

Rosaura Cortés Noriega.

El suicidio en estudiantes de enfermería

- **Introducción**
- **Prevalencia**
- **Prevalencia en estudiantes de enfermería**
- **Factores asociados o predictores de suicidio**
- **Factores relacionados con el rol profesional de enfermería**
- **Prevención y abordaje**

EL SUICIDIO en estudiantes universitarios no ha sido estudiado adecuadamente lo que ha dado paso a la aparición de algunos mitos como que el índice de suicidios es mayor en estudiantes de ciencias de la salud, que la cifra se incrementa en época de exámenes o que la exigencia académica de algunos centros y programas universitarios es la responsable de un mayor número de suicidios en la población estudiantil.

El análisis de la conducta suicida es necesario para evaluar el riesgo de suicidio en la población universitaria, identificar en forma precoz los síntomas y comportamientos de riesgo, diseñar programas de prevención y apoyo, y desmitificar algunas creencias.

Durante muchos años se mantuvo la creencia de que en la Universidad de Cambridge un alto número de estudiantes se suicidaba debido a la alta exigencia académica y que el mayor número de suicidios ocurría en el período de exámenes. El análisis realizado por COLLINS y PAYKEL (2000) de los suicidios ocurridos entre 1970-1996 mostró que la tasa observada en ese grupo (11.3x100.000) era menor a la de la población general y no encontraron asociación entre la época de exámenes y la realización del acto suicida.

Respecto a los estudiantes de ciencias de la salud, la actitud que asumen los estudiantes frente al suicidio puede variar si la concepción del suicidio se hace desde el modelo médico o si está basada en factores cognoscitivos e influenciada por los medios de comunicación. ETZERSDORGER y colaboradores (1998) al comparar las actitudes frente al suicidio de estudiantes de medicina en Madras (India) y en Viena (Austria) encontraron francas diferencias. Los estudiantes de la India consideraban el suicidio dentro del modelo médico como el resultado de una enfermedad mental o de la impulsividad y se mostraron renuentes a aceptar el derecho al suicidio y mucho menos a aceptar el suicidio asistido. Los estudiantes de Viena, por el contrario, se mostraron partidarios del derecho al suicidio y del suicidio asistido, porque consideraban el suicidio dentro de un modelo de "racionalidad", hacían énfasis en los factores cognoscitivos y minimizaban la influencia de la enfermedad mental. El grupo de estudiantes austriacos, además, había escuchado o

leído sobre la controversia sobre el suicidio asistido y el derecho a morir a través de los medios de comunicación. De otra parte, los estudiantes de Madras presentaron un menor grado de ideación suicida (16,8%) comparados con los austriacos (51,5%).

Para la conducta suicida se han identificado varios factores de riesgo como género femenino, baja autoestima, falta de control, bajo rendimiento académico, clima familiar negativo, abuso físico o sexual. Sin embargo, los análisis de regresión estadístico de varias investigaciones, han identificado a la depresión, a la impulsividad y al abuso de sustancias psicoactivas, como predictores del suicidio.

A pesar de los avances de la suicidología en la comprensión y prevención del suicidio, en muchos países no se cuenta con las políticas adecuadas, y en la mayoría de los países, no se tienen estudios en poblaciones en riesgo, como por ejemplo, estudiantes superdotados, en quienes según la creencia general son más frecuentes los comportamientos suicidas.

PREVALENCIA

El suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes con edad de 15-24 años, después de los accidentes y los homicidios; y a nivel mundial es una de las cinco causas de mortalidad entre los 15-19 años, con una incidencia anual de 10-20x100.000 habitantes en la población general.

De acuerdo con los datos suministrados por la Academia Americana de Suicidología, en Estados Unidos la tasa de suicidios en este grupo de edad se incrementó en un 200% en el período 1950-1970 y a partir de ese año se ha mantenido estable, e incluso, desde 1990 se observa un leve descenso. La tasa de suicidios en estudiantes de educación media es de 6.5x100.000, la mitad de la tasa de la población general en ese país.

Aunque no existen estadísticas oficiales sobre los intentos de suicidio se considera que la relación entre un suicidio consumado y los intentos de suicidio es de 1:25, cifra que se incrementa a 1:100 en las mujeres y en los jóvenes con edades de 15-24 años.

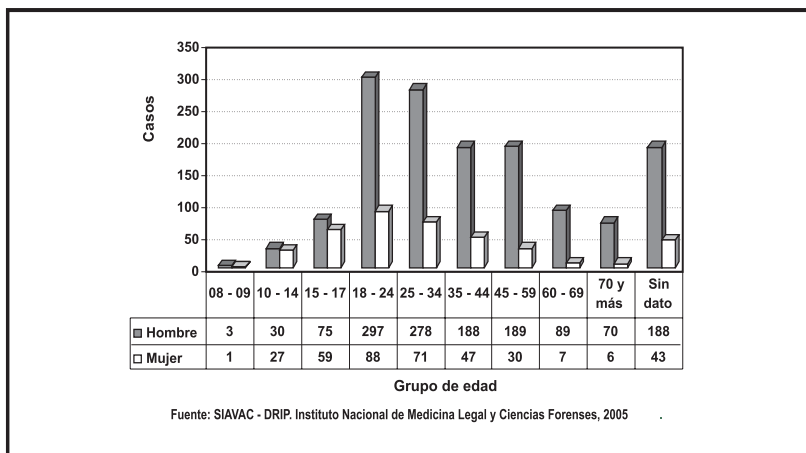
La encuesta de REY y colaboradores (1998) realizada en Suiza, país con uno de los índices más altos de suicidio de adolescentes en Europa, mostró que el 26% de los 9.368 encuestados reportaron pensamientos

suicidas, el 15% confesó planes suicidas y el 3% comunicó haber hecho intentos de suicidio; quienes intentaron el suicidio presentaron mayor compromiso en las áreas de comportamiento, salud, acontecimientos de la vida, relaciones sociales y salud mental.

SCHWEITZER y colaboradores (2000) encontraron en una muestra de 1.678 estudiantes universitarios en Australia, que el 62% presentaban algún grado de planeación suicida y el 6,6% había intentado suicidarse, pero menos de la mitad de los individuos de este grupo había solicitado ayuda en los servicios de salud mental.

En Colombia, el análisis de las autopsias que realizó el Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses, a suicidas, durante el año 2005, mostró que el mayor número de suicidios se presentó en el grupo de 18-24 años (21,6%), seguido por el grupo de 25-34 años (19,5%). Este hecho señala que la edad promedio de los hombres suicidas fue de 36.2 años y la de las mujeres de 28,3 años, cifras muy similares a las observadas en el análisis que hizo el mismo Instituto de Medicina Legal con las autopsias de 2004. (Figura 1).

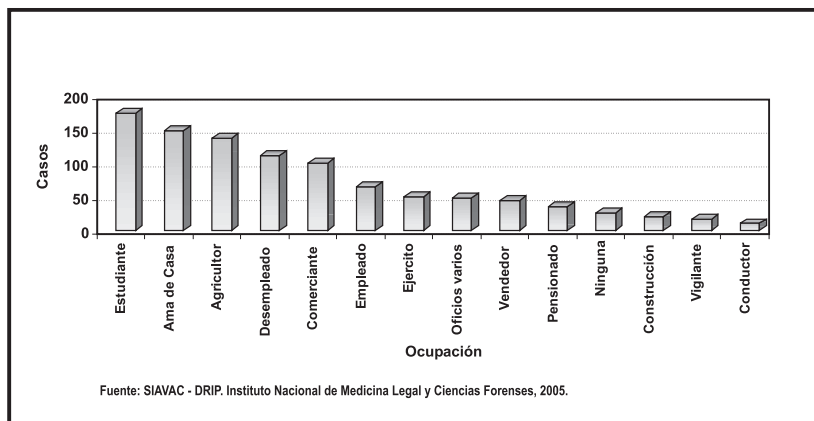
FIGURA 1
Suicidios en Colombia según edad y sexo. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



En el mismo estudio se encontró que el suicidio consumado fue más frecuente en estudiantes, seguido por las amas de casa y por los agricultores. (Figura 2).

FIGURA 2

Suicidios en Colombia según ocupación. (Tomado de GONZÁLEZ J. Forensis, 2006).



PREVALENCIA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

En la revisión que se hizo de la literatura no se encontraron estudios específicos sobre la incidencia del suicidio en estudiantes de enfermería.

En Colombia, cuatro estudios realizados en 3 universidades: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad de Caldas y Universidad Nacional de Colombia, incluyeron estudiantes de enfermería como parte de las muestras de estudio, con los siguientes resultado.

En el estudio de CÁRDENAS y colaboradores (1996) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, se encuestaron 1.120 estudiantes de 31 carreras (57% mujeres y 43% hombres, la mayoría entre 17-21 años) siendo 20 de la Facultad de Enfermería (1,78%). De la muestra total, 113 estudiantes (11%) entre ellos 5 de enfermería (0,45%), habían realizado por lo menos un intento de suicidio. El porcentaje de enfermería ocupó el sexto lugar en prevalencia.

AMÉZQUITA y colaboradores (2000) en la Universidad de Caldas, utilizaron como muestra a 625 estudiantes de pregrado, de la población

matriculada en los dos primeros semestres en el año 2000, en la modalidad presencial, de ambos sexos, de diferentes edades, de todos los estratos socioeconómicos, de diferentes sitios de procedencia y de todos los programas excepto medicina. De los 625 estudiantes, 260 reportaron ideación suicida, y de ellos, 26 expresaron deseo de suicidarse, y 9 comunicaron que se suicidarían si tuvieran la oportunidad. Fue estadísticamente significativa la asociación de conducta suicida con los programas de: filosofía y letras, diseño visual, educación física, y biología y química; con el período académico (primer semestre), con pérdidas académicas, económicas y de salud; con la satisfacción con la carrera, con las dificultades con compañeros y con docentes, con las responsabilidades académicas y con el sitio de residencia (apartamento compartido con compañeros).

En el primer estudio de la Universidad Nacional, realizado por SÁNCHEZ y colaboradores (2002), de una muestra de 197 de los 1.985 estudiantes menores de edad admitidos hasta el primer semestre de 2000, (47% mujeres y 53% hombres), con una mediana de 17 años, de la población de 1.985, 7 de ellos (3,6%) eran de enfermería. Los resultados reportaron 9 estudiantes (5%) con ideación suicida actual y 26 (13,2%) la habían tenido durante más de una semana en el último año. De los 9, cinco realizaron intento de suicidio en el último año; seis vivían solos y tres aseguraron no tener una red de apoyo. Para la población total de estudiantes menores de edad de la universidad, se estimó un total de 258 estudiantes con ideación suicida en el último año (por lo menos un episodio de más de una semana con ideación suicida persistente) y entre 170 y 346 (13%) con ideación suicida actual.

En el segundo estudio de esta misma universidad, realizado por CALVO y colaboradores (2003), con una muestra de 110 estudiantes de las 11 facultades (incluye enfermería) matriculados en 2001, con una mediana de edad de 21 años, se encontró que el 5% tenía ideación suicida actual y el 20% la tuvieron por más de una semana en el último año. Ninguno realizó intento de suicidio en el último año. El estudio estimó para la población total de estudiantes de la universidad, 962 con ideación suicida actual (3,6%), más frecuente en mujeres sin ser significativa la diferencia, con mayor prevalencia en las facultades de Agronomía, Derecho,

y Ciencias; y 5.067 (18,9%) con ideación suicida en el último año, concentrada en las facultades de Ingeniería, Ciencias, Economía, y Ciencias Humanas. Este estudio concluyó que la frecuencia de ideación suicida fue menor que la reportada en la población general colombiana para este grupo de edad, siendo posible que la pertenencia activa a una institución académica se constituyera en factor protector de la conducta suicida.

FACTORES ASOCIADOS O PREDICTORES DE SUICIDIO

Género

SILVERMAN y colaboradores (1997) al analizar los 261 suicidios ocurridos en 12 universidades de Estados Unidos durante la década 1980-1990 encontraron que el 46% de los suicidas tenían entre 20-24 años y el 32% estaba recién graduado y calcularon la tasa de suicidio en 7.5×100.000 que corresponde a la mitad de la tasa nacional. Aunque se trata de una tasa de suicidio baja, los análisis revelaron que los estudiantes mayores de 25 años tienen un riesgo significativamente alto de suicidio y que las mujeres tienen un menor riesgo que los varones, pero al graduarse, el riesgo es similar (9.1×100.000 vs. 11.6×100.000).

En la encuesta realizada por STEPHENSON y colaboradores (2006) a una muestra de 630 estudiantes encontraron que la depresión y la desesperanza son predictores de ideación suicida; en tanto que un intento de suicidio previo, es indicador de un nuevo intento. Al discriminar por género, identificaron el abuso de alcohol y el abuso sexual como predictores en las mujeres; y el abuso físico en los hombres.

En el estudio de CÁRDENAS y colaboradores (1996) realizado en la Pontificia Universidad Javeriana, el 53% del grupo que había intentado suicidarse pertenecía al sexo femenino.

La revisión de literatura realizada por SUN (2005) confirma que en la población general, los hombres se suicidan más que las mujeres al usar métodos más violentos.

En estudio realizado por PAYCI y colaboradores (2005) con una muestra de estudiantes de 82 universidades de Estados Unidos, con edad entre 14-21 años, se encontró que el 50,5% reportó desesperación severa,

22,4% pensamientos suicidas, 14,1% planearon cometer suicidio, y 6,2% intentaron suicidarse, siendo en todos ellos significativamente mayor el porcentaje en mujeres que en hombres.

El estudio llevado a cabo por ULUSOY y NILÜFER (2005) identificó mediante análisis de regresión estadística, que el género femenino, el rendimiento académico, la presencia de ansiedad o depresión, y el abuso de cigarrillo, guardaron relación con la ideación suicida.

Abuso sexual y físico

Es bien conocido que los adolescentes que han sido víctimas de maltrato físico o abuso sexual presentan con frecuencia, conducta sexual riesgosa, abuso de sustancias, comportamientos agresivos e ideación suicida. Sin embargo, no existen datos concluyentes sobre la prevalencia de depresión y estrés postraumático, porque frecuentemente los adolescentes abusados y maltratados no comunican el hecho violento.

GUTIÉRREZ y colaboradores (2000) señalan que el abuso sexual origina en las estudiantes universitarias sentimientos de repulsión hacia la vida y disminuye los sentimientos de repulsión hacia la muerte, lo cual origina intensas y prevalentes ideas de suicidio, que requieren de atención psicoterapéutica por largos períodos.

El estudio de metaanálisis realizado por PAOLUCCI y colaboradores (2001) con 37 trabajos publicados señaló que el abuso sexual en la infancia origina en orden de importancia estadística: estrés postraumático, depresión, suicidio, promiscuidad sexual, repetición del ciclo víctima-victimario y bajo rendimiento académico; variables que no mostraron relación con género, estrato socioeconómico, tipo de abuso, edad al momento de ser abusado, relación con el abusador y número de episodios de abuso.

El estudio de SÁNCHEZ y colaboradores (2002), en la Universidad Nacional, reportó que de los estudiantes menores de edad con conducta suicida, uno informó maltrato físico en el momento de la entrevista y 16 (8%) maltrato físico persistente durante la infancia. Datos similares reportó el estudio de CALVO y colaboradores (2003), realizado en esa misma universidad: dos reportaron maltrato físico actual y 16 (15%) maltrato físico persistente durante la infancia.

Violencia intrafamiliar

Diferentes investigadores han observado relación entre el abuso sexual y el maltrato físico de los padres hacia sus hijos y el desarrollo de síntomas depresivos, sentimientos de desesperanza y comportamiento suicida. En el estudio retrospectivo realizado por LANGHINRICBSEN y colaboradores (1998) en un grupo de estudiantes de bachillerato, en Nebraska, se encontró que la violencia intrafamiliar desencadena en los hijos abusados o maltratados: depresión, desesperanza e intentos de suicidio y que los síntomas depresivos fueron más frecuentes en los individuos maltratados por la madre.

Trastornos afectivos

En el estudio realizado en la Universidad Nacional (2002) a 33 estudiantes menores de edad de la muestra (17%) se les hizo diagnóstico psiquiátrico en el eje I, de acuerdo con el sistema DSM-IV, la mayoría del espectro depresivo. Dichos diagnósticos fueron: trastorno distímico, trastorno adaptativo, abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno depresivo mayor. En el estudio realizado en 2003 con una muestra de estudiantes matriculados en la universidad, siete estudiantes (6%) presentaron uno o más diagnósticos psiquiátricos de dicho eje I.

VINAS y colaboradores (2004) estudiaron la desesperanza en la población universitaria española, y su relación con la adaptación a la universidad, la sintomatología depresiva y la ideación suicida. Los resultados mostraron que 13,9% de los estudiantes presentaba grado moderado o severo de desesperanza; los de mayores niveles, estaban insatisfechos con diferentes aspectos de la vida universitaria, participaban menos tiempo en actividades extracurriculares y dedicaban menos tiempo a la preparación de exámenes; encontrándose una clara relación entre desesperanza, depresión, e ideación suicida.

Antecedentes en el bachillerato

Diferentes estudios muestran que 26-29% de los estudiantes de bachillerato se encuentran en situación de riesgo para intentar un acto suicida por presentar baja autoestima, depresión y sentimientos de desesperan-

za. El trabajo de WILBURN y SMITH (2005) señala que los eventos vitales estresantes y una baja autoestima, se relacionan significativamente con la aparición de ideas de suicidio, aunque no se pudo comprobar si los bajos niveles de autoestima fueron producidos por los eventos vitales negativos o estaban presentes antes del evento estresante.

Es sabido que los sentimientos de pesimismo y desesperanza, así como algunos síntomas depresivos, persisten aunque el intento de suicidio haya sido realizado varios años antes. KNOT y RANGE (1998) al aplicar el Cuestionario para Comportamientos Suicidas (SBC) a 40 estudiantes de bachillerato que habían realizado intentos de suicidio, encontraron que más de la mitad de la muestra presentaba comportamientos moderadamente suicidas, a pesar de que el intento de suicidio había ocurrido, en promedio, tres años antes. Los estudiantes evaluados señalaron que la familia, los amigos y el personal del colegio fueron definitivos para su recuperación y sobrevivencia.

En el estudio realizado en la Pontificia Universidad Javeriana por CÁRDENAS y colaboradores (1996) de los 113 estudiantes que habían intentado suicidarse, el 59% lo había intentado durante la secundaria, el 4% durante la primaria, y el 23% durante sus estudios universitarios. El 7% había realizado intentos de suicidio en la secundaria y en la universidad, y el 3% en estas tres épocas de la vida académica.

Carga académica

El rendimiento académico es una variable que se relaciona con la aparición de ideación suicida.

La mayoría de los estudios se ha realizado con estudiantes de medicina. Uno de ellos, la encuesta realizada por DAHLIN y colaboradores (2005) a 342 estudiantes de la Facultad de Medicina del Instituto Karolinska, en Estocolmo, mostró que los estudiantes de primer año tenían sobrecarga académica constituyéndose en un estresor muy importante; los estudiantes de tercer año tenían preocupaciones acerca de su futuro en términos de competencia y capacidad de afrontamiento y rendimiento académico en el corto plazo; los estudiantes de sexto año presentaron índices mayores de ansiedad comparados con los dos grupos anteriores, y se quejaron de la falta de un clima organizacional adecuado. Comparados con los

varones, las mujeres presentaron mayores puntuaciones tanto en los estresores como en el Inventario para Depresión Mayor. La prevalencia de síntomas depresivos en la muestra fue de 12,9%, cifra significativamente mayor a la observada en la población general y el 2,7% de todos los estudiantes habían intentado el suicidio, aunque ninguno lo había hecho en el año anterior.

Relaciones interpersonales

El estudio de las tentativas de suicidio llevado a cabo por HAWTON y colaboradores (1995) analiza los 254 estudiantes que intentaron suicidarse (más mujeres que hombres) y requirieron atención hospitalaria, durante los años 1976-1990. Los estudiantes adujeron como causa para el intento de autoeliminación, en primer lugar, las dificultades interpersonales, especialmente con su novio o pareja; y en segundo lugar, los problemas académicos, referidos al rendimiento durante el semestre, ocasionalmente relacionado con los exámenes finales. El 30% de la muestra había realizado intentos previos y cerca del 25% tenía trastornos mentales, especialmente trastornos afectivos.

El estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (1996) reportó que el 60% del grupo que había intentado suicidarse tenía cercanía afectiva con personas que habían intentado o se habían suicidado, en contraste con el 32% reportado por el grupo sin intento de suicidio.

En el estudio de la Universidad Nacional (2002), 10 de los estudiantes menores de edad refirieron antecedentes familiares de suicidio en familiares de segundo grado, 26 (13%) informaron antecedentes de familiares que habían intentado suicidarse, y 56 (28%) tenían información de una persona diferente de su familia que se había suicidado, principalmente amigos. La mayoría (79%) no pertenecía a grupos sociales. Datos similares reportó el estudio de 2003 con una muestra de estudiantes matriculados en la universidad: 10 estudiantes refirieron antecedentes familiares de suicidio, 20 refirieron antecedentes de familiares que han intentado suicidarse, 47 estudiantes (42%) tenían información de una persona diferente de su familia que se había suicidado, principalmente amigos; y la mayoría (73%) no pertenecían a ningún grupo.

Abuso de alcohol y sustancias psicoactivas

En la última década se ha observado, a nivel mundial, un aumento de la prevalencia de intentos de suicidio en los adolescentes, que puede atribuirse al aumento en el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas. Este hecho fue comprobado en Noruega por ROSSOW y colaboradores (2005) al comparar los resultados de una encuesta aplicada en 1992, a 11.000 estudiantes con edades de 13-19 años, con los resultados obtenidos al aplicar la misma encuesta, en 2002, a 12.000 estudiantes con el mismo rango de edad.

BURGE y colaboradores (1995) al analizar los datos de la Young Risk Behavior Survey en 1990, encontraron una relación significativa entre el abuso de cocaína y la severidad de los intentos de suicidio, y una relación menor entre comportamiento suicida y abuso de alcohol y marihuana.

Autoimagen

La autoimagen y la autoestima están íntimamente ligadas con los resultados obtenidos en el afrontamiento de las situaciones estresantes y con la capacidad de tolerancia a la frustración. El afrontamiento del estrés es dimórfico y tanto hombres como mujeres presentan diferencias que están dadas por el grado de variación de algunas dimensiones de la personalidad como el neuroticismo en mujeres o la extroversión en los hombres.

EDWARDS y HOLDEN (2006) encontraron al evaluar las dimensiones (de desesperanza, sentido de coherencia, propósitos en la vida, capacidad de afrontamiento de las situaciones difíciles) y las variables (ideación suicida, intento previo de suicidio y autorreporte de la probabilidad de un nuevo intento suicida) que la interacción entre sentido de coherencia y afrontamiento emocional de las situaciones difíciles predice la aparición de ideas suicidas en los hombres; en tanto que en las mujeres, predice, las ideas e intentos de suicidio y la probabilidad de realizar un nuevo intento de suicidio. Este hecho podría explicar el mayor número de intentos de suicidio que se observa en el género femenino.

Las personas con tendencia al perfeccionismo toleran la frustración en menor grado y son proclives a presentar síntomas depresivos e ideación suicida. HAMILTON y SCHWEITZER (2000) observaron en una muestra de 405 estudiante universitarios en Australia, que la presencia de ideas de

suicidio se asocia con alto niveles de perfeccionismo medidos mediante la aplicación de la *Multidimensional Perfectionism Scale*, resultado que no mostró relación con edad ni con el género. Resultados similares habían sido observados por ADKINS y PARKER (1996) en estudiantes de educación media.

Eventos vitales

Los resultados del estudio de la Pontificia Universidad Javeriana (1996) llevó a los autores a agrupar las razones y motivos que los estudiantes consideraron como motivos del intento de suicidio en tres subgrupos: familia, mundo interno y problemas. En el subgrupo familia los estudiantes adujeron rechazo, incomprensión, estrés, apatía, individualismo, malas relaciones, falta de hogar, falta de principios y valores y presión. Relacionados con el tema mundo interno: razones que tenían que ver con el proyecto de vida, la tolerancia a la frustración, estrés, conflictos y presiones, autoconcepto y autoestima y sentido de la vida; y relacionados con el tema de problemas: problemas sin solución, problemas académicos y simultaneidad de problemas.

Impulsividad

En los últimos años diversos autores han hecho énfasis en la necesidad de evaluar la impulsividad porque constituye un factor íntimamente ligado al comportamiento suicida y cuando se asocia con depresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad, como el trastorno límite o *borderline*, se incrementa el riesgo de suicidio en forma significativa.

En la revisión realizada no se encontraron estudios de evaluación de la impulsividad en estudiantes universitarios. El estudio de BARRIOS y colaboradores (2000) al comparar el grupo de estudiantes universitarios que reportó haber tenido ideas suicidas, con el grupo que no presentó ideación suicida, mostró mayor frecuencia de comportamientos impulsivos o agresivos como: portar armas, ser pendencieros, nadar o manejar un bote después de consumir alcohol o no usar el cinturón de seguridad, en el primer grupo.

FACTORES RELACIONADOS CON EL ROL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Hay evidencias que demuestran que unos suicidios se pueden prevenir si los pacientes son asesorados del riesgo del suicidio y si las enfermeras suministran un cuidado afectivo centrado en las técnicas de comunicación terapéutica.

APPLEBY y colaboradores (1999) citada por SUN y colaboradores (2005) examinaron 10.040 suicidios ocurridos entre abril de 1996 y marzo de 1998 en Inglaterra y Gales, encontrando que el 24% (2.370 personas) habían estado en contacto con servicios de salud mental en el año anterior de su muerte y que el 24% de esas muertes había ocurrido durante los 3 meses siguientes al ser dados de alta, ocurriendo el mayor número de casos durante la primera semana. Igualmente, el equipo de salud consideró que el suicidio se hubiera podido prevenir en un 22% de los casos y recomienda desarrollar en los servicios, aspectos relacionados con la prevención del suicidio, con medidas para mejorar el acatamiento de la medicación y prevenir la pérdida de contacto con el servicio.

Esta misma autora cita a MIDENCE y colaboradores (1996) quien reporta que el 45% de la enfermeras, consideraron que el suicidio podía ser prevenido, si todos los pacientes fueran asesorados sobre el riesgo del suicidio, para lo cual resultaba indispensable: elaborar una historia psicosocial completa del paciente, valorar su estado mental, indagar pensamientos e intentos de suicidio hablando directamente del tema, conocer sus necesidades, garantizar un ambiente seguro restringiendo el acceso a equipos y materiales peligrosos, reconocer las señales de alerta, que clasificaron en 4 grupos: situaciones suicidiogénicas (pérdidas: afectivas, laborales, económicas; de autoestima, salud, rol); síntomas depresivos; señales de comportamiento (cambios en el comportamiento, escritos sobre suicidio o muerte); alertas verbales (declaraciones sobre vivir o morir, tomar riesgos peligrosos) y establecer con el paciente el “contrato de no suicidio”.

SUN y colaboradores (2005) citan desde otros estudios realizados, la importancia que tiene para el paciente suicida, una relación enfermera-paciente consistente, con la consecuente estabilidad y continuidad del cuidado, que permita acompañarlo, guiarlo, asesorarlo en sus necesida-

des y aspiraciones. De igual manera, la importancia de la observación como práctica para proteger al paciente (sin abusar de ella porque origina deshumanización del cuidado); y de dos aspectos básicos para suministrar el cuidado: compromiso y esperanza inspirada; soportado todo ello en la importancia de la comunicación terapéutica, como medio para crear empatía con el paciente que permita la expresión de sentimientos, necesidades, traumas y experiencias estresantes; para escucharlo, entender su mundo, percibir, interpretar y comunicar comprensión de sus sentimientos; y para proveer las mejores intervenciones terapéuticas posibles.

Para tal fin, es importante apoyar desde el proceso formativo de las enfermeras, el desarrollo de la habilidad comunicativa terapéutica, y desmitificar desde la evidencia científica, criterios equivocados aceptados culturalmente, acerca del paciente y de la conducta suicida, que dificultan su abordaje.

PÉREZ (2005) identificó los siguientes mitos acerca del suicidio que es preciso desvelar: “el que se quiere matar no lo dice”, “el que lo dice no lo hace”, “los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde”, “si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren”, “quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer”, “todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida”, “todo el que se suicida está deprimido”, “el que se suicida es un enfermo mental”, “el suicidio se hereda”, “el suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso”, “hablar de suicidio con una persona en este riesgo la puede incitar a que lo realice”, “acercarse a una persona en crisis suicida, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde tiempo para su abordaje adecuado”, “sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio”, “los que intentan suicidarse y los que se suicidan son personas peligrosas, pues igual que atentan contra sí mismos pueden hacerlo contra los demás”, “el tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona”, “una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer”, “el suicida desea morir”, “el que intenta el suicidio es un cobarde o es un valiente”, “sólo los pobres o sólo los ricos se suicidan”, “sólo los viejos se suicidan”, “los niños no se suicidan”, “si se reta a un suicida éste no lo intenta”, “cuando una

depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio”, “los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio”.

DA SILVA (2005) en su trabajo de tesis identificó varios de estos mitos en una muestra de 35 estudiantes de diferentes carreras de la Pontificia Universidad Javeriana.

Otro aspecto fundamental en la formación de profesionales de enfermería para el abordaje de esta problemática de salud pública, es la identificación de barreras personales para el manejo del riesgo de suicidio. Esta necesidad fue explorada por VALENTE y SAUNDERS (2004) en el estudio realizado con 1.200 enfermeras, de diferentes países, miembros de la Asociación de Enfermería Oncológica que fueron conscientes de la evidencia observada en la práctica, del rol central de la enfermera en la detección, evaluación, intervención y manejo del riesgo suicida, pero también de las pocas investigaciones que exploran las barreras que ellas tienen para asumir este rol. Para el estudio utilizaron tres instrumentos: el cuestionario de opinión sobre el suicidio (SOQ), la medición de actitudes hacia el suicidio (SUIATT) y una situación de un paciente suicida. Como barreras para el manejo del paciente suicida se identificaron: deficiencias en habilidades, conocimientos y enseñanza con el paciente; defensa de una causa, la religión y otros valores personales, la falta de empatía, experiencias personales, y la responsabilidad profesional. Como estrategias para disminuir estas barreras plantearon: educación para la prevención del suicidio, consulta especializada, clarificación de valores, análisis ético y resolución de conflictos; y soporte psicosocial.

PREVENCIÓN Y ABORDAJE

Existe el mito social que considera que preguntar por las ideas suicidas puede disparar un intento de suicidio. GOULD y colaboradores (2005) evaluaron la aparición de ideas suicidas en un grupo de estudiantes universitarios a quienes aplicaron una encuesta que indagaba sobre la presencia de ideas de suicidio, comparado con un grupo control al cual no se aplicó la encuesta, y no encontraron diferencias significativas en cuanto a la aparición de ideas de suicidio, ni observaron aumento del riesgo en los estudiantes del primer grupo que habían sido identificados como gru-

po en riesgo por presentar síntomas depresivos, abuso de sustancias psicoactivas e intentos previos de suicidio. Por el contrario, la literatura recomienda, considerar este aspecto para evaluar el riesgo de suicidio.

ESCALAS PARA EVALUAR EL RIESGO SUICIDA

En las últimas décadas, se han desarrollado para uso clínico y de investigación, numerosas escalas para evaluar y predecir el suicidio. Son muy utilizadas: la Escala para Evaluar el Riesgo de Suicidio (SARS), la Escala del Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles (LASPC), la Escala de Intención de Suicidio (SIS) la Escala de Predicción de Muerte por Suicidio (SDPS), el Índice de Suicidio Potencial (IPS), el Estimador para el Riesgo de Suicidio (RES) y la Escala de Riesgo de Suicidio (SRS), algunas de ellas convalidadas en español.

Para identificar y medir los factores protectores se emplea el Inventario de razones para vivir (Reasons for living, RFL), que se incluye en un apéndice de este libro.

Implementación de programas

SCHWARTZ (2006) analizó el suicidio en varias instituciones educativas americanas durante el período 1920-2004, agrupándolo en cuatro eras: 1920-1960, 1960-1980, 1980-1990, 1990-2004, encontrando una disminución progresiva de las tasas de suicidio: 13.4; 8; 7.5; y 6.5, siendo cercana a la mitad de la tasa de la población general de Estados Unidos comparados por edad y género. La disminución se atribuye a la reducción del número de suicidios en hombres, a la prohibición del uso de armas en los colegios, y al desarrollo de modelos y programas basados en necesidades poblacionales y en grupos de riesgo.

El programa *Signos de Suicidio (SOS)* ha mostrado ser eficaz al reducir la cifra de intentos de suicidio en los estudiantes universitarios en Estados Unidos, de acuerdo con la evaluación de ASELTINE y DEMARTINO (2004).

Con base en los buenos resultados obtenidos en la Universidad de Makerere donde se hizo seguimiento durante tres años a 619 estudiantes que aceptaron contestar un cuestionario autoadministrado, es necesario tener en cuenta, al diseñar un programa de seguimiento, las siguientes

recomendaciones: todos los estudiantes deben ser admitidos en el servicio al momento de ingresar a la universidad; el asesoramiento debe ser atractivo para los estudiantes; los estudiantes pueden participar en los servicios de asesoramiento, especialmente en las emergencias; debe existir un sistema rápido y eficiente para remitir a los estudiantes que requieren cuidado psiquiátrico; debe existir una línea telefónica directa que puede ser manejada por los estudiantes, y por último, es necesario evaluar los resultados y desarrollar nuevas investigaciones para mejorar la calidad del servicio de asesoría para los estudiantes.

Como parte de la iniciativa mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2001) para la prevención del suicidio (*SUPRE*) se ha elaborado una serie de documentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales.

Como parte de estos planteamientos podrían identificarse las siguientes etapas para el manejo de estudiantes con riesgo suicida en las instituciones educativas:

1. Identificación de la aflicción: identificación de cambios repentinos o dramáticos en su desempeño o comportamiento personal (falta de interés, descenso en calificaciones, inasistencia, incidentes, consumo de alcohol o drogas, fumar excesivamente).
2. Evaluación del riesgo suicida, considerando su carácter multidimensional: factores culturales y sociodemográficos, patrones familiares y eventos negativos durante la niñez, estilo cognoscitivo y de personalidad, trastornos psiquiátricos (depresión, comportamiento antisocial, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios; los más frecuentes en la población adolescente con intento de suicidio), ideación suicida, intentos previos de suicidio, acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparador del comportamiento suicida.
3. Manejo, orientado al apoyo del estudiante en crisis, que incluye la intervención, la remisión y el seguimiento; centrado en dar esperanza, estimular la independencia y ayudarlo a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

El “contrato de no suicidio” se considera una técnica útil en la prevención del suicidio, dado que en la mayoría de los casos el paciente respeta la promesa que hizo a su terapeuta, siempre y cuando tenga control sobre sus actos.

Si se considera la conducta suicida como un problema de salud frecuente en la población adolescente, las instituciones educativas harían un gran aporte al instaurar programas de prevención, orientados al fortalecimiento de la salud mental de la comunidad educativa, a la educación sobre el tema con especial énfasis en la identificación del riesgo suicida, al fortalecimiento de la autoestima, a la expresión de emociones, a la prevención de la intimidación y de la violencia; al ofrecimiento de líneas de apoyo y de servicios de atención; basados en experiencias exitosas.

En tal sentido, sería importante considerar en dichos programas, las siguientes recomendaciones de los suicidólogos, planteadas por PÉREZ S. (2005):

- Informar sobre los signos de alarma de una crisis suicida (llanto incontrolable, tendencia al aislamiento, amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza; cambios súbitos de conducta, afecto o hábitos; aislamiento, consumo excesivo de alcohol o drogas, notas de despedida) y sobre los grupos de riesgo suicida (personas deprimidas, con ideas o amenazas de suicidio, con intentos previos de suicidio, en situaciones de crisis, sobrevivientes, familiares y amigos del suicida);
- Informar los sitios y apoyos a los que se puede acudir en caso de una crisis suicida (instituciones, organizaciones, personas a las que se puede recurrir para recibir una primera ayuda psicológica);
- Divulgar medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar una persona con riesgo suicida (preguntarle si ha pensado en el suicidio y si es así evitar el acceso a cualquier método, no dejarlo solo mientras persistan las ideas suicidas, avisar a otras personas significativas como grupo de apoyo y acercarlos a atención especializada).

Particularmente desde la enfermería, GOETZ (1998) plantea que los estudiantes de enfermería tienen mayor riesgo de suicidio que los estudiantes de otras carreras, porque además de la carga académica que implica un programa teórico con prácticas clínicas intensivas, en su mayoría son mujeres, que con frecuencia asumen otros roles (cuidadoras, esposas, madres, cabezas de hogar) que las hace más susceptibles a situaciones de crisis, manifestaciones de síntomas depresivos y conducta suicida. Por tanto, considera que es responsabilidad de las enfermeras profesoras, quienes tienen la preparación y comparten períodos de tiempo importantes con los estudiantes, la detección e intervención de estudiantes en riesgo suicida, para lo cual propone un programa que denomina S.A.V.E. en razón a sus cuatro componentes:

S: *Suicidal behaviors*, consistente en la identificación de estudiantes con riesgo potencial de suicidio, reconociendo indicadores, dentro de los cuales la depresión es el más frecuente predictor y otras conductas como: amenaza verbal de suicidio, informe a otras personas de sus conductas depresivas o suicidas, cambios abruptos de personalidad, disminución en el desempeño académico, leer o escribir sobre suicidio, realizar arreglos finales sobre sus posesiones u otros deseos, recuperación inesperada de la depresión, frases como “no puedo más con esto”, aislamiento, cambios de conducta.

A: *Assessment Interview*, evaluación del riesgo, siendo las metas a lograr: ayudar al estudiante a sentirse valioso, a expresar sus pensamientos y sentimientos; valorar el peligro que representa para sí mismo y para otros, realizar la valoración mental; y de acuerdo a la evaluación, proveer de ser el caso, la remisión adecuada. Para alcanzar estas metas se recomienda: transmitir la sensación de confianza y el deseo de ayuda, realizar la valoración en un lugar confortable y asegurar su disponibilidad de tiempo; escuchar no juzgar, ser comprensivo, ser genuino en sus expresiones; observar; permitir que el estudiante se alivie de sus sentimientos preguntando según necesidad, por la intención de hacerse daño.

V: *Value student*, la intervención no puede dirigirse solamente a valorar la vida del estudiante, sino a evaluar la calidad de su vida.

E: *Evaluation-referral*, la evaluación debe determinar el plan a seguir: seguimiento o remisión a valoración psiquiátrica, garantizando la seguridad del estudiante: no dejarlo solo, asegurar apoyos (contactar otras personas, servicios de la universidad, servicio de urgencias). Aunque lo remita mantenga canales de comunicación para mostrarle apoyo continuo e interés en su proceso de recuperación.

La enfermera es recurso fundamental para apoyar programas institucionales de prevención del suicidio, que deben incluir servicios de salud mental; por su capacidad de observación y comunicación, de identificación, valoración y evaluación. Pero no sólo el paciente suicida requiere la atención de enfermería, también la requieren la familia, los amigos y la comunidad que se afecta con una acción suicida; al desencadenar sentimientos de confusión, dolor e incertidumbre.

LECTURAS SELECCIONADAS

ADKINS K, PARKER W.

Perfectionism and suicidal preoccupation. *J Personality* 1996; 64 (2): 529-43.

AMÉZQUITA ME, GONZÁLEZ RE, ZULUAGA D.

Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas, 2000.

BARRIOS LC, EVERETT SA, SIMON TR, BRENER ND.

Suicide planeation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health*. 2000; 48 (5): 229-33.

BURGE V, FELTS M, CHENIER T, PARRILLO AV.

Drug use, sexual activity, and suicidal behavior in U.S. high school students. *J Sch Health* 1995; 65 (6): 222-7.

CALVO JM, SÁNCHEZ R, TEJADA P.

Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. *Rev. Salud Pública* 2003; 5 (2): 123-43.

CÁRDENAS I, CHINGAL JC, FRANCO MC, MARTÍNEZ M, RAMOS V, ROLÓN I, SÁNCHEZ JM.

¿Suicidio, una alternativa de muerte, suicidio, una alternativa de vida? Pontificia Universidad Javeriana 1996.

COLLINS IP, PAYKEL ES.

Suicide amongst Cambridge University students 1970-1996. *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology* 2000; 35 (3): 128-35.

DAHLIN M, JONEBORG N, RENESON B.

Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education* 2005; 39 (6): 594-604.

DA SILVA V.

El suicidio como opción: ¿qué piensa el joven universitario? Tesis, Pontificia Universidad Javeriana, 2005.

EDWARDS M. HOLDEN R.

Coping, meaning in life and suicidal manifestations: examining gender differences. *J Clin Psychology* 2003; 59 (10): 1133-50.

ETZERSDORFER E, VIJAYAKUMAR L, SCHÖNY W, SONNECK G.

Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madrás (India) and Vienna (Austria). *Social Psychiatry & Psychiatry Epidemiology* 1998; 33 (3): 104-7.

GOETZ C.S.

Are you prepared to S.A.V.E. your nursing student from suicide? *J Nursing Education* 1998; 37 (2): 92-5.

GOULD M, MARROCCO K, KLEINMAN M, THOMAS JG, MOSTKOFF K, et al.

Evaluating iatrogenic risk in youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293 (13): 1635-43.

GREEN B, KUPNICK J, STOCKTON P, GOODMAN L, CORCORAN C, et al.

Effects of adolescent trauma exposure on risk behavior in college women. *Psychiatry Interpersonal Biol Proc* 2005; 68 (4): 363-78.

GUTIÉRREZ P, THAKAR R, KUCZEN C.

Exploration of the relationship between physical and/or sexual abuse, attitudes about life and death, and suicidal ideation in young women. *Death Studies* 2000; 24 (8): 675-88.

HAMILTON T, SCWEITZER R.

The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Aus New Zeal J Psychiatry* 2000; 34 (5): 829-35.

HAWTON K, HAIGH R, SIMKIN S, FAGG J.

Attempted suicide in Oxford University students, 1976-1990. *Psychol Med* 1995; 25 (1): 179-88.

KNOT EC, RANGE LM.

Content analysis of previously suicidal college student's experiences *Death Studies* 1998; 22 (2): 171-80.

LANGHINRICBSEN-ROHLING J, MONSON C, MEYER K, CASTER J, SANDERS A.

The associations among family-in-origin violence and young adults' current depressed, hopeless, suicidal and life-threatening behavior. *J Fam Violence* 1998; 13 (3): 243-61.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

SUPRE. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, 2001.

PAOLUCCI E, GENIUS ML, VIOLATO C.

A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135 (1): 17-36.

-
- PAYCI SO, ERGIN A, SAATCI E, BOZDEMIR N, AKPINAR E, ERGUN G.
Suicidal thought and behavior in high school students in Adana, Turkey.
Coll Antropol 2005; 29 (2): 527-31.
- PÉREZ S.
Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Rev Col Psiquiatr* 2005; XXXIV (3):387-94.
- REY G, NARRING F, FERRON C, MICHAUD PA.
Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 98 (1): 28-33.
- ROSSOW I, GROHOLT B, WISHSTROM L.
Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002. *Addiction* 2005; 100 (1): 79-88.
- SÁNCHEZ R, CÁCERES H, GÓMEZ D.
Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Biomédica* 2002;22: 407-16.
- SCHWARTZ AJ.
Four eras of study of college student suicide in the United States: 1920-2004. *J Am Coll Health* 2006; 54 (6): 353-66.
- SCHWEITZER R, KLAYICH M, MCLEAN J.
Suicidal planeation and behaviours among university students in Australia. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29 (3): 473-9.
- SILVERMAN MM, MEYER PM, SLOANE F, RAFFEL M, PRATT DM.
The Big Ten Student Suicide Study: a 10-year study of suicides on midwestern university campuses. *Suicide Life Threat Behav* 1997; 27 (3): 285-303.
- STEPHENSON H, PENA-SHAFF J, QUIRK P.
Predictors of College student suicidal ideation: gender differences. *College Students J* 2006; 40: 109-117.
- SUN F.K, LONG A, BOORE J, TSAO L.
Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *J Psychiatric Mental Health Nursing* 2005; 12: 447-55.
- ULUSOY M, NILÜFER O.
Suicidal ideation in turkish adolescents. *Soc Behav Personality* 2005; 33 (6): 541-52.
- VINAS P, VILLAR E, CAPARROS B, JUAN J, CORNELLA M, PÉREZ I.
Feeling of hopelessness in a spanish university population – descriptive analysis and its relationship to adapting to university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2004; 39 (4): 326-34.
- WILBURN V, SMITH D.
Stress, self-esteem and suicidal ideation in late adolescents. *Adolescence* 2005; 40 (157): 33-45.

