedad mental o bien como una forma de conducta mórbida como síntoma de la melancolía o de un trastorno depresivo mayor como última manifestación de la desesperación. Desde esta perspectiva se enuncian cuatro tipos de suicidio. En primera medida se encontró el suicidio maniático, definido como aquel que se produce como consecuencia de alucinaciones o delirios. Un segundo tipo es el considerado suicidio melancólico, aquel que se relaciona con un estado general de extrema depresión, que hace que el enfermo no aprecie seriamente los vínculos que tiene con las personas y cosas que lo rodean. Un tercer grupo se ubica en el suicidio obsesivo que se trata del suicidio resultante de una idea fija de muerte que carece de razón sólida, se trata de una idea que se apodera de la mente del paciente y lo lleva a cometer el acto aún teniendo razones lógicas para no hacerlo, por último, en esta clasificación psicopatológica del suicidio del siglo XIX, rescatada por González et al. (1997), en su libro prevención de las conductas suicidas y parasuicidas, encontramos el suicidio impulsivo o automático, definido como aquel que carece de razón alguna para ser llevado a cabo y se da como resultado de un acto inmediato, brusco y que resulta irresistible para el paciente.

Una segunda concepción es la teoría sociológica del suicidio, desde la cual se trata el suicidio como una problemática a explicar sociológicamente que se escapa a las motivaciones individuales del suicida, de esta manera, esta perspectiva evita analizar los factores individuales centrándose en las tasas de suicidio de los diversos países europeos, observando los factores sociales que modifican dichas tasas entre estos, se rescatan, la situación familiar, economía,

religión guerra entre otros. En la perspectiva sociológica encontramos a Durkheim, citado por González et al. (1997), quien concluye que el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad, y destaca dos variables a tener en cuenta frente a esta problemática, por un lado, el grado de interacción social del individuo, y por el otro el grado de reglamentación social de los deseos individuales. Teniendo en cuenta las anteriores variables, se definen tres tipos de suicidio desde esta perspectiva, el primero de estos es el suicidio egoísta, aquel que resulta de la alienación del individuo con su medio social, es decir, es consecuencia de la falta de interacción social. En segundo lugar Durkheim, se refiere al suicidio altruista, que se encuentra en sociedades con una estructura rígida donde se implementa un código de deberes de sentido grupal por encima de los intereses personales, de esta manera una interacción social demasiado fuerte reduce la libertad personal, de tal manera que el sujeto se quita la vida pretendiendo, de esta manera, aliviar de su carga a la sociedad. El tercer tipo de suicidio es el anómico, se produce cuando el quebrantamiento de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida.

Una tercera gran teoría es la perspectiva psicoanalítica del suicidio, desde la cual se considera al suicidio como un fenómeno intrapsíquico, originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervendrían la agresión y la hostilidad hacia si mismo, al no poderlas exteriorizar. (González et al. 1997, p. 85).

Una perspectiva más actual de acercamiento e intervención en suicidio, es la reconocida terapia cognitiva conductual que explica la problemática del

suicidio desde lo individual, donde se evalúan los diferentes factores que influyen sobre esta, uno de los principales aportes de esta teoría es la explicación causal que se le da a este tipo de conductas, según la cual, la relación entre las experiencias negativas tempranas y la sintomatología suicida, esta mediatizada por la actividad de determinadas suposiciones y esquemas específicos que se enmarcan dentro del sistema de valores, de manera personal e idiosincrásica que se evalúa de manera consciente. Freemann & Reinecke (1995), afirman que como resultado de estos sistemas de valores individuales, expuestos por la teoría cognitiva conductual, se manifiesta de forma fortalecida la depresión, considerada una de las principales causas del suicidio, de igual manera, estos autores reconocen la incidencia de ciertos factores, como falta de continuidad de los cuidados parentales, falta de apoyo emocional por parte de su red de apoyo primaria, medio inicial caótico, caracterizado por pérdidas, conflictos o separaciones tempranas y un modelado no efectivo de las estrategias de manejo emocional, en la aparición de conductas suicidas. Otros factores individuales que se han descubierto a partir de investigaciones realizadas por Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004), posteriormente y que apoyan los postulados de la presente teoría, afirman que la intencionalidad de los actos suicidas y el comportamiento suicida no es siempre la de matarse, y a veces ni siquiera la de hacerse daño; se describen intencionalidades conscientes para los actos suicidas tales como el chantaje o la intención de obtener de los demás lo que no se ha podido obtener por otros medios, querer demandar atención ante una situación vivida como desesperada (real o irreal, presente o futura, física o social), agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte, escapar temporal de

un peligro o amenaza etc. A veces pretenden modificar el comportamiento de otros.

Definiciones

Para abordar la problemática del suicidio se hace necesario exponer las diferentes definiciones y conceptos relacionados con el suicidio, teniendo en cuenta que “principalmente es un problema complejo relacionado con la ideología o creencias como un elemento común que interactúa idiosincrásicamente con la identidad emergente del individuo y que se relaciona con el fracaso para construir una identidad sana”. (Portes et al. 2002, p.323)

“La palabra suicidio significa *sui* "sí mismo" *cidium* "matar". El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, variando sus características de acuerdo con la cultura y estructura socioeconómica. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades”. (Larraguibel et al. 2004, p.64). “El suicidio es la intención de autodestruirse que se origina primariamente en ideaciones y dinámicas de lo psicológico”. (Guibert 2002, p. 32). Igualmente se entiende como toda “conducta que busca y encuentra solución a un problema existencial, mediante un acto que atenta contra la vida del sujeto” (González et al. 1997, p. 35).

Es un problema complejo con la ideología o creencias como un elemento común que interactúa idiosincrásicamente con cualquier número de las identidades emergentes que aprietan en el individuo. Un factor fundamental del suicidio concierne el fracaso para construir una identidad sana. Las conductas suicidas se definen como "la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte" (Pires, Caldas y Piazza 2005, p. 602).

Se puede entender como un “espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados” (Larraguibel et al. 2004, p.66). De la misma forma, Laferté & Laferté (2000) definen suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable, o cualquier conducta centrada en el deseo consciente y declarado de morir, comprende el intento y el suicidio en sí. Frente a este concepto Guibert & Casas (2003) presentan una perspectiva más amplia donde lo definen como la modalidad más extrema de la violencia, argumentando que es un tipo de violencia contra sí y se puede producir en cualquier persona, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, educación y orientación filosófica o religiosa; para estos autores, el suicidio se genera y se desarrolla mostrando algunos signos claros como son los sentimientos positivos acerca de la muerte, percibiendo esta como una solución de tranquilidad, aun cuando ella representa abandonar la vida humana y negar la capacidad de adaptación o modificación del medio social que posee y puede desarrollar el hombre, otro importante signo a evaluar es la comunicación o el intento que tiene el paciente de comunicar algo a través del acto o el intento suicida intentando expresar sus sentimientos sobre sí mismo, la situación en la cual se siente atrapado y su necesidad de atención y ayuda, a partir de una sensación desesperada de incapacidad para enfrentarse con sus problemas y la infeliz conclusión de que no le importa a los otros o estos no lo escuchan adecuadamente, se debe tener en cuenta que el suicidio pretende enviar un mensaje de enojo a una persona específica que siempre existe. Igualmente,

encontramos la ambivalencia, definida como presencia simultánea de sentimientos de vida y de muerte, de odio y amor que se pueden expresar hacia la misma persona y que estabilizan la inseguridad.

Teniendo en cuenta lo anterior podríamos pensar que el suicidio, puede aparecer en cualquier momento y en cualquier tipo de población, entendiendo que existen poblaciones más vulnerables y que ninguna resulta exenta a este terrible evento. “La conducta suicida es un método aprendido de resolver problemas. Se asume que toda persona puede presentar riesgo suicida si enfrenta una situación emocional dolorosa y percibe que esta es intolerable, interminable y de la cual no puede escapar.” (Prado 2004, p. 123).

Para realizar una definición cabal del suicidio se deben tener en cuenta situaciones en las cuales este se define por el tipo de población en la que ocurre, según esto, Baader-Matthei, Richter & Mundt (2004) definen los suicidios clínicos como aquellos casos en que un paciente en tratamiento psiquiátrico se quita la vida estando hospitalizado o en hospitalización diurna, independiente del hecho que el suicidio haya ocurrido dentro de la clínica o fuera de ella, durante una licencia, salida, haya sido dado de alta a prueba, o durante una estadía temporal en otra clínica, previamente acordada entre las partes.

La conducta suicida incluye no solamente el suicidio, también encontramos el intento suicida o parasuicidio que generalmente se entiende de dos maneras, cuando la persona realiza un acto de autoagresión con amenaza de muerte, pero su intención final no era quitarse la vida, y cuando fracasa en su intento de darse muerte una vez realizado el acto, Guibert & Del Cueto (2003) lo definen como acto con una consecuencia no fatal, en la cual el individuo realiza

deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte que, sin la intervención de otros, le causará auto daño, o ingiere una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desea a través de las consecuencias físicas y/o psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte.

De la misma forma dentro de la conducta suicida, podemos encontrar la ideación suicida. “Se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, es decir es la intencionalidad de morir que se aleja de otras formas de comportamiento autodestructivo”. (González et al. 1997, p. 93). El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier “acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención”. (Peña et al. 2002, p. 32).

