



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA  
HOSPITAL CLÍNICO VIEDMA



# “PREVENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA POR EL MÉDICO DE FAMILIA”

AUTOR : Dra. Heydi Verónica Rojas Soto  
Residente de Medicina Familiar

TUTOR : Dr. Luis Edgar Quiroga

Cochabamba, Marzo del 2007

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1-2
I. Planteamiento del problema.....	3
II. Justificación.....	3
III. Marco Teórico.....	4-62
IV. Objetivos.....	63
4.1 Objetivo General.....	63
4.2 Objetivos Específicos.....	63
V. Diseño metodológico.....	63
5.1 Tipo de investigación.....	63
5.2 Universo.....	63
5.3 Muestra.....	63
5.4 Identificación de variables.....	64
VI. Resultados.....	65
VII. Conclusiones.....	66-68
VIII. Recomendaciones.....	68-69
IX. Referencias Bibliográficas.....	70-71
X. Anexos.....	72-81

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés, Albert Camus, (El Mito de Sísifo), es el único problema filosófico serio.

Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION- PREVENCIÓN DEL SUICIDIO); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades.

### **PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS FAMILIARES**

Una de las peores cosas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio de un paciente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por una situación así son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de insuficiencia, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación. Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

Estos instrumentos están dirigidos principalmente a los médicos Familiares. Su objetivo es resaltar los trastornos principales y otros factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas.

## **LA CARGA DEL SUICIDIO**

De acuerdo con los estimativos de la OMS, es probable que aproximadamente un millón de personas cometa suicidio en el año 2000. El suicidio está entre las 10 causas mayores de muerte en cada país, y una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años.

El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas.

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios, casi el doble de la carga por diabetes e igual a la carga por asfixia al nacimiento y trauma.

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra. En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor.

Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.

## **I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Es de conocimiento público los casos diarios de intentos de suicidios que llegan al servicio de emergencia del hospital clínico Viedma de la ciudad de Cochabamba, por lo que existe un singular interés en poder establecer:

La cantidad de casos que se han presentado durante las gestiones 2004-2005 y los meses de Enero a mayo del 2006 y la respuesta del servicio hospitalario para la prevención de este motivo de ingreso cada vez más frecuente.

Iniciar medidas preventivas, contribuiría a disminuir las cifras alarmantes de intento suicida y a mejorar la calidad de vida de nuestra población?

“Solo es posible adoptar un estilo de vida sano cuando se cuenta con los conocimientos, las oportunidades y la voluntad de hacer”. Dr. Carol Buck, 1984.”

## **II.- JUSTIFICACIÓN:**

El medico general es un eslabón clave en la prevención del suicidio si realiza la detección, evaluación, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y remisión adecuada a los servicios de salud mental de las personas con riesgo de cometer suicidio. Para lograr tales objetivos se impone su capacitación

El suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales estresantes que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento por lo cual es de vital importancia la actitud del médico detectar oportunamente esta patología y realizar prevención

Generalmente las medidas que se adoptan para reducir la incidencia del suicidio tienen la finalidad de prevenir el desenlace mortal de los actos suicidas, la repetición de dichos actos, el primer intento suicida y la inclinación al suicidio. En cada uno de estos casos el éxito de las medidas preventivas dependerá en gran parte de la identificación precoz y del adecuado tratamiento de los grupos de población más expuestos. La mayoría de las personas que se

suicidan o lo intentan, ofrecen alguna advertencia o indicio de sus intenciones antes de consumir el acto.

Las labores de prevención en el enfrentamiento del suicidio son muy importantes, y es en esta parte del enfrentamiento donde más experiencia tienen en muchos países, que se apoyan principalmente en el enfoque de riesgo y en el conocimiento de sus principales mecanismos psicosociales.

Una tarea importante de cualquier programa de prevención ha sido la detección de las personas con riesgo de conductas suicidas. En esta dirección pensamos que en nuestra situación concreta se deben explotar más las potencialidades de la Comisión de Salud Mental al nivel de la Atención Primaria, y **estimular el desarrollo y utilización de instrumentos diagnósticos para la detección del riesgo suicida por parte de los Médicos de Familia y otros agentes sanitarios del ámbito comunitario.**

Evidencias empíricas recientes muestran que los Médicos de Familia tienen un rol crucial en la prevención del suicidio, y en el monitoreo continuo de los factores de riesgo suicida en la población.

