

POLICLINICO UNIVERSITARIO “FELIPE POEY ALOY “.NUEVA PAZ

CONDUCTA SUICIDA

Dr. Idalberto Aguilar Hernández⁽¹⁾, Dra. Mayra Barreto García⁽¹⁾.

1. Especialista de I grado en MGI. Asistente.

RESUMEN

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socio-económica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades. Este fenómeno que va en aumento en todos los países del mundo, se encuentra considerado ya como parte de "Las enfermedades del desarrollo". La alta incidencia del mismo ha hecho posible que se realice esta revisión con el objetivo de profundizar en la actualización de los conocimientos sobre el tema como una importante necesidad para el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud.

Descriptores DeCS : **SUICIDIO**

INTRODUCCIÓN

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socio-económica existente. Como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades⁽¹⁾ .

El suicidio se ubica entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud , la cual estima que al menos 1110 personas se suicidan cada día y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, religión, etnia, etc y alerta sobre el incremento de las tasas de suicidio como una tendencia creciente sobre todo en la población joven, planteando que cada 42 segundos alguien hace un intento suicida con ocurrencia del suceso, cada 17 minutos sobre todo en jóvenes entre 5 y 14 años de edad, los que en determinado momento de su existencia sienten que la vida no tiene sentido por diferentes causas entre las que están: enfermedades físicas o mentales, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, las dificultades cotidianas de un mundo convulso; convirtiendo al suicidio en la mejor y única opción para ellos.^(2,3)

Los logros de la civilización y el progreso social producen un cambio en las condiciones materiales de vida, cambiando también al propio hombre; las reservas del organismo humano en lo referente a las características psicológicas y sociales, no siempre dan alcance a los cambios de estas

condiciones externas en determinados individuos, produciéndose así un desequilibrio en el estado de salud ⁽⁴⁾ conllevando al hombre hasta el suicidio en sí; el cual se define como el acto humano de autolesionarse con la intención consciente y declarada de morir para acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable; comprende el intento y el suicidio en sí. ⁽⁵⁾

Este fenómeno que va en aumento en todos los países del mundo, se encuentra considerado ya como parte de "Las enfermedades del desarrollo", así tenemos por ejemplo mas de 8000 casos en el año 1992 en los Estados Unidos comprendidos entre las edades de 15 a 24 años ⁽⁶⁾, al igual que en Francia, donde el incremento ha alcanzado cifras alarmantes ⁽⁷⁾.

Así tenemos que en el Trienio 1963 – 65 el suicidio en Cuba tenía tasas de 12,7 x 10 000 hab., en los años 1974 se ubicaba como 7ma causa de muerte y en el año 1984 se colocaba como la 6ta causa de fallecimiento en el país con tasas de 22.0 x 100 000 hab. ⁽⁸⁾. La provincia La Habana se ha mantenido en igual comportamiento e incluso en ocasiones ha tenido tasas superiores a la media nacional como sucedió en el año 1995 que nuestra provincia alcanzó 23,3 x 100 000 habitantes; y nuestro municipio con igual tendencia creciente en estos años ha llegado a presentar tasas como sucedió en el año 1996 con 37,7 x 100 000 hab.

Esta entidad como causa principal de muerte en el mundo ha sido estudiada por muchos investigadores, pues cada día sus víctimas tienen menos edad y se ha convertido en un flagelo para la población comprendidas entre los 10 y 24 años de edad de muchos países ⁽⁹⁾, fundamentalmente causada por la ingestión de drogas y alcohol; además de la frecuencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y otras enfermedades crónicas, todas ellas consideradas como importantes factores de riesgo para el suicidio^(10,11)