La ideación suicida surge según González et al. (1997), cuando existe al mismo tiempo una urgencia de acabar con una situación insoportable y la ambivalencia de una posible solución mágica, lo que diferencia el suicidio consumado de la ideación y los comportamientos suicidas es algo que escapa al análisis y que tiene que ver con la íntima decisión de pasar de las ideas a los hechos. Así mismo, la presencia de ideación suicida se relaciona más con la gravedad de la depresión mientras que la gravedad del suicido se relaciona más con el grado de desesperación del sujeto, de esta manera, “el suicido se produce cuando el límite de tolerancia al dolor psíquico ha sido sobrepasado por el grado de dolor que es experimentado o anticipado”. Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004). El grado de organización de la ideación suicida, es decir, la forma

como el sujeto organiza su intencionalidad de morir es lo que González et al. (1997) definió como síndrome pre-suicida que se caracteriza tanto por el estrechamiento y la reducción del ámbito de la vida psíquica del sujeto, como por la inhibición de los impulsos agresivos y por los deseos de muerte y fantasías de autodestrucción, todos ellos consecutivos.

Para evaluar a un paciente con conductas suicidas se debe tener en cuenta lo expuesto por Freemann & Reinecke (1995), desde la teoría cognitiva, quienes afirman que existe una interacción esencial entre la percepción que tienen los individuos de sí mismos, su mundo y su futuro y como se sienten y se comportan. Los individuos que presentan ideación suicida tienen un sistema de creencias negativo que genera apatía y reducción de energía, fundamentado y sostenido en hábitos cognitivos negativos que se constituyen como factores generadores del desarrollo y mantenimiento de la ideación suicida. De esta forma se deben efectuar esfuerzos explícitos para evocar y clarificar los sentimientos del paciente, los patrones de conducta adaptativos y desadaptativos, así se identifican los pensamientos y creencias que los mantienen. El modelo cognitivo busca ayudar a los pacientes a modificar activamente su conducta, adaptarse más funcionalmente a su mundo, tener una mayor confianza en sí mismos para lograr una valoración positiva tanto del afecto, la conducta los procesos psicológicos, los hechos ambientales y las cogniciones teniendo en cuenta que todos estos son componentes interactivos que influyen recíprocamente unos sobre otros. Igualmente se debe tener en cuenta según González et al. (1997) que los sujetos para llevar a cabo un acto suicida desarrollan una lógica suicida que se basa inicialmente en una urgente necesidad de acabar con el sufrimiento, el motivo

común desencadenante de este sufrimiento suele ser la frustración de alguna necesidad. Este sufrimiento se acompaña además de sentimientos negativos como la desesperanza, la impotencia y el desamparo que se presentan en un contexto de razonamiento rígido y dicotómico y que restringe su capacidad de ver otras alternativas de solución al problema.

Dentro de esta lógica suicida de pensamiento se encuentra una triada cognitiva característica expuesta por Freemann & Reinecke (1995), donde se explica el componente negativo de la ideación suicida. El primer componente de la triada es la opinión negativa de si mismo, compuesta por pensamientos de incapacidad inadecuación y abandono que el sujeto atribuye a sus capacidades personales y a su falta de habilidades requeridas para lograr la sensación de felicidad o satisfacción en la vida. En segundo lugar se encuentra en estos pacientes una perspectiva negativista de su mundo y de sus relaciones con otros, es decir consideran sus vidas como una lucha contra fuertes obstáculos y tienden a ver a los demás como críticos con actitud de rechazo y sin intención de ofrecerle apoyo. El componente final de la triada cognitiva se centra en la perspectiva pesimista de los pacientes con respecto a su futuro. Anticipan dificultades continuas e imposibilidad para resolverlas, lo que genera que la ideación suicida se presente como reflejo del deseo de escapar de las situaciones que el individuo considera insoportable e irresoluble. El funcionamiento de la triada se fundamenta en la capacidad que posee el sujeto de distorsionar de forma negativa todos los acontecimientos y formas de percibir el mundo, lo que resulta altamente disfuncional, este fenómeno se conoce como distorsión cognitiva y se aprecia con mayor frecuencia entre los suicidas depresivos. Las distorsiones cognitivas más

comunes en este tipo de pacientes son: pensamiento de todo o nada, catastrofizar, sobre generalización, abstracción selectiva de lo negativo, inferencia arbitraria, magnificación y minimización, razonamiento emocional, afirmaciones de “debería”, “debo” y “tengo que”, la calificación y descalificación, personalización, falacias sobre el control total de si mismo, pensamiento comparativo, descalificar lo positivo y por último la falacia de la justicia.

Factores Que Inciden En La Conducta Suicida

En torno a la conducta suicida se ha trabajado desde diferentes perspectivas y enfoques que intentan exponer los factores que han demostrado tener una relación causal directa o una alta correlación con dicha conducta o suceso. Principalmente se ha encontrado que “los adolescentes han sido considerados como el grupo con más alto nivel de riesgo hacia el que deberían dirigirse políticas de prevención específicas” (Rodríguez, García & Ciriacos 2005, p. 147).

Diversos estudios sobre la conducta suicida han prestado atención a la importancia del funcionamiento familiar, al estado de salud de la familia y de sus miembros como un factor que influye directamente en la aparición de la conducta suicida. Según Prado (2004), el suicidio y los intentos suicidas son considerados eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y en su funcionamiento por lo que son considerados como una crisis familiar por desorganización. Las crisis familiares más frecuentes son por desorganización y por desmoralización y estas comparten el mayor riesgo por el deterioro de las relaciones familiares, y por ende repercuten en el pensamiento y la conducta de quienes la conforman, aumentando

considerablemente los riesgos de presentar ideación suicida, sobretodo en la población adolescente.

Otros estudios relacionan la aparición de la ideación suicida con factores psicosociales individuales que, de acuerdo con Larraguibel et al. (2004), son esenciales en su ocurrencia, estos factores son, la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, la presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida, personas que han llamado la atención por amenazar con el suicidio, antecedentes familiares de suicidio o de intento, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad. De la misma forma, Fishman (1998) que los factores desencadenantes influyentes en la aparición de conductas suicidas, son la ira introyectada, el aislamiento social, la alienación respecto de los pares, el consumo de alcohol y drogas, todos estos con un elemento necesario fundamental y no suficiente por si mismo que es la depresión. Igualmente, encuentra patrones familiares frecuentes en las conductas suicidas tales como la triangulación, es decir, que existen en su sistema familiar contradicciones básicas en las directivas que recibe el paciente, originadas por conflictos entre las figuras parentales. Otra pauta es el sistema prematuramente desligado, el cual se refiere a la desvinculación temprana del sistema familiar, esto provoca depresión y la aparición de conductas suicidas a causa de una interpretación distorsionada que hace que el paciente se perciba como una figura débil y dependiente, por lo cual su autoestima decrece. Finalmente, la pauta de familia perfecta, es decir, extremadamente rígida genera la aparición de la conducta suicida, ya que este tipo de familias no cuentan con los recursos para cambiar sus métodos de adaptación ante las necesidades y

requerimientos para el desarrollo de sus nuevos miembros. Estas familias se caracterizan por ser opresivas y crean un umbral para el cambio extremadamente alto, haciendo que el síntoma suicida se interprete o perciba como un intento desesperado de producir un cambio. Estas familias tienden a valorar a sus miembros por su grado de perfección y no toleran al individuo imperfecto, es decir, que la aceptación, no se logra por la persona en sí misma sino por lo que esta es capaz de hacer y el grado de perfección o competencia en que lo hace.

Igualmente, existen factores socioculturales relacionados con el género y sus roles sociales que presentan un comportamiento parecido y que influyen en la postura de los hombres de acumular mayor carga física y psíquica sin pedir ayuda, y en las de las mujeres de pedir ayuda más rápido, muchas veces mediante el propio intento suicida. (Guibert & Del Cueto 2003, p. 92)

Según Larraguibel et al. (2004), la raza no es en sí un factor predisponente para que un individuo lleve a cabo una idea suicida, pero sí es constituye en sí misma una postura que contiene creencias y actitudes con respecto a la vida y la muerte y que influyen en el modo en que el individuo refleja la realidad y afronta las problemáticas.

La literatura actual trata también sobre aspectos relacionados con un número creciente de sitios en Internet que pueden estimular la conducta suicida. Guibert & Del Cueto (2003) consideran que hay más de 100,000 sitios que tocan aspectos diversos de la conducta suicida en la red. Algunos de estos sitios pueden incluir notas de suicidas, copias de certificados de defunción, fotografías, así como, boletines electrónicos donde se incluyen intenciones de suicidio de personas y se recomienda el no uso de asistencia psiquiátrica. “Frente a esta

problemática la población que resulta más afectada es la comprendida entre las edades de 15 a 24 años, con poco apoyo en su grupo social y con conductas impulsivas, abuso de sustancias y depresión.” (Rodríguez, Pedraza & Burunate 2003, p. 87).

Investigaciones realizadas por Larraguibel et al. (2004) demuestran que la depresión nos traduce una relación significativa de causalidad con el intento suicida al hacerlo 13 veces más probable, y se acompaña generalmente de sentimientos de desesperanza; en los casos estudiados ambos síntomas son muy frecuentes. “Los individuos con depresión generalmente tienen una baja autoestima y son atormentados por ideas de muerte recurrente, que en muchos casos, llegan al suicidio cuando aparece la desesperanza” (Aguilera & Leyvas 2003, p. 15).

Beck ha relacionado la "triada negativa" de la depresión con el suicidio, basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando se encuentra dentro del proceso suicida, este adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. Sin embargo, Farberow y Hendin están de acuerdo en que la depresión no es el sine qua non del suicidio, y la psicodinamia del suicidio necesita de otras variables no presentes en la depresión. (Guibert & Del Cueto 2003, p. 90)

La identificación de los factores de riesgo de la ideación suicida también ha sido objeto de múltiples estudios. González-Forteza et al. (1998) plantean, que si bien se reconoce que no es sólo la acción de cada característica por separado lo que las constituye en factor de riesgo, sino la interacción de las mismas. De esta

manera si se considera que estudiar el nivel de secundaria, es un factor de riesgo, esto implica que la edad se constituye también en un factor de riesgo.

