

Guía de Estudio V

SUICIDIO

TABLA DE CONTENIDO

1. **INTRODUCCIÓN**
2. **OBJETIVOS**
 - 2.1 GENERAL
 - 2.2 ESPECIFICOS
3. **EL SUICIDIO**
 - 3.1 Generalidades
 - 3.2 Definiciones y clasificación.
4. **ETAPAS DEL SUICIDIO**
5. **VÍNCULOS ENTRE DEPRESIÓN, IDEAS SUICIDAS E INTENTOS DE SUICIDIO.**
6. **RELACIÓN ENTRE LAS IDEAS DE SUICIDIO, PLAN SUICIDA Y EL INTENTO DE SUICIDIO.**
7. **MANIFESTACIONES CLINICAS.**
 - 7.1 IDEACION SUICIDA.
 - 7.1.1 Psicopatología asociada.
 - 7.2 INTENTO DE SUICIDIO
 - 7.2.1 Parasuicidio y gesto suicida.
 - 7.2.2 Desencadenantes
 - 7.2.3 Trastornos Psiquiátricos.
 - 7.2.4 Factores familiares
 - 7.3 SUICIDIO CONSUMADO
8. **IDENTIFICACION DEL RIESGO SUICIDA**
9. **EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA**
 - 9.1 La entrevista
 - 9.2 Valoración factores de riesgos
 - 9.3 Valoración factores protectores
 - 9.4 Como manejar un suicida?
 - 9.4.1 Bajo Riesgo Suicida
 - 9.4.2 Mediano Riesgo Suicida
 - 9.4.3 Perfil alto riesgo suicida
 - 9.5 Presencia de pródromos depresivos
 - 9.6 Explorar la presencia de ideación suicida
 - 9.7 Intervención del riesgo suicida
10. **ACTIVIDADES**
11. **LECTURAS COMPLEMENTARIAS**
12. **BIBLIOGRAFIA**

1. INTRODUCCIÓN

La finalidad de esta Guía de estudio es dar a conocer la temática del suicidio desde diferentes perspectivas e incluye la prevención en la familia, la educación, las instituciones y la sociedad en general.

Luego nos preguntamos: ¿Qué es el suicidio? La definición es matarse a si mismo (sui=si mismo; cidio=matarse), auto eliminarse, volcando toda la agresión contra sí mismo y así llegar a la muerte. Muchas religiones lo consideran un pecado, y en algunas jurisprudencias aún se juzga como un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, o dolorosas en extremo.

Miles de años atrás los egipcios y los sumerios, luego los griegos y los romanos, presentaron nueve preposiciones para determinar la causalidad de los hechos. Entre las primeras preposiciones están el qué, por qué y para qué. Dentro de la temática de esta guía está qué es el suicidio, por qué se presenta, y el para qué se suicida el sujeto y el por qué escudriñamos en este campo tan confuso y a veces incógnito. La respuesta a esta última pregunta es obvia: requerimos conocer para evitar en este caso la muerte. Una vez resueltas estas tres preguntas, vienen otras que se refieren a quién, cómo y cuándo ocurre el suicidio; dentro de la respuesta, pueden surgir medios de prevención; así mismo ocurre con las últimas preguntas: ¿cuántos son los suicidas?, ¿cuáles son? y ¿en dónde se suicidan? Todas estas respuestas nos las pueden resolver la investigación y en especial las estadísticas que nos llevan a conocer al sujeto en su esencia, pertenencia, individualidad, y en su relación con el drama que lo lleva al suicidio.

A través de los tiempos se han conocido los múltiples factores que llevan al acto suicida, y es así como hoy en día existe una concepción multidisciplinaria de esta patología que para algunos no necesariamente lo es, puesto que el hombre lógicamente justifica el morir por amor, por dignidad, por creencia, por la “libertad” o el sacrificio por la humanidad.

Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION -PREVENCIÓN DEL SUICIDIO); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL.

