

Suicidio y covid: Del fatalismo a la prevención

Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales está documentado, muchos suicidios se producen en momentos de crisis que limitan la capacidad de afrontar las tensiones inevitables de la vida



Si bien el vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales está documentado, muchos suicidios se producen en momentos de crisis que limitan la capacidad de afrontar las tensiones inevitables de la vida. Múltiples estudios señalan que el aumento de los suicidios durante esta pandemia ha adquirido cifras alarmantes. En nuestro país hay que agregar el maltrato social (especialmente a los jubilados), la pobreza creciente, la desocupación, el avance arrollador del narcotráfico y la no inclusión social. Todos factores que incrementan en forma exponencial el riesgo de suicidio.

Según cifras provistas por la OMS, aproximadamente 800.000 personas se suicidan anualmente (sin considerar estos 20 meses de catástrofe sanitaria, económica y política). Entre 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse cada año. En 1995 murieron más jóvenes por suicidio que por sida, cáncer, apoplejía, neumonía, influenza, defectos congénitos y enfermedades cardíacas sumadas. Algunos estiman aproximadamente 23 intentos por cada suicidio consumado.

En el inicio de mi formación profesional fui becado para trabajar en el Suicide Prevention Center de Los Ángeles. Centro pionero en el abordaje de la prevención y tratamiento del suicidio que desarrolló la autopsia psicológica (que estudia los seis últimos meses de los suicidas "exitosos"). Mediante un extenso estudio epidemiológico elaboraron un cuestionario que permitía diagnosticar con cierta precisión el riesgo suicida. Desde entonces seguí con atención las cifras que evidencian el incremento de suicidios. En este texto pretendo difundir elementos que contribuyan a su prevención.

El proceso suicida suele atravesar tres fases:

- 1. Aparición de la idea suicida ante una situación conflictiva o un estado de humor deprimido.**
- 2. En la fase de duda el individuo pasa de la idea a la posibilidad de llevar a cabo la idea.**
- 3. En la fase de decisión aparecen los preparativos para pasar al acto.**

Múltiples motivaciones pueden llevar a un intento de suicidio:

- 1. Desesperación por no alcanzar ciertas objetivos, lo que se considera un fracaso.**
- 2. Huida ante ciertas situaciones.**
- 3. Una forma de llamar la atención.**
- 4. El sufrimiento crónico propio de las depresiones graves.**
- 5. La soledad y el aislamiento.**

Además de describir los factores sociales implicados en el suicidio, los estudios epidemiológicos han demostrado que casi el 50% están afectados por una forma u otra de depresión. Los trastornos fronterizos así como el abuso o adicción a sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, favorecen la conducta suicida. Las situaciones conflictivas de pareja o familiares, los duelos, el aislamiento social, la pérdida del status socioeconómico, aumentan el riesgo suicida.

Los intentos son más frecuentes en las mujeres, mientras que la consumación es más probable en los varones. Las tentativas son más frecuentes en los jóvenes (con menos de 35 años), mientras que la consumación es más frecuente en personas mayores de 65 años.

Los problemas económicos son el principal factor para el grupo con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años. En pacientes con más de 65 años, las enfermedades desempeñan un papel protagónico y es el factor más frecuente en los mayores de 80 años.

La tasa de suicidios aumenta en pacientes mayores de 65 años. Inciden factores como el aislamiento social, la pérdida del cónyuge, la inestabilidad económica y el tratamiento inadecuado de las depresiones. Las características de esta población, incluyendo la depresión enmascarada (múltiples quejas somáticas o temores sin fundamento de padecer una enfermedad somática) y laseudodemencia (disminución ficticia de la capacidad cognitiva por un trastorno depresivo primario).

La manera más eficaz de prevenir la conducta suicida es la detección precoz de la depresión, instaurando un tratamiento adecuado, valorando el potencial suicida del paciente y si éste es elevado, tomando medidas de contención como la psicoterapia, los antidepresivos, la internación psiquiátrica o domiciliaria.

Las depresiones constituyen la categoría diagnóstica más frecuente entre las personas que se suicidan. Aproximadamente el 15% de los pacientes acabará consumando el suicidio. La más alta incidencia de suicidios se presenta en trastorno depresivo mayor así como en la fase depresiva de la forma bipolar.

Si aproximadamente el 15% de los pacientes depresivos cometen suicidio, la convierte en una de las enfermedades más letales. El trastorno depresivo mayor tiene un riesgo de suicidio 20 veces mayor al de la población general, así como los pacientes bipolares tipo I tienen un riesgo 15 veces mayor.

La dependencia de sustancias (alcohol o drogas) aumenta hasta cinco veces el riesgo de suicidio. Después de las depresiones, la dependencia de sustancias constituye el diagnóstico más frecuente en las personas que cometen suicidio. Además del riesgo de suicidio que comporta la dependencia del alcohol, la intoxicación alcohólica aguda lo aumenta. Además, la

www.suidioadolescente.com.ar

desinhibición y la escasa capacidad de juicio asociadas al estado de intoxicación pueden provocar comportamientos de alto riesgo, como accidentes de tránsito y sobredosis.

La desesperanza y la desesperación sin ser específicas de las depresiones pueden acompañar a otros síndromes: esquizofrenia, trastornos de ansiedad y enfermedades médicas. La vergüenza y la humillación son factores que subyacen al suicidio.

***Luis Hornstein es médico psicoanalista. Premio Konex de Platino a la trayectoria en psicoanálisis (década 1996-2006). Su último libro es *Ser analista hoy* (Paidós, 2018).**

<https://www.pagina12.com.ar/399312-suicidio-y-covid-del-fatalismo-a-la-prevencion>

3 de febrero de 2022 - 01:53