En un estudio realizado por Rubio et al. (2004) se encontró que el grupo más afectado por la aparición de conductas suicidas está comprendido entre los 22 y 44 años, presentando mayor cantidad de intentos suicidas las mujeres con 57% y 43% de hombres, difiriendo de la estadística mundial que dice tener 3 a 1 intentos de mujeres por hombres. Con respecto a la actividad laboral el 61% no tiene trabajo al momento de la consulta. Como antecedentes familiares se detectó el 43% de enfermedades psiquiátricas en su mayoría depresión. El 25% de los mismos tienen familiares con suicidios consumados correspondiendo el 50% a los padres. Entre las drogas más utilizadas por miembros de su familia en un 26% de los pacientes corresponde al alcohol, y en menor medida marihuana y cocaína en asociación con otras sustancias, por último encontraron que pérdidas parentales tempranas por muerte, separación o divorcio de los padres (cambios significativos en su núcleo familiar) originarían mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.

Por otra parte según Pérez et al. (1997), los principales factores de riesgo están dados por condiciones relacionadas con la estabilidad de la vida social, es decir, presentan mayor número de conductas suicidas personas que no tienen pareja y hombres que viven solos, igualmente los antecedentes familiares de suicidio o de enfermedad psiquiátrica tienen una alta incidencia en la aparición de dichas conductas, al igual que ocurre en individuos que tienen intentos de suicidios previos. Por otro lado se determinó que los factores desencadenantes son de predominio de lo afectivos o conflictiva familiar en las mujeres y en hombres

desequilibrio entre lo afectivo y socioeconómicos o dificultades laborales. Las ideas delirantes ocupan el mismo lugar como factor desencadenante tanto en hombres como en mujeres. “Otros factores de riesgo se determinan por la ideación depresiva definida como la presencia de ideas de soledad, aislamiento, desesperanza, y fantasías suicidas” (Livengood 1997, p 48), el alto consumo de alcohol y otras sustancias y falta de contención familiar.

Evaluación De La Conducta Suicida

Desde esta perspectiva cognitiva se han realizado los mejores aportes para la evaluación de la ideación suicida. La valoración clínica del riesgo suicida requiere recoger y ponderar datos diversos y procedentes de distintas fuentes, como allegados, historias clínicas y valoraciones de otros profesionales en caso de tentativas suicidas. No obstante, la fuente más importante es la entrevista directa con el paciente.

Existe una dificultad para establecer la ideación suicida esto se debe a que el acto suicida considera el riesgo como un elemento importante dentro de la evaluación, definido como aquellos elementos internos del individuo que no logran ser reconocidos por su entorno inmediato, igualmente el riesgo se define como aquello que en el contexto social se identifica como una amenaza que coloca en situación de riesgo los recursos internos del paciente. De la misma forma, González-Forteza et al (1998) plantean que conocer la magnitud de este problema en su justa dimensión es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por el otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros

oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos. Un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados.

Es importante tener en cuenta en el proceso de evaluación la influencia del seguimiento médico del paciente por medio de una evaluación clínica adecuada que ha de incluir la detección de la posibilidad de ideación suicida “a través de la identificación en el paciente de diversos factores de riesgo generales de tipo demográfico o clínico y la situación del paciente y su evaluación” (Rodríguez, García y, Ciriacos 2005, p. 149). En este sentido, es necesario según Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004), que el terapeuta tenga en cuenta las siguientes condiciones para una valoración adecuada, plantear una relación de apoyo acrítica en la entrevista, donde se permita al paciente tener un mínimo de confianza en el terapeuta. Para esto se debe establecer la vinculación en un medio que proporcione un mínimo de intimidad en la entrevista, donde no existan interrupciones continuas. Se debe ver a solas al paciente antes de entrevistar a los allegados para preguntar por ideas suicidas teniendo en cuenta que esto no introduce a la idea suicida en la mente del paciente.

Para realizar un adecuado acercamiento a la evaluación de la ideación suicida, el terapeuta debe conocer y rechazar algunos criterios erróneos relacionados con el comportamiento suicidio, los cuales según Brown et al. (2005) se manifiestan bajo las siguientes creencias, donde se presenta la especificación del criterio científico a tener en cuenta. El que se quiere matar no lo dice. Criterio

científico. De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus intenciones suicidas y la otra la dejó entrever. El que lo dice no lo hace. Criterio científico. Todo suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de su comportamiento, lo que habría de suceder. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde. Criterio científico. Aunque no siempre los que intentan el suicidio desean morir, es un grave error tildarlos de alardosos, pues son personas a las que les han fallado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas adecuadas de afrontamiento. Todo el que intenta contra su vida morirá por suicidio. Criterio científico. Entre el 1% y 2% de los que intentan el suicidio se suicidan durante el primer año de cometida la tentativa de autoeliminación, y entre el 10% y 20% se suicidarán en el resto de sus vidas. El suicidio se hereda. Criterio científico. Aún no ha sido demostrado el carácter genético del suicidio, aunque se puede encontrar en varios miembros de una familia este tipo de conducta autodestructiva, lo que se ha interpretado como una predisposición genética a padecer determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal. Todo el que se suicida está deprimido. Criterio científico. La depresión puede ser una de las causas de suicidio pero no es la única ya que otras condiciones también lo pueden conllevar como las esquizofrenias y la dependencia de sustancias, principalmente alcohol y drogas (éxtasis, cocaína, barbitúricos). El suicidio no puede ser evitado porque ocurre por impulso. Criterio científico. Toda persona antes de cometer suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicida, consistente en constricción del intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas, reservándola para sí, y la existencia de fantasías y representaciones

suicidas, todo lo cual puede ser detectado y con ello evitar que la persona lleve a cabo sus intenciones suicidas. Si se le pregunta a una persona en riesgo suicida si ha pensado matarse, se le puede incitar a que lo ejecute. Criterio científico. Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en lugar de incitarlo, provocarlo, inducirlo, o introducirle en su cabeza esa idea, se reduce el riesgo de cometerlo ya que puede ser la única y última posibilidad que ofrezca el individuo para que conozcamos cómo pensaba. Sólo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio. Criterio científico. Cualquier sujeto interesado en ayudar a evitar el suicidio de otra persona puede ser un valioso colaborador, porque la prevención del suicidio es tarea de quien se encuentre más cerca de la persona en crisis suicida y sepa qué hacer en ese momento. Usted no puede evitar que otra persona se suicide. Criterio científico. Si usted se ha interesado por leer este libro, ha dado su primer paso en la prevención del suicidio. Si lo que ha leído le permite evitar un suicidio, considere que ya es un colaborador.

Una vez teniendo en cuenta las falsas y erróneas creencias sobre la conducta suicida es necesario detectar la ideación suicida ya que no todos los pacientes suicidas se presentan en la consulta solicitando ayuda para sus ideas suicidas Guibert (2002). En el caso de los pacientes que no se presentan con síntomas suicidas es importante, la información demográfica del paciente, especialmente el sexo, la edad, el estado civil y la convivencia. Ya que orienta sobre su pertenencia a grupos de mayor o menor riesgo suicida y por tanto sobre la posibilidad de que presente ideas de suicidio. Montesino (2004). En caso de ausencia o negación suicida se han de buscar síntomas o signos de enfermedades

psiquiátricas o psicosociales que suelen servir de base para los síndromes presuicidas.

Existen diferentes posibilidades de identificación del paciente con ideación suicida según Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004), en la mayoría de los casos, son pacientes que se presentan con síntomas claros de ideación o impulsos suicidas, sin embargo en algunas ocasiones consultan por otros síntomas somáticos o emocionales, pero que solamente admiten si se les pregunta sobre ideación suicida. Algunos otros niegan cualquier ideación suicida pero su comportamiento indica que podrían presentarlo. Por último, acuden a consulta pacientes tras un acto suicida.

Según lo anterior Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004), proponen un esquema de exploración de la ideación suicida de la siguiente manera, para iniciar se debe preguntar desde el malestar por ideas en torno a la muerte, para comprobar si las ideas sobre la muerte son extrañas, se debe evaluar si el tipo de ideación suicida es activa o pasiva, para esto, si es activa preguntar sobre los métodos que ha pensado utilizar. Si no ha pensado ningún método concreto preguntarse piensa en llevar a cabo el acto suicida en una fecha cercana, así como los motivos para hacerlo o no hacerlo. Si el paciente ha pensado en la utilización de algún método concreto se debe preguntar por detalles respecto a la utilización de cada uno, las veces que ha pensado en ellos y posibles ensayos o intentos con estos. Igualmente, se debe indagar si la ideación suicida que el paciente presenta implica a otras personas, finalmente se debe evaluar si está el paciente cognitivamente bajo la influencia de la lógica suicida, “para cumplir con estos objetivos es necesario revisar la historia y entrevista familiar; indagar sobre

comportamientos o manifestaciones verbales que puedan estar directa o indirectamente relacionadas con la conducta suicida”. (Rodríguez, García y, Ciriacos 2005, p. 143).