El siguiente modulo tiene como fin plantear el tema del suicidio desde una mirada más global en cuanto a su definición, clasificación, factores múltiples que llevan al acto suicida, definición del riesgo suicida, manejo y la necesidad de focalizar el que hacer en la prevención.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir conceptos básicos sobre el suicidio y su clasificación, dando respuesta a interrogantes como: que es el suicidio, porque se presenta y para que requerimos conocer a fondo este tema.
- Identificar las etapas y los múltiples factores que llevan al acto suicida y con ello establecer políticas de prevención.
- Dar a conocer la depresión como el primer factor estructural del suicidio e importante desencadenante de la problemática actual del suicidio y que requiere una oportuna intervención.
- Adquirir los conocimientos, las habilidades y las herramientas necesarias, en el tema del suicidio, por parte de todos los profesionales de la salud, evitando las situaciones de riesgo, actuando adecuadamente cuando alguna se presenten y con ello fortaleciendo el proceso de atención primaria en salud mental.

3. EL SUICIDIO

3.1 GENERALIDADES

El suicidio es definido como la muerte auto-infligida intencionadamente. Es “el acto consiente de aniquilación auto inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas”.

El suicidio no debe ser considerado como un acto realizado al azar o sin sentido, ya que al contrario, es para la persona que lo comete la salida a un problema o una crisis que le causa intenso sufrimiento. Se asocia a frustración o necesidades insatisfechas, sentimientos de desesperación y desamparo, conflictos ambivalentes entre la supervivencia y una tensión insoportable, una disminución de las alternativas, y una necesidad de escapar.



SUICIDIO: DEFINICIONES, CLASIFICACIÓN

1. IDEACIÓN SUICIDA

Manifestación consciente sobre pensar o desear morir a veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo pero parecen tener poca posibilidad de éxito. Este tipo de mensajes no deben ser pasados por alto, son peticiones de ayuda que requieren una cuidadosa evaluación y un tratamiento encaminado a aliviar el sufrimiento.

2. AMENAZA SUICIDA

Expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos consiente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Es muy riesgoso creer que lo que se anuncia no será concretado.

3. PLAN SUICIDA

Proyecto concreto, que incluye: Cómo (Con qué medio), Cuándo y Dónde realizarlo; Es un elemento de enorme peligrosidad.

4. CRISIS SUICIDA

Crisis aguda en la que se vivencia que la muerte, lograda ahora, es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso.

5. INTENTO DE SUICIDIO

Comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida, bien porque la intención era vaga o ambigua o la forma elegida tenía un potencial bajo, además la persona es ambivalente respecto al deseo de morir, de hecho, el intento puede ser una demanda de ayuda y puede fallar porque es más fuerte el impulso de vida. El 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio.

6. ACTO SUICIDA

Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal

7. **CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS:** Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:

A- TENDENCIAS SUICIDAS

Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al adolescente en Situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etc., delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etc. Algunos embarazos en adolescentes pertenecen a esta categoría.

B- SUICIDIO CRÓNICO

Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona:

* Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, Psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, Pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etc.)

* Trastornos de la alimentación como la Anorexia, Bulimia.

* Afecciones producidas o agravadas por el descuido del propio cuerpo:

Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes, Afecciones psicosomáticas como asma, obesidad, etc.

8. EPIDEMIA DE SUICIDIOS

Se observan con frecuencia entre los jóvenes. Un suicidio en la escuela o en el barrio, o que recibe la atención de los medios de comunicación, tiende a ser imitado por sus allegados.

9. SUICIDIO GRUPAL

Varios integrantes de un grupo o secta cometen suicidio colectivo.



4. ETAPAS DEL SUICIDIO:

El suicidio es un proceso no un accidente aislado y puntual. Aun en los suicidios más impulsivos, en los cuales las etapas suceden a gran velocidad y por lo tanto parece que hubiera sido espontáneo, sin premeditación alguna, por lo general hubo ideaciones y planes, o intentos fallidos. En demasiados suicidios, por no decir todos, luego de entrevistar a las personas cercanas se confirma que hubo un proceso previo, aunque no evidente.

EL SUICIDIO ES UN PROCESO

Que atraviesa diferentes etapas progresivas



A continuación veremos cómo es cada paso y en qué consiste cada uno.

- **Pesimismo-deseesperanza:** el individuo vive una situación durante la cual presenta señales, como por ejemplo cambiar su manera habitual de actuar, abandonar actividades que antes realizaba y disfrutaba, y expresar ideas pesimistas y desesperanzadas.
- **Ideación:** este paso comienza cuando el individuo tiene pensamientos suicidas propiamente dichos, de terminar con su vida pero sin tener un método o un plan específico. Estos pensamientos son relativamente fáciles de detectar porque con frecuencia el individuo manifiesta su intención suicida a sus compañeros y amigos, y muchas veces también a sus padres o profesores.

