

00938

**SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIOS EN ODONTOLOGIA IDENTIFICADOS  
A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE  
ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C. 2002.**

Laura Patricia Burbano Guzmán  
Tatiana Herrera Eraso  
Gina Maria Mejia Osorio  
Luz Adriana Ocampo Rojas  
Julio César Páez González  
Claudia Katherine Peña Mosquera  
Beatriz Elena Zuluaga Gómez

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA, D. C.  
2002

**SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIOS EN ODONTOLOGIA IDENTIFICADOS  
A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE  
ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C. 2002.**

**INVESTIGADORES**

Laura Patricia Burbano Guzmán  
Tatiana Herrera Eraso  
Gina Maria Mejia Osorio  
Luz Adriana Ocampo Rojas  
Julio César Páez González  
Claudia Katherine Peña Mosquera  
Beatriz Elena Zuluaga Gómez

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
BOGOTA, D. C.  
2002**

**SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIO EN ODONTOLOGIA IDENTIFICADOS  
A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE  
ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C.2002.**

**INVESTIGADORES**

Laura Patricia Burbano Guzmán  
Tatiana Herrera Eraso  
Gina Maria Mejia Osorio  
Luz Adriana Ocampo Rojas  
Julio César Páez González  
Claudia Katherine Peña Mosquera  
Beatriz Elena Zuluaga Gómez

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar el Título de Odontólogo

**ASESOR CIENTIFICO Y METODOLOGICO**  
**Dra INES AMPARO REVELO MEJIA**  
Odontóloga Magister en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO**  
**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**  
**BOGOTA, D. C**  
2002

**SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIOS EN ODONTOLOGIA IDENTIFICADOS  
A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE  
ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C. 2002.**

**INVESTIGADORES**

Laura Patricia Burbano Guzmán  
Tatiana Herrera Eraso  
Gina Maria Mejia Osorio  
Luz Adriana Ocampo Rojas  
Julio César Páez González  
Claudia Katherine Peña Mosquera  
Beatriz Elena Zuluaga Gómez

**ASESOR CIENTIFICO Y METODOLOGICO**  
**Dra INES AMPARO REVELO MEJIA**  
Odontóloga Magister en Administración de Salud

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO**  
**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**  
**BOGOTA, D.C.**  
2002

El trabajo de Grado ***SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO EN ODONTOLOGIA IDENTIFICADOS A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C. 2002.*** elaborado por los alumnos LAURA PATRICIA BURBANO GUZMAN, TATIANA HERRERA ERASO, GINA MARIA MEJIA OSORIO, LUZ ADRIANA OCAMPO ROJAS, JULIO CESAR PAEZ GONZALEZ, CLAUDIA KATHERINE PEÑA MOSQUERA, BEATRIZ ELENA ZULUAGA GOMEZ, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de Odontólogo.

---

Dra. Inés Amparo Revelo M. Od., MAS.  
Asesor Científico y Metodológico

---

**Dra. Claudia Bastidas. Od., MAS.** .  
**Coordinadora del Departamento de** .  
**Investigación y Salud Pública** .

**Bogotá, D.C., Mayo 2002**

## **LISTA DEL MATERIAL COMPLEMENTARIO**

**ANEXO 1: Encuesta SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIOS EN ODONTOLOGÍA IDENTIFICADOS A TRAVES DE ENCUESTAS REALIZADAS EN LAS FACULTADES DE ODONTOLOGIA DE BOGOTA D.C. 2002.**

**ANEXO 2: TABULACION DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA.**

## CONTENIDO

	Pag
MATERIAL COMPLEMENTARIO	
INTRODUCCIÓN	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	3
1.2 JUSTIFICACION	3
1.3 PROPOSITO	4
1.4 MARCO TEORICO	4
1.5 OBJETIVOS	33
1.5.1 General	33
1.5.2 Específicos	33
2. METODO	34
2.1. TIPO DE ESTUDIO	34
2.2 UNIVERSO	34
2.3 MUESTRA	34
2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLE	35
2.4.1 Aspectos Sociodemográficos	35
2.4.2 Posibles causas	35
2.4.3 Mecanismos del Suicidio	36
2.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	36
2.6. PROCEDIMIENTO	36
3. RESULTADOS	37
4. DISCUSIÓN	
5. CONCLUSIONES	
6. RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	

## INTRODUCCION

El suicidio puede ser un problema leve, puede ser al mismo tiempo el acto más elevado y noble que pueda ejecutar un sabio; puede ser una cuestión de increíble regocijo y el acto en sí mismo imposible de concebir como posibilidad humana, o puede ser un crimen castigable por la ley o un pecado contra los dioses.

La conducta suicida está influenciada por una variedad de factores físicos y bioquímicos, es un estado mental, es decir; cada acto suicida se inicia en la mente del individuo no existiendo una "personalidad o tipo de persona suicida". La tendencia al suicidio brota como consecuencia de los sentimientos de desesperanza y frustración en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son inaguantables, se sienten incapaces de resolver su dilema y no creen que otros sean capaces de ayudarles. El propósito del suicidio es buscar una solución a lo que se sienta como un dolor psicológico intolerable.

A pesar de las décadas de intensa investigación y esfuerzos clínicos, el suicidio sigue siendo uno de los problemas más preocupantes de nuestra sociedad, con frecuencia el suicidio y la depresión se conciben como sinónimos o al menos como problemas correlativos.

En múltiples estudios realizados en diferentes países se ubican a los estudiantes y profesionales de la salud, incluyendo a médicos y odontólogos como personas de alto

riesgo de cometer suicidio e intento de suicidio; por esta razón se decidió realizar la presente investigación en las facultades de odontología de Bogotá, para saber si este hecho se aplica también en la odontología en Bogotá.

El medio seleccionado para la recolección de datos fue una encuesta estructurada y aplicada de manera directa con un número de diez preguntas con respuestas dicotómicas y politómicas a estudiantes de pregrado, posgrado y docentes de las facultades de odontología de las universidades Nacional, Pontificia Universidad Javeriana, Colegio Odontológico Colombiano, El Bosque y Fundación Universitaria San Martín de Bogotá D.C 2002

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA**

En diferentes estudios realizados y a través de los medios de comunicación repetidamente se presentan a los odontólogos y otros profesionales de la salud, como personas de alto riesgo de cometer suicidio e intento de suicidio, por esto es importante plantear el siguiente interrogante; es considerable la presencia de suicidios e intentos de suicidios en la población odontológica de Bogota?

### **1.2 JUSTIFICACION**

Este estudio es importante para establecer si realmente se presentan suicidios e intentos de suicidios en estudiantes de pregrado, posgrado y profesionales de la salud oral; como lo aseguran los diferentes medios de comunicación tipo revista, noticias y prensa.

### **1.3 PROPOSITO**

Se pretende establecer la presencia de suicidios e intentos de suicidios en odontología identificados a través de encuestas realizadas en las facultades de odontología de Bogotá D.C. 2002.

#### 1.4 MARCO TEORICO

Suicidio, procede del Latín SUI de sí mismo, CAEDERE matar; significa matarse a sí mismo, atentar o quitarse violentamente la vida, dañarse o perjudicarse corporalmente. Es un acto trágico, desconcertante y confuso, se han proporcionado diferentes razones del por qué, se cree que éstos individuos se hayan causado la muerte; pero nunca se podrá tener una seguridad completa. De esto surge un interrogante: ¿Por qué las personas terminan con sus propias vidas de manera consciente y deliberada?. La explicación más fácil y frecuente es que los individuos que se provocan la muerte sufren de un trastorno mental. La persona suicida por lo general tiene síntomas psiquiátricos claros, muchos de ellos sufren de depresión, altos niveles de estrés, dependencia de alcohol y droga, desesperanza, esquizofrenia, expectativas negativas acerca del futuro, separación y divorcio de ellos mismos, presiones académicas, vergüenza, enfermedades graves, pérdida de empleo y otras tensiones que pueden ser factores contribuyentes. **(Rojas E. 1978)**

Es necesario reconocer que el suicidio es un hecho irreversible, no hay marcha atrás ni reconsideración del acto y no hay alivio. Sin importar la postura moral que se tome a este respecto, la decisión de cometer suicidio a menudo es ambivalente, ensombrecida por un gran número de factores estresantes, personales y sociales. **(Sue D. Sue D. Sue S. 1996).**

De acuerdo a lo anterior, se explicara con detenimiento los síntomas mencionados:

**La depresión** desempeña un papel importante en la conducta suicida, involucra totalmente el mundo afectivo, hasta el punto de hacer perder el sentido de la vida para la persona que

la sufre. Esta no encuentra una razón para seguir viviendo, ni se halla mérito alguno como persona. Se caracteriza por tristeza intensa, aislamiento de los demás, llanto frecuente e injustificado, aburrimiento permanente, falta de interés por las cosas, trastorno del sueño, inapetencia, dolores injustificados, abandono en el aseo del cuerpo, dificultad en la toma de decisiones, falta de concentración y pérdida de interés en la vida sexual. **(Betancur M, C. 1996).**

La depresión se refleja en una tríada cognoscitiva, la cual consiste de opiniones negativas de sí mismo, del mundo exterior y del futuro. La persona es pesimista de lo que puede hacer, de lo que los otros pueden hacer para ayudarlo y de sus perspectivas para su futuro. Todos pueden llegar a padecer en un momento de sus vidas un sentimiento de gran vacío afectivo y de falta de ganas de vivir, o sea, se sienten deprimidos. **(Freemann A. Reinecke M,A. 1995)**

Actualmente la depresión es la primera causa de incapacidad laboral de acuerdo con un reporte de la **OMS 1990**. Se calcula que en todo el mundo puede haber unos 350 millones de enfermos depresivos.