Tratamiento

Tratamiento En Intentos De Suicidios

El principal método para el tratamiento del parasuicidio es la intervención en crisis inmediata con el fin evitar lesiones físicas o la muerte del paciente, cuando nos enfrentamos a una situación de suicidio es importante según Christianne, Esposito y Clum (2002) tener en cuenta, determinar el estado mental del paciente, pues resulta frecuente que se presente amnesia frente al suceso ocurrido, principalmente cuando se trata de ahorcamientos incompletos y disparos de armas de fuego en la cabeza que ocasionan daños al Sistema Nervioso Central. En tales casos se deben responder con sinceridad las preguntas que realice el individuo con respecto a su aspecto físico (marca de surco en el cuello debido al ahorcamiento, deformidad facial o craneal derivadas del disparo de arma de fuego). Según Deane, Wilson y Ciarrochi (2001) para explicar tales secuelas los pacientes utilizan diversos argumentos que no corresponden con la realidad, y que se trata de mecanismos de adaptación ante la nueva situación, los que no siempre son útiles, como por ejemplo, la negación de lo ocurrido a pesar de las explicaciones de familiares y terapeuta o bien la confabulación, atribuyéndole otro origen a las secuelas del acto suicida, tejiendo toda una historia ficticia al respecto. Se debe tener en cuenta según Christianne, Esposito y Clum (2002) que si el sujeto no presenta los trastornos del estado mental señalados y su estado permite una comunicación adecuada con el terapeuta, se debe realizar una

completa impresión diagnóstica, lo cual implica una entrevista medica exhaustiva para detectar los síntomas y signos de aquellas enfermedades se relacionan con los intentos de suicidio.

Frente a esta situación, es conveniente realizar el diagnóstico para determinar el tratamiento posterior que requiere el paciente, teniendo en cuenta que según lo descrito por Valdivia et al. (2001) debe hacerse mayor énfasis en el manejo de la situación o trastorno que provocó el acto suicida que de las manifestaciones de la crisis suicida en sí misma. Para finalizar la crisis suicida es de vital importancia según Ruiz, Riquelme & Buendía (2000) explorar la presencia de ideas suicidas actuales en el sujeto, teniendo en cuenta que mientras más planificada sea la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente. Como último recurso, Deane, Wilson y Ciarrochi (2001) plantearon que en algunos casos puede ser conveniente invitar al paciente a posponer el acto de suicidio durante unas semanas, con el fin de iniciar el tratamiento. Por otra parte, si el sujeto no presenta ideas suicidas en el momento de la entrevista Ruiz, Riquelme & Buendía (2000) sugieren que se deben investigar sus opiniones con relación a lo ocurrido, si considera que la conducta suicida fue un acto correcto o no, si los motivos que le llevaron a intentar contra su vida se modificaron o no con ese acto, si necesariamente tenia que realizar el acto suicida o si por el contrario, tenia otras alternativas y si las tenía porque no se decidió por otras menos destructivas. Se debe hacer énfasis que con el intento suicida se ha pretendido dar una solución definitiva en contra de su propia persona a sufrimientos y situaciones que son temporales. Este abordaje intenta conocer si

el individuo ha comenzado a considerar otros mecanismos de adaptación y si la salida suicida ha sido desechada.

Haquin, Larraguibel & Cabezas (2004) plantean que una buena técnica de ayuda frente a una intento de suicidio es no intentar convencer al individuo de lo maravilloso que resulta estar vivo, de lo buena que es la vida y otras conversaciones similares, pues ellos, precisamente, no son capaces de pensar eso y lejos de ayudar, se pueden incrementar sus sentimientos de ineficiencia, inutilidad, minusvalía, por sentirse incapaces de disfrutar de los beneficios de vivir. En este sentido, es más útil precisar con detalles lo que dicen sobre sus vidas y porqué consideran que carecen de sentido y es mejor morir, pues la sola expresión de estas opiniones pudiera llevarles cierto alivio, además de permitirnos conocer cómo piensan. De la misma manera, según Guibert (2002) es importante evaluar las fuerzas del paciente y el entorno, y determinar si factores específicos obstaculizan la puesta en práctica de habilidades de afrontamiento ya existentes.

Por último, frente a una crisis suicida Fishman (1998), en su libro tratamiento de adolescentes con problemas, un enfoque de terapia familiar, plantea que se debe manejar adecuadamente a los familiares y personas cercanas al paciente, de esta manera, es pertinente explorar los sentimientos de culpa de los familiares y la presencia de ideas suicidas en alguno de ellos como parte del abordaje a los familiares de las personas que intentan suicidarse, así como ayudar a la familia a reconocer que el intento de suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

Resulta pertinente resaltar que el terapeuta que se enfrenta a una situación suicida debe desarrollar y aplicar ciertas habilidades, descritas por Guibert (2002). En las crisis suicidas el terapeuta debe ser activo para que el paciente se sienta atendido, con el objetivo de restablecer en el paciente el sentimiento de que él es importante y que el terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarlo en su difícil situación. Igualmente, debe asumir la autoridad, cuidar y dirigir temporalmente al paciente, dado que la crisis suicida lo hace necesario. “El sujeto en esta situación se siente incapaz de encontrar alguna solución y sus pensamientos son ambivalentes” (Deane, Wilson & Ciarrochi 2001, p. 908). De la misma manera existen situaciones en las que como lo plantea Guibert (2002), se hace necesario que el terapeuta implique a otras personas en el proceso de neutralización del paciente, ya que esta estrategia complementa los 2 anteriores, pues el suicida se vivencia como un ser abandonado, desamparado y rechazado. Otras personas, y en especial aquellos significativos en la situación, han de ayudar a reconstruir en el paciente los sentimientos de auto estimación y auto confianza, así como a restablecer los lazos entre el sí mismo del sujeto y los otros, lazos que él experimenta que han sido quebrados o bloqueados.

Estos principios marcan un cambio en el papel habitual de los terapeutas tanto en comportamiento como en actitud hacia el paciente, pues este trabaja ante la crisis suicida con poco tiempo y con un mínimo de información. Necesita entonces utilizar toda su seguridad y habilidad comunicativa para lograr el objetivo terapéutico. Muchos autores afirman que la parte más difícil de

esto es lograr que los terapeutas adquieran las destrezas necesarias para asumir este particular rol de ayuda en situación de emergencias, pues no basta el conocimiento, se requiere además inteligencia emocional. (Guibert 2002, p. 41)

Tratamiento Para La Ideación Suicida

En cuanto al tratamiento adecuado para la ideación suicida, encontramos diferentes modelos de abordaje que expondré a continuación, entre los más destacados, encontramos el enfoque cognitivo conductual, debido a la efectividad y rapidez con que se manejan y se eliminan los síntomas logrando grandes resultados en poco tiempo ya que aporta un punto de referencia racional y científico para que el paciente pueda interpretar su propio comportamiento; identificar, evaluar, modificar sus cogniciones y afectos negativos, aprender habilidades sociales y conductas protectoras, y generar un estilo de afrontamiento que incremente la inmunidad general a adquirir trastornos psicológicos que desemboquen en procesos autodestructivos.

A partir de este enfoque, Guibert (2002) plantea un completo modelo de intervención guiada a dar un adecuado tratamiento a los pacientes que presentan ideación suicida o están en medio de un parasuicidio, plantea que existen pasos a seguir en el tratamiento del paciente suicida, y estos se aplican, tanto en la ayuda que se brinda ante una llamada telefónica que anuncia la intención suicida, como con el paciente que vemos cara a cara. “Para iniciar la intervención se debe establecer una relación de apoyo donde el terapeuta brinde esperanza y ayuda, aceptando al paciente y sus problemas”. (Arias et al. 1994, p. 703). Él debe informarle al paciente que valora sus acciones como una llamada de socorro,

dejándole una posibilidad de comunicación en caso de necesitar ayuda urgente. De esta manera podrá identificar el problema central informando al paciente y teniendo en cuenta su opinión al respecto, de esta manera se le proporciona a este un propósito y una dirección. Una vez se tiene planteado el problema central, el terapeuta, debe sugerir un número de alternativas de conductas a seguir, y todas deben suponer posponer el acto y no aliarse con la idea de muerte. En este momento, y a partir del diálogo con el paciente el terapeuta podrá evaluar el potencial suicida “el principal propósito del terapeuta es mantener al paciente vivo, por lo que debe ser hábil al evaluar la probabilidad de ocurrencia del intento” (Guibert 2002, p. 28). para realizar una adecuada evaluación del suceso se debe tener en cuenta indagar acerca de la existencia de plan suicida, la existencia de elementos estresantes precipitantes del suicidio que pueden ser inter o intrapersonales, en “existencia de síntomas en fase aguda, la existencia y calidad en la percepción de los sistemas de apoyo social” (Guibert 2002, p. 27), la personalidad premórbida, la comunicación con los otros, y las reacciones de los otros, la empatía entre terapeuta y paciente y conocer si ha habido intento suicida anterior. Posterior a la evaluación se debe realizar una valoración y movilización de los recursos externos, principalmente se requiere que el paciente se enfrente totalmente a la situación de emergencia en que se encuentre, y movilice todos los recursos de que dispone en el ámbito social, laboral y familiar. Una vez el paciente se encuentre comprometido con su recuperación se deben formular e iniciar planes terapéuticos, donde el terapeuta debe proveer al paciente de seguridad ilimitada, gratificar su dependencia temporalmente y apoyarse en otros colegas para ir rectificando su estrategia.