Un grupo de investigadores trabajan en la validación instrumentos para detectar riesgo suicida (anexo 2); además estamos tratando de implementar el uso en nuestro medio de otros instrumentos internacionales como la escala de riesgo (anexo 3), cuestionarios para detectar la desesperanza y otros factores de riesgo esenciales (anexos 4 y 5), así como perfeccionar la calidad de la atención de salud al paciente suicida.

### **III.- MARCO TEORICO:**

El suicidio es uno de los grandes enigmas del comportamiento humano. Atentar contra uno de los instintos básicos de todas las especies, la autoconservación, es un hecho que no deja indiferente a nadie y sobre el que todos tenemos una opinión. ¿Se trata de una conducta

inmoral y cobarde?, ¿la máxima expresión de la libertad individual?, ¿un síntoma o una dimensión de la enfermedad mental?

Las ciencias médicas y humanísticas llevan siglos intentando explicar (con mayor o menor fortuna) qué lleva a una persona a acabar con su existencia y, fruto de estas investigaciones, han surgido diversos modelos etiológicos que nos permiten comprender, al menos desde el razonamiento científico, los mecanismos que pueden llevar a una conducta autolítica.

## BREVE APROXIMACIÓN HISTÓRICA

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, la actitud hacia la conducta suicida de las distintas sociedades ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura.

En la Grecia clásica, en general, el suicidio era perseguido. El cadáver del suicida era considerado indigno, no podía ser enterrado en el cementerio y, cuando había muerto con la espada, su mano derecha era amputada y enterrada aparte (esto ocurría en Atenas, y era una práctica parecida a la que se seguía con los culpables del delito de traición).

Con la extensión de las escuelas filosóficas se produjo un cambio cultural, de manera que para los estoicos, la muerte voluntaria se inscribía en el problema de la libertad humana, expresándose en términos parecidos los epicúreos y los cínicos.

Grandes filósofos como Séneca, Sófocles o Sócrates, se mostraban partidarios del suicidio (el último acabó voluntariamente con su vida), mientras que Pitágoras, Platón o Aristóteles proporcionaron argumentos en contra del mismo.

En Grecia, y también en Roma, se instituyeron tribunales que, tras escuchar las razones de los candidatos, autorizaban o no el suicidio, e incluso existían lugares públicos destinados a la consumación de la muerte. De hecho, el *Corpus Iuris Civilis* de Justiniano consideraba justificado el suicidio causado por *taedium vitae*. Sin embargo, los romanos negaban la

sepultura a los que se suicidaban sin un motivo justificado, y destruían su testamento y confiscaban sus bienes.

La cultura cristiana, aunque inicialmente adoptó una actitud tolerante con el suicidio (pues no era otra cosa el martirio y la persecución a la que se exponían los primeros creyentes), a partir del siglo IV adoptó una posición intransigente que culmina con San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural, y se consideró equivalente al homicidio. El Concilio de Arlés, celebrado en el año 452, registró la condena oficial al suicidio de la doctrina cristiana, considerándolo como de inspiración demoníaca, y en el posterior Concilio de Toledo se decretó la excomunión para los suicidas. Esta dureza se intensificó durante la Alta Edad Media, en la que se negaba al suicida el enterramiento en tierra santa y se confiscaban sus posesiones.

No es hasta el siglo XVIII cuando comienza a observarse una actitud menos punitiva hacia el suicida. Es precisamente en este momento cuando se populariza y se incorpora al vocabulario de los países europeos el término *suicidio*, que es menos peyorativo que los usados anteriormente y refleja la emergencia de una actitud más tolerante y compasiva.

Con la revolución francesa deja de ser penalizado como un hecho criminal y, aunque no se derogan las anteriores legislaciones represivas, los magistrados mantienen una postura de omisión. En este sentido fue determinante la influencia de intelectuales como Voltaire, Montesquieu, o Hume.

Las distintas tendencias en arte y pensamiento también dejaron su impronta en la consideración social del suicidio. Así, en las sociedades más secularizadas de fines del XVIII florecieron los suicidios por honor, el Neoclasicismo revitalizó el antiguo concepto del suicidio heroico, el Romanticismo vio proliferar los suicidios por motivos pasionales, e incluso se tiene noticia de la epidemia de suicidios por amor inspirada por la lectura de *Las desventuras del joven Werther*, escrita por Goethe en 1774.

Contrastando con la poca atención dedicada por la profesión médica al suicidio, en el siglo XIX comienza a emerger una práctica psiquiátrica más identificada con los ideales de la ciencia moderna y que demuestra una mayor sensibilidad por la conducta suicida, en estrecha