

UNA MIRADA GLOBAL FRENTE AL INTENTO DE SUICIDIO*

GLOBAL LOOKING FRONT OF THE SUICIDE ATTEMPT

Myriam Jiménez Quenguan**

Investigadora Universidad Mariana, Grupo PRAXIS, San Juan de Pasto, Colombia

Jesús Hidalgo Bravo***

Docente Investigador Tiempo Completo, Programa de Medicina,
Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia

Constanza Camargo Santacruz****

Docente Investigadora, Tiempo Completo, Programa de Medicina,
Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia

Bernardo Dulce Rosero*****

Docente Investigador, Tiempo Completo, Programa de Medicina,
Universidad Cooperativa de Colombia, San Juan de Pasto, Colombia

Cuando se sienten ganas de acabar, sean débiles o fuertes, se siente uno llevado a reflexionar, a explicarlo, a explicárselo. Se siente uno llevado a esto mucho más cuando son débiles, porque si son demasiado intensas, invaden el espíritu y no le dejan espacio ni tiempo libre para considerarlas o esquivarlas.

E. Cioran

Fecha de recepción:
10 de noviembre 2011
Fecha de aprobación:
20 de enero de 2012

Palabras claves:

Suicidio, intento de suicidio, riesgo de suicidio, conducta suicida, atentado vital, riesgo infantil.

RESUMEN

El suicidio es considerado un problema de salud pública que a lo largo de la historia y el pensamiento de la humanidad, presenta diversos cambios. Existen posturas en contra y a favor, algunos pensadores como Cioran tienen en cuenta el derecho a decidir sobre la propia vida. Dentro de este fenómeno, es preciso no desconocer la importancia de defender la vida, lo cual implica también replantear la postura ética y jurídica del mundo actual.

La presente revisión, busca ilustrar globalmente cómo el intento de suicidio es un atentado contra la vida, realizable por el individuo tanto en forma consciente como inconsciente. Entre sus causas clínicas que son multifactoriales, se encuentran cuestiones de carácter biológico, social, familiar, de género, edad, de escolaridad y abuso de sustancias entre otras. Dentro de este problema, que aparece a través de la utilización de diversos métodos y en diversos momentos, la población más vulnerable es la pediátrica. En este sentido, el artículo busca ilustrar la necesidad de identificar sus características, bajo una contextualización mundial, nacional y regional.

En la ciudad de Pasto su manifestación es significativa, obligando a un estudio exhaustivo y a una responsabilidad no sólo de los profesionales de la salud y la educación, sino de toda la sociedad.

* Artículo de Revisión Bibliográfica.

**Doctora en Filosofía por la Universidad Complutense de Madrid; Magíster en Literatura Hispanoamericana por el Instituto Caro y Cuervo; Especialista e Investigadora en Lengua y Literatura Española por la Agencia Española de Cooperación Internacional; Licenciada en Filosofía y Letras por la Universidad de Nariño. Investigadora Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Correo electrónico: egraespejo@gmail.com

***Médico Pediatra por la Universidad del Cauca; Especialista en Docencia Universitaria por la Universidad Cooperativa; Médico General de la Escuela de Medicina Juan N Corpas.

Correo electrónico: chuchohidalgo@yahoo.com

****Médico Pediatra por la Universidad del Bosque; Médico Cirujano por la Universidad del Bosque.

Correo electrónico: coscamargo@gmail.com

*****Médico Pediatra por la Universidad Central de Quito; Médico Cirujano por la Universidad Central de Quito.

Correo electrónico: bernardodulcer@hotmail.com

Key words:

Suicide, suicide attempt, risk of suicide, suicidal behavior, vital attack, child risk.

ABSTRACT

Suicide is considered a public health problem throughout the history and human thought, has several changes. They are positions for and against; some thinkers like Cioran take into account the right to decide over one's life. In this phenomenon we must not ignore the importance of defending life, which also involves rethinking the ethical and legal position in the world today.

This review seeks to illustrate globally as a suicide attempt is an attempt on the life that the individual performs both consciously and unconsciously. Among its causes are multifactorial clinics are questions of biological, social, family, gender, age, education and substance abuse among others. Within this problem that appears through the use of different methods and at different times, we find that the most vulnerable population is pediatric. In this sense, this paper seeks to illustrate the need to identify their characteristics in a global contextualization, national and regional levels.

In the city of Pasto its expression is significant and requires a thorough study and a responsibility not only of health professionals and education, but the entire society.

El presente artículo de revisión, aborda desde una perspectiva global, y haciendo énfasis en lo clínico, el intento de suicidio en general y más concretamente, su manifestación en la población pediátrica, teniendo en cuenta los aportes de diversos estudios en el ámbito local, nacional e internacional. El objetivo fundamental, es identificar e interpretar este fenómeno, no sólo para tener una visión más eficaz del mismo, sino fundamentalmente, para contribuir a su caracterización y análisis en el aspecto regional (específicamente).

El propósito como educadores y trabajadores de la salud, es mejorar nuestra percepción y crear una mayor conciencia tanto médica como social de este problema. Al ilustrarlo y poner de relieve las diferentes respuestas que frente a él han dado los expertos, se tendrá más claridad sobre el tema, y a la vez se estará contribuyendo a mejorar su visión y tratamiento.

Desde hace unos años en Colombia, la acción suicida representa un problema de salud pública que lejos de desaparecer, se mantiene. Este texto señala, cómo los intentos de suicidio no alcanzan a producir la muerte, pero aún así constituyen un llamado de atención para la salud y la sociedad.

Entre las principales fuentes revisadas, están algunas publicaciones médicas internacionales como las de *The Society for Academic Emergency Medicine, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*; de similar manera, a nivel nacional se cuenta con la revista *Forensis*; en el contexto regional, los datos del Observatorio del Delito y la Investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio*

de Pasto en el año 2002, han constituido una valiosa información.

La revisión que se presenta a continuación, tendrá en cuenta los siguientes aspectos relevantes para comprender este problema: una lectura conceptual de lo que se entiende por intento de suicidio; su incidencia; una contextualización histórica y filosófica; algunos antecedentes jurídicos; factores clínicos; factores sociodemográficos; métodos y mecanismos; tratamiento.

1. ¿Qué se entiende por intento de suicidio?

El suicidio en sí mismo posee una compleja red de momentos, su intento es uno de ellos, que aunque se diferencia de él, esencialmente porque no llega a la consumación, es decir, a la muerte, sí guarda estrecha relación con su universo, siendo preciso particularizarlo.

Intentar morir puede convertirse en un acto positivo o negativo, dependiendo del contexto y de la víctima, es decir, existen diferencias, no todos los intentos poseen las mismas causas y consecuencias. Es preciso dejar abierto el debate, de igual forma como lo señala Emile Durkheim (1965): "¿Cómo saber cuál fue el móvil que impulso al agente, y si, al tomar su resolución, era la muerte lo que deseaba, o tenía algún otro propósito? La intención es cosa demasiado íntima para poder captarla desde afuera si no es por groseras aproximaciones."

La tentativa de renunciar a la existencia es heterogénea, hay múltiples variables; ella está dentro del orden del acto suicida, pero se interrumpe antes de que sobrevenga la muerte.

1.1. Intento de suicidio: se ha considerado principalmente como: el “comportamiento centrado en un deseo consciente o declarado de obtener la muerte. De tal modo que deben concurrir el deseo de morir y la secuencia de comportamientos que según cada persona conducen a lograrlo.”(Ucros, Caicedo & Llano, 2003). “Todo evento en el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal.”(Shain, 2007).

En Colombia, según un protocolo de vigilancia epidemiológica: es aquel acto que lleva a la intención de quitarse la vida y no se consuma por alguna circunstancia, por lo que no tiene un desenlace fatal, “llamado también suicidio frustrado o no exitoso.” “Es aquel realizado por una persona que habiendo decidido terminar con su vida o actuando en un impulso súbito, escoge el método más efectivo disponible, estando seguro que nadie intervendrá y fracasa.” (Gutiérrez, 2009).

En países como Argentina, *Archivos Argentinos de Pediatría* de la Sociedad Argentina de Pediatría lo definen así:

El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. Este último punto, la intencionalidad de matarse, plantea dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños la comprensión de irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años. (2010, p. 125)

1.2. Idea suicida: es según Shain (2007) la que considera un individuo que atraviesa una crisis. Pensamientos relacionados con la voluntad de quitarse la vida se expresan en ideas como: “no querer seguir viviendo”; dichas expresiones pueden o no contener la planificación del suicidio, refiriéndose a: ¿cómo? ¿cuándo? y ¿dónde? Llevar a cabo la conducta de autodestrucción (Robledo, 2007).