La valoración de las ideas y conductas suicidas y su manejo son temas de gran importancia para todos los clínicos, especialmente aquellos que trabajan en atención primaria y de urgencias. De acuerdo con diversos estudios epidemiológicos muchas de las personas que se suicidan han solicitado consulta médica en el mes anterior a su muerte. Pocos pacientes expresan espontáneamente su ideación o intención suicida a sus médicos, así que los clínicos deben estar alerta ante diversas señales que le pueden indicar que el paciente se encuentra en riesgo suicida. La intervención oportuna por parte del médico general es de gran valor para disminuir las tasas de mortalidad derivadas de las conductas suicidas. (Sánchez et al 2001, p. 107)

De esta manera se debe iniciar un tratamiento donde se tengan en cuenta algunos factores planteados por Guthrie, Kapur, & Mackway-Jones (2001) como primera medida se debe evaluar el grado en el que se presenta la ideación suicida y el nivel de desesperanza que tiene el paciente en el momento de la sesión inicial. En contra de lo que se cree en general Pires, Caldas, & Piazza, (2005) plantearon que este interrogatorio directo al paciente suicida sobre sus pensamientos y planes autodestructivos, normalmente no da como resultado que este adopte decisiones suicidas, más bien, las personas que acuden a terapia pensando en matarse lo que desean es que se les rescate de la situación y se les detenga en su deseo de autodestrucción.

Goodwin, Eaton & William (2003), comparten la misma opinión al argumentar que la mayoría de las personas experimentan alivio cuando el médico,

psicólogo o psiquiatra los interroga sobre esos sentimientos buscando saber sobre la planificación del acto, las precauciones para evitar ser descubierto, el intento de búsqueda de ayuda antes y después del acto y el método empleado. Según datos encontrados por Miller, Segal & Coolidge (1999), es sumamente importante, cuando se trabaja con pacientes en riesgo suicida, que se evalúen, en la sesión inicial, la desesperanza y la ideación e intento de suicidio, y que se determine el grado de riesgo. La propia auto evaluación de su capacidad de solucionar sus problemas predice la desesperanza o se puede preguntar si tiene esperanza con respecto al futuro.

Para realizar una intervención adecuada Guibert (2002) plantea que se debe trabajar sobre el factor o la situación precipitante.

Generalmente las personas en riesgo o con conductas suicidas tienen un tipo de afrontamiento a los problemas y situaciones tensionantes de su vida que los autores nombran autor referentes o ineficaces, caracterizado por la preocupación por la propia realización (en especial comparándose con otros), dan vueltas constantemente a pensamientos relacionados con el problema sin buscar posibles conductas para afrontarlos, la consideración reiterativa sobre posibles consecuencias de una conducta inadecuada en una determinada tarea o situación (desaprobación social, pérdida de estatus, etc.), y la presencia de pensamientos y sentimientos referidos a la propia inutilidad que conforman el prisma con que el sujeto refleja su realidad psicosocial. (Guibert 2002, p. 30)

En las personas con ideas suicidas, la expresión del deseo de morir en la mayoría de los casos es un deseo inconsciente de dormir sin preocupaciones, como lo han señalado Bridge et al. (2004). Sin embargo, Trask et al. (2000) plantean que cuando tales deseos inconscientes van acompañados de una gran cantidad de hostilidad en personas con poca fuerza de su personalidad y estereotipos rígidos, el terapeuta tiene mucho por lo cual preocuparse con relación a la conducta futura del sujeto, y es vital la comprensión de la dinámica específica de la razón suicida base del impulso autodestructivo.

Con frecuencia, se ha encontrado que el riesgo de suicidio se relaciona con la depresión. Sin embargo, “la mayoría de los intentos de suicidio se cometen cuando existe angustia, en especial, desespero después de desesperanza mantenida” (Guibert 2002, p. 40).

Se ha propuesto emplear el modelo teórico de Beck de la depresión para las intervenciones cognitivas a los pacientes suicidas, pues estos hacen auto evaluaciones extremadamente negativas sobre su entorno vital, sobre sí mismo y sobre el futuro, interpretando los sucesos como un reflejo de derrota, de privación o de denigración, y considerando que sus vidas están llenas de obstáculos y trampas. Como es lógico, esto permite que cualquier suceso de la vida del sujeto pueda ser percibido como muy amenazante, y que sus exigencias para afrontarlo, sobrepasen la autopercepción de las capacidades disponibles para transformar o adaptarse eficazmente a su entorno. (Guibert 2002, p.24).

Rodríguez, García y, Ciriacos (2005) Precisan que para el manejo terapéutico de pacientes que presentan ideación y conductas suicidas se requiere que el terapeuta evalúe el contenido, la precisión y primitivismo de las fantasías y planes del paciente con el fin de que este las exprese, con los detalles tan concretos como sea posible. “La afirmación explícita de todas las nociones suicidas puede tener un efecto catártico y facilitar la prueba de realidad, tanto por parte del paciente, como del terapeuta”. (Stroebe, Stroebe y Abakoumkin 2005, p. 82).

Cualesquiera nociones irreales acerca de la muerte se deben aclarar; por ejemplo, la fantasía de que uno realmente verá a los otros arrepentirse y despertará del sueño posteriormente. Ya sea a partir de fantasías conscientes o de cualquier otro material escrito o dicho por el paciente (notas, expresiones, cartas, etc.), el terapeuta puede descubrir en contra de quién se intenta inconscientemente la agresión. (Guibert 2002, p. 36)

Dervic et al. (2004) rescatan la importancia de los factores culturales y religiosos que intervienen en el acto y la ideación suicida, ya que en algunas culturas actualmente se vive el suicidio como un acto heroico, por lo tanto, para llevar a cabo una intervención adecuada se deben determinar las características culturales y creencias religiosas del paciente, de este modo el terapeuta puede encontrar estructuras cognitivas sólidas que permitan derrumbar el sistema de ideas negativas del paciente. Esta identificación de ideas y constructor mentales se debe llevar a cabo sin olvidar que “el relativo primitivismo de las fantasías se

relaciona con el pobre desarrollo de la estructura de la personalidad y los problemas de control de impulsos". (Guibert 2002, p. 27)

Según Maturana et al. (2002) Las propias personas con conducta suicida también pueden ser portadoras de mitos sobre el suicidio, por lo que se debe trabajar sobre estos, pues su presencia, en unión de otras variables, hacen más difícil que el paciente asuma un comportamiento más activo ante la realidad de su existencia, empobreciéndose su visión de las circunstancias y su autoestima, por lo que se vuelve más vulnerable a dirigir hacia sí mismo los impulsos agresivos generados por sus frustraciones cotidianas.

Sánchez, Guzmán & Cáceres (2001) consideran que para que el tratamiento resulte exitoso el terapeuta debe tener en cuenta que las más exitosas víctimas de suicidio previamente lo han intentado o amenazado con ello.

Los intentos serios son aquellos en los que el paciente ha tenido una alta probabilidad de morir, y fue sorprendido por una coincidencia imprevisible o se las arregló para sobrevivir a una situación verdaderamente mortífera. Estos casos se distinguen de alguien que se toma algunas pastillas, o se corta las venas en forma superficial, aunque ambos juegan con la muerte como solución, y este debe ser un punto de cambio en la terapia. Tales intentos en general tienen más la naturaleza de una afirmación, sin embargo no se les puede ignorar. (Guibert 2002, p. 33)

Con relación a los intentos de suicidio y su relación con la ideación suicida, Solanas y García (1999) plantean que se deben tener en cuenta tres elementos con respecto al plan suicida del paciente, la especificidad de los

detalles, la letalidad del método a emplear y la eficacia de los medios. Ya que cuando una persona explica un método de suicidio con gran número de detalles, esto indica que ha empleado mucho tiempo y esfuerzo planeándolo, por lo que está muy interesado en su ejecución. “En los casos en que los detalles del plan sean bizarros, ello indica posibilidad de psicosis, y los psicóticos con ideas suicidas tienen altos riesgos” (Trask et al 2000, p. 217).

Otro aspecto a tener en cuenta al momento de una intervención exitosa, corresponde a la importancia de revisar la historia familiar del paciente en lo que se refiere a intentos suicidas y conductas impulsivas.

Es predictor de suicidio una historia familiar de suicidio o de violentos *acting out* (impulsos), en los familiares, en especial en la infancia. Personas que mataron mascotas o lastimaron a sus compañeros de juegos cuando niños, y dichas conductas fueron reforzadas directa o indirectamente en el marco familiar, están en alto riesgo. (Guibert 2002, p. 41).

Esta influencia familiar previa también fue considerada por Escobar, González & Schurch, (2000) quienes consideran que la intraagresión y la agresión contra otros, con frecuencia parecen correlacionarse, el común denominador es un alto nivel de agresión y un deficiente control de impulsos, sobre todo si en la familia el patrón emocional es de represión y negación de los estados emocionales o si se sobredimensionan las frustraciones y las adversidades sin un aprendizaje claro de soluciones emocionalmente inteligentes. Igualmente, se debe considerar lo planteado por González Macip et al. (2000) donde consideran que tradicionalmente, el suicidio y la ideación suicida se han considerado como una

expresión de los conflictos mentales subyacentes y prolongados como la depresión, a veces no se relacionan con patologías mentales declaradas, y su latencia, en estos casos, es corta.

Otro de los aspectos que contribuyen a que la terapia cognitivo conductual sea tan efectiva es el manejo que le dan al constructo de visión de túnel, reconociendo esta como “visión estrecha y rígida de la realidad, sobre todo de sus aspectos negativos” (Caballo 1998, p. 215). De esta manera, Guibert (2002), argumenta que el paciente que presenta ideación suicida sólo ve una solución en particular, generalmente pesimista. Por lo tanto, es importante mostrarle que existen otras opciones. Para incrementar la conducta de exploración de otras conductas, Gabbard (2003) plantea que se debe emplear el autorregistro de variables cognitivas que tiene una clara finalidad terapéutica, incrementar la objetividad del paciente respecto a sus cogniciones, demostrar la relación entre cogniciones negativas, sentimientos desagradables y conductas inadecuadas, lo que es más importante, distinguir entre una interpretación realista de los acontecimientos y una interpretación distorsionada por significados idiosincráticos.

En esta dirección Prado (2004) sostiene que la perspectiva cognitiva utiliza tres recursos básicos para modificar los sistemas informacionales alterados que se producen en la visión de túnel.

El primer procedimiento se refiere al peso de la evidencia en bruto, que implica la exposición sistemática del individuo a numerosos y repetidos hechos, así como ejemplos desconfirmatorios de las creencias o pensamientos erróneos, con la

intención de que la contundencia de las evidencias modifique el substrato cognitivo responsable de la actitud y el comportamiento autodestructivo.

La segunda estrategia implica proveer un sistema de creencias o esquemas alternativos que permita explicaciones distintas del paciente sobre la realidad reflejada y vivenciada, permitiéndole aprovechar recursos protectores desde el punto de vista psicológico de los cuales muchas veces él es portador, por lo general mediante métodos persuasivos-emocionales como los utilizados en las conversiones religiosas, o en la educación participativa. El tercer procedimiento está dirigido a educar al paciente para que comprenda ("*haga insight*" [tomar conciencia]) la naturaleza emocional y situacional de sus distorsiones cognitivas, para de este modo permitir la entrada de nueva información al sistema, y modificar o bloquear heurísticos rígidos y de tendencia negativa para el sujeto. (Guibert 2002, p.37)

Para que la terapia sea efectiva desde un comienzo, el terapeuta debe tener un manejo terapéutico de las conductas impulsivas, estableciendo un convenio para aplazar la acción.

Las personas que realizan un *acting out* buscan, en forma característica, la descarga inmediata del impulso. En principio el impulso es el instrumento de la emoción, la semilla de todo impulso es un sentimiento que estalla por expresarse en la acción. Mucho de su placer reside en lo inmediato de un *acting out*, y por

lo tanto, cualquier demora es probable que mitigue gran parte de la tentación. (Guibert 2002, p.38)

Para el adecuado manejo de este tipo de conductas impulsivas, la teoría cognitivo conductual propone realizar un entrenamiento del paciente en identificación de señales de alerta que le indican que el impulso viene en camino, para que actúe antes que pierda el control sobre su emoción. Frente a esto, Cataldo Neto et al. (1998) Esto descansa en la aplicación sistemática de recomendaciones como son el hecho de evaluarse a sí mismo diariamente en lo referente a tensión interior, control emocional y vulnerabilidad psicológica; evaluar las consecuencias probables de los impulsos que el paciente imagina, sueña o ha tenido en la realidad; reforzar sistemáticamente la autoestima del paciente, sus creencias de autocontrol y de auto eficacia de este control; enseñarlo a retirarse del escenario provocador y socializar la agresividad mediante actividades físicas preferentemente, igualmente, se debe buscar una persona que lo ayude a comprometerse con la conducta de evitación y control, una vez desencadenada la conducta impulsiva.

Una de las principales intervenciones de este enfoque terapéutico trabajado por es el manejo de los factores cognoscitivos involucrados en la conducta suicida, de esta manera, Bobes, Bosuño, García-portilla & Saiz (2004), argumentan que trabajar con las distorsiones cognitivas del paciente ayuda al terapeuta a dirigirse con ellas hacia los aspectos esquemáticos que pueden estar dando lugar a la conducta de autoagresión. “Para identificar las distorsiones cognitivas que pueden estar en la base de procesos depresivos o suicidas recomendamos la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weismann”

(Guibert 2002, p.44). Igualmente, Freemann y Reinecke (1995) plantean involucrar dentro de la situación a las personas significativas para el paciente de manera que si existe una verdadera preocupación acerca de la posibilidad de un suicidio, no se debería dudar en tomar las medidas apropiadas provenientes de familiares y amigos.

Si el terapeuta tiene una preocupación lo suficientemente aguda, podría ser útil, con el consentimiento del paciente o si es necesario, sin él, llamar a un familiar al consultorio y hacer que este acompañe al paciente a casa. Aun puede ser necesario abandonar, temporalmente, la neutralidad terapéutica, y llevar uno mismo al paciente a su casa o al hospital. (Guibert 2002, p. 46).

Albuquerque (1989) sugiere que, dado que el suicidio con frecuencia es una crisis diádica altamente cargada, el terapeuta debe considerar el trabajo con el otro significativo en la vida del paciente, sea un padre, cónyuge. Se debe tener en cuenta que con esta afirmación no se sugiere que se vea al otro significativo con la misma frecuencia con la que se ve al paciente, pero se le debe involucrar directamente.

González et al.(1997). Plantean que el análisis del papel del otro en la diada suicida es necesario, porque la interacción del otro adoptando actitudes y conductas en pro de la salud y de la vida, puede facilitar el inicio de la acción de los mecanismos psicocorrectores de la personalidad en el paciente suicida. “La capacidad del hombre para enfrentar de forma saludable la vida está muy vinculada a su riqueza de intereses, a su capacidad de autodeterminación, a su flexibilidad para encontrar alternativas adecuadas ante situaciones tensas y

contradictorias, y a la riqueza de sus objetivos y planes futuros”. (Bobes et al. 2004, p. 75).

Según Fishman (1998), la familia se utiliza para movilizar la motivación del paciente hacia el cambio, pero comprometiéndola con asumir las consecuencias de los cambios y tratando de que modifique su sistema de relaciones con el paciente, para que aparezcan señales de apoyo óptimo. En este sentido se busca que la familia cambie tanto su estructura como la comunicación afectiva donde se oriente y se enseñe a través de la terapia a desarrollar y entrenar en habilidades sociales al paciente suicida y en primera estancia aprenda a desenvolverse en el contexto real familiar y posteriormente lograrlo en diferentes contextos sociales más amplios. En esta intervención se puede considerar cuatro etapas fundamentales en el entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales según Caballo (1998, 34), son en primer lugar el desarrollo de un sistema de creencias que mantenga un gran respeto por los derechos personales y los derechos de los demás, en segundo lugar, la distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas; una tercera etapa se desarrolla a partir de la reestructuración cognitiva y la forma de pensar en situaciones concretas, por último encontramos el desarrollo conductual de respuestas asertivas en situaciones determinadas. Sin embargo, estas etapas no se desarrollan en cada individuo de manera necesariamente sucesiva; a veces, se entremezclan en el tiempo y, de hecho se pueden re adaptar y modificar de diversas formas para adecuarlas mejor a las necesidades del sujeto. Todo esto con el fin de que el terapeuta se ocupe no sólo de aspectos organizativos de la estructura sino también de lo que de esta se deriva, es decir empatía, calidez y comunicación afectiva, de esta forma la terapia

se orienta a ayudar al paciente a sentirse valorado y perdonado. A su vez busca modular el sistema familiar impulsivo del paciente suicida, es decir intenta modificar la forma como se significa en la familia la respuesta impulsiva del paciente, es decir pasar de ser una respuesta esperada y no recompensada que se desarrolla dentro de la cultura de la complacencia inmediata, la negativa a posponer y la incapacidad de tolerar el dolor. De este modo el terapeuta debe atenuar la tensión que esto genera en la medida en que va modulando dicho sistema, de esta forma se evita que la familia reconozca al paciente como un sujeto vulnerable dándole paso a tomar nuevos elementos del contexto y hacerlo mas amplio constituyéndose como un contexto de apoyo que solidifique enseñanzas positivas y reforzamientos positivos frente a conductas adecuadas y asertivas. (Fishman 1998, p. 48).

Otro componente de la terapia cognitivo conductual se relaciona con la utilización y medicación de fármacos u hospitalización, cuando la conducta suicida se relaciona con una condición premórbida, por ejemplo, la presencia de un trastorno depresivo mayor como principal causa del suceso suicida. Según Erazo (2005), resulta útil que el terapeuta sepa quién es el médico general que atiende con regularidad al paciente, y que establezca ciertos vínculos con él para el caso en que se realice un agudo intento de suicidio. En este caso, el médico estará mucho mejor equipado que el terapeuta para el manejo de una urgencia médica que amenace la vida del paciente. “En esta etapa se podría indicar la farmacoterapia con la precaución de darle al paciente la cantidad de tabletas estrictamente necesarias para su mejoría, y explicar la metodología del

medicamento a un familiar íntimo que pueda controlar su ingestión.” (Erazo 2005, p. 187)

Siempre que se lleve a cabo un tratamiento farmacológico se debe tener en cuenta, principalmente obtener la colaboración del paciente mediante establecimiento de una buena relación terapeuta, médico y paciente Silva (1995), para que este último reciba un adecuado que genere una considerable mejoría y evolución de síntomas, de la misma forma se debe informar de manera oportuna el período de latencia de los antidepresivos, prevención de los efectos secundarios esperados e informar sobre la duración prevista del tratamiento. Así mismo, Gómez-Restrepo et al. (2002) proponen que se debe revisar el tratamiento del paciente a intervalos regulares para valorar la eficacia, teniendo en cuenta que se debe utilizar siempre una dosis suficiente y asegurar el cumplimiento de la prescripción, para esto se hace necesario, explicarle al paciente que para su "curación real" debe combinar psicofármacos y terapia.