Los trastornos psiquiátricos y de personalidad son considerados por muchos autores como importantes factores de riesgo tanto para el suicidio como para las ideas suicidas y los intentos suicidas ⁽¹²⁾, específicamente los trastornos depresivos, las incomprensiones y las minusvalías afectivas y estéticas ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Sobre la base de las ideas anteriores es que debemos trabajar a partir de la lectura y el análisis del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida elaborado por el Grupo Nacional de Psiquiatría en el año 1998, que establece como objetivos principales: evitar el Primer Intento Suicida, su repetición y la consumación poniendo en manos del médico de la familia un instrumento de trabajo, para así lograr disminuir las muertes por estas causas⁽¹⁶⁾ y llegar a los indicadores anhelados por nuestro Ministerio según los Objetivos, Propósitos y Directrices hacia el año 2000 para mejorar la salud de la población cubana que debe ser reducido a 18 x 100 000 habitantes⁽¹⁷⁾ y así hacer realidad las palabras de Fidel Castro cuando dijo: "...y tenemos que trabajar no solo por la salud física del Hombre, sino también por su salud mental. " ⁽¹⁸⁾

En estos momentos en que las áreas más débiles de la salud mental lo constituyen la promoción y la prevención de salud y que estos daños representan una amenaza importante para el bienestar del ser humano, es que en ellas debemos trabajar y practicar nuestros conocimientos para lograr impactos positivos; pues constituye una conducta realmente evitable.

DESARROLLO

A través de la historia, la postura frente al suicidio ha sido diferente según el momento histórico concreto de que se trate. Así, en la antigua Roma, se asumía una posición neutral e incluso positiva frente al suicidio.

Basta mencionar a Séneca, el estoico, quien dijera: “El vivir no es un bien, si no se vive bien”. “Morir antes o después es irrelevante”. “La vida no es como para comprarla sea cual sea el precio.”

En el siglo IV después de nuestra era, Constantino I llamado “El grande”, oficializó el cristianismo, y con ello se asumió una actitud de rechazo.

San Agustín consideraba el suicidio como un crimen y Santo Tomás como un pecado, sino el mayor de todos, pues usurpaba a Dios la decisión sobre la vida.

Este rechazo duró siglos por la propia influencia de la religión, u aún éste es su punto de vista.

En el siglo XVIII, el filósofo Hume asume una postura permisiva-positiva frente al suicidio. Expresó: “Si no es un crimen que ya cambia el curso del Nilo o el Danubio ¿dónde está el crimen? ¿En cambiar la dirección de unos cuantos litros de sangre?”

Según la clasificación NASH existen cinco formas de morir: naturales, accidentales, suicidas, homicidas y no especificadas. Además, éstas pueden ser intencionadas, subintencionadas y no intencionadas.

Fue el abate Desfontaines en el siglo XVIII el primero que empleó el término suicidio (sui-sí mismo y cidius -matar).

Relacionados con éste término están los siguientes:

- **Acto suicida** : todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.
- **Parasuicidio** : acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.
- **Conductas autodestructivas indirectas o inconscientes**: tienen un carácter insidioso y prolongado y no son reconocidas como

actos suicidas.

- **Autolesión intencionada**: término propuesto para conceptualizar el intento suicida como una conducta de afrontamiento.

- **Ideación suicida:** comprenden desde la idea fugaz de la dificultad para vivir a la idea suicida transitoria, prolongada, permanente, impulsión o planificada^(19,20,21)

A finales del siglo XIX, comienza la era moderna en la interpretación del suicidio, con los trabajos de Durkheim y Freud . Éste primero realiza un enfoque sociológico del suicidio y plantea que es: el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo y define:

- **Suicidio altruista:** es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. Al individuo no le queda otra opción honorable. Seguir viviendo sería una ignominia. Es el caso del harakiri entre los antiguos samuráis.
- **Suicidio egoísta :** en este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad, son personas que viven solas, no tiene familia ni grupo social o institución con quien relacionarse. No hay prácticamente exigencias sociales para el individuo.
- **Suicidio anónimo :** se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo (pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio).

Freud desarrolla la teoría psicológica del suicidio. Consideró que en el suicida existía hostilidad inconsciente dirigida hacia objeto amado que ha sido previamente introyectado .

Zilboorg , retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla, considera el suicidio no solo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros .⁽²²⁾

Karl Menninger considera que en todo suicida se encuentran implícitos tres deseos: deseo de matar, deseo de ser matado y deseos de morir.

Ambos enfoques, el sociológico de Durkheim y el psicológico de Freud , son enfoques unilaterales de este dramático problema.

Como podemos apreciar el Suicidio tiene antecedentes que se remontan a las existencias mismas del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente ⁽²³⁻²⁴⁾

Blumenthal y Schneidman ⁽²⁵⁾ plantean que el suicidio ha sido explicado por las ciencias desde distintos ángulos, predominando los enfoques sociológicos y psicológicos. Hoy, existe el consenso de que ninguna de éstas teorías aisladamente es capaz de brindar una explicación completa de éste fenómeno , que de hecho es multifactorial, por lo que lo determinan elementos psicológicos y sociales, no descartándose la influencia de factores biológicos y conceptualizaron el suicidio como:

“el acto humano de aniquilización autoinducida, mejor comprendido como un malestar multidisciplinario en un individuo necesitado que delimita un problema para el que el acto es percibido como la mejor solución”.

Otros investigadores estudiosos del tema como Rider Mesa y Riera ⁽²⁶⁾ denominaron la conducta suicida 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, se produzca o no la muerte del individuo”**.

El comportamiento suicida es un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho.

A ello Guibert y Alonso ⁽⁵³⁾ plantearon que el intento suicida es : **“ cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente del método empleado y del conocimiento real de su intención “** y el suicidio es: **“ si a consecuencia de un intento suicida, es decir, de este acto, el individuo se produce la muerte, o sea, es el acto donde el propio individuo se da la muerte”**.

En su investigación “ El suicidio, comportamiento y prevención” el Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero ⁽³⁾, plantea que el intento de suicidarse, junto con el suicidio, son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas.

Desgraciadamente existen muchos textos que solo tienen en cuenta estos dos aspectos, los que, por demás son los más graves, y no otros que detectándolos y tomándolos en consideración de forma oportuna evitarían que ambos ocurrieran.

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el hecho consumado.

Otros como Shaffer ⁽⁵⁾ definen la conducta suicida como: **“ el acto humano de autolesionarse con la intención consciente y declarada de morir para acabar para siempre con la presión de una angustia que vivencia el individuo como insoportable; comprende el intento suicida y suicidio en sí.”**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la conducta suicida como: **“ todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta con diverso grado de intento letal, incluye el intento suicida y el suicidio consumado “**

Asimismo define:

- **GESTO SUICIDA:** Acto de autoagresión sin la intención de morir y que tiene la finalidad de llamar la atención a las personas que lo rodean.
- **INTENTO SUICIDA O PARASUICIDIO:** Acto deliberado con resultado no fatal, que intente causar o que realmente causa daño o que sin la intervención de otros puede autodañar . Incluye conductas desde los llamados gestos suicidas manipulativos hasta los intentos serios sin éxito de autodestrucción. Es independiente de la letalidad del método empleado y del

conocimiento real de la intención.

- SUICIDIO: Cuando a consecuencia del intento suicida se produce la muerte.

A ello incluye el método suicida como el método del cual se vale el individuo para cometer el acto suicida y la clasifica en :

- Métodos suaves o poco letales: ingestión de psicofármacos, sustancias tóxicas y otros medicamentos.
- Métodos duros o letales: sección de vasos sanguíneos, precipitación desde la altura, ahorcamiento, sumersión , quemaduras y uso de armas de fuego.

Para evaluar el intento suicida se toman en consideración tres aspectos :

- Letalidad del método empleado
- Gravedad de las circunstancias
- Severidad de la intención.

LETALIDAD DEL METODO EMPLEADO: Define el modo o el procedimiento que se utiliza en la realización del intento suicida.

- INOCUO: usualmente no implica ningún peligro para la salud del sujeto.
- RIESGOSO NO LETAL: incluye métodos que sin ser capaces de producir la muerte pueden dar lugar a síntomas de intoxicación y alteraciones en el funcionamiento del organismo.
- RIESGOSO POTENCIALMENTE LETAL: no letales necesariamente, pero capaces de producir la muerte en circunstancias agravantes como: corte de la muñeca que interesan vasos sanguíneos y que requieren cirugía, ingestión de sustancias tóxicas en cantidades limítrofes con la dosis letal.
- LETAL: necesariamente conduce a la muerte si no media intervención terapéutica oportuna.

GRAVEDAD DE LAS CIRCUNSTANCIAS: está dada por las situaciones y/o condiciones en que se realiza el intento suicida.

- NULA: el I. S. ocurre en circunstancias en que de ningún modo pueden contribuir a la consumación del suicidio.
- GRAVEDAD BAJA: el acto se realiza en circunstancias tales que solo excepcionalmente puede llegar a la consumación del suicidio.

- GRAVEDAD MODERADA: ocurre en circunstancias que usualmente contribuyen a la consumación del suicidio, aunque existe alguna posibilidad de evitarlo.
- GRAVEDAD ALTA: las circunstancias favorecen siempre la consumación del suicidio.

SERIEDAD DE LA INTENCIÓN : expresa el grado de veracidad del deseo que conduce a cometer un I. S. En los casos de I. S. no serios, poco serios y serios, hay que tener en cuenta las características del paciente, el estado en que se realizó el intento, la letalidad del método y la gravedad de las circunstancias.

- NO SERIO: no existe intención alguna de suicidio, el individuo realiza el acto llevado por un impulso no premeditado y de poca intensidad o con la intención de obtener alguna ganancia.
- POCO SERIO: existe alguna intención de llevar a cabo el suicidio, motivado por un impulso no premeditado, pero de gran intensidad. Se busca más una ganancia que la muerte.
- SERIO: existe verdadera intención de morir, pero se comprueban atenuantes.
- MUY SERIO: existe verdadera intención de morir, solamente por un hecho casual e inesperado no se llega a la consumación del mismo. ⁽¹⁶⁾

Han sido muchos los médicos, psicólogos y sociólogos que han dedicado sus investigaciones al suicidio, presente siempre en la historia de la humanidad, que se incrementa a escala mundial causando la pérdida de aproximadamente un millón de vidas cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos.

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la OMS. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1110 personas y lo intentan cientos de miles. Si alarmante son las cifras de suicidios más lo son los intentos. Los investigadores afirman que a nivel mundial por cada suicidio se realizan 10 intentos aproximadamente, calculándose que cada día se efectúan unos 12 000 intentos suicidas en el mundo.

La Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP en Cuba reporta, aproximadamente 6 intentos por cada fallecido.

En el primer cuarto del siglo pasado el volumen mayor de suicidios ocurría entre 15 y 25 años, posteriormente este fenómeno se desplaza a los 40 a 50 años y actualmente la prevalencia mayor se encuentra en los 60 años estos han sido reportes de Mesa y Christopher en Madrid.

En Europa y América del Norte el suicidio se encuentra entre la 5ta y 10ma causa de defunción y aparece como la 2da y 3era causa entre personas de 15 a 64 años de edad.

Específicamente en Cuba representa la 3era causa en la edad de 15 a 49 años.

Los países que reportan las más altas tasas de suicidio son : Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Alemania y Dinamarca según la Organización Panamericana de la salud (OPS).

El Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, California, reportó una tasa de 16x100000 habitantes de los cuales el 43 % era de 12 a 20 años.

En América representa la 3ra o la 4ta causa de muerte entre las edades de 15 a 44 años y representa el 6.5 % de las defunciones de este grupo de edades.

En el año 2000 la OMS hizo público que la tasa de suicidios mundial fue de 16x 100000 hab.

En nuestro continente el suicidio ha alcanzado proporciones epidémicas durante los últimos decenios, convirtiéndose en una preocupación seria en materia de salud pública.

A continuación relacionamos el comportamiento de las tasas de suicidio en Cuba en períodos estudiados:

AÑO	TASA (X100000 HAB.)	OBSERVACIONES
1960	15.4	
1970	19.0	
1980	+ 20.0	
1982	23.2	Representó el 4 de las defunciones
1997	19.0	
1999	19.4	El 4,6 fue quemados en mujeres
2000	16.4	El intento representó 120,5
2001	14.7	

En el 2000 las provincias más afectadas fueron: La Habana , Matanzas, Santi Spiritus , Tunas, Holguín y Granma .

Como se puede apreciar Cuba no escapa a esta realidad y existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos fundamentales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación.

Según los Objetivos, Propósitos y Directrices del MINSAP, se debía haber reducido a 18x 100000 habitantes la tasa de este problema de salud para el año 2000 en el país, cifra esta que fue

alcanzada con toda una estrategia para el logro de la misma.

Este Programa en su última revisión propone como objetivo disminuir la mortalidad por suicidio consumado a 15x100000hab al cierre del año 2005

Actualmente, a muchas personas el suicidio le parece demasiado espantoso y sin sentido para poderlo concebir. Se podrá decir que hay tabúes que impiden discutir este tema de forma abierta y sana aunque este flagelo permanece arraigado en diversas latitudes y en diferentes culturas, u cobra un número importante de víctimas anualmente en las diferentes edades, en particular en la ancianidad.

El suicidio, es más frecuente en el sexo masculino en una proporción 3:1 con relación al sexo femenino y el intento es más frecuente en las féminas con una proporción 3:1 con respecto a los masculinos. Los hombres tiene tendencias a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres .(53,54)

Múltiples han sido los estudios realizados sobre el tema que nos ocupa, con el objetivo de determinar las posibles causas que expliquen la conducta suicida:

- Bromish comparó 2 grupos de pacientes con reacción depresiva breve o prolongada con y sin intentos suicidas y concluyó que el alcoholismo, los intentos suicidas en la familia de primer grado y el divorcio entre los padres, predispone a la reacción depresiva con la conducta suicida.
- Clark, en un estudio realizado a 928 pacientes con conducta suicida durante 3 años concluyó que los antecedentes de intento suicida de baja letalidad están asociados con intentos suicidas futuros no letales.
- Allebeck comparó 32, esquizofrénicos suicidas con un grupo control de 64 esquizofrénicos no suicidas y observó que los antecedentes de intento suicida, estaban relacionados con el suicidio; calificó así el suicidio en el esquizofrénico como impulsivo y difícil de predecir.
- Winokur estudió 401 pacientes con depresión psiquiátrica y depresión por enfermedad somática y encontró mayor ideación suicida e intentos suicidas en las depresiones por causa psiquiátrica.
- Katls y colaboradores examinaron 406 adolescentes con intentos suicidas, en 226 era su primer intento y en 180 eran intentos repetidos. Al finalizar el seguimiento de 10 años, el 1% de los que habían tenido un intento suicida se había suicidado y el 4 % había tenido intentos repetidos.(55)

A pesar de estos trabajos recientes sobre el suicidio y otros muchos realizados fuera y dentro del país, aún no se conoce con certeza la causa del suicidio; el cual responde a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales. Sin embargo, existen los llamados factores de riesgo que pueden predecir en cierta medida la posibilidad suicida.

Según Stengel éstos son los siguientes:

- Sexo masculino
- Mayor riesgo según aumento de la edad
- Más frecuente en viudos, solteros y divorciados
- Carencia de hijos.
- Alta densidad de población
- Alta estándar de vida.
- Crisis económica
- Residencia en grandes ciudades
- Consumo de alcohol
- Intentos suicidas previos.
- Familia suicida o con intentos de suicidio
- Enfermedad física asociada
- Expresión manifiesta de la intención suicida
- Planificación del acto suicida
- Letalidad del método empleado
- Vivir solo
- Enfermedad psiquiátrica asociada(trastornos nerviosos, esquizofrénicos y alcohólicos)

En nuestro país el Programa de Prevención considera los siguientes factores de riesgo:

- Adolescentes con embarazo temprano
- Madre soltera con hijos
- Personas mayores de 60 años con otros factores de riesgo
- Personas sin apoyo o atención familiar

- Personas con enfermedad crónica asociada invalidante .
- Sobrevivientes de una tentativa de suicidio.
- Los que anunciaron el suicidio
- Alcohólicos y farmacodependientes
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos.
- Jóvenes que no estudian ni trabajan
- Niños y adolescentes de familias con problemas sociales
- Niños y adolescentes con dificultades escolares
- Niños y adolescentes con trastornos de conducta.

Este programa considera las familias de riesgo:

- Las que tengan individuos con riesgo suicida
- Las que tengan bajos ingresos per cápita y bajo nivel de escolaridad
- Las que tengan alteraciones de su dinámica y en sus relaciones
- Las que tengan problemas sociales de envergadura.

FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA POR EDAD

Niños y Adolescentes :

Predisposiciones individuales: Presencia de desordenes de salud mental: depresión, intento suicida previo, abuso de sustancias, consumo de drogas, problemas en el aprendizaje, impulsividad, fracaso escolar, enfermedades incapacitantes , vulnerabilidad ante los eventos humillantes, desvínculo de estudio y/o trabajo, internamiento involuntario, alteración de la identidad sexual, adscripción a grupos con conductas disruptivas.

Familiar: violencia parental , abuso sexual, abuso de alcohol y drogas, aislamiento, antecedentes de conducta suicida, comportamiento suicida aceptado, muerte o separación de familiares, rechazo de la familia, facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, pobreza, desatención familiar.

Comunitario: deterioro socioeconómico de la comunidad, escaso o nulo acceso a actividades deportivas, recreativas, culturales, etc., alta incidencias de alcoholismo y otras adicciones y comportamiento suicida aceptado.

Adultos :

Desordenes psiquiátricos: Depresión, Esquizofrenia, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Personalidad, Abuso de alcohol y otras drogas. Tentativas de suicidio anteriores, aceptación cultural del suicidio, antecedentes de conducta suicida en la familia, aislamiento, separación, divorcio, muerte de la pareja, eventos humillantes, enfermedad grave con hospitalización (SIDA y otras), , facilidad de medios que faciliten la conducta suicida, factores socioeconómicos adversos, escaso o nulo acceso a actividades culturales, recreativas, deportivas, etc.

Adulto mayor :

Desórdenes psiquiátricos: Depresión, Enfermedades crónicas invalidantes , dolor crónico, Abuso de alcohol y otras drogas, sentimientos de soledad, desesperanza, muerte o separación de figuras significativas, aceptación cultural del suicidio, internamiento involuntario, factores socioeconómicos adversos.

TECNICAS DE INTERVENCION EN LA PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA

ETAPA	SI	NO
Establecer contacto	Escuchar Reflejar sentimientos Aceptación	Contar su propia historia Ignorar sentimientos Bromear , no dar importancia
Conocer la dimensión del problema	Formular proyectos Evaluar el peligro	Atenerse a preguntar con respuestas de si o no Ignorar la exploración del peligro
Posibles soluciones	Abordar los obstáculos directamente Establecer prioridades	No explorar obstáculos Visión de túnel

Acción concreta	Tomar una medida a tiempo Ser directo y confrontar	Ser tímido e indeciso Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
Seguimiento	Realizar evaluación del progreso o retroceso	Dejar la evolución a otro que no conoce lo sucedido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G, Álvarez Concepción D. Conducta suicida: factores de riesgos asociados. Rev Cubana Med Gen Integr 1998; 14 (2): 122 – 6.
2. Lester D. The monthly distribution of suicides and urbanization. Percept Mot Skills 1998; 86 (3 pt 2):1458.
3. Pérez Barrero S. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999 ;15 (2):196 –217.
4. Guerra de Macedo C. Mensaje del director. Bol of Sanit Panam 1986 ;101 (6):1.
5. Shaffer D. La prevención del suicidio en la adolescencia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27(6):657-87.
6. Riera C, Alonso O, Madrid E. La conducta suicida y su prevención. La Habana : Ciencias Médicas;1995.
7. Lecomte D, Fornes P. Suicide among youth and young adults, 15 through 24 years of age. J Forensic Sci 1998; 43(5):964-8.
8. Ríos NE, Tejeiro A. Evolución de la mortalidad en Cuba durante el período revolucionario. Rev Cubana Med Gen Integr 1987; 3:39
9. Kann L, Kinchen SA, Williams BI. Youth risk behavior surveillance... United States,1997. MMWR 1998;14;47(3):1-89.
10. LoWenstein SR, Koziol Melain J, Thompson M. Behavioral risk factors in emergency department patients: a multisite survey. Acad Emerg Med 1998;5(8):781-7.
11. Davey Smith G; Neaton JD. Mortality differences between black and white men in the USA : contribution of income and other risk factors among men screened for the MRFIT. Lancet. 1998;351(9107):934-9.
12. Dirks BL. Repetition of parasuicide- ICD-10 personality disorder and adversity. Act Psychiatr Scand 1998; 98 (3): 208 -13.
13. Reich J. The relationship of suicide attempt orderline personality traits, and major depressive disorder in a veteran out patient population. J Affect Disord 1998; 49(2):151- 6
14. Chochinos HM, Wilson KG, Ems M, Lauder S. Depressions, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics. 1998; 39(4): 336-70.
15. Alper M, Totan S, Cam Kayali R, Songar E. Gunshot wounds of the face in attempted suicide patients. J Oral Maxillofac Surg 1998; 56(8): 930-3.
16. Ministerio de Salud Pública, Grupo Nacional de Psiquiatría. Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
17. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices hacia el año 2000. La Habana: Ciencias Médicas; 1992.
18. Castro F. Hay que saber qué y como hacer sobrevivir... (Intervención en el consejo Nacional ampliado de la FEU). Trabajadores. 1990 Nov 13; 4 (1-4).
19. Lester D. Judging The sex and age of suicide note writers. Percept Mot Skills 1998; 86 (3

pt 2):1218.

20. Mzelewz S, Jonsson K, Aberg M. A prospective study on the epidemiology of burns in patients admitted to the Harare burn units. *Burns*. 1999; 25 (6): 499–504
21. -Pochard F, Robins M, Fassel AI. Suicidal action and sacrificial violence systemic an d anthropological hypothesis. *Encephale* . 1999; 25 (4): 296 – 303.
22. Juarez Aragón G, Castañón González JA, Pérez Moráles AJ. Clinical and epidemiology characteristics of severe poisoning in an adult population admitted to an intensive care unit. *Gac Med Mex* 1999; 135 (6): 669-75.
23. Sakinofsky I. Intropuritireness and para suicidio and epedemiological and clinical study. *Br J Psychiatry* 1998;153: 801-4.
24. Brimblicombe N. Supporting dients, with suicidad impulses in the community. *Nurs Times* 1998; 94(10): 49-51.
25. Btrimental SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norteam* 1988 (4): 999-1037.
26. Taratell R, Manclenell I, Comparell A. Suicide among the elderly in Italy : a descriptive epidemiology study. *Compy Psychiatry* 1999; 40 (4): 253–60.
27. Mariom SA, Agbayewa MO, Wignnis S. The effect of season and weather on suicide rates in the elderly in British Columbia. *Can J Public Health* 1999; 90(6):18–22.
28. Kellermann AI; Somes G; Rivara FP; Lee RK; Banton JG: Injuries and deaths due to firearms in the home. *J Trauma* 1998; 45(2): 263 -7.
29. -Pérez Barrero S, Sánchez Perez M :. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo , Gramma 1990. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994; 10(2):109-14.
30. Kagaminmoi S; Matsubara I; Sokejima S. The comparative study on occupational mortality 1980 betwen Japan and Great Britain . *Ind Health* 1998; 36(3): 252-7.
31. Wolfersdorf. M; Martínez C: Suicide in depression, last years of life and gross social consequences: what is the outcome of suicide prevention?. *Psychiatr Prax* 1998;25(3):139-41.
32. Suicide and unemployment. *Soins*. 1998; (623): 5-6.
33. Alarcon R. La salud mental en América Latina, 1970 - 1985. *Bol of Sanit Panam* 1998; 105 (3):577.
34. Lester D. Ethmicity, religion and suicide in Swiss cantons. *Percept Mot Skills* 1998; 86 (3 pt a): 1210.
35. Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnand JJ. Famillial classification. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20 (3): 286-92.
36. Posel C, Moss J. Psychiatric morbidity in a series of patients referred from a trauma service. *Gen Hops Psychiatry* 1998; 20(3): 198-201.
37. -Guillen E, Pelissoto A, Lepine JP. Mental disorders and migraine: epidemiology studies. *Encephale*. 1999; 25 (5): 436–42.
38. Barrega A, Jaar E, Gomez A. Suicide attempt and hope lessness. *Rev Med Chil* 1991; 119 (12): 1381-6.
39. Felitli VJ, Anda RF, Marks JS. Relation ship of childhood abuse and hoysehold dufunction to many of the leading causes of teath in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) study (see comments). *Am J Pres Med* 1998 May; 14(4): 245-58.
40. O' Boyle M; Brandon EA: Suicide attempts: substance abuso, and personality. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15 (4): 353-6.
41. -Caces F, Harford T. Time series analysis of alcohol cosumption and suicide mortality in the United States , 1934 - 1987. *J Stud Alcohol*.1998; 59 (4): 455-61.
42. Story M, French SA, Neumark SD. Psychosocial and behavioral correlates of dieting and

- purging in Native American adolescents. *Pediatrics*. 1997; 99(4): E8.
43. Olson L, Huyler F, Lynch AW. Guns, alcohol, and intimate partner violence: the epidemiology of female suicide in New Mexico. *Crisis*. 1999; 20(3):121-8
 44. Rilke O, Safar C, Israel M. Differences in whole blood serotonin levels based on a typology of parasuicide. *Neuropsychobiology*. 1998; 38(2): 70-2.
 45. Mishiev VD. The characteristics of the depressive manifestations in suicides with different mental disorders. *Jik Sprava* 1998;(2):102-5.
 46. Cleaver RL, Whitman RD. Right hemisphere, white matter learning disabilities associated with depression in an adolescent and young adult psychiatric population. *J Nerv Ment Dis*. 1998; 186(9):561 - 5.
 47. Leo RJ, Sherry C, Jones AW. Referral patterns and recognition of depression among African - American and Caucasian patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20(3): 175- 82.
 48. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB. Relationships between obesity and DSM IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90 (2): 251-7
 49. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1999;14(9): 589-90.
 50. Oldehinkel AJ, Wittchen HU, Sheister P. Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 1999; 29 (3):655-68.
 51. Friedman S, Smith L, Fogel A. Suicidality in depressed disorders. *J Anxiety Disord* 1999; 13 (5): 447-61.
 52. Baker FM, Launer LJ, Bratler MM. Ommoord district residents: prevalence and treatment of depression. *Am J Public Health* 1999, Dec; 11(4): 385-87.
 53. Guibert Reyes W. La promoción de salud ante el suicidio. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(1) Acceso: 25 nov 2005 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 54. Baker FM, Launer LJ, Bratler MM. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2003; 19(5) Acceso: 25 nov 2005 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000500004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 55. Horwitz D, Ravizza L. Suicide and depression. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18(2):263-71.

SUMMARY

The suicide has antecedents since the existence of man and varies according to its social-economical characteristics and culture. As individual phenomenon it is known in all societies. This phenomenon is increasing in all the countries of the world, someone has called it as a part of the diseases of the development". The high incidence has been possible that we did this revision with the objective of get deeper in the up-to-date and knowledge about the theme as importance need for the daily work in the health professionals.

Subject Headings: SUICIDE