El suicidio es un fenómeno social ligado estrechamente con la depresión, de acuerdo con algunos profesionales hasta el 80% de las personas que intentan suicidarse están pasando a través de un lapso de depresión severa.

Si bien la depresión puede presentarse a cualquier edad se da más frecuentemente entre las mujeres cuyas edades oscilan entre los 35 a 55 años y 10 años más tarde en los hombres.

Aparentemente las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir de depresión, 1 de cada 6 mujeres en comparación con 1 de cada 9 hombres.

Existen dos categorías básicas de depresión:

**Exógena o Reactiva:** Es causada por un trastorno importante, tal como el divorcio o la muerte de un ser querido. Esta forma de depresión solamente se convierte en enfermedad si el período melancólico se prolonga demasiado haciendo que la persona pierda interés en la vida y la vuelva incapaz de llevar a cabo sus actividades cotidianas.

**Endógena:** Es más frecuente, en éste caso, la sensación de desgracia y desamparo no están ligadas a un hecho en concreto. No existe una explicación inmediata para éste tipo de depresión; por esto resulta más difícil ofrecer ayuda y apoyo. **(Rojas E. 1978)**

La mayor parte de las personas que sufren de depresión pueden curarse completamente mediante una ayuda adecuada que consiste en mucho apoyo por parte de familiares y amigos, antidepressivos que ayudan a restablecer el apetito, la energía y el sueño, psicoterapia; en ocasiones resulta el más efectivo, terapia cognitivo-conductual que consiste en pensar positivamente para acrecentar el autoestima; terapia electroconvulsiva cuando no funcionan los tratamientos anteriores se puede dar al paciente una descarga eléctrica cerebral durante unos segundos **(Poldinger W. 1969)**

El concepto de **estrés** fue tomado de las ciencias físicas, en las investigaciones sobre las propiedades elásticas de los materiales sólidos, "estrés" significaba la presión externa o

fuerza aplicada a un objeto, mientras que "tensión" significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto. A comienzos del siglo XX, el médico Británico William Osler equiparó "estrés y tensión" con trabajo duro y preocupación, y apuntó que podía existir una relación entre esas condiciones somato-psicológicas y el desarrollo de las enfermedades coronarias. El organismo responde preparándose para atacar a la amenaza o para huir de ella, por eso se ha denominado a esa reacción "respuesta de lucha o huida". Cuando esta respuesta se da el sistema nervioso simpático estimula las glándulas adrenales del sistema endocrino, para que excreten epinefrina, que activa el organismo. Esta activación podría tener consecuencias positivas y negativas; es una respuesta adaptativa porque prepara al organismo para que responda rápidamente al peligro, pero el estado de alta activación puede ser perjudicial si se prolonga. Si se utiliza la palabra estrés como un término genérico se hace referencia a un área o campo de estudio, el término respuesta de estrés para designar a la respuesta inespecífica del organismo o cualquier demanda, y estresor para denominar el estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés. (Sue D. Sue D. Sue S. 1996)

La respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognoscitiva, así como en la preparación del organismo para una intensa actividad motora. La sobre activación a estos tres niveles fisiológicos, cognoscitivos y conductuales; es eficaz hasta cierto límite, superando el cual tienen un efecto desorganizador del comportamiento. Dentro de las consecuencias biológicas del estrés los científicos fueron bastante escépticos respecto a los supuestos efectos del estrés sobre el cuerpo y descartaron cualquier relación

entre los dos. Sin embargo, ahora se sabe que éste afecta el sistema inmunológico, la función cardíaca, los niveles hormonales, el sistema nervioso y los índices metabólicos.

**(Bustamante J. 1994)**

Los síntomas de estrés son dificultad para conciliar el sueño, frecuentes deseos de llorar, sentirse cansado o somnoliento, reír en pocas ocasiones, frecuentes dolores de cabeza, incapacidad para hablar con otras personas, enojos repentinos, incapacidad de actuar, beber alcohol o fumar en demasía, pérdida de interés en el sexo, pensamientos tristes o pesimistas, comer sin apetito, falta de entusiasmo. Los factores que pueden desencadenar son úlcera, hipertensión, colapso nervioso, aumento del ritmo cardíaco, alopecia, taquicardia, taquipnea, dilatación muscular, aumento de los niveles de glucosa, midriasis, entre otras. **(Betancur M,C. 1996).**

En la mayoría de los hogares se producen tensiones que pueden amenazar a la salud emocional de cada uno de los miembros de la familia. Puede producirse como consecuencia de la necesidad constante de verse obligado a satisfacer las demandas de los hijos y de los otros miembros de la familia. Todos los miembros de la familia deben acoplar su propia conducta, sus actitudes y sus emociones a la de los demás en señal de respuesta a los distintos acontecimientos que pueden ser agradables o desagradables. Si un miembro de la familia sufre un problema serio como drogadicción, alcoholismo, esto conlleva un elevado nivel de estrés en el hogar. De acuerdo con los problemas de la pareja deben saber superar ciertas dificultades. Estos problemas pueden ser causados por una amplia gama de

situaciones generadoras de estrés. Una relación sexual si no es satisfactoria puede ser a la vez causa y efecto de un estrés excesivo. El diagnóstico de una enfermedad grave puede ser causa de altos niveles de estrés en todos los miembros de la familia.

Tanto los hombres como las mujeres llevan consigo al hogar diferentes problemas de trabajo que crean inestabilidad y por lo tanto generan estrés. Los hijos aun cuando son causa de grandes alegrías; pueden ocasionar altos niveles de estrés a sus padres debido a las circunstancias en que se envuelven, las cuales siempre repercuten en el núcleo familiar. El dinero aunque no es uno de los factores primordiales de una familia puede conducir a que esta se desestabilice. **(Santos H. 1991)**

El estrés en el trabajo es consecuencia de la competencia, del rencor y la hostilidad. Se considera estrés laboral como una de las causas de enfermedades más importantes. Las personas que corren los mayores riesgos son aquellas cuyos puestos son muy exigentes pero que no tienen control sobre la carga de trabajo. Son muchos los factores que contribuyen a acumular estrés; el exceso de trabajo que se presenta frecuentemente por establecer lazos que no se pueden cumplir. Los trabajadores que no obtienen satisfacción en su trabajo o que afrontan la posibilidad del desempleo pueden también padecer estrés. Los problemas interpersonales tales como el conflicto de lealtades, hostilidad de los compañeros de trabajo, el acoso sexual o el trato con el público pueden también generar estrés. Las largas jornadas laborales, el llevarse trabajo a casa, cancelar las vacaciones y quitar las celebraciones familiares son causa de la excesiva presión laboral y por lo tanto generadoras de estrés. La superación del estrés laboral se puede lograr siguiendo

indicaciones como: aprender a delegar, establecer prioridades, proponer objetivos alcanzables, aceptar los cambios con optimismo, aprender a relajarse, tomar períodos regulares de descanso. **(Sue D. Sue D. Sue S. 1996)**

**La esquizofrenia** es causada por una combinación desafortunada de genes o que se debe a problemas físicos en el cerebro. Los investigadores que favorecen un paradigma biológico tienden a apoyar explicaciones genéticas, de estructura cerebral y bioquímicas, otras se centran sobre todo en el impacto de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo del trastorno. Las dos áreas importantes de investigación de la causa de la esquizofrenia son la química y la patología cerebral. Cualquiera de esta puede servir de vehículo para la transmisión genética de la esquizofrenia. En la actualidad no se ha encontrado ningún signo o síntoma patognomónico fisiológico que conduzca a un diagnóstico invariable de esquizofrenia. **(Sue D. Sue D. Sue S. 1996)**

Entre el 20% y el 65% de los esquizofrénicos muestran algunos signos de anormalidades neurológicas, algunos síntomas predominantes tales como afecto aplanado, pobreza del habla y pérdida de impulso; muestran características asociadas con pérdida o deterioro neuronal en un cerebro estructuralmente anormal. En contraste, los esquizofrénicos con síntomas positivos tales como alucinaciones y delirios no muestran deterioro cerebral sino funcionamiento neurológico hiperactivo reversible. Los esquizofrénicos parecen tener deficiencias en el procesamiento de la información, problemas para mantener la atención, recordar la memoria y el procesamiento visual. **(Bustamante J. 1994)**

Los síntomas de la esquizofrenia implican delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento y conducta extraña. Estos son descritos como síntomas positivos y estos tienden a desaparecer con el tratamiento. Los síntomas negativos son asociados con funcionamiento social premórbido inferior y un pronóstico peor, estos incluyen afecto abatido, pobreza del lenguaje y apatía. Estos síntomas negativos representan pérdida neuronal irreversible en un cerebro anormal desde el punto de vista estructural. **(Santos H. 1991)**

El tratamiento de la esquizofrenia ha sido tratado por una variedad de medios incluyendo el almacenamiento de los pacientes enfermos graves en manicomios sobre poblados y la lobotomía prefrontal, un procedimiento quirúrgico en el que los lóbulos frontales son desconectados con el resto del cerebro del paciente. La mayoría de los profesionales de la salud mental consideran la introducción del thorazine, el primer fármaco antipsicótico como el comienzo de una nueva era en el tratamiento de la esquizofrenia. Por primera vez estaba disponible un medicamento que relajaba de manera suficiente incluso a esquizofrénicos violentos; ayudándoles a organizar sus pensamientos hasta el punto que ya no se necesitaban camisas de fuerza para contenerlos. Tres décadas después, las fenotiacinas que son variaciones del thorazine, todavía son consideradas como el tratamiento farmacológico más efectivo para la esquizofrenia. Un nuevo fármaco clozapina, fue liberado para su uso en los Estados Unidos en 1990. Tiene varias propiedades que han hecho surgir una gran cantidad de interés. **(Sue D. Sue D. Sue S. 1996)**

Surge la angustia y la ansiedad en la búsqueda de la vida, mostrándonos la esencia contradictoria de la existencia humana. **Angustia** es un sentimiento primario que hace referencia a la intranquilidad ligada a un procedimiento intenso, es un estado algo más profundo que produce quietud y detención en donde la vivencia es corporal y somática, con un estado efectivo y al mismo tiempo orgánico, tiene mayor intensidad vivencial, nos relaciona más directamente con el reflejo de hacerse el muerto ya que deja al sujeto en un evidente grado de inmovilización. **(Betancur M,C. 1996).**

**La ansiedad** es un estado de desasosiego o agitación del ánimo, es una preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir, hay mayor participación intelectual, y se asocia a la intención de resolver la situación. Esta más relacionada a una reacción normal de una situación cargada de estrés y que sólo se convierte en patología cuando se pierde el control sobre ella. **(Rojas E. 1978)**

La asociación constante entre angustia y ansiedad y sus repercusiones laborales suelen tener importantes consecuencias como: la disminución de la eficiencia y rendimiento, deterioro de la calidad de las actividades realizadas, sobre todo aquellas que requieren coordinación entre varias personas, aumento del ausentismo y los trastornos de la salud en general, eliminación de las relaciones interpersonales, conflictos, irritabilidad y entorpecimiento de las tareas comunes, se incrementa el abuso de alcohol, medicamentos y tabaquismo. Como causas de la ansiedad existen numerosas teorías que intentan explicarlas, entre éstas: La

conducta obsesiva y compulsiva: por ejemplo la ansiedad puede ser causa de conductas rituales, tales como: el vestirse siempre siguiendo exactamente el mismo orden; otra causa puede ser lavarse las manos continuamente pudiendo admitir que le preocupan las infecciones, pero la causa real es un hecho psicológico que no está relacionado con ellas.

**(Otte J. 1971)**

Otra teoría según Freud, dice que la ansiedad se origina a raíz de experiencias reprimidas o no resueltas de la niñez. Para el tratamiento de la ansiedad existen dos tipos de fármacos para reducirla: Benzodiazepinas, medicamento que ayuda al individuo a relajarse reduciendo la actividad nerviosa cerebral y agentes betabloqueantes que pueden ser recetados cuando la ansiedad produce síntomas físicos como palpitaciones, temblores u opresión en el pecho, lo cual es resultado de una sobre actividad del sistema nervioso. Para superar la ansiedad es necesario: eliminar la causa del estrés, práctica de ejercicio de un modo regular, relajación, consultar al médico, terapia emocional. **(Rojas E. 1978),**

Un estudio realizado sobre la ansiedad por el **Dr. José Manuel Sosa, coordinador médico de psiquiatría, coordinación de planeación, infraestructura médica, I.M.S.S., Julio de 1999,** demuestra que algunos datos individuales que pueden ser indicadores de ansiedad son: cansancio crónico, disminución de desempeño, somnolencia, insomnio, incremento de síntomas físicos como: mialgia, trastornos gastrointestinales y/o cardiorrespiratorios, aumento de la frecuencia de accidentes laborales en una misma persona. Por todo esto es

conveniente la identificación oportuna de las fuentes de tensión generadoras de ansiedad en relación al trabajo y su adecuada atención y tratamiento.

Se considera **alcohólicos** a todas aquellas personas que con síntomas o sin ellos han perdido la libertad frente al alcohol, se han realizado estudios pero no se ha podido determinar por qué unos individuos caen en el consumo patológico de alcohol. Desde una perspectiva cognitiva, el alcoholismo y el abuso de sustancias potencia el riesgo de la conducta suicida, reduciendo la propia capacidad para inhibir la conducta impulsiva, minimizando la capacidad para resolver problemas, incrementando los estresores y favoreciendo el retraimiento de las personas que lo apoyan. No es sorprendente que el abuso de alcohol y **sustancias psicoactivas** sea frecuente entre los grupos con altos índices de conductas autodestructivas y sujetos que han realizado intentos de suicidio previo. El abuso de alcohol y de sustancias es conceptualmente similar a una variedad de otras conductas que aumenten el riesgo de enfermedades, accidentes o muertes, por lo tanto; podría ser considerado como intento inconsciente de suicidio. La intoxicación etílica grave es en algunos casos un intento consciente de envenenamiento. Se consume alcohol junto con fármacos en más de 20% de los intentos de sobredosis y un porcentaje muy alto de individuos lo hace durante las horas anteriores al intento del suicidio (**Freemann A. Reinecke M,A. 1995**).

La importancia de comprender la relación entre la **enfermedad crónica** y el riesgo de suicidio se subestima porque de hecho más del 50% de suicidio de personas de 30 o más

años de edad correspondía a individuos que padecían alguna enfermedad física importante. Convivir con la enfermedad crónica genera grandes dosis de estrés acompañados de altos niveles de depresión y desesperación. **(Betancur M,C. 1996)**

Las reacciones de los pacientes a las enfermedades crónicas pueden caracterizarse por: sentimientos de desesperación y falta de poder, retraimiento social y aumento del aislamiento, disminución de la independencia y autonomía, ansiedad respecto a la incertidumbre de los resultados, sobre las separaciones de la familia y los amigos. Se observa que los pacientes con dificultades para adaptarse a su enfermedad muestran dos déficit principales en su repertorio de manejo. En primer lugar, tendían a abusar de las estrategias de manejo que eran menos efectivas para resolver sus problemas pero les proporcionaba una breve sensación de alivio, como la bebida. En segundo lugar, no eran capaces de generar enfoques alternativo para resolver el problema. **(Coleman J. 1998)**

El principal objetivo con los pacientes suicidas y depresivos es instalar en ellos el deseo de vivir. El 70% a 80% de los casos de suicidio son consecuencia de la depresión, 10% esquizofrenia, del 5% al 7% se deben a enfermedades terminales y demencias, menos del 3% son cometidos por personas al parecer sanas que tienen un pensamiento suicida. **(Casino G. 1999)**

Los pacientes suicidas no pueden ser considerados como una población homogénea, las personas que llevan a cabo el suicidio pueden diferenciarse de forma significativa de

aquellos que lo intentan y no lo consiguen, o de quienes lo idean; aunque los diagnósticos psiquiátricos específicos han sido asociados con el aumento del riesgo de la conducta autodestructiva, incluyendo la depresión severa, los trastornos bipolares, el abuso de alcohol, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad; se ha avanzado poco en la identificación de los aspectos comunes a estos grupos de pacientes. Los pacientes que manifiestan rasgos asociales, limitaciones, dependencia, pueden tener más riesgo de ejecutar la conducta suicida durante los episodios de depresión. (**Estruch. J. 1982**)

Junto con la depresión, el alcoholismo y el abuso de sustancias son los principales diagnósticos asociados al suicidio, es fundamental detectar y tratar estos desajustes para prevenir el suicidio, muchos estudios sugieren que la terapia cognitiva es útil para el tratamiento de éstos trastornos. (**Freemann A. Reinecke M,A. 1995**).

Según el estudio realizado por el sociólogo francés **Emile Durkheim**, en 1897, se propusieron estas tres categorías:

**Suicidio egoísta:** resulta de una incapacidad para integrarse con la sociedad, el fracaso en el mantenimiento de vínculos íntimo con la comunidad, suprime a la persona del apoyo que es necesario para el funcionamiento adaptativo; sin dicho apoyo es incapaz de funcionar de manera social, la persona se aísla y se enajena de las demás personas. El individualismo excesivo, tiene por resultado favorecer las causas suicidógenas. El hombre no puede vivir sino se consagra a un fin que le exceda y que le sobreviva, se dice que la vida no es tolerable, sino cuando vislumbra en ella alguna razón de ser, cuando tiene algún objeto que

valga la pena. En una palabra el estado de egoísmo se encuentra en contradicción con la naturaleza humana y por consiguiente, sería demasiado precario para tener probabilidades de durar. Este tipo de suicidio, bien merece el nombre que le hemos dado. El egoísmo no es un factor simplemente auxiliar; es una causa generadora. Si en ese caso, el lazo que liga al hombre y a la vida se afloja, es porque el nexo que le une a la sociedad se ha relegado.

**Suicidio altruista:** es motivado por el deseo de la persona de favorecer objetivos de grupos o lograr algún bien mayor, alguien puede renunciar a su vida por una causa más elevada (por ejemplo, un sacrificio religioso o una protesta política máxima). Las presiones de grupo pueden hacer a este acto, algo muy aceptable y honroso. Un ejemplo de éste tipo de suicidio se encuentra durante la segunda guerra mundial, los pilotos kamikaze japoneses dirigían de manera voluntaria sus aviones hasta chocar con los barcos enemigos por el "emperador y la gloria de Japón". Otros ejemplos que se pueden encontrar sobre éste tipo de suicidio es el de la auto inmolación de los monjes budistas durante la guerra de Vietnam y el camión bomba terrorista del cuartel de la marina del Líbano.

**Suicidio anómico:** resulta cuando la relación de una persona con la sociedad esta en desequilibrio de una manera dramática; cuando los horizontes de una persona son ampliados o reducidos de pronto por condiciones inestables, el individuo puede no ser capaz de manejar el cambio, afrontar la posición y puede elegir el suicidio como una salida. Los suicidios de personas que perdieron su riqueza personal durante la gran depresión o que se causaron la muerte después de ser liberados de los campos de concentración al terminar

la segunda guerra mundial. Son casos de este tipo de igual manera, una persona que de pronto y de forma inesperada adquiere una gran riqueza puede ser propensa al suicidio. Dentro de las características más frecuentes de éste tipo de suicidios se encuentran: La sociedad pierde la capacidad de regular las pasiones individuales, se da cuando un fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y un sentimiento de falta de significación de la vida, este tipo de personas se caracterizan por una falta de dirección y pérdida de la identidad. **(Durkheim E. 1998)**

Podemos dividir la conducta suicida en cuatro tipos generales: suicidas desesperados, histriónicos o impulsivos, sicóticos y racionales.

**Suicidas desesperados** el paciente mantiene la idea de que no existe esperanza de que mejoren las cosas y por lo tanto no anhele ninguna razón para seguir vivo. Para la mayoría de los individuos la opción del suicidio nunca llega a materializarse, para otros es una presencia poco frecuente y molesta, para otros aun es una compañía constante y persistente, aunque indeseada. Para un grupo reducido ésta es una opción que no sólo se ejecuta sino que puede dominar sus pensamientos y acciones durante los años anteriores o siguientes al intento de suicidio.

**Suicidas histriónicos** manifiestan una gran necesidad de excitación cuando éstos pacientes se sienten ansiosos, nerviosos, tensos o aburridos, a menudo actúan de formas distintas para autoestimularse como consumir drogas o alcohol en cantidades excesivas o correr en

coches y motos. El resultado neto puede llegar a ser el daño físico o incluso la pérdida de la vida; pudiendo usar el intento de suicidio como fuente de estimulación y excitación. Parte de los síntomas generales es que los intentos son extravagantes y pueden ser repetitivos; el terapeuta puede clasificarlos como manipulativos o motivados por la necesidad de atención.

**Suicidas sicóticos** tratan de suicidarse por efectos de alucinaciones impositivas o voces que reciben de ellas, debe enfrentar dos aspectos básicos: la fuerza para responder y la naturaleza de las voces. Fuerza para responder: El paciente con alucinaciones impositivas debe elaborar autoafirmaciones nuevas, por ejemplo; cuando las voces digan "no mereces vivir, deberías morir", el paciente debe negarse y contestar "quiero vivir, quiero vivir", con una forma confrontativa y oposicional. Naturaleza de las voces: el paciente identifica y disminuye la necesidad de la respuesta, junto con terapia farmacológica; esto es esencial para el suicida sicótico.

**Suicidas racionales** son individuos que han decidido morir con base a alguna consideración racional. Un modelo es el paciente enfermo de cáncer en fase terminal y con dolor intratable. El paciente sin esperanzas de mejorar su condición médica y con fuertes dolores tiene el derecho moral de suicidarse. Estos individuos rara vez solicitan una terapia para comentar su decisión (**Freemann A. Reinecke M,A. 1995**).

Existen dos tipos de **factores suicidógenos** que pueden influir dentro de un acto suicida, ellos son: *influencias propiocitárias y elementos psicopáticos*. Dentro de las influencias propiocitárias encontramos:

**Influencias físicas:** el estado atmosférico es capaz de influir sobre el comportamiento humano; tonalidad afectiva, emotividad e impulsividad.

**Influencia geodemográficas:** se observan variaciones de suicidios según las diferentes regiones. La frecuencia se eleva en los valles, ríos, a lo largo de las costas y disminuye en las montañas y bosques. Es más frecuente en las ciudades que en el campo.

**Influencias somáticas:** A medida que avanza la edad hay un mayor riesgo de suicidio alcanzando la máxima incidencia hacia la década de los sesentas, aunque hoy existe un enorme aumento entre los adolescentes y ciertos grupos universitarios. En cuanto al sexo los hombres presentan mayor número de suicidios consumados y las mujeres un mayor número de intentos.

**Influencias psicológicas:** no existen factores hereditarios responsables de la acción suicida, aunque sí interviene en la disposición o padecer ciertas enfermedades mentales. También las experiencias vividas como un acontecimiento penoso (luto, decepción, preocupación económica, rivalidad, etc.), puede desencadenar una conducta autodestructiva.

**Influencias sociales:** es mayor el número de suicidios entre los célibes que entre los casados, entre los casados sin hijos, que entre los casados con hijos, es menor en la estructura matrimonial que en la parte familiar. Los médicos, odontólogos y abogados presentan un mayor índice. En cuanto a la religión las tazas son más elevadas entre los

protestantes que entre los católicos, entre los católicos que entre los judíos. (**Pierre M. 1977**)

Dentro de los **factores psicopáticos** se encuentran:

Estados depresivos: entre ellos está la melancolía, que puede influir en el acto suicida.

Esquizofrenia: carácter raro, enigmático, ansioso, etc.

Delirios crónicos: están presentes en la reacción de la defensa de persecución, obediencia en lo alucinado, sacrificio en el místico, refugio en el hipocondríaco.

Estados confuso-oníricos: puede facilitar el acto suicida debido a la descarga de la ansiedad que implica el delirio onírico.

Demencias: es frecuente al inicio de estos casos.

Epilepsia: la conducta del suicida es uno de los aspectos más frecuentes; se encuentran en casi todas las formas.

Neurosis: este sujeto tiene un carácter eternamente ansioso, perennemente frustrado, siempre devaluado y reacciona con frecuencia impulsivamente. Debido a esto es posible observar una conducta suicida en todos los neuróticos.

Desequilibrados: están muy dispuestos al suicidio debido a su imposibilidad de adaptación al medio.

Toxicomanía: dentro de éste grupo se encuentran: alcohólicos y drogadictos.

Retraso Mental: es clásico el suicidio impulsivo o emocional del débil.

Afecciones del sistema nervioso central: vasculares, cancerosas, traumáticas o infecciosas; todas las anteriores pueden condicionar una conducta suicida. (**Piere M. 1977**)

Con **K. Menninger**, se pueden distinguir **tres elementos** en la idea de suicidio: el deseo de muerte, el deseo de matarse y el deseo de estar muerto.

*El deseo de muerte:* lo que busca el suicida en la muerte es ante todo tranquilidad, la anulación de tensiones, satisfacer el deseo de ser pasivo y dormir.

*El deseo de matarse:* este componente agresivo se manifiesta en los casos de suicidio pasional, donde la idea de dañar profundamente precede con frecuencia a la del suicidio. Es, igualmente el vuelco de la agresividad hacia sí mismo donde se sobreentiende la tendencia del depresivo quien, mediante su suicidio, alcanza incluso a agredir a su objetivo.

*El deseo de estar muerto:* da otro significado al suicidio, que se toma como un castigo que es necesario sufrir o como una auto penitencia y particularmente como una castración. Gira hacia el masoquismo y hacia la culpabilidad inconsciente, y hace intervenir el sadismo del súper yo. **(Menninger K. 1915)**

Según el tratamiento del suicidio, la **terapia cognitiva**, es un modelo de psicoterapia de tiempo limitado, activa, directiva, colaboradora, psicoeducacional y dinámica; elaborada para el tratamiento de la depresión y teóricamente válida para el tratamiento de la indefensión y la tendencia al suicidio que con frecuencia se relacionan con la depresión. Comprender los problemas de los individuos suicidas en los términos de la tríada cognitiva, la perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro permite organizar el tratamiento y preparar la estructura de la terapia. De ésta teoría se ha derivado una muestra de técnicas terapéuticas y se ha comprobado útil para proporcionar a los pacientes suicidas la sensación de esperanza y un medio para elaborar soluciones alternativas a sus dificultades. **(Otte J. 1971)**

Dentro del modelo el paciente y el terapeuta trabajan juntos en el examen de los factores cognitivos, afectivos, ambientales e interpersonales que contribuyen a las crisis suicidas y también a la resolución de los aspectos y pensamientos subyacentes que colocan al individuo en riesgo de futuro suicidio. Los individuos depresivos tienden a verse a sí mismos, sus experiencias cotidianas, el mundo y su futuro de una forma indebidamente negativa, se perciben a sí mismos como carentes de las habilidades requeridas para lograr la sensación de felicidad o satisfacción de la vida (**Freemann A. Reinecke M,A. 1995**).

Este es un estudio realizado (**Nature Medicine, enero 1998**) mediante las investigaciones recientes que vinculan los circuitos de serotonina con el comportamiento suicida.

El comportamiento suicida comprende un espectro amplio y complejo de las posibilidades, que incluye desde la ideación suicida en la cual el paciente imagina que se quita la vida, pero no pone en práctica tales ideas, hasta el suicidio como tal. En el punto intermedio se encuentran los intentos suicidas, que poseen grados diversos de severidad, oscilando entre un acto altamente letal con pocas posibilidades de sobrevivir, hasta una acción de baja letalidad, donde es poco probable que ocurra un desenlace fatal.

El suicidio ocurre como complicación de varias entidades psiquiátricas. Se produce en 15% de pacientes con depresión, en 18% de alcohólicos, 20% de las personas con trastorno afectivo bipolar (maníaco-depresivos), 10% de los individuos con esquizofrenia y 5% a 10% de los sujetos con diversos desórdenes de personalidad. Según las pruebas

experimentales obtenidas hasta el momento, tales pacientes presentan disfunción de los circuitos cerebrales de serotonina y noradrenalina. La síntesis y liberación presináptica de serotonina está severamente disminuida. Esto representa un intento de la célula por compensar la carencia sináptica del neurotransmisor. El sistema serotoninérgico implicado comprende neuronas localizadas en el núcleo de rafé dorsal, que envían proyecciones ascendentes hacia la región ventral de la corteza prefrontal. Esta zona del cerebro tiene como función inhibir los comportamientos socialmente indeseados, incluyendo la agresividad hacia sí mismo o hacia otras personas. Las lesiones en esta parte del cerebro generan una conducta desinhibida, que incluye impulsividad y actos violentos. Los efectos sinápticos en el circuito de serotonina producen un efecto similar, que puede reflejarse en intentos suicidas o agresión hacia los demás.

Otro subgrupo de pacientes suicidas tienen como antecedentes del haber estado sometidos a estrés psicológico durante largos períodos. Las situaciones más comunes suelen ser la pérdida de un ser querido, una enfermedad crónica incapacitante o problemas económicos. Al parecer, en tales circunstancias, existe hiperactividad sostenida a nivel de las sinápsis noradrenérgicas. Los profesionales de la salud deben estar preparados para enfrentarse a un paciente potencialmente suicida. Dos terceras partes de los sujetos que fallecen por esta causa han asistido previamente a una consulta médica y muchos individuos habrían podido ser salvados si el profesional que los atendió hubiera detectado el problema e instaurado las medidas apropiadas. Más de 90% de las personas que cometen suicidio tienen una enfermedad psiquiátrica subyacente, constituyendo de esa manera el principal factor de

riesgo identificado hasta el momento. Las entidades que están más relacionadas con tal fenómeno son depresión (responsable del 60% de los casos), trastorno afectivo bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, ansiedad y ciertos trastornos de la personalidad. **(Winokur. Clayton. Reich. 1969)**

Legalmente se define el suicidio como un proceso más o menos dilatado de autosugestión simple, de auto y heterosugestión o de franca enfermedad mental que, de todos modos implica la sujeción o eclipse de ese instinto y su suplantación, el suicidio potencial tiene que prepararse psicológicamente sólo o con ayuda ajena hasta llegar a la convicción agigantando desmesuradamente el valor de los estímulos suicidas de que la única solución posible al conflicto planteado es la supresión de la vida. **(Reyes A. 1976)**

Muchas veces el suicida siente la necesidad de explicar su determinación en la que aparece más o menos evidente la convicción de que su muerte es la única vía para la solución del conflicto y la de que, en últimas, la muerte no es más que uno de los extremos de la disyuntiva, vivir o morir. Generalmente el suicidio tiene una directa motivación afectiva (amor no correspondido-infidelidad del ser amado, oposición tenaz e irreversible a las relaciones amorosas), aunque en ocasiones pueden darse causas de naturaleza económica, familiar o biológicas. **(Kaiser G. 1978)**

Es un ataque contra la propia vida del que lo comete, no contra una vida ajena. Constituye una conducta no delictiva. Impunidad no equivale a licitud, sino a la falta de tipicidad,

porque el estado protege la vida humana con independencia de la voluntad de vivir o de morir que tenga el ser vivo. La impunidad del suicidio tiene por consecuencia que son impunes también los actos del que intenta quitarse la vida y no la consigue.

El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor; si se le prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será castigado con la pena de reclusión menor. Este precepto del código lo lleva a la categoría de delito independiente y legislador lo ha querido así, para que la impunidad del suicidio no beneficie a personas distintas del suicida. **(Gonzalez Alvaro J. 1998)**

Dentro del suicidio sobresalen tres figuras:

**Inducción al suicidio:** concepto: inducir al suicidio equivale a determinar a otra persona a que se suicide. Se supone que el suicida no hubiera tomado tal fatal resolución, de darse muerte sino hubiera mediado la intervención del inductor. La inducción ha de ser directa y eficaz, requiere que el individuo lleve a cabo su propósito, pues la inducción no seguida de suicidio es impune. Los medios a través de los cuales se consiguen hacer surgir la resolución de suicidarse en otra persona pueden ser psíquicos o físicos. La coacción más brutal, malos tratos físicos o morales, pueden hacer nacer la voluntad de morir.

**Auxilio de suicidio:** concepto: significa la cooperación al suicidio de otra persona, aquí se comprende tanto el llamado auxilio necesario como el no necesario. Puede cometerse lo mismo procurando los medios para cometer el suicidio que ayudando materialmente a su ejecución o proporcionando consejos.

Homicidio-suicidio: concepto: el que lleva su auxilio al suicidio hasta el punto de darle muerte, comete desde el punto de vista un homicidio con el consentimiento de la víctima, puesto que da muerte al otro y se consiente. Como el móvil suele ser la piedad, se denomina también "homicidio piadoso" u "homicidio por compasión". El "encubrimiento" de un suicidio o de una "tentativa" de suicidio es impune **(Reyes A.1976)**

En la legislación colombiana el suicidio no es ni ha sido considerado como delito. Por esta circunstancia se hizo necesario erigir como tipo sui generis el delito de "inducción o ayuda al suicidio"; en efecto, no siendo el suicidio delito, la inducción y la ayuda para cometerlo no pueden ser punibles mediante la figura de coparticipación. Para que se pueda hablar de cómplice o de coautor se requiere que este concurra a la realización de un hecho delictivo ya sea colaborando o determinando a otro para realizarlo.

En el código penal de 1936 (art. 367) sólo se contempló como conducta punible la inducción al suicidio en los siguientes términos: "el que eficazmente induzca a otro al suicidio, estará sujeto a la pena de tres meses a dos años de arresto". La fórmula fue inicialmente presentada a la comisión redactora por el Doctor Rafael Escallón. Incluía, además de la inducción como forma de conducta, la de presta ayuda al suicidio para la ejecución del hecho, pero inexplicablemente este aspecto quedó fuera de la disposición. Durante la discusión que llevaría a la redacción del artículo, se llegó a plantear la posibilidad de dejar impune a quien coayuda o participa en el suicidio de otro, a lo cual se opuso el comisionado Carlos Lozano diciendo que se podría conceder el perdón judicial

pero no la impunidad absoluta. Ya para el legislador de 1980 estará claramente en juego la consideración de que la vida es un bien absolutamente indisponible.

Con la reforma sufrida por dicho artículo en el nuevo código penal no hay lugar a discusión alguna, por cuanto al artículo 327 prevee como conducta delictiva tanto la inducción como la ayuda: “el que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos a seis años”; de esta manera se tipificó como un delito de conducta alternativa al incluirse, la modalidad de ayuda prestada al suicida para la realización del hecho. Por tanto sea que se induzca, sea que se ayude, hay adecuación típica al artículo 327 del código penal. **(León Guarín L., 1985)**

El siguiente es un estudio realizado por **Roger E. Alexander, D.D.S.** publicado en **Journal of the American Dental Association, Julio 2001** y se titula **El estrés relacionado con el suicidio de odontólogos y de otros trabajadores de la salud, ¿hechos o folklore?**, que dice:

Los medios repetidamente representan a los odontólogos y otros profesionales de la salud como personas de alto riesgo de cometer suicidio. Mientras éste mensaje a veces se acepta sin cuestionarse hay pocos datos confiables que verifiquen dichos riesgos. El autor encontró evidencia válida de que los odontólogos son más propensos al suicidio que en la población en general, además algunos datos sugieren que las mujeres odontólogas pueden ser más vulnerables. Estudios a gran escala son necesarios antes de formular conclusiones firmes. El estudio del autor muestra que los estudiantes de odontología generalmente reciben

alguna educación en el manejo de estrés, pero muchos higienistas dentales y estudiantes graduados no la tienen.

Dentro de las implicaciones clínicas, datos confiables en estrés y en su impacto en la incidencia de suicidio son inconclusas y vagas. La profesión necesita identificar las causas del suicidio relacionadas con el estrés y dar asistencia aquellas personas que están afectadas por éste. La práctica dental puede ser estresante algunas veces, el estrés puede ser el factor que contribuye significativamente al suicidio. Las siguientes pueden ser consecuencia que lleven a una persona al suicidio: la incidencia de divorcio y alcoholismo son factores significativos de suicidios de los odontólogos. Los profesionales del cuidado de la salud tienden a atraer personas que son inherentemente más vulnerables a las personas suicidas.

En 1984 un magazín dental nacional, estudió una muestra al azar de 2500 odontólogos con un 4.7% de tasa de respuesta; los resultados mostraron que el 6.7% de las respuestas de ellos admitieron que consideraron el suicidio en algún punto de sus carreras, mientras el 16.1% definieron que la odontología es "extremadamente estresante".

El último reporte de la ADA mostró datos de la nación entera en la mortalidad de odontólogos. El promedio de edad de muerte para los odontólogos con "personalidad mental psiconeurótica y desórdenes de personalidad" durante éste período.

Los pocos estudios estadísticos que están disponibles en tendencias del suicidio en trabajadores de la salud, están llenos de problemas (deficiencias en las bases de datos del suicidio): la mayoría de datos publicados involucran a hombres blancos en un ambiente de práctica diferente a la que experimenta hoy en día, muchos estudios están basados en muestras pequeñas, regionales que pueden conducir a prejuicios estadísticos y pueden no ser representativos de la profesión como en un todo en un artículo como por ejemplo todos los odontólogos estudiados están sometidos a tratamiento psiquiátrico como pacientes internos.

El suicidio tiende a ser menos reportado porque tiene un estigma asociados a vergüenza, implicaciones religiosas. Muchas familias o agencias de reportes pueden no identificar un suicidio como tal y la verdadera causa de la muerte puede quedar cubierta por otros diagnósticos o sugerida como accidental.

Datos de odontólogos retirados e inactivos pueden ser incluidos, dejando las distorsiones de los datos relativos a aquellos que están actualmente en práctica. Pueden haber prácticas profesionales que cambien todo el tiempo y los datos reportados de estudios anteriores pueden llegar a ser artefactos estadísticos en estudios posteriores.

En 1977 el departamento de investigación económica y estadística de la A.D.A. (ahora centro de estudio) evaluó los datos de investigación disponibles (en oposición a las revisiones subjetivas de artículos) e intentó determinar a qué se debían las condiciones

atípicas únicas que hay en la odontología que permiten el suicidio, y si las encontraban de qué se extienden. No han sido encontrados datos que sugieran tasas de muerte excesivas por exposición a riesgos ocupacionales, como el mercurio, etc. En efecto éste departamento encontró muy poca información sobre algunas causas posibles de suicidio. La A.D.A. no tiene ningún programa formal para recolectar y analizar datos relacionados de suicidios o intentos de éste.

Algunos autores sugieren que estresores comunes en la vida profesional del odontólogo sirven como factores potenciales de riesgo para el suicidio. Muchos de estos estresores aparecen como hechos subjetivos, no como hechos objetivos.

Aunque la profesión esta cambiando, muchos odontólogos todavía trabajan en relativo aislamiento, sin interacciones cercanas y éste es un presunto factor para estrés, suicidio o ambos. Ha sido considerado que muchos rasgos de personalidad que caracterizan a un buen odontólogo también pueden predisponerlos a la depresión. Los odontólogos presuntamente son "perfeccionistas", quienes llegan a estar frustrados cuando las cosas no quedan perfectas y están frustrados con la pérdida de motivación de los pacientes para perseguir metas idealistas en el tratamiento.

Los autores han especulado que la inhalación de vapores de mercurio puede causar envenenamiento y por consiguiente conducir a depresión, irritabilidad, insomnio y finalmente el suicidio. Esta teoría no ha sido publicada y no hay datos científicos que lo

comprueben. Desde que los estresores de la práctica dental no tienen posibilidades de desaparecer y analizar lo que dicen los odontólogos, para enfrentar el estrés se vuelven relevantes. **(Alexander R,E. 2001)**

Un estudio realizado por el presidente del colegio de psiquiatras de Yucatán, **Manuel Ruiz Mendoza**, refiere que el contacto permanente con el sufrimiento humano, la impotencia experimentada frente a estas situaciones son eventos a los cuales están particularmente expuestos el personal de la salud, cuando se presentan de manera reiterada constituye una carga emocional que puede exceder la capacidad personal y desembocar en el “síndrome de agotamiento”. Recientemente se ha hecho alusión a este fenómeno cuyas características son: cansancio y disminución de los recursos emocionales; desarrollo de las actividades negativas hacia los compañeros de trabajo y una desvalorización de los éxitos personales. Otras manifestaciones de este tipo de estrés pueden ser la sensación de agotamiento físico, malestar persistente, dolor de cabeza constante, insomnio, alteraciones gastrointestinales, cambios emocionales y de conducta como irritabilidad, frustración, rigidez e inflexibilidad ante los asuntos de trabajo, aumento en el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas y relaciones conyugales familiares conflictivas. Por esto es conveniente la identificación oportuna de las fuentes de tensión generadoras de ansiedad en relación al trabajo y su adecuada atención y tratamiento, tanto de manera grupal como individual, y la búsqueda de un ambiente que permitan un sano desempeño de las actividades del humano en su trabajo. La atención y el tratamiento oportuno de estas condiciones tiene un claro efecto de

prevención de trastornos tanto físicos como psicopatológicos más graves. (Ruiz Mendoza.M. 1999).

## **OBJETIVOS**

### 1.5.1. General.

Identificar suicidios e intentos de suicidios en odontología identificados a través de encuestas realizadas en las facultades de odontología de Bogotá D.C. 2002.

### 1.5.2. Específicos.

Establecer los aspectos socio-demográficos de los odontólogos o estudiantes de odontología con tendencia suicida.

Identificar las posibles causas que llevan al comportamiento suicida

Identificar los mecanismos de suicidio utilizados.

## 2. METODO

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo.

### 2.2. UNIVERSO.

Estudiantes de pregrado, posgrado y docentes de odontología, de las facultades de Bogotá D.C. en el año 2002.

UNIVERSIDAD	ESTUDIANTES	ESTUDIANTE	DOCENTES	TOTAL
	PREGRADO	POSGRADO		
Fundación Universitaria San Martín	834	130	115	1.079
Pontificia Universidad Javeriana	374	171	200	745
Universidad El Bosque	415	102	120	637
Colegio Odontológico Colombiano	1.370	55	110	1.535
Universidad Nacional de Colombia	730	10	218	958
<b>TOTAL</b>	<b>3.723</b>	<b>468</b>	<b>763</b>	<b>4954</b>

### 2.3. MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas, donde el comportamiento de distribución porcentual se diseño de acuerdo a tres categorías: estudiantes de pregrado, estudiantes de posgrado y docentes de las facultades de odontología de Bogotá D.C 2002

UNIVERSIDAD	ESTUDIANTE	ESTUDIANTE	DOCENTES	TOTAL
	S PREGRADO	POSGRADO		
Fundación Universitaria San Martín	49	8	7	64
Pontificia Universidad Javeriana	32	14	17	63
Universidad El Bosque	40	10	12	62
Colegio Odontológico Colombiano	58	2	5	65
Universidad Nacional de Colombia	49	1	15	65
<b>TOTAL</b>	<b>228</b>	<b>35</b>	<b>56</b>	<b>319</b>

## 2.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

### 2.4.1. Aspectos Sociodemográficos:

Edad: años cumplidos.

Género: masculino y femenino.

Estado civil: soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo y otros.

Nivel educativo: estudiante, profesional, especialista.

Area: rural o urbana

Universidad de egreso: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia, Fundación Universitaria San Martín, Colegio Odontológico Colombiano, Universidad El Bosque.

### 2.4.2. Posibles Causas

Factores sociales: laboral, lugar de residencia.

Factores personales: alcohol, drogas, empleo, separación y divorcio, presiones académicas.

Factores estresantes: depresión, ansiedad, desesperanza, angustia, esquizofrenia.

### 2.4.3. Mecanismos del Suicidio

Arma blanca (cuchillo, navaja, tijeras)

Proyectil arma de fuego (PAF, fusil, pistola, explosivo)

Quemadura (incineración, cremación)

Precipitación (caída desde una roca, ventana, balcón)

Asfixia (ahorcamiento, estrangulamiento, sofocación, sumergimiento)

Envenenamiento (arsénico, mercurio, pintura, yoda, alcohol, asfixia, plomo y gasolina)

## 2.5. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para este efecto se diseño una encuesta estructurada y aplicada de manera directa con un contenido de diez preguntas con respuesta de tipo dicotómico y politómico. (ANEXO 1)

## 2.6. PROCEDIMIENTO

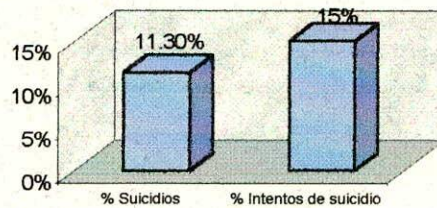
Se elaboro cartas dirigidas a los decanos de las diferentes facultades de odontología de Bogotá, D.C., con el fin de obtener el número de estudiantes de pregrado, posgrado y docentes. Información necesaria para realizar la muestra de cada facultad.

Posteriormente se realizo nuevas cartas para obtener el permiso de entrada y de esta manera efectuar las encuestas que constituyen el medio de recolección de datos y de esta manera elaborar el trabajo de grado.

## RESULTADOS

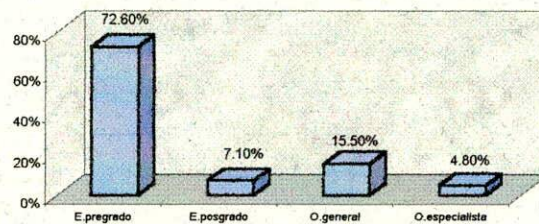
Para la evaluación de suicidios e intentos de suicidios la muestra de estudio, en general manifestó conocer personas suicidas, vinculadas a la odontología en 36 casos (11.3%) y en 48 casos (15.0%) de personas con intento de suicidios. (Gráfica 1).

Gráfica 1. Suicidios e Intentos de Suicidios



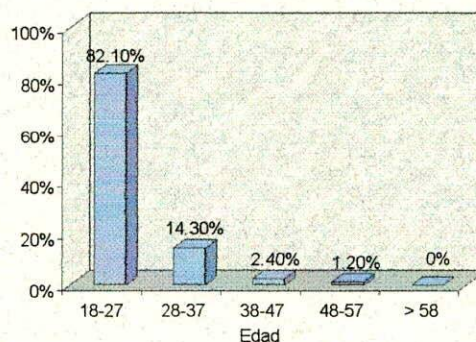
El mayor número lo presentaron los estudiantes de odontología de pregrado con 61 casos (72.6%), seguido de los odontólogos generales en 13 casos (15.5%), estudiantes de posgrado con 6 casos (7.1%) y por último los odontólogos especialistas con 4 casos (4.8%). (Gráfica 2).

Gráfica 2. Categorías



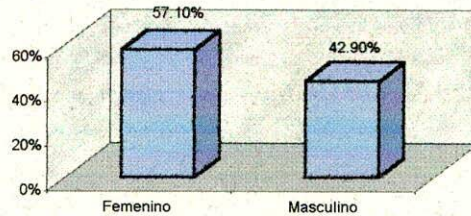
El grupo de edad en que se presentó mayor número de suicidios e intentos de suicidios fue el de 18 a 27 años con 69 casos (82.1%) y seguido por el de 28 - 37 años con 12 casos (14.3%), posteriormente el de 38 - 47 años con 2 casos (2.4%), luego el de 48 - 57 con 1 caso (1.2%), en el grupo de mayores de 58 años no se presentó ningún caso. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Rango de Edad



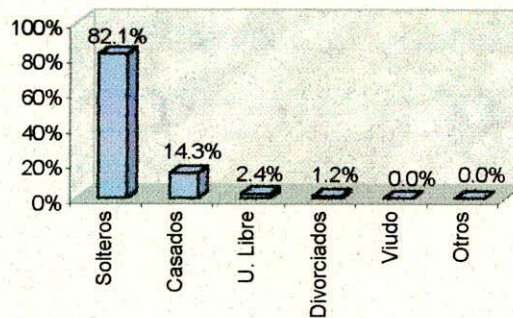
El género en que se reportó un mayor número de intentos de suicidios fue el femenino con 48 casos (57.1%), y para el género masculino 36 casos (42.9%). (Gráfica 4)

Gráfica 4. Género



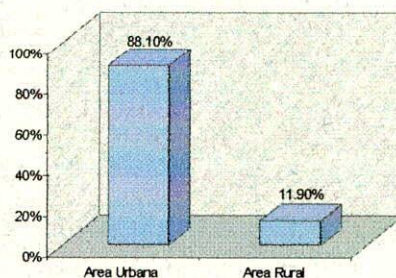
Dentro del estado civil las personas solteras presentaron mayor número de suicidios e intentos de suicidios con 67 casos (79.8%), las personas casadas con 11 casos (13.1%), las personas en unión libre con 5 casos (6.0%), los divorciados 1 caso (1.2%), y dentro de los viudos no se encontró ningún caso. (Gráfica 5)

Gráfica 5. Estado civil

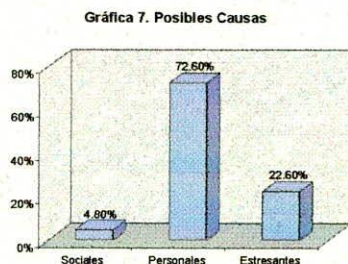


Respecto al área, la urbana fue donde se reportó el más alto número de suicidios e intentos de suicidios con 74 casos (88.1%), y en el área rural se presentaron 10 casos (11.9%). (Gráfica 6)

Gráfica 6. Área de Residencia

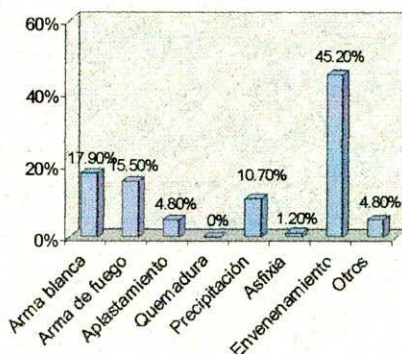


Como posible causa de los suicidios e intentos de suicidios los factores personales presentaron 61 casos (72.6%), factores estresantes 19 casos (22.6%) y factores sociales 4 casos (4.8%).  
(Gráfica 7) .



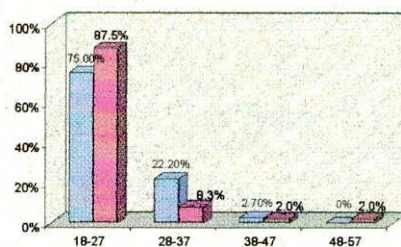
Entre los mecanismos de suicidios e intentos de suicidios el envenenamiento fue el método más empleado con 38 casos (45.2%), seguido por el arma blanca con 15 casos (17.9%), arma de fuego 13 casos (15.5%), precipitación 9 casos (10.7%), aplastamiento 4 casos (4.8%), otros 4 casos (4.8%), asfixia 1 caso (1.2%) y quemaduras ningún caso. (Gráfica 8)

**Gráfica 8. Mecanismo de Suicidio**



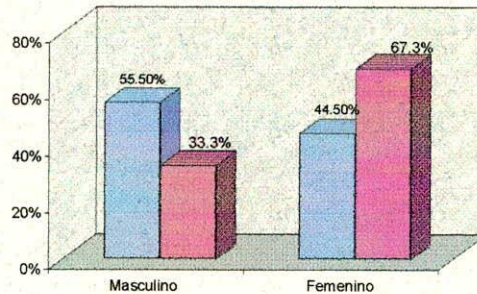
Respecto a la distribución de la población según la edad y los intentos de suicidio, el mayor número se ubicó en el rango de 18-27 años con un número de 42 intentos para un 87.5% y para suicidios el rango de edad fue también entre 18-27 años con un número de 27 suicidios para un 75%. (gráfica 9)

**Gráfica 9. Suicidios e Intentos Vs. Edad**



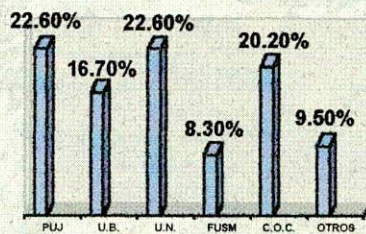
Para los intentos de suicidio según el género, el femenino fue el más alto con 32 intentos para un 67.3% y para suicidios el género masculino con el mas alto número, 20 casos para un 55.5%. (gráfica 10)

**Gráfica 10. Suicidios e Intentos Vs. Género**



Según la Universidad de egreso donde se referenció conocer el más alto número de suicidios e intentos de suicidios fue en la Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Nacional con 19 casos para un 22.6%, seguido por Colegio Odontológico Colombiano con 17 casos (20.2%), Universidad del Bosque con 14 casos (16.7%), Fundación Universitaria San Martín con 7 casos (8.3 %) y otras Universidades 8 casos (9.5%) (gráfica No. 11)

**Gráfica 11. Suicidios e intentos de suicidios / Universidades**



## DISCUSIÓN

La recopilación de literatura desde 1968 a 1996 arroja datos interesantes relacionados con el tema tratado "Suicidios e intentos de suicidios en odontólogos", si bien el seguimiento no ha sido secuencial en el tiempo, si ha sido posible determinar que existen intentos de suicidios y suicidios llevados a término en el área de la salud oral.

Es importante resaltar que los datos tomados no son sino acercamientos al problema, por cuanto en Colombia no existen datos, ni estudios relacionados como los que existen en otros países.

La encuesta de este estudio arrojó que el grupo étnico dentro del cual ocurrió el mayor número de suicidios e intentos de suicidios comprendido entre los 18-27 años de edad, dato que se relaciona con el hecho de que fueron los estudiantes de pregrado los que mostraron el más alto porcentaje. Esto confirma lo que dicen los estudios a nivel mundial que el suicidio es mas alto en poblaciones estudiantiles.

Cuando se evaluó el género se encontró que el número de suicidios llevado a termino es más alto en hombres mientras que los intentos son más comunes entre las mujeres. Parece ser que las mujeres son mas susceptibles a las neurosis y los hombres a la psicosis.

El mecanismo empleado pudo dilucidarse claramente, la encuesta anota que las formas más comunes para intentar suicidarse han sido envenenamiento porque este tipo de sustancias son de mas fácil acceso puesto que en Colombia son de venta libre.

Así mismo el hallazgo del mayor número de suicidios en el área urbana con respecto al área rural parece estar relacionado con la mayor concentración de centros educativos y el alto nivel de stress.

Si bien no fue posible precisar con exactitud muchos de los factores relacionados con suicidios, entre las causas posibles sólo lograron ubicarse los factores personales y los aspectos estresantes, pero los estresores varia de acuerdo a los factores sociales, problemas académicos y/o laborales y éste último puede relacionarse con la recesión económica que vive el país y que puede afectar el estado mental de cada persona con mayor o menor intensidad.

Ahora bien se tendría que hacer un estudio pormenorizado en cada una de las facultades; pero se sabe que no se tiene un manejo adecuado del estrés en los centros educativos y también será erróneo pensar que los problemas del país no influyen en la depresión; por lo tanto sería importante tomar medidas preventivas entre los estudiantes de pregrado. Para ello podría involucrarse dentro del pensum académico actividades diferentes como deportivas, culturales con un enfoque psicoterapéutico que permita identificar y tratar los casos de riesgo.

## CONCLUSIONES

Los suicidios e intentos de suicidios se presentaron en un porcentaje bajo.

El nivel de educación más afectado fue el de pregrado.

La universidad que reportó el número mayor de suicidios e intentos de suicidios fue la Pontificia Universidad Javeriana al igual que la Universidad Nacional de Colombia.

El rango de edad, con mayor número de suicidios e intentos de suicidio fue el comprendido entre 18 y 27 años de edad.

El género que reportó el mayor número de intentos de suicidio fue el femenino y de suicidios fue el masculino.

Las personas solteras presentaron el mayor número de suicidios e intento de suicidio.

El área urbana reportó el mayor número de casos afectados.

La posible causa que más se presenta fue la relacionada con los factores personales.

El mecanismo de suicidio más empleado fue el envenenamiento.

## **RECOMENDACIONES**

Los investigadores recomiendan:

Realizar una investigación para determinar los factores condicionantes del suicidio en los estudiantes de pregrado del Colegio Odontológico Colombiano.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexander R.E.** Journal of the American Dental Association, Julio 2001. "stress- related suicide by dentist and other health care worker" ¿fact or folklore?
- Betancur M. C.** Mañana será otro día, Ed BHS, Bogotá 8 edición, mayo, 1996.
- Bustamante J.** Neuroanatomía funcional, librería médica Celsus, 1994.
- Casino G.** La depresión se perfila como el segundo problema en el mundo en la calidad de vida. Barcelona 1999.
- Colemann J.** Enfermedades psicosomáticas: un vínculo entre la medicina y la psicología. 1998
- Durkheim E.** El suicidio, ediciones Akal, Madrid (España), 1998.
- Estruch J.** Los suicidios, ediciones Barcelona, Editorial Herder. 1982.
- Freemann A, Reinecke M.A.** Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida, Editorial desclee de Brouwer S.A: Bilbao (España) 1995.
- González Alvaro J.** Diccionario jurídico Espasa, Editorial Espasa calpe S.A. Madrid (España), 1998.
- Kaiser G.** Estudio de psicología criminal, Espasa Calpe S.A. Madrid (España), 1978.
- Leon Guarin L.** Suicidio y alineación, Editorial Bucaramanga, Biblioteca Gabriel Turbay. 1985.
- Menninger K.** Suicidio, Editorial Salvat. 1963.
- Nature Medicine,** visión neurobiológica del suicidio Enero 1998.
- O.M.S,** Depresión y suicidio. 1990.

- Otte J.** El gran libro de la salud; Editorial Reater's Digest, México S.A. 1971.
- Pierre M.** El suicidio, 1977.
- Polidinger W.** La tendencia al suicidio, estudio médico-psicológico y médico-sociológico, Editorial Madrid, Ediciones Morata. 1969.
- Reyes A.** Criminología. Editorial Artes gráficas centro don Bosco, Bogotá 1976.
- Rojas E.** Estudios sobre el suicidio, Editorial Salvat, Barcelona (España) 1978.
- Ruiz Mendoza M.** Síndrome de agotamiento en el personal de la salud O.M.S. Junio 1999.
- Santos H.** Guía familiar para vivir mejor. El Tiempo. Colombia 1991.
- Sosa J.M.** Ansiedad y sus repercusiones en el trabajo. Roche Julio 1999.
- Sue D. y Col.** Comportamiento anormal. Editorial Mc Graw Hill 4 ed, México 1996.
- Tizón J.** Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona, Editores Doyma S.A., 1998.
- Winokur, Clayton y Reich.** Factores bioquímicos y genéticos. American Psychiatric Association 1969.

## **DIRECCIONES ELECTRONICAS**

[www.encarta.2000.com.co](http://www.encarta.2000.com.co)

[www.medyred.com/reportajes/suicidio/index.htm](http://www.medyred.com/reportajes/suicidio/index.htm)

[www.ada.org/pros/pvs/jada/jada-pol.html](http://www.ada.org/pros/pvs/jada/jada-pol.html)

[www.google.com](http://www.google.com)

[www.census.gov/prod/www/index00s.htm](http://www.census.gov/prod/www/index00s.htm)

<http://pcedev23.ingenta.com/content/temprales/el/el-issue.htm>

## **DIRECCIONES ELECTRONICAS INVESTIGADORES**

LuzAdrianaOcampoRojas/  
[luzacroc@yahoo.com](mailto:luzacroc@yahoo.com)

Gina Maria Mejia Osorio/  
[ginmejia@yahoo.com](mailto:ginmejia@yahoo.com)