Según estudios clínicos (Edwin Schneidman-psicólogo clínico) ocho de cada diez de quienes pretendieron suicidarse manifestaron explícitamente su intención a una o más personas.

- **Plan suicida:** el individuo planea detalladamente cómo se quitara la vida. Decide el método, el lugar y el momento. Este es un escalón crítico, peor si lo preceden intentos suicidas anteriores. El plan predispone mucho la ocurrencia del suicidio, solo falta un evento doloroso que lo active para actuar.
- **Evento detonante:** es un hecho que parece desencadenar el suicidio (por ejemplo una pérdida afectiva). Por esta razón se dice que el detonante sitúa al individuo en la etapa de ejecución.
- **Preparación:** el individuo prepara activamente su suicidio. Si va envenenarse, por ejemplo compra el veneno y los elementos necesarios para llevar a cabo su plan. Ya está completamente decidido y es difícil dar marcha atrás.

- **Intento(s):** se refiere a ejecutar el plan preparado.
Según estudios, indican que para los pacientes afectivos el riesgo de consumar el suicidio tras haber realizado un intento es especialmente alto al año siguiente (12% frente al 2% de los que no realizaron intento de suicidio). Mientras que a más largo plazo las diferencias se atenúan mucho. Las personas con un primer intento suicida el 50% lo trataran de hacer nuevamente. De quienes lo han hecho dos veces, el 70% lo intentara otra vez. Y de quienes lo han intentado tres veces, el 90% reincidirá.
- **Consumación:** el plan suicida tiene “éxito”. Una de cada seis personas que intentan suicidarse lo logra. El resto entra en un proceso que puede ser muy largo, en algunos casos puede superar las dos decenas de intentos. La muerte es el único proceso definitivo e irreversible.

5. VÍNCULOS ENTRE DEPRESIÓN, IDEAS SUICIDAS E INTENTOS DE SUICIDIO

Conviene distinguir cuidadosamente los siguientes elementos:

- **Pensamientos sobre la muerte.** Se expresan en pensamientos como: «qué triste que tengamos que morir un día», «sería mejor morir que seguir viviendo», «¿para qué sirve la vida?», etc.
- **Ideas suicidas.** Se trata de pensamientos directos de darse muerte, ya no de morir simplemente.
- **Intenciones suicidas.** El sujeto piensa en el modo concreto de matarse: ingestión de medicamentos, defenestración, escarificación o herida por arma blanca, arma de fuego, ahorcamiento, etc.
- **Plan suicida.** El sujeto comienza a preparar la acción concreta: acumulación de comprimidos, compra de una cuerda, paso reiterado por el lugar escogido para la defenestración, etc.

6. RELACIÓN ENTRE LAS IDEAS DE SUICIDIO, PLAN SUICIDA Y EL INTENTO DE SUICIDIO

- Las ideas de suicidio aumentan el riesgo del plan suicida y el riesgo de intentarlo.
- La presencia de un plan suicida asociado a las ideas de suicidio aumenta más todavía el riesgo de paso al acto suicida, y
- El hecho de tener un plan suicida aumenta igualmente la duración del período en el que el riesgo del intento de suicidio es mayor.
- Si no hay un plan suicida, los intentos de suicidio se llevarán a cabo en el año siguiente a la aparición de las ideas suicidas.
- Las ideas suicidas son un factor de riesgo de intento de suicidio.
- Los adolescentes con antecedentes que han intentado suicidarse, piensan más a menudo en la muerte en general y en su propia muerte, y preparan con más frecuencia otro paso al acto.



La presencia de antecedentes de intento de suicidio:

- Multiplica las ideas de muerte por cinco,
- Las ideas de suicidio por siete y
- Los planes suicidas por once.

7. 5.MANIFESTACIONES CLINICAS

7.1 IDEACIÓN SUICIDA

La ideación suicida puede traducir desde una venganza o un sentimiento de desesperación fugaz causados por una experiencia determinada en un momento de cólera o de frustración o pérdida, en un joven que al ser descubierto por algún delito, teme una pena disciplinaria, pasando por la preocupación tranquila, silenciosa y planeada de un individuo deprimido que se siente desesperanzado por una rumiación que le consume constantemente.