Según Faber Alexander Gutiérrez (2009): “Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que haya llegado realmente a intentarlo. Los pensamientos pueden variar desde creer que otros quieren que se muera, pensamientos transitorios de cometer suicidio, hasta hacer planes específicos de cómo hacerlo. El riesgo suicida es más alto cuando la decisión está claramente definida y el paciente ha pensado en los medios específicos para lograrlo.”

1.3. Gesto suicida: es el daño autoinfligido sin el

propósito de morir, busca generar cambios en el ambiente (Castrillón, E., Conde, S., Climent, C., González, C., Miranda, C. & Torres, F. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. Urgencias psiquiátricas, s/f).

1.4. Suicidio: etimológicamente suicidio significa “muerte de sí mismo”, término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida.

La característica preponderante es según Robledo (2007) la fatalidad y la premeditación. La palabra suicidio proviene del latín *sui caedere* (matar a uno mismo). El acto de quitarse la vida puede llevarse a cabo de múltiples formas, dependiendo del lugar y la sociedad en el que se lleve a cabo. (Gutiérrez, *Perfil Epidemiológico*, 2009) “(...) se califica como suicidio el resultado fatal de la conducta autodestructiva, que puede ser determinado por patología forense, toxicología, investigación criminal, evidencia psicológica y declaración de familiares o testigos.”

Para E. Durkheim (1965): “se llama suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado.” Posteriormente el mismo autor señala:

“Efectivamente, decimos que hay suicidio cuando la víctima, en el momento de cometer el acto que pondrá fin a su vida, sabe con toda certeza lo que normalmente debe resultar del mismo. Pero esta certeza puede ser más o menos viva. Bastaría matizarla con algunas dudas, y se tendría un hecho nuevo, que ya no es el suicidio sino su pariente cercano, que entre ellos sólo existen diferencias de grado.” (p.14 - 15)

1.5. Conducta parasuicida: es aquella conducta riesgosa que pueden llevar a la muerte sin desearlo conscientemente (Gutiérrez, 2009). En un estudio reciente sobre los casos de intentos de autoeliminación en menores de 15 años, registrados en el servicio de urgencias del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en Montevideo, Uruguay, se presenta que:

Existen numerosas evidencias acerca del aumento de la tasa de suicidio en adolescentes en las últimas décadas. La conducta suicida, considerada como un continuo que va desde la ideación al acto, también ha ido incrementándose. Es conocida la asociación entre conductas de uso y abuso de drogas, consumo de alcohol y elevado grado de desesperanza (...) (2011, p. 18)

2. Incidencia

El suicidio es frecuente pero aún más el intento suicida. Cada año ocurren un millón de suicidios en el mundo, de allí que la Organización Mundial de la Salud lo considere como un problema público. En 1998 el suicidio fue la 8ª causa de muerte en todas las edades en Estados Unidos; la 3ª entre hombres, y la 9ª en mujeres jóvenes y adultos jóvenes de Estados Unidos y Europa (15-24 años).

En Colombia, el estudio financiado por Colciencias, denominado: *Muertes por causas violentas y determinación de algunos factores asociados. Colombia 1973-1996*, realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Laboratorio de Sociedad y Salud, y la Pontificia Universidad Javeriana, encontró que la mayor proporción de muertes por suicidio se da en los grupos de 15-24 años para las mujeres, y en mayores de 60 años para los hombres, con una tasa de suicidio de 2-4/100.000 para ambos géneros y todos los grupos de edad, oscilando entre 4-6/100.000 para hombre y de 1-3/100.000 para mujeres; las cifras aumentan a 4-5/100.000 para personas mayores de 15 años. Los datos son extraídos de los certificados de defunción del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (Gómez Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., de Romero, L., Pinilla G., López L. E.; Díaz Granados, N. & Nossa, N. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2002, p. 101).

En el trabajo: *la Investigación Médico Forense del Comportamiento Suicida en una Infrecuente Muerte Violenta Infantil*, publicada en el 2008 por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el Perú, se encontró que:

(...) el suicidio y el intento de suicidio constituyen un área de preocupación especial en la población adolescente mayor de 15 años; sin embargo es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica (menores de 15 años). En este grupo etario el suicidio es un fenómeno relativamente poco frecuente que alcanza tasas de 0,6-0,9/100.000 en Estados Unidos, estimándose que el número de menores que presentan intentos o ideación suicida sería entre 30 y 50 veces más alto que el de los suicidios consumados.

En la literatura de Estados Unidos se habla de tasas de prevalencia de intento de suicidio que fluctúa entre 2,3% y 15% para niños y adolescentes. Esta cifra es importante, toda vez que un número significativo de adolescentes que consuman suicidio ha presentado intentos o ideaciones previas. Se debe considerar además que el suicidio experimenta una importante alza en la adolescencia para llegar a ser

la 2ª causa de muerte en adolescentes en Estados Unidos (De la Cruz, 2008).

Según la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*: “En Chile el mayor porcentaje de muerte en personas de 10 a 19 años se debe al rubro de “accidentes y violencia” donde se incluye el suicidio, estimándose que este corresponde al 12% de las muertes entre 15 y 19 años.” (Valdivia, M., Ebner, D., Fierro V, Gajardo C & Miranda M., 2001) Según esta publicación, los “(...) estudios nacionales efectuados en población adolescente general muestran prevalencia de vida para la ideación suicida de 57% y de 14,2% para los intentos, siendo la prevalencia para el último año de 50,2% para la ideación y 7,2% para el intento.”

De otro lado, la investigación sobre “Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales” (2008) responde a la preocupación generada por el incremento en la ideación suicida en la población escolar de la ciudad de Manizales; según los datos del Boletín Epidemiológico de esta ciudad (2001), en el periodo comprendido entre 1996 y 1999, un total de 93 personas se suicidaron, de las cuales 78 eran hombres y 15 mujeres. El mayor número de suicidios se presenta en el grupo de edad entre los 15 y 24 años (11 jóvenes por cada 100.000 habitantes). Del total de la muestra investigada, el 45,3 % presento ideación suicida, siendo más alto el porcentaje en la población femenina, de lo que se concluye que ellas hacen más intentos que los hombres, quienes presentan un mayor número de suicidios. Los investigadores sugieren a las instituciones educativas, diseñar e implementar programas de promoción de la salud, que susciten habilidades comunicativas, de autocuidado, autoestima, entre otras. También plantean la necesidad de indagar más en los factores psicosociales, lo que implica tener en cuenta el entorno familiar, la situación socioeconómica, la salud mental, y demás (Amezquita, González & Zuluaga, *Boletín Epidemiológico de Manizales*, 2001).

Otro trabajo realizado en Chile (Díaz et al, 1998) revela que el suicidio es poco frecuente en menores de 10 años, pero aumenta notoriamente en la adolescencia. El estudio realizado en el Hospital Regional de Concepción, entre octubre de 1995 y mayo de 1997, calcula que los casos de intentos son entre 30 y 100 veces más frecuentes que los suicidios logrados; los intentos constituyen entre el 10% y 30% de la carga asistencial de los servicios ambulatorios de

psiquiatría infantil, y su prevalencia es de 1 a 3% de escolares y de 3 a 15% en adolescentes; la edad de los afectados fluctúa entre los 7 a los 15 años. Se concluye que es importante conocer los factores de riesgo como las características personales, familiares y los eventos vitales, sin embargo, para realizar una correcta interpretación, se recomienda analizar cada caso en particular, brindando una adecuada atención psiquiátrica (Díaz, Schaub & Valdivia, 1998).

El estudio de Barrera, Ordoñez, Palacios y Peña (2007) concluye que:

La controversia e imposibilidad de establecer posiciones concluyentes con respecto al suicidio en niños se explica por las bajas tasas de presentación de este fenómeno en la población infantil hasta hace pocas décadas. Es así que el alarmante comportamiento epidemiológico del suicidio en niños durante los últimos 15 años explica la necesidad de conocer y reconocer el fenómeno, lo que implica el desarrollo de investigaciones al respecto como resultado de una movilización de los profesionales de la salud mental.

Según Birmaher, Brent, Dahl, Kaufman, Nelson, Perel, Ryan, y Williamson (1996), en Estados Unidos las tasas de suicidio en adolescentes entre los 15-19 años se cuadruplicaron entre 1957 y 1987. En el periodo 1980 a 1997, las tasas de suicidios entre niños de 7 a 10 años de edad aumentaron en un 11% y en 10.9% entre los niños de 10-14 años de edad.

En Chile a partir de los datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud del año 1999, se evidencia que entre 1986 y 1996 las tasas de suicidio presentan un aumento gradual, con excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de los adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el periodo observado, aunque con un leve aumento en los 2 últimos años estudiados. De acuerdo con estos mismos datos, en 1996 la tasa de suicidio en la población general fue de 6,35% y de 2,87% para los adolescentes; en el caso de los niños se detectó que el 12,6% había tenido ideas persistentes de suicidio, 0,98% había realizado un intento definido de suicidio y el 0,33% tuvo lesiones autoprovocadas graves (González, Larraguibel, Martínez & Valenzuela, 2000).

Por otra parte, el informe de la Secretaría de Salud de México (2005), resalta que entre 1998 y 2003 las muertes por suicidio en niños aumentaron un 4,9% anual; es decir se dieron más de 3000 casos.

“Para este mismo año en los Estados Unidos se

presentaron aproximadamente 33000 suicidios. Entonces el suicidio fue clasificado como la cuarta causa de muerte entre los 10 y 15 años y la tercera entre los 15 y 25 años”. (Barrera et al., 2007)

En Colombia *Forensis* publica que “durante el año 2004 se presentaron 1817 necropsias cuya probable forma de muerte fue el suicidio; 121 casos menos que el 2003, con un descenso del 6%, para una tasa nacional de casos de 4 por cada 100.000 habitantes”. Durante el año 2004 fallecieron 160 menores de edad, de los cuales el 86%(138) eran de sexo femenino. “De las 64 mujeres que se suicidaron en Bogotá durante el 2003, el 25% eran menores de edad. Entre los factores personales asociados se encontró que las edades de las mujeres oscilaron entre los 12 y 17 años. El 6% tenía 12 años, el 19% 13 años, el 6% 14 años, el 19% 15 años, el 25% 16 años y otro 25% 17 años” (Bohórquez, Espinosa, González, Hernández, López, Pareja & Sánchez, 2005).

Según Medicina Legal, de los 289 casos registrados de suicidios en Colombia en el año 2007, 6 casos corresponden a niños entre 5-9 años; 58 a niños entre 10-14 años, 103 a jóvenes entre 15-17 años y 122 a jóvenes entre 18-19 años (Bohórquez et al., 2005).

Por otra parte, en Uruguay, Ciriacos, García, y Rodríguez (2005) han encontrado indicios y posibles factores de riesgo para que la conducta o ideación suicida, estén apoderándose de la población infantil y adolescente. La evidencia que se presenta, apoya y explica que se hayan venido desmitificando todas aquellas creencias populares, según las cuales los niños no pueden llegar a tener conductas o ideaciones suicidas por el simple hecho de ser niños, condición que además lleva implícito que el suicidio y su intento no es conducta exclusiva de los adultos.

3 Contexto histórico-filosófico del suicidio

En la historia de la humanidad es muy complejo descifrar y entender el intento de suicidio y su consumación. Sin embargo, a pesar de su condición enigmática, se puede concebir como un desorden vital, como un desequilibrio existencial que afecta a la sociedad en general. Su universo es variado y su comprensión ha generado diversas lecturas a lo largo del tiempo, él puede ser un acto consciente e inconsciente.

La investigación de González (2006), *Victimología del Suicidio*, presenta una amplia visión sincrónica del mismo y por lo tanto de uno de sus momentos,

el intento. La autora señala que desde la antigüedad se configura cierta racionalidad del suicidio, para los Galios por ejemplo, era aceptado por asunto de vejez, muerte del cónyuge, por enfermedad grave. La vejez y el dolor eran causas razonables también para los pueblos celtas, hispanos, vikingos y nórdicos. Para algunos pueblos guerreros como los germanos, esta práctica servía para evitar una muerte deshonrosa. En los contextos orientales como en China milenaria, él se realizaba como una prueba de lealtad; en Japón se trataba como un acto ceremonial; en la India estaba relacionado por motivos religiosos y/o afectivos.

Las tribus africanas a su vez, tenían un sistema de creencias que asociaba el suicidio con la brujería y con la ira de los antepasados, consideraban por lo tanto maligno y terrible entrar en contacto con el cuerpo del suicida, de allí que su entierro se hiciera sin los rituales habituales.

En la tradición cristiana antigua, el suicidio es una rareza ya que atentaba contra el V mandamiento. Sin embargo, en la biblia se hacen referencias a él, "En La Biblia aparecen 8 referencias a suicidios: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer, y 2 por decepción (Ajitófel y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada." (González, 2006).

En la Grecia y Roma clásicas, el suicidio está asociado a numerosos motivos, políticos, sociales, corporales, etc. En el senado se pueden hallar casos de suicidio asistido; en la ciudad de Rómulo y Remo, solo tenía penalidad el suicidio irracional.

Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. "Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida (...), la locura o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (*Eu thanatos*) era un *Summunbonum*: "(...) porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo, *Prometeo Encadenado*). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación (Sófocles, *Áyax*)" (González, 2006).

La filosofía presocrática y el pensamiento de Platón y Aristóteles, ejercieron una gran influencia en la cultura romana, bajo la cual el suicidio es considerado principalmente como una liberación del sufrimiento; para estas dos grandes culturas, tiene un alto valor el morir con dignidad, en esta medida, instauran una razón que justifica la acción suicida, especialmente en los casos relacionados con salud, dolor o deshonor.

"El placer o el dolor que acompaña a las acciones debe ser considerado como un indicador de los hábitos." (Aristóteles) Los griegos intentaron vivir racionalmente y hacer de sus costumbres una forma de búsqueda de la virtud, la belleza y la justicia. El valor que le concedían a la vida es muy alto, pero no hay que olvidar, el valor que le concedieron a la razón y por lo tanto al individuo, en él su voluntad definirá no sólo su libertad sino también su postura mental. La muerte por mano propia no se condena, sino que más bien invita a la reflexión y al reconocimiento de que esta elección también puede estar sustentada en la razón.

Así mismo, para escritores como Sófocles (siglo V, a de C.), la acción de poner fin a la vida, es en ciertos casos una forma de valentía, una decisión personal que puede representar también, un fin de las servidumbres y esclavismos. De allí que su postura frente al suicidio de Catón, sea la del reconocimiento del "triumfo de la voluntad humana sobre las cosas."

En la época de Cleopatra, Sinapothanuménos se encarga de estudiar las mejores técnicas para morir sin dolor; según los datos históricos, la misma esposa de Julio César empleó este medio, al colocarse una serpiente en el seno para que la mordiera dando así fin a su vida.

Posteriormente, en la época republicana Tarquino El Soberbio (siglo VI, a de C), para combatir el suicidio, ordenó crucificar los cadáveres de los suicidas y abandonarlos a la suerte de los animales salvajes.

En otras posturas filosóficas como el neoplatonismo (siglos III y IV), en plena era cristiana, se fusionan ideas religiosas y racionales; el peso de la moral hace que no esté bien visto intentar o acabar con la vida que ha sido asignada por Dios.

En la Edad Media, gracias a pensadores como San Agustín, el universo del suicidio vuelve a tener una connotación negativa, su acción afecta al alma;

sostenía que es Dios el que da la vida y los sufrimientos, por lo tanto, el hombre debía asumir su realidad y no atentar contra la ley divina. Para Santo Tomás de Aquino, el suicidio es un pecado.

Más adelante, los diferentes concilios como el de Arles, el de Braga, el de Auxerre, sancionaron drásticamente al suicidio, el cual se consideraba como delito; como consecuencia de ello, el cuerpo del infractor es excluido del camposanto, sus bienes son confiscados y su memoria es difamada.

En el Renacimiento el tratamiento del suicidio es relativo, hay momentos en que se endurecen los juicios contra él y en otros, se le resta importancia. Cabe destacar que entrado ya el Romanticismo, siguen vigentes las sanciones religiosas.

En países como Arabia Saudita, Israel, Irán, en donde se profesa el islam, religión monoteísta, la condena al suicidio es tan severa, que incluso en ciertos casos está catalogada como un delito mayor que el homicidio.

Si bien es cierto que el mismo Platón afirmó que la filosofía es una meditación de la muerte, ahora, hace más de veinte siglos, pensadores como Sartre (1905-1980) le otorgan una fuerte carga existencial; se encuentran diversas posturas, Cioran (1911-1995) por ejemplo, hace una apología del suicidio, reconociendo el derecho que también debe tener el hombre frente a su propia muerte.

La existencia y sus sentidos convocan a toda la humanidad, sin distinción de edad, raza, clase, credo. Su fin involucra al ser y al papel que desempeña en el mundo, existir es tomar postura, es decidir afirmar o negar, elevar la consciencia o inconsciencia; se elige un modo de ser y de actuar, la vida no es algo dado. David Hume (1711-1776) es uno de los primeros en pensar el suicidio como la disposición humana de la propia vida. El hombre desde Kierkegaard (1813-1855), no puede reducirse a un animal racional, él es un existente, es decir un constante constituirse así mismo.

En el siglo XX, el suicidio sigue siendo un tema de debate como el que propone *Memorias de un Suicida* (obra medianímica) (1973) de Yvonne do Amaral Pereira, quien sirve de médium del prolífico escritor portugués Camilo Castelo Branco; la obra ayuda a desentrañar las causas ocultas de su suicidio acontecido en el siglo XIX.

Frente al suicidio existen diferentes posturas existenciales, una de las más amplias es la Cioran, el

filósofo que hizo del suicidio su más ingeniosa más indagación vital.

No se mata uno más que si, por algunos lados, se ha estado siempre fuera de todo. Se trata de una inapropiación individual de la que no se puede no ser consciente. Quien está llamado a matarse, no pertenece más que por accidente a este mundo; no depende, en el fondo, de ningún mundo.

No se está predispuesto, sino predestinado al suicidio, se está abocado a él antes de toda decepción, antes de toda experiencia: la dicha impulsa a él tanto como la desdicha, incluso más, ya que, amorfa, improbable, exige un esfuerzo de adaptación extenuado, mientras que la desdicha ofrece la seguridad y el rigor de un rito. (Cioran, 1992, p. 71)

Por consiguiente, la reflexión en torno al suicidio coincide no sólo con la historia y sus cambios, sino fundamentalmente con la manera de pensar; filosofar sobre él, es por lo tanto, crear y defender una propia postura frente a la muerte. Esta última pasa a ser vista desde una gran amplitud, pues no se limita a un fin o a una restricción de la vida. La muerte como fenómeno involucra a la sociedad y su forma de sentir, de actuar, de imaginar, de razonar.

El intento de suicidio toma así un carácter trascendental, ya no es un fin definitivo, sino la posibilidad de un fin; puede constituirse en una forma de expresión bien sea del peso existencial o de su liberación. Intentar la muerte es significar muchas cosas, una de ellas es sin duda, la inconformidad con este mundo; puede ser igualmente, un llamado de atención hacia la fragilidad de la vida; una forma de concebir el tiempo y la realidad; una elección que conduce al límite de lo humano.

A todo lo anterior se suma, tal como lo sostiene González (2006) que:

Varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores.

Cabe recordar que en países como México existe una mítica en torno al suicidio, Ixtab es la diosa maya del suicidio. En sus creencias contrario a la mayoría de posturas occidentales, quien practicaba este acto tenía asegurado el paraíso. En la actualidad existe la Asociación Mexicana de Suicidología,

creada en el 2006, fundamentalmente para salvar vidas y prevenir el suicidio, para investigar, formar y prestar servicios comunitarios.

En Colombia existe una marcada cultura de la violencia en donde la muerte, tristemente es la protagonista de todos los días. Cada región crea sus propios imaginarios frente al suicidio, encontrando en él desde una visión trágica hasta otra redentora. Frente a este tema el conjunto de ideas y creencias es bastante heterogéneo. Según el estudio *Tendencias del Suicidio en Colombia 1985-2002*, (Cendales, Córdoba, Olarte & Vanegas, 2007). Se observó un considerable aumento de las tasas de suicidios a partir de 1998, particularmente en la población de adultos jóvenes.

En la ciudad de Pasto, el contexto histórico filológico conduce a relacionar el suicidio con el problema de identidad, pues el evidente mestizaje no ha sido reconocido como un valor. Del mismo modo, en esta cultura predomina una moral y mentalidad cristiana, la cual en la actualidad se ve acompañada por el olvido estatal traducido en más pobreza económica y social. Según la investigación de Cerón (2003) en su conferencia "Nariño en la guerra territorial del narcotráfico y los grupos armados", este departamento que en un momento fue geografía de paz, ahora ha pasado a convertirse en un escenario más de la violencia nacional.

Es decir, que desafortunadamente, en Colombia tanto el contexto nacional como el regional no son los más propicios para evitar las acciones suicidas, al contrario, parece ser que contribuyen a nutrir todo tipo de atentados a la vida. No es extraño por lo tanto que la juventud instaure antivalores relacionados con la muerte.

4 Antecedentes jurídicos

Desde los griegos se concebía la justicia como una virtud. Píndaro (siglo VI a de C), la tenía en tan alto valor que afirmó que: "La ley reina de todos, de los mortales y de los inmortales." (Platón, "Gorgias"). En el mundo de Platón, los mismos dioses son los encargados de administrar justicia. "El dios de los dioses Zeus, que reina por medio de leyes, puesto que puede ver tales cosas, se dio cuenta de que una stirpe buena estaba dispuesta de manera indigna y decidió aplicarles un castigo para que se hicieran más ordenados y alcanzarán la prudencia." (Platón, "Critias"). ¿Cuál es la respuesta de la justicia frente a los intentos de suicidio? Es preciso en el caso de

la población pediátrica, reconocer la legislación vigente.

Según lo enunciado en La Declaración de Ginebra de 1924, sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se preocupan por el bienestar del niño, se tiene presente, tal como lo indica la Declaración de los Derechos del Niño (Presidencia de la República de Colombia, Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la ley 12 de 1991), que: "El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento."

"La responsabilidad de la protección de los niños y niñas es solidaria, conjunta y simultánea: 'la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos'. A continuación, se relacionan las leyes más relevantes que tienen concordancia con el artículo 44 de la *Constitución Política Colombiana* de 1991, sobre "Derechos Fundamentales de los Niños." Su conocimiento es importante para el estudio de la problemática del intento de suicidio infantil, por cuanto se evidencia la no materialización de los mismos, al igual que las garantías y la plena eficacia de la ley.

Ley 124 de 1994, "por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones.

Ley 470 de 1998, por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana sobre Tráfico Internacional de Menores", hecha en México, D. F., México, el 18 de marzo de 1994."

"Ley 882 del 2 de Junio de 2004, "por la cual se señala que la sanción penal se aumentará hasta las tres cuartas partes, cuando el maltrato físico o psicológico sea en contra de los menores de edad, mujeres, ancianos, personas con discapacidades físicas o sensoriales o aquellos que se encuentren en estado de indefensión."

Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el “Código de la Infancia y la Adolescencia.”

Como se observa existen leyes protectoras de la infancia, pero, tal como lo señala Bueres (1992), en *Responsabilidad Civil de los Médicos*, es preciso cuestionar, no sólo la parte ética de los profesionales sino también, la necesidad de un efectivo manejo de la Ley médica y la Ley jurídica. Difundir y formar en los derechos humanos implica afirmar valores vitales y por ende, proponer a la sociedad y juventud en general, unas mínimas garantías y protecciones.

5. Datos generales

En Colombia según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los casos de intento de suicidio van en aumento. Según *Forensis* (Valenzuela, 2009), “los intentos de suicidio en la ciudad de Bogotá durante el primer semestre 2006-2007” los casos de intento de suicidio en general han ido en aumento; la edad donde más se presenta este evento es de los 15 a los 19 años.

En la ciudad de Pasto, según los datos suministrados por el Observatorio del Delito (Betancourth, 2010), no existe información de ideas suicidas. Por cada intento de suicidio, hay 100 que han tenido una idea. La edad del primer intento suicida es de 7 años. En el 66 % de los casos nadie se entera del intento de suicidio, es decir, es un evento mayoritariamente privado. En el caso del suicidio, este ha sufrido un incremento en el 2009 con relación al año inmediatamente anterior.

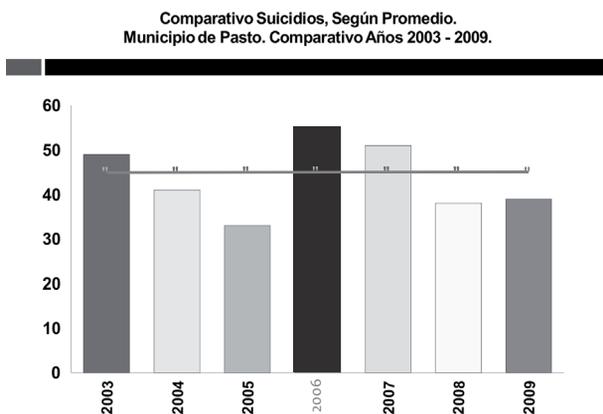


Figura 1.

Datos suministrados por el Observatorio del Delito de Pasto, 2010.

Si se comparan los datos de suicidio en Pasto, en los últimos años sigue siendo alto y preocupante, pero el año más crítico de los últimos cinco años fue el 2006. Del mismo modo, a nivel económico siguen siendo más vulnerables las comunas con menores ingresos.

De otro lado, según el primer estudio epidemiológico sobre los casos de intento de suicidio en Pasto, titulado *Caracterización de la Conducta Suicida Atendida en el Municipio de Pasto en el año 2002* (Caviedes, Córdoba, Chaves, Jurado, Pantoja & Paz, 2003), se visualiza que la magnitud del problema, es de difícil detección temprana. Los expertos coinciden en identificar sus causas como multifactoriales, constituyendo los intentos un creciente problema especialmente en la población joven.

6. Factores clínicos

En el intento de suicidio los factores clínicos, se refieren a la correlación significativa que se tiene con toda la parte física, mental y comportamental. Es así como en la revisión de diferentes artículos de literatura mundial, se ha encontrado que la personalidad de la mayoría de los niños y adolescentes que se involucraron en los estudios, presenta algún trastorno afectivo. Así lo constata un estudio de revisión bibliográfica publicado en el año 2007 en Estados Unidos, en donde se analiza los casos de intento de suicidio en menores de 12 años que fueron remitidos al departamento de emergencia. (Rhodes, Staats & Tishler 2007)

Según Pefeffer, citado por Rhodes et al (2007), el intento de suicidio se define por los “pensamientos y/o acciones que están encarriladas a producir una autodestrucción o la muerte”, él descubre que la gran mayoría de pacientes autoingieren sustancias que producen daño y que pueden causar la muerte o al menos su intento.

Así mismo, la investigación observa que la tasa de suicidio en niños entre 5 y 14 años que se auto dispararon se incrementó en la década de los 70's y posteriormente en los 90's fueron bajando los niveles. Entre los principales factores están:

6.1 Trastornos mentales:

Como hallazgos muy importantes de la personalidad de estos pacientes, es que en su gran mayoría presentaron: alguna enfermedad psiquiátrica de

base; personalidades *borderline*; o intentos previos de suicidio, en la mayoría de los que se suicidaron.

A todo lo anterior se asocia la presencia de desórdenes afectivos, desórdenes disruptivos de conducta, esquizofrenia, síntomas psicóticos, trastorno obsesivo compulsivo y de ansiedad. En este grupo se encontró que la mayoría fueron mayores de 15 años.

En otros casos se registra: abuso de sustancias psicoactivos; uso de antidepresivos; preocupación por la muerte, sueños de que se mueren; e historia familiar de comportamiento suicida.

De igual manera, se considera que todo accidente que sea “sospechoso” en niños mayores de 5 años, debe ser examinado y debe conducir a realizar un diagnóstico diferencial como un posible evento suicida.

Es claro que todo intento o ideación suicida ocurrida en la etapa pre púber, es un precursor de futuros nuevos intentos o la ocurrencia del mismo.

6.2 Bioquímicos:

Es evidente que los anticuerpos pueden actuar como factores patogénicos en ciertas enfermedades. En un estudio realizado en Suecia (Ekmar, Berquist, Lindström & Träskman, 2002), ha sido considerada una hipótesis de autoinmunidad en desórdenes neuropsiquiátricos, ya que un alto número de reportes indican la presencia de autoanticuerpos directamente hacia los componentes nucleares en suero de pacientes con desórdenes afectivos, demencia, desórdenes obsesivo-compulsivos y tics.

La dopamina y serotonina son neurotransmisores con un perfil general de acciones biológicas de gran importancia para funciones individuales. La baja actividad serotoninérgica fue encontrada en un subgrupo de pacientes con depresión y con intento de suicidio. También éstos últimos tenían un muy bajo nivel de ácido homovanílico en el Líquido Cefalorraquídeo, LCR, mientras que en este estudio, la serotonina mostrada no fue muy significativa si se tiene en cuenta la diferencia entre casos y controles.

Los resultados del estudio de Ekmar et al (2002), fueron que en el grupo de pacientes de los casos de intento de suicidio, se obtuvo una titulación alta para Ig A con afinidad para dopamina (0.426 más o menos 0.226); en comparación con el grupo de control que fue de (0.039 más o menos 0.012), la dife-

rencia fue estadísticamente significativa. Además, todos los pacientes que se encontraban con drogas antipsiquiátricas tuvieron unos títulos más bajos que los que no tenían medicación.

6.3 Asociación con otros medicamentos:

En una investigación realizada en Maryland (Beitz, Pitts & Wysowski, 2001), se asocia el intento de suicidio con la depresión y el consumo de isotretinoína. Dicho medicamento ha sido usado en el tratamiento del acné y es un retinoide aprobado por la *Food and Drug Administration*, FDA (Administración de Alimentos y Drogas); derivado de la vitamina A, teratogénica conocida, y sus numerosos efectos secundarios son mucosas y membranas secas, cefalea, alopecia, hipertrigliceridemia y dolor de músculos y articulaciones.

La FDA fue el ente encargado de realizar la recolección de datos desde 1982 hasta Mayo del 2000, reportó los efectos psiquiátricos adversos, más de depresión y suicidio, por lo cual los médicos fueron puestos en alerta desde 1998. La investigación demuestra que existe una fuerte asociación entre el uso de la isotretinoína y el intento de suicidio y el suicidio; al suspender el medicamento, el paciente puede volver a la normalidad. Estudios en ratones indican que los retinoides entran al Sistema Nervioso Central, SNC, y sus receptores están aún presentes en el cerebro adulto.

La relación entre el uso de isotretinoína y suicidio es alto, pero se conoce que con una baja dosis, el riesgo también disminuye. Es por esto que se sugiere que se deben además investigar a los pacientes susceptibles y con factores de riesgo de suicidio e intento, para iniciar el tratamiento y así evitar incrementos en el porcentaje de esta patología.

Estudios recientes llevados a cabo en Estados Unidos como “*Very Early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*” (Chronis-Tuscano, Molina, B., Pelham, W., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M. et al. 2010). Registran que la depresión infantil y adolescente entre los 5 y los 13 años de edad está asociada con ideas suicidas y estrés.

7. Factores sociodemográficos

Teniendo en cuenta la investigación *Caracterización de la Conducta Suicida Atendida en el Municipio de Pasto en el año 2002* (Caviedes et al, 2003), el factor más

desencadenante para la acción suicida es el conflicto familiar, seguido del conflicto de pareja.

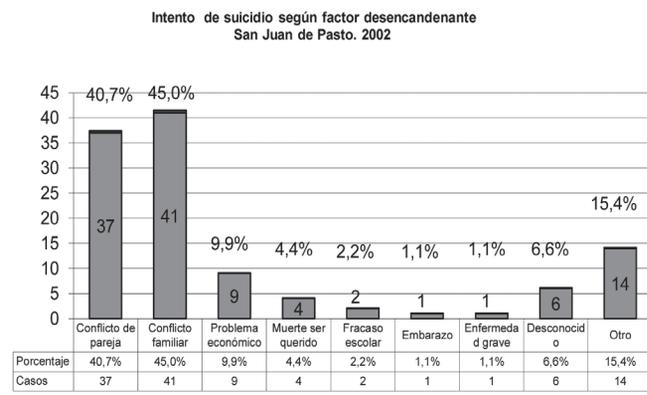


Figura 2.

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

Así mismo, la anterior investigación señala que el intento de suicidio es más frecuente en la zona urbana.

Tabla 1.

Tasa de intento de suicidio según zona Municipio de Pasto. 2002			
Casos	URBANA	RURAL	TOTAL
Tasa x	80	11	91
100.000 Hbts	22.4	25.8	22.8

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

Según los datos suministrados por el Observatorio del Delito de Pasto, en los años 2008 y 2009, en relación con el suicidio, el porcentaje más alto tiene como causa un factor desconocido. Esto hace necesaria una indagación más exhaustiva en la población. De la misma maera, informa que en el caso de suicidio el lugar del evento predominante es la casa, lo cual lleva a la necesidad de reflexionar sobre el nivel de convivencia que se tiene en las familias.

7.1. Género: Los estudios revisados (García, Peralta, 2002; Caicedo et al, 2003; Coronado, Díaz, I., Díaz, S., Rosado, Vargas, & Zapata, 2004; Ayala, Dussán, Pérez & Rodríguez, 2007; Castillo, Jiménez & Ledo, 2007; Alamos, Leiva, Prüssing & Uriarte, 2008; Bote-

ga, Da Silva, Fabricio, Scavacini & Stefanello, 2008) coinciden en reportar que en el sexo femenino son más frecuentes la ideación suicida y los intentos de suicidio que en los hombres, en una proporción de 3:1. Sin embargo, los hombres realizan un mayor número de suicidios consumados. La causa no es bien conocida, pero en ella pueden influir factores de tipo biológico, como puede ser la presencia de la testosterona, hormona masculina que incrementa la agresividad y también de factores socioculturales, como son la menor capacidad del hombre de buscar ayuda, de expresar sus sentimientos, su elección de métodos más mortales como el uso de armas de fuego, ahorcamiento, etc.

En la ciudad de San Juan de Pasto, sur de Colombia, según las cifras del Observatorio del Delito (2003-2009), los suicidios consumados se incrementan en la población masculina.

Entre el grupo de adolescentes, los factores que tienen un papel importante como indicadores de riesgo y que se describen en diversos estudios como los publicados en 2003 por el Ministerio de Salud Pública en Uruguay, están asociados a conductas agresivas, autodestructivas y suicidas; los cuales se pueden agrupar en sociales, familiares, individuales.

7.2 Aspectos sociales: pobreza, marginalidad, migración interna, desplazamiento forzado, pertenencia a minorías étnicas, pertenencia a pandillas. (Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay, 2007)

7.3 Aspectos familiares: el clima emocional familiar repercute positiva o negativamente en la formación de la personalidad del niño y del adolescente. Todas aquellas situaciones que llevan a una mala relación padres-hijo, son factores de riesgo asociados al intento de suicidio, mientras que la cohesión familiar se revela como un factor protector evidente. Diversos estudios (Ayala et al, 2007; Castillo et al, 2007; Díaz et al, 1998) señalan que entre las situaciones disfuncionales están: la separación de los padres por muerte, el abandono o divorcio, la falta de comunicación con los padres, el conflicto familiar, los bajos ingresos económicos en la familia, el maltrato intrafamiliar, la negligencia, la sobreprotección, la muerte de un familiar significativo, el suicidio de un familiar.

Tabla 2.

Distribución porcentual de intento de suicidio según ambiente familiar y experiencias perturbadoras San Juan de Pasto. 2002		
Ambiente Familiar	Casos	Porcentaje/ 91 casos
Padres separados	33	36.3
Perdida de padres en la infancia	7	7.7
Conflicto intrafamiliar	37	40.7
Abuso físico	13	14.3
Abuso sexual	6	6.6

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

7.4 Aspectos individuales: en los adolescentes, los problemas con la pareja como ruptura de la relación amorosa o amores contrariados por relaciones difíciles, o por dificultades con los padres de alguno o de ambos, son uno de los factores más frecuentemente asociados al intento suicida.

De igual manera, está predispuesto a la acción suicida, el adolescente con rasgos depresivos, baja autoestima o trastornos de conducta o de adaptación.

Tabla 3.

Distribución porcentual intento de suicidio según factor desencadenante y sexo Municipio de Pasto. Año 2002				
FACTOR DESENCADENANTE	MASCULINO (Población total = 37)		FEMENINO (Población total= 54)	
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje
Conflicto de pareja	16	43.2	21	38.9
Conflictos familiares	11	29.7	30	55.6
Problemas económicos	5	13.5	4	7.4
Enfermedad grave	0	0	1	1.8
Embarazo	0	0	1	1.8
Fracaso escolar	0	0	2	3.7
Desconocido	6	16.2	0	0
Muerte de ser querido	3	8.1	1	1.8
Otro	6	16.2	8	14.8

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

Con respecto al suicidio el Observatorio del Delito de Pasto, señala que uno de los principales factores desencadenantes los constituye el conflicto de pareja; por lo cual, es preciso analizar la proble-

mática afectiva de las víctimas.

7.5 Abuso de sustancias: el alcohol es la droga legal más comúnmente consumida y la que menor consideración tiene entre los jóvenes a nivel mundial. Quienes generalmente se inician en su uso al pasar de la infancia a la adolescencia, son inducidos por presión de amigos o por parte del padre como una forma de afirmar "hábitos masculinos". Su abuso constituye un importante factor de riesgo que se involucra en conductas violentas e intentos suicidas (Bossarte, Sullivent & Swahn, 2008).

Además del alcohol, algunas investigaciones como la de Coronado et al (2004), señalan que el consumo de drogas ilegales solas o en combinación, se asocia con frecuencia al intento suicida sobre todo si en el adolescente hay alteraciones de la personalidad, inestabilidad emocional, agresividad o impulsividad. En otro estudio realizado en España y publicado en el año 2008 (Bengochea, Gorrotxategi, Iglesia & Izaguirre.), se encuentra que el 64% de adolescentes afirman que han consumido alcohol en los últimos seis meses, un 44% han usado cannabis, el 9% cocaína y un 7% pastillas (éxtasis-anfetaminas).

7.6 Problemas escolares: el bajo rendimiento escolar con pérdida de años, los problemas disciplinarios con expulsión escolar, el hostigamiento en los centros educativos (*bullying*), son entre otras situaciones que se encuentran como factores de riesgo de intento suicida (Robledo, 2007).

7.7 Problemas relacionados con su sexualidad: estudios epidemiológicos reportan un incremento de dos a seis veces más del riesgo de intento suicida en adolescentes homosexuales o bisexuales o aquellos que se cuestionan su orientación sexual, quienes estarían más expuestos a intentar suicidarse, por la dificultad en poder aceptar su propia condición o por el temor a la reacción de su entorno familiar o social, (Shain, 2007).

7.8 Imitación suicida: en los adolescentes, según este planteamiento, una conducta suicida de un familiar, de un amigo, de alguien admirado, famoso o representativo, puede precipitar intentos suicidas, lo que se ha descrito también como identificación. Esta conducta ha sido reconocida desde hace ya va-

rios siglos: el término “Efecto Werther” fue acuñado por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. En la novela *Las desventuras del joven Werther* (1986) de Goethe, publicada en 1774, se narra la historia de un talentoso joven quien desesperanzado por un amor no correspondido, se suicida mediante un disparo en la cabeza; muchos jóvenes se sintieron identificados. Tras su publicación hubo numerosos suicidios con el mismo método entre jóvenes lectores, lo que obligó a prohibir su venta en varios países de Europa (Marcos, 1997).

Diferentes estudios muestran que la difusión dada a un acto suicida por parte de los medios de comunicación es directamente proporcional al incremento del número de suicidios o intentos suicidas (Botega, 2008). Dicho fenómeno parece no presentarse en los casos de divulgación de situaciones ficticias.

7.9 Edad

En Chile, según el estudio de Levina et al, durante 2002-2004, el grupo más vulnerable al intento de suicidio está entre los jóvenes de 15 a 19 años con un 43,5% (30 casos) y de 20 a 24 años en un 15,9% (11 casos), siendo significativo el impacto en los niños de 10 a 14 años con un 11,6% (8 casos).

En Bogotá, según *Forensis 2008*, la edad más predominante de intento de suicidio en el estudio realizado en Bogotá es de los 15 a los 19 años.

Según el estudio *Caracterización de la Conducta Suicida Llevado a Cabo en el Municipio de Pasto en el Año 2002* (Caviedes et al, 2003), realizado en las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, confirma también que el grupo etario más vulnerable es el que comprende de los 15 a los 19 años.

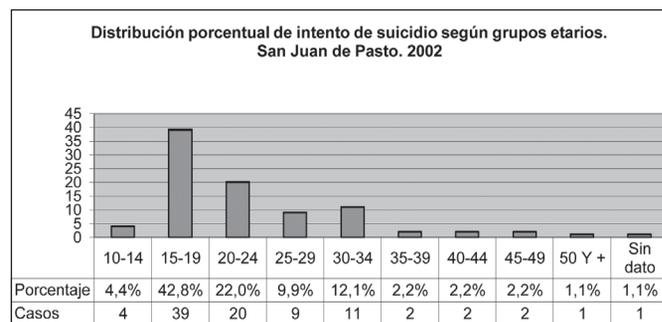


Figura 3.

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

Tabla 4.

Grupo Etario	Zona Rural		Zona Urbana		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
10-14	4	5.8	4	5.8	8	11.6
15-19	19	27.5	11	15.9	30	43.5
20-24	7	10.2	4	5.8	11	15.9
25-29	6	8.7	3	4.3	9	13.0
30-34	3	4.3	1	1.4	4	5.8
35-39	5	7.3	2	3.0	7	10.2
40 y +	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	63.8	25	36.2	69	100

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

Con respecto al suicidio la edad de la víctima en la ciudad de Pasto, según el Observatorio del Delito, (Betancourth, 2010), alcanza en los años 2008 y 2009 su porcentaje más alto en el grupo etario de 20 a 24 años en los hombres y de 15 a 19 años en las mujeres.

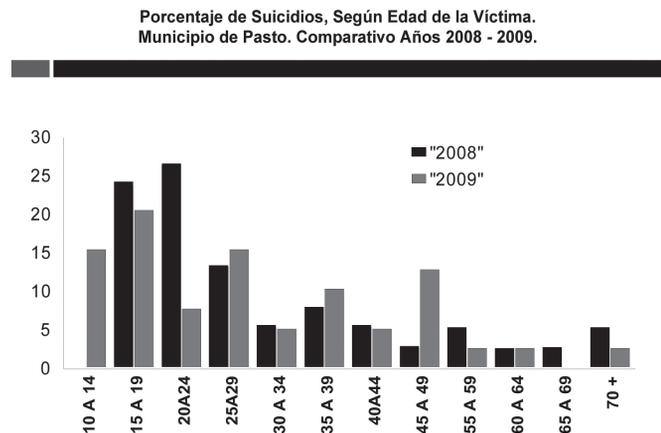


Figura 4.

Datos suministrados por el Observatorio del Delito

8. Métodos y mecanismos empleados

El método utilizado en el acto suicida y la preferencia según género está influenciado por la disponibilidad inmediata del mismo y los patrones culturales de crianza (Robledo, 2007). Del género masculino se espera un comportamiento agresivo y autoafirmado; debido a esto, los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más vio-

lento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos). Del género femenino se espera un comportamiento delicado, no agresivo, por ello, las mujeres suelen recurrir a la sobredosis de medicamentos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes.

El método escogido está relacionado con la disponibilidad del mismo en el hogar o en el lugar donde ocurre el intento suicida, por ello en los países en desarrollo es frecuente la ingestión de tóxicos como los organofosforados, ya que estos son de amplio uso como insecticidas, raticidas o herbicidas y tienen bajo costo.

La ingesta de cantidades tóxicas de fármacos con intención suicida es también frecuente, pues estos fármacos pueden estar disponibles en el hogar, sin mayor control de los mismos por parte de los adultos. Entre los más utilizados están: antidepresivos, benzodiazepinas, neurolépticos, anticonvulsivos, analgésicos, o una combinación de fármacos (Coronado et al, 2004). La ingesta de medicamentos fue el método más comúnmente usado en el intento suicida entre chicas norteamericanas entre 15 a 19 años.

Según la *Revista Chilena de Pediatría* (2011, p. 47) en los últimos años los ingresos a la Unidad de Paciente Crítico en el Hospital Roberto del Río, en la ciudad de Santiago, debido a intoxicación por fármacos con fines suicidas ha aumentado; aunque no se registra mortalidad, destaca que la mayoría de pacientes fueron niñas adolescentes que presentan problemas familiares. Es decir, está problemática podría abordarse también desde la perspectiva de género.

El ahorcamiento es uno de los métodos empleados frecuentemente por niños y adultos (Shain, 2007). En otro estudio sobre suicidio en Chile, fue el método más utilizado (en 70% de los casos), seguido del uso de armas de fuego (en el 10%) y de la ingestión de sustancias (8%) (Robledo, 2007).

El lanzamiento desde sitios elevados o el arrojar a vehículos en movimiento son otros de los métodos empleados, especialmente cuando el intento suicida se realiza en un momento de impulsividad.

El empleo de armas de fuego mantenidas en el hogar, es el método más frecuentemente usado en Estados Unidos, en adolescentes hombres entre los 15 a 19 años que se suicidan (54% de suicidios) y ocupa el segundo lugar entre las chicas de el mismo

grupo de edad que se suicidan (29%). Los intentos de suicidio mediante el uso de armas de fuego son usualmente fatales, debido al grave daño que generalmente ocasionan y a la pequeña oportunidad de rescate (Shain, 2007). En ese mismo país, otros estudios mostraron que el mantener resguardadas las armas descargadas en un sitio del hogar bajo llave y en otro lugar las municiones, también bajo seguro, disminuye marcadamente el riesgo de que los jóvenes usen este método en intentos suicidas (Shain, 2007; Dowd, Grossman, Harruff, Howard, Mueller, Nakagawara, Prodzinski, Riedy, Thiersch & Villaveces, 2005).

Según Valenzuela (2009), en Bogotá en el primer semestre de 2006-2007 el mecanismo más utilizado en el intento de suicidio fue el de intoxicación.

El estudio realizado en la ciudad de Pasto (2002), al cual ya se ha hecho alusión, también confirma que el mecanismo más utilizado para el intento de suicidio es el de la intoxicación.

Tabla 5.

Distribución porcentual de suicidios por zona y mecanismo de muerte San Juan de Pasto. Año 2002							
Mecanismo	URBANA		RURAL		SD	TOTAL	
	Casos	%	Casos	%		Casos	%
Ahorcamiento	2	9.5	0	0	-	2	5.9
Arma de Fuego	0	0	0	0	1	1	2.9
Intoxicación	19	90.5	12	100	-	31	91.2
TOTAL	21	100	12	100	1	34	100

Datos tomados de la investigación *Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002*.

De la misma manera, según los datos suministrados por el Observatorio del Delito de la ciudad de Pasto (Betancourth, 2010), en el caso de suicidio, el mecanismo más recurrente durante los años 2008-2009 es la intoxicación, seguida del ahorcamiento.

9. Tratamiento

El tratamiento para los casos de intento de suicidio en la población pediátrica se puede abordar desde diversos puntos de vista como el social, el psicológico o el clínico. A nivel clínico además de lo farmacológico (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos) se contempla el campo psiquiátrico y la psicoterapia, e

incluye diferentes factores de riesgo necesarios de tratar como: el estrés psicosocial, la depresión, pérdidas significativas, ansiedad, pánico, fobias, trastornos de personalidad, abuso de alcohol, bulimia, anorexia.

Algunos estudios como el publicado en Argentina por la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (2010), teniendo en cuenta el actual universo mediático, señalan otros métodos para tratar el suicidio; consideran importante incluir la comunicación y la influencia del contexto social y cultural. Al respecto cabe mencionar los aportes del Dr. Héctor Basile en *El Suicidio de los Adolescentes en Argentina* (2005).

En la literatura consultada, la mayoría de los tratamientos pediátricos tiene en cuenta el componente psicológico. En la adolescencia existen múltiples conductas de riesgo necesarias de tratar como: la idea de muerte, el narcisismo, crisis familiar, fracaso escolar, fracaso afectivo, la crítica social, la diferencia, etc.

En Colombia, el Dr. Fredy Villalobos en *Algunas Reflexiones Sobre Salud Mental y Suicidio* (2011), para tratar este problema de salud mental propone un Modelo Ecológico, el cual tiene en cuenta la cultura, la sociedad y las políticas existentes. Aborda el microsistema personal, y en él: la relación consigo mismo, el optimismo y la esperanza, las razones para vivir, el proyecto de vida, la felicidad, la satisfacción con la vida, la creatividad ante los problemas. Su tratamiento debe incluir: promoción de la salud integral y bienestar; atención oportuna y pertinente; la resiliencia; una educación como oportunidad para la vida; educación para la integración social; justicia y gobernabilidad; responsabilidad de los medios de comunicación; religión; articulación inter-institucional e intersectorial.

Para el Dr. Segio Pérez Barrero, Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría, para brindar una ayuda incondicional es necesaria una psicoterapia que comprometa para el tratamiento no sólo al paciente que ha intentado suicidarse sino a su familia.

El manejo psicoterapéutico se propone, en lo fundamental, comprobar si el sujeto puede colaborar con el cuidado de su propia vida y con quienes le quieren ayudar a que se la cuide, o si carece de esta posi-

bilidad. Mientras menos coopere el sujeto, mayores deben ser las precauciones pues es más probable la realización del acto suicida, independientemente del grado de responsabilidad que tenga sobre su vida. (Manejo del paciente con riesgo de suicidio según el grado de responsabilidad sobre su vida, 2005, p. 3)

La terapia de Pérez, parte de una serie de interrogantes como: ¿Quién era esta persona antes de intentar contra su vida? ¿Quién es esta persona ahora? ¿Qué es lo que dice el paciente? ¿Qué parte sana tiene el sujeto? ¿De qué se puede aferrar este sujeto, además de mí, para seguir viviendo? ¿Qué más puedo hacer por esta persona? ¿Lo he hecho todo? Recomienda tomar en serio al paciente. Plantea que es necesario acompañarlo y realizar un seguimiento de su evolución. Propone una psicoterapia para aprender a vivir, desde la liberación de expresiones engañosas como por ejemplo “mi hijo tiene un carácter fuerte” o “yo no tengo nada”.

Para tratar y prevenir este fenómeno se requiere por lo tanto de varios actores y métodos, no sólo de la intervención del sector salud. La familia puede constituir un factor de riesgo y/o de protección, igual sucede con la escuela, los amigos y toda la sociedad.

CONCLUSIONES

- El espectro suicida es muy amplio y complejo, su intención debe ser valorada integralmente. Esta es una responsabilidad no sólo de los profesionales de la salud y la educación, sino de toda la sociedad.

- La literatura revisada confirma que el intento de suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial, nacional y regional, el cual debe ser estudiado a fondo para prevenirlo. Especialmente se deben crear políticas de intervención efectivas que protejan a la población más vulnerable, la juventud, lo cual implica la necesidad de trabajar desde sus contextos, imaginarios y realidades.

- El intento de suicidio es un llamado de atención que invita a reflexionar sobre la salud mental del hombre y sobre la calidad de vida en la que está inmerso. Es preciso por lo tanto, fomentar no sólo una salud física sino cultural, una salud que garantice a la juventud su pleno desarrollo, reconocimiento y expresión.

- Asimismo es urgente establecer un control en la distribución y comercialización de las sustancias

tóxicas, ya que en ciudades como Pasto, estas constituyen el principal mecanismo utilizado en el intento de suicidio.

- Frente a los diversos problemas como la violencia, la injusticia, la muerte, el intento suicidio demuestra que es una consecuencia más de los grandes desequilibrios del mundo actual. Es preciso defender la vida, para afirmar nuevamente y desde los lenguajes actuales, su valor, esto requiere sin duda que los Estados y todos, en verdad, inviertan más en salud, educación, seguridad ciudadana y recreación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alamos, L., Leiva, H., Prüssing, L. & Uriarte, A. (2008) Características clínicas y epidemiológicas. Sexta región de Chile 2002-2004. *Anales de pediatría (Barc)*, 69(2), 110-114.
- Amezquita, M.E., González, R.E. & Zuluaga, D. (2001) Prevalencia de depresión e ideación suicida en estudiantes de 8º, 9º, 10º y 11º grado, en ocho colegios oficiales de Manizales. En: *Hacia la promoción de la salud*. (13), 143-153. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revta13_9.pdf.
- Aristóteles. (2003) Libro segundo. *Ética a Nicómaco*. Madrid, España: Mestas ediciones, p. 51.
- Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (2010). Argentina.
- Ayala, J. P., Dussán, M., Pérez, I. & Rodríguez, E. (2007) Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil. *Revista Salud Pública*, 9(2), 230-240.
- Barrera, A. M., Ordoñez, M., Palacios, X. & Peña, M. E. (2007) Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. En: *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá, Colombia: 25 (2), 40-62. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S179447242007000200004&script=sci_arttext
- Basile, H. (2005) El suicidio de los adolescentes en Argentina. En: *ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, No. 46 año XV, Vol. 12, 3 de octubre de 2005, p. 211-231. Recuperado el 24 de septiembre de 2010, de: http://www.alcmeon.com.ar/12/47/01_Basile.htm
- Betancourth C. E. (Coordinadora). Observatorio del Delito. Alcaldía de Pasto, San Juan de Pasto, Colombia. 2010.
- Bengochea, A., Gorrotxategi, P., Iglesia, E. & Izaguirre, S. (2008). Vivencia de la drogadicción en un grupo de adolescentes. *Revista Pediatría Atención Primaria*, 10(39), 409-422.
- Beitz, J., Pitts, M. & Wysowski, D.K., (2001) An analysis of reports of depression and suicide in patients treated with isotretinoin. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(4), 515-519.
- Bella M., Fernández, R. & Willington, J. M. (2010) Intento de suicidio en niños adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Sociedad Argentina de Pediatría. 108 (2): 124-129.
- Birmaher, B., Brent, D., Dahl, R., Kaufman, J., Nelson, B., Perel, J., Ryan, N. & Williamson, D. (1996) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years-Part I and Part II. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 35 1427-1439; 1575-1583.
- Bohórquez, M., Espinosa, J., González, J., Hernández, H., López, L., Pareja, L. & Sánchez, A. (2005) Suicidio. En: *Forensis, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*, Bogotá, Colombia: 184-227. Recuperado (el 13 de marzo de 2012), de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2004/Suicidio.pdf>
- Boletín Epidemiológico de Manizales. (2001) Secretaría de Salud de Manizales.
- Bossarte, R. M., Sullivent E. & Swahn M. H. (2008) Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics*, 121(2), 297-305.
- Botega, N. J., Da Silva, C. F., Fabricio, M. L., Scavacini G. V. & Stefanello, S. (2008) Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2). 139-143.
- Bueres, A. (1992) *Responsabilidad Civil de los Médicos*. Madrid, España: Ed. Hammurabi.
- Caicedo, A., Llano, G. & Ucros, S. (2003) *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional Ltda.
- Calonge-Ruiz, J. (1999) Platón. *Diálogos*. Tomo II: "Gorgias". Madrid, España: Editorial Gredos. p.81.
- Campo, G., López, L., Pérez, A., Piragauta, C., Ramírez, C., Roa, J. A. & Salazar, O. (2003) Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 34(1), 9-16.
- Castillo, I., Jiménez, Y. & Ledo, H. (2007) Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de Rodas. *Revista de Psiquiatria y Psicología del niño y del adolescente*, 7 (1), 125-142.

- Castrillón, E., Conde, S., Climent, C., González, C., Miranda, C., & Torres, F. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Urgencias psiquiátricas*. Proyecto Instituto de Seguridad Social, ISS-s/f Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiatricas.pdf>
- Caviedes, E. Córdoba, B., Chaves, A. V., Jurado, F., Pantoja, C. & Paz, R. (2003) Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. *Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Hospital Mental Nuestra Señora del Perpetuo Socorro*. San Juan de Pasto.
- Cendales, R., Córdoba, R., Fierro, M., Olarte, A. & Vanegas, C. (2007) Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(4), 231-238. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n4/02.pdf>.
- Cerón B. (2003) Nariño en la guerra territorial del narcotráfico y los grupos armados. Conferencia, San Juan de Pasto, mayo 15.
- Ciriacos, C., García, I. & Rodríguez, H. (2005) Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. En: *Revista Médica del Uruguay*, 21(2), 141-150. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/2005v2/pag6.pdf>
- Cioran, E. (1992) "Encuentros con el suicidio". *Odisea del rencor. Escritos escogidos*. Medellín, Colombia: Ediciones Holderlin. p. 71.
- Coronado, S., Díaz, I., Díaz, S., Rosado, A., Vargas, L. & Zapata, A. (2004) Prevalencia del intento de suicidio en el servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", de enero de 1998 a diciembre de 2003. *Revista Biomédica*, 15(4), 207-213.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B., Pelham, W., Applegate B., Dahlke, A., Overmyer, M. et al. (2010, oct.). *Very early predictors of adolescent depression and Suicide Attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. *Arch Gen Psychiatry*: University of Texas Southwestern. Vol. 67 (10) oct., p. 1044-1051. American Medical Association.
- De la Cruz, N. E., Pacheco, J. L., Palomino, F. & Paniagua, G. (2008) La investigación médico forense del comportamiento suicida en una infrecuente muerte violenta infantil. En: *Principio de Identidad. Criminalística Libre 3.5*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Recuperado el 13 de marzo 2012, de: <http://principiodeidentidad.blogspot.com/2008/02/la-investigacion-medico-forense-del.html>
- Díaz, M., Schaub, C. & Valdivia, M. (1998) Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biodemográficos. En: *Revista Chilena de Pediatría*, 69(2), 64-67. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v69n2/art04.pdf>
- Dowd, M., Grossman, D., Harruff, R., Howard, J., Mueller, B., Nakagawara, J., Prodzinski, J., Riedy, C., Thiersch, N. & Villaveces, A. (2005) Gun storage practices and risk of youth suicide and unintentional firearm injuries. *The journal of the American Medical Association*, 293(6), 707-714.
- Durkheim, E. (1965) Introducción. *El suicidio*. L. Gibaja (Trad). Buenos Aires, Argentina: Editorial Schapire.
- Ekmar, R., Berquist, J., Lindström, M. B. & Träskman, L. (2002) Suicide-attempters having immunoglobulin G with affinity for dopamine in cerebrospinal fluid. Sweden: *Published by Elsevier Science*, 12, 153-158.
- García, E., Peralta, V. (2002) Suicidio y riesgo de suicidio. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (Supl. 3), 87-96.
- Goethe, J. W. (1986) *Las desventuras del joven Werther*. Traducción de Manuel José González. Madrid: Ediciones Cátedra, 2da. Ed.
- Gómez Restrepo, C.; Rodríguez Malagón, N; de Romero, L.; Píñilla G.; López L. E.; Díaz Granados, N. & Nossa, N. (2002) Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia, 1973-1996. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(2), 91-104. Bogotá: Colombia. Recuperado el 13 de marzo 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80631203.pdf>
- González, P. (2006) Victimología del suicidio. En: *Carlos Parra, Derecho Penal y Criminología Latinoamericana*, Mendoza: Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: http://www.carlosparra.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=163:victimologia-del-suicidio-&catid=48:psicologia-forense&Itemid=27
- González, P., Larraguibel, M., Martínez, V. & Valenzuela, R. (2000) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Santiago de Chile, Chile. En: *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3). Recuperado el 13 de marzo de 2012, de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-4106200000030002&script=sci_arttext
- Gutiérrez, F. (2009) *Perfil epidemiológico 2009*. Dirección Local de Salud, Sistemas de Información en Salud, Municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, Colombia. Recuperado el 13 de marzo de 2012, de www.sanpedrodelosmilagros-antioquia.gov.co/apc-aa-files/63363331646231313531666361633435/perfil_epidemiologico_2009_final.pdf
- Lisi, F. (1992) Platón. Diálogos. Tomo VI, "Critias". Madrid, España: Editorial Gredos.