Para concluir con el manejo más adecuado de la ideación suicida, Guibert (2002), plantea que, la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad técnica y ética intrínseca del terapeuta, y que si éste declina de tal responsabilidad provoca un perjuicio al paciente, y sobre todo al suicida. Es decir, el terapeuta tiene que saber observar cuándo el paciente recupera su sensación de control de sí mismo, para a partir de este momento tratarlo como una persona independiente. “El trato sobreprotector del terapeuta puede molestarle y manifestarse la resistencia como hostilidad, hasta la aparición de sentimientos y conductas agresivas hacia él” (Christianne, Esposito & Clum 2002, p. 46). De esta manera, el terapeuta no puede manejar con efectividad la resistencia del paciente, si no

está preparado para poner fin a la relación terapéutica cuando la situación lo exija, aunque siempre en el caso del paciente suicida lo dejaría enlazado a otro terapeuta.

Por último, Caballo (1998) concluye que la terapia puede acortarse y ganar en eficacia, si el terapeuta se ciñe al presente y se centra en los elementos manifiestos del problema que trae el paciente y establece algunas pautas, como trabajar fuerte con la autoeficacia del sujeto y con el proceso de toma de decisiones (técnica de entrenamiento en solución de problemas), las intervenciones terapéuticas se deben orientar sobre todo al sistema en el que se produce la conducta suicida Pires, Caldas y Piazza (2005), es decir, el propio paciente y sus familiares, y el terapeuta debe siempre escuchar con atención y con una actitud comprensiva todo lo que ellos dicen y establecer un equipo de trabajo con el paciente con una meta común, modificar o eliminar sus creencias disfuncionales y encontrar soluciones.

Prevención Del Suicidio

Frente a una problemática como la expuesta anteriormente se plantean diferentes estrategias y programas de prevención desde diferentes modelos con planes específicos.

Las estrategias de prevención de la conducta suicida en nuestro medio han sido revisadas desarrollar, principalmente, acciones de promoción con el fin de fomentar actividades y estilos de vida saludables, la identificación de los grupos de riesgo, lograr la atención a todos aquellos que han realizado un intento suicida.

Las estrategias actuales defienden la adecuación del programa a un enfoque más comunitario con énfasis en la prevención buscando lograr la reducción de las vulnerabilidades en las personas, la disminución de los factores de riesgo, a través de una mayor intervención del equipo de trabajo para la salud mental comunitaria y de los equipos de salud de la atención primaria. (Prado 2004, p. 99)

Pérez y Parra (2004) han enfatizado en la necesidad de incrementar en la comunidad, y en particular en los individuos deprimidos, el conocimiento de los síntomas y signos de la enfermedad. Según Pérez (2005), variados programas educativos han sido confeccionados buscando por diversas vías informar a la población de los síntomas y signos más comunes y de la necesidad de buscar la atención médica oportuna. Se ha acuñado el término de Salud Mental Educada como el “conocimiento y expectativas sobre los trastornos mentales que contribuyen a su reconocimiento, atención y prevención”. (Prado 2004, p. 119)

En las estrategias de prevención de la conducta suicida en diversos países se encuentra, según Portes (2002), el entrenamiento de los médicos ubicados en la atención primaria para capacitarlos en el reconocimiento del stress psicológico y de la ideación suicida.

García (2000) argumenta que la persona que realiza un intento suicida requiere de una evaluación cuidadosa. Es importante determinar la seriedad de la intención pero debe analizarse a partir de la propia significación que esta acción tiene para el paciente en cuestión. “Es imprescindible evaluar la significación de

esta conducta en toda persona que realiza un intento, además de proporcionar todo el cuidado y atención requerida.” (Valdivia et al. 2001, p. 213)

Trask et al. (2000) coincide con Rubio et al. (2005) en que las estrategias de prevención del suicidio deben enfatizar el reconocimiento y la adecuada atención de los individuos con trastornos psiquiátricos. Según Cataldo et al. (1998), son válidas las estrategias de prevención que protegen una mayor organización y estructuración de la atención en salud mental, la identificación óptima y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas así como, el entrenamiento adecuado de los proveedores de atención en salud mental. Por último es relevante rescatar los aportes de Solanas & García (1999), donde especifican que para la reducción del número de intentos suicidas se hace necesario reducir la psicopatología presente en la población y de mejorar la atención de los pacientes con trastornos mentales.

Para cerrar este importante apartado quisiera resaltar la conclusión de Casas & Guibert (2003), según la cual, la prevención del suicidio implica saber que este se mueve en un continuo que va desde la aparición del sentimiento de desesperanza hasta la realización del intento suicida y mientras más temprana y eficaz sea la intervención del agente sanitario mejor pronóstico tiene el paciente y la disminución de las muertes por este problema de salud.

CONCLUSIONES

Las razones que comprometen la aparición de la conducta suicida son muy variadas y se generan diversas metodologías y propuestas para el tratamiento y la prevención de este importante problema de salud pública. Desde la formación

misma del ser humano, este elemento ha sido ampliamente estudiado y explicado, a partir de patrones socioculturales específicos; es importante reconocer que la conducta suicida se valora de forma trans-subjetiva, es decir, la percepción que tiene cada individuo de ésta se desprende de creencias y valores enmarcados en el contexto social y cultural al cual el individuo pertenece, es de esta manera, que la concepción del suicidio y las conductas suicidas ha cambiado a lo largo de la historia y resulta pertinente realizar un acercamiento a la evolución histórica de estos conceptos. A partir de ésta contextualización se podrá realizar un acercamiento a las definiciones y constructos que parten de la conducta suicida desde diferentes perspectivas teóricas, con el fin de conocer y profundizar en una problemática que actualmente, en nuestro país, se considera la tercera causa de muerte violenta y cuyo principal blanco son jóvenes entre los 11 y los 28 años de edad.

Sin duda, el principal aporte teórico que se ha realizado para la comprensión y el manejo de esta problemática, esta dado por el enfoque cognitivo conductual, debido a su metodología de abordaje frente a la problemática. Esta metodología, se centra en el mismo individuo; evalúa los factores que influyen sobre sus conductas, teniendo en cuenta la relación entre las experiencias negativas tempranas del sujeto y la aparición de los síntomas suicidas; de la misma forma, este enfoque, interviene en la manera como esta coyuntura, se relaciona con la actividad de esquemas específicos individuales, que se enmarcan dentro del sistema de valores, de manera personal e idiosincrásica y que se evalúa de manera consciente. A su vez, esta perspectiva reconoce la incidencia de factores, como la presencia de fallas en dinámicas parentales, la falta de apoyo

emocional por parte de su red de apoyo primaria, medio inicial caótico, caracterizado por pérdidas, conflictos o separaciones tempranas y un modelado no efectivo de las estrategias de manejo emocional, en la aparición de conductas suicidas.

Teniendo en cuenta lo anterior resulta pertinente contextualizar y determinar los factores que inciden en la aparición de la conducta suicida, reconociéndola como un fenómeno complejo en el que influyen diversos factores biopsicosociales, constituyéndolo en un fenómeno de multifactorial donde se especifican correlaciones entre la conducta y los estímulos ambientales e individuales del paciente. Actualmente, diversos autores, han encontrado que la conducta suicida se presenta en un mayor grado en personas que padecen enfermedades psiquiátricas como la depresión, de la misma manera, los adolescentes han sido considerados como el grupo con más alto nivel de riesgo, al igual que se reconoce la influencia tanto de condiciones relacionadas con la estabilidad de la vida social, como de factores socioculturales relacionados con el género y sus roles sociales y se ha encontrado que existen algunos patrones familiares frecuentes en las conductas suicidas. Sin embargo, no es suficiente el presentar estos factores o encontrarse entre la población de riesgo para que se considere que existe algún tipo de conducta suicida, para esto, el terapeuta debe llevar a cabo una evaluación que resulte pertinente, en cuanto puede predecir la aparición de esta conducta. Para esto se debe tener en cuenta que son pacientes que se presentan con síntomas claros de ideación o impulsos suicidas; sin embargo en algunas ocasiones consultan por otros síntomas somáticos o emocionales, algunos otros niegan cualquier ideación suicida pero su

comportamiento indica que podrían presentarlo. Por último, acuden a consulta pacientes tras un acto suicida. La evaluación debe abordar, principalmente, aspectos familiares, sociales, conductuales del paciente, al igual que la presencia de esquemas mentales pesimistas, el terapeuta debe indagar la presencia de desesperanza, ideas negativas acerca del futuro, malas estrategias de afrontamiento y la presencia de una red de apoyo débil, con el fin de determinar el grado en que se presenta o puede llegar a presentarse la conducta suicida, de esta manera se podrá intervenir sobre ella o prevenir su ocurrencia.

Una vez el terapeuta a determinado un diagnóstico claro de la conducta suicida, se debe proceder a planificar un plan de apoyo terapéutico, aunque existen muchos enfoques que han propuesto diversas alternativas, es a mi modo de ver, la terapia cognitiva conductual la que obtiene mejores resultados, ya que extingue la conducta suicida en menor tiempo, esta efectividad resulta tanto para el tratamiento de la ideación suicida como para el manejo de crisis suicidas.

Para terminar, y frente a la perspectiva planteada a lo largo de este artículo se deben especificar claras herramientas de intervención, teniendo en cuenta que a lo largo de la historia, se han realizado diversos intentos de explicar las causas que llevan a la aparición de las conductas suicidas; es necesario que en la actualidad se elaboren programas más estructurados y que generen un mayor impacto social, ya que no se trata simplemente de realizar una revisión teórica o explicar a las diferentes poblaciones que es el suicidio y cuales son sus implicaciones. Se requiere de ir mas allá, con una visión amplia, positiva y optimista para generar cambios a nivel cultural y social con respecto a la conducta suicida, de esta manera, se genera un proceso en el cual la sociedad toma una parte mas activa de

apoyo y solidaridad para aquellos que requieren especial atención y tratamiento con el fin de evitar que se presente la muerte como única alternativa de solución frente a un conflicto específico. En general resulta necesario implementar programas de prevención al interior de los colegios, ya que, según el análisis elaborado en el presente artículo, es la población adolescente la que resulta más vulnerada; Para esto, se requiere del implemento de programas escolares, como parte del currículo obligatorio en torno a la creación y fortalecimiento de las habilidades sociales como la comunicación asertiva, el ensayo de la conducta social, ejercicios en grupo, procedimientos para iniciar y mantener conversaciones, expresar amor agrado y afecto, defender los propios derechos, pedir favores y rechazar peticiones, hacer y aceptar cumplidos, expresar opiniones personales incluido el desacuerdo de forma justificado aun cuando sea molestia desagrado o enfado, disculparse o admitir ignorancia, saber hacer petición de cambios en la conducta del otro y asumir de la mejor manera las críticas y desarrollar estrategias para su afrontamiento. Otro ámbito donde se hace altamente importante la implementación de programas de prevención es en el contexto familiar, ya que las problemáticas familiares resultan ser una de las causas de mayor incidencia en la aparición de conductas suicidas. Dicha prevención debe centrarse en el reconocimiento de pautas de relación entre los miembros de la familia que generan sentimientos negativos de baja autoestima, opresión, bajo nivel de autoeficacia y competencia, soledad, entre otros. Para que estos programas de prevención tengan el impacto esperado, es necesario que se erradiquen creencias culturales erróneas en torno a las conductas suicidas y de esta manera, terapeutas, personal médico y familiares del paciente puedan asumir

un papel activo frente al manejo social que se le debe dar a esta población, así, se podrá generar espacios donde el paciente se sienta valorado, respetado y pueda ver otras opciones de solución de conflictos diferentes al acto suicida.

REFERENCIAS

- Aguilera, M. & Leyvas, M. (2003) Intentos suicidas y suicidios consumados. *Revista cubana de enfermería*, 19 (1),12-17
- Albuquerque, M. (1989) Risco de suicidio: diagnóstico e manejo pelo não psiquiatra. *Revista brasileira de medicina*, 46(6), 233-237
- Arias, J., Cárdenas, R., Alonso, F., Morales, M. & López, A. (1994) Intento de suicidio en adolescentes. *Revista chilena de pedriatría* 51(11),701-705
- Baader - Matthei, T., Richter, P. & Mundt, C. (2004) Suicidios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo. Un estudio caso control. *Revista chilena de neuro psiquiatria*, 42 (4)
- Bobes, J., Bosuño, M., García-portilla M. & Saiz, P. (2004) *Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento*. Barcelona: ars medica.
- Bridge, J., Barbe, R., Birmaher, B., Kolko, D. & Brent, D. (2004) Emergent Suicidality in a Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression. *Journal of Psychiatric and Clinic*, 21 (2)

- Brown, G., Steer, R., Henriques, Gregg. & Beck, A. (2005) The Internal Struggle Between the Wish to Die and the Wish to Live: A Risk Factor for Suicide, *Journal of Psychiatry*, (19)
- Caballo, V. (1998) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores, SA.
- Cataldo Neto, A., Cardoso, B., Torres, C., Zorzi, L., Schneider, N., Francischeli, L. & Procianoy, L. (1998) O médico e o paciente suicida. *Revista médica*, 8(4),182-190
- Christianne, L., Esposito, P. & Clum, G (2001) Psychiatric symptoms and their relationship to suicidal ideation in a high-risk adolescent community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (1), 44-52
- Deane, F., Wilson, C.& Ciarrochi, J. (2001) Suicidal Ideation and Help-Negation: Not Just Hopelessness or Prior Help. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 901-912
- Erazo R. (2005) La depresión en el contexto de la medicina. *Revista médica de la clínica Condes*, 16(4), 183-192
- Fishman, H. C. (1998). *Tratamiento de adolescentes con problemas, un enfoque familiar*. Barcelona: Paidós
- Freemann, A. & Reinecke, M.A. (1995) *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclée brouwer.

- Gabbard, G. (2003) Fracasso do tratamento analítico com pacientes suicidas. *Revista brasileira de psicologia*, 37(1), 175-190
- García, J. A. (2000) Caracterización sociopsicopatológica del suicida en el territorio oriental: Santiago de Cuba-Holguín a través de la autopsia psicológica. *Revista de intervención comunitaria*, 3 (24-32)
- Gomez-Restrepo, C., Rodriguez, N., Bohorquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. & Fernandez, C. (2002) Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría*, 31 (4), 283-298.
- González, J., Bobes, J. & Saíz, P. (1997) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A.M. & Facio-Florez, D. Medina-Mora, M.E. (1998) Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Revista Cubana de medicina general integral*, 14 (1)
- González-Macip, S., Díaz, A., Ortiz, S., González-Forteza, C. & González, J. (2000) Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Revista de salud mental*, 23 (2)
- Goodwin, R. & Eaton, William W. (2003) Asthma, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts: Findings From the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-Up. *Journal of Psychiatric and Clinic*, 16 (4)

- Guibert, W. (2002) Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista cubana de medicina general integral*, 18 (2), 23-49
- Guibert, W. & Casas, S. (2003) Identificación de indicadores suicidas en pacientes generales por la enfermera de atención primaria. *Revista cubana de medicina general integral*, 23(3), 46-57
- Guibert, W. & Del Cueto, E. (2003) Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Revista Cubana de medicina general integral*, 19(5), 87-104
- Guthrie, E., Kapur, N. & Mackway-Jones, K. (2001) El tratamiento interpersonal psicodinámico breve después de un envenenamiento deliberado redujo la ideación suicida y la autolesión. *Journal of Clinical Psychology*, 21 (2), 135-142.
- Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75 (5), 425-433
- Laferté, A. & Laferté, L.A. (2000) Comportamiento del suicidio en Ciudad de La Habana intervención de enfermería en la atención primaria de salud. *Revista cubana de medicina general integral*, 14 (3)
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2004) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71 (3), 63-69

- Livengood, J. (1997) *Disease, Pain and Suicidal Behavior*. New York: Haworth Medical Press.
- Maturana, A., Cubillos P., Henríquez, M. E., Canales, A., Farias, L. & Guajardo, S. (2002) Una experiencia de trabajo en equipo multiprofesional con adolescentes suicidas. *Revista de la sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y la adolescencia*, 13 (1), 31-47
- Miller, J., Segal, D. & Coolidge, F. (1999) A comparison of suicidal thinking and reasons for living among younger and older adults. *University of Colorado Journal*, 17 (6)
- Montesino, C. (2003) Comportamiento de la conducta suicida en el municipio pinareño de San Luis. *Revista cubana de enfermería*, 20 (4)
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M. Gómez, T. & Gallardo, M. (2002) Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista chilena de psiquiatría*, 16 (2), 27-43
- Pérez, S. (2005) Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (3)
- Pérez, S., Ros, L. A., Pablos, T. & Calás, R. (1997) Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista cubana de medicina integral*, 13 (1), 7-11
- Pérez, V. & Parra, Z. (2004) Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista hospital psiquiátrico de La Habana*, (1) 5-13

- Pires, D., Caldas, S. & Piazza, M.C. (2005) Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (2), 598-604
- Portes, P., Sandhu, D. & Longwell-Grice, R. (2002) understanding adolescent suicide: a psychological interpretation of developmental and contextual factors. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 37 (148), 322-334
- Prado, R. (2004) factores de riesgo en la conducta suicida y las estrategias de prevención. *Revista cubana de medicina general integral*, 28 (4), 97-124
- Rodríguez, H., García, I. & Ciriacos, C. (2005) Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista medica de Uruguay*, 21 (2), 141-150
- Rodríguez, R., Pedraza, M. & Burunate, M. (2003) Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista cubana de enfermería*, 18 (3), 83-105.
- Rubio, E., Diez, M., Acevedo, L., Negre, A. & Leidi, M. (2004) Intento y riesgo suicida en la emergencia psiquiátrica. *Revista chilena de psiquiatría*, 22 (4)
- Ruiz, J. A., Riquelme, A. & Buendía, J. (2000) Personalidad y comportamiento suicida en adolescentes: el papel de la extraversión en la tentativa de suicidio. *Revista de Clínica y Salud*, 11(2), 155-169
- Sánchez, R., Gómez, D., Pinzón, A. & Guzmán, Y. (2001) Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida. *Revista de la facultad de medicina*, 49(2),105-109

- Sánchez, R., Guzmán, Y. & Cáceres, H. (2005) Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(1), 12-25.
- Silva, L. (1995) Estudio epidemiológico en pacientes con intento suicida, atendidos por el servicio de urgencias: Santiago de Cuba. *Revista cubana de medicina integral*, 2 (3), 18-25
- Solanas, I. & García, J. R. (2000) Características de la evolución de pacientes con intento. *Revista chilena de neuro psiquiatría*, 38(1), 23-30
- Stroebe, M.; Stroebe, W. & Abakoumkin, G. (2005) The Broken Heart: Suicidal Ideation in Bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 42 (3), 73-94
- Trask, P., Esper, P., Riba, M. & Redman, B. (2000) Psychiatric Side Effects of Interferon Therapy: Prevalence, Proposed Mechanisms, and Future Directions. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (8), 209-232
- Valdivia, M., Ebner, D. & Fierro, V. (2001) Hospitalización por intento de suicidio en población pediátrica: una revisión de cuatro años. *Revista chilena de neuro psiquiatría*, 39 (3), 211-218.