7.1.1 PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

La ideación suicida se asocia de manera más marcada con los adolescentes, y con el trastorno de comportamiento perturbador en el caso de los niños de menor edad. Además de su relación con la psicopatología, la ideación suicida también es frecuente tanto en alumnos intimidados por sus compañeros como en alumnos intimidadores.

Así mismo, es significativamente más frecuente en adolescentes homosexuales y bisexuales que en heterosexuales. Las posibilidades de que los adolescentes homo-sexuales y bisexuales sean blancos de burlas o represalias en la escuela son superiores. Pero no está dilucidado si la relación entre la orientación sexual y la conducta suicida es una consecuencia directa de su victimización o se debe al hecho de que los jóvenes homosexuales y bisexuales también presentan tasas más altas de consumo de drogas y alcohol y otros síntomas psiquiátricos, como la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno disocial.



7.2 INTENTOS DE SUICIDIO.

DEFINICIÓN Y SUBTIPOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el intento de suicidio como:

Un acto sin resultados fatales, en el cual un individuo inicia deliberadamente una conducta no habitual que, sin la intervención de otros, podría causar autolesiones; o una sobre ingesta deliberada de la medicación prescrita o de la dosis terapéutica generalmente aceptada con el propósito de que se produzcan cambios ambientales y/o familiares deseados por el sujeto, a partir de las consecuencias físicas reales o esperadas.

7.2.1 PARASUICIDIO Y GESTO SUICIDA

El término parasuicida se suele utilizar para describir las sobreingestas o cortes en la piel realizados con más frecuencia por chicas y, habitualmente, con desenlaces benignos. La mayoría de intentos evaluados en la clínica son protagonizados generalmente por chicas, y casi siempre con resultados no letales.

El gesto suicida implica que la conducta suicida se realiza sin intenciones letales, como una «demanda de ayuda o de atención».

- Los intentos de suicidio son una de las conductas más reveladoras de la adolescencia y sus características epidemiológicas la diferencian claramente de los intentos de suicidio del niño y del adulto.
- La impulsividad conductual que suele presidir la consumación de este tipo de acto plantea un problema fundamental vinculado con la fase de la adolescencia: la realización, el paso al acto.
- Al expresar el deseo de matar las imágenes internas representa, así mismo, la deformación del «proceso de duelo» que este mismo adolescente debe llevar a cabo y, debido al ambiente depresivo que suele rodearlo, el intento de suicidio plantea el problema de la depresión en tanto que vivencia de manera existencial su propia adolescencia.
- Por último, el intento de suicidio es un medio de presión utilizado contra los demás y, debido a que el adolescente espera una respuesta por parte del adulto, en especial de sus padres, debe ser concebido como un modo de comunicación, un gesto último y a veces desesperado, para mantener o restablecer una relación que hasta el momento había sido deficiente.



7.2.2 DESENCADENANTES DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Habitualmente, los intentos de suicidio son precedidos por algún acontecimiento reciente que ha generado un estado de estrés en la víctima, (igual que el suicidio consumado); con frecuencia se trata de dificultades de tipo legal, de un castigo o fracaso académico real o anticipado una ruptura sentimental, o alguna humillación, como por ejemplo, haber sido intimidado por otros alumnos.

Los acontecimientos estresantes y especialmente el modo en que éstos son percibidos o exagerados, pueden ser resultado de un trastorno psiquiátrico que se encuentra subyacente en el individuo.

7.2.3 TRASTORNO PSIQUIÁTRICO

La mayoría de los individuos que han intentado suicidarse presentan una historia de enfermedad psiquiátrica reciente; lo más habitual es que se trate de un trastorno del ánimo asociado, con frecuencia a un trastorno disocial, un trastorno de ansiedad o por abuso de sustancias y, de forma menos común a un trastorno de la conducta alimentaria.

Los intentos de suicidio también suelen relacionarse con episodios recurrentes de agresividad, cólera y comportamiento impulsivo.

Al igual que en los individuos con ideación suicida, en aproximadamente una cuarta parte de las personas jóvenes que han intentado el suicidio no se observan alteraciones psicopatológicas evidentes.

7.2.4 FACTORES FAMILIARES

Es frecuente encontrar una proporción mayor de adolescentes que viven con sólo un progenitor en casa, mayores tasas de enfermedad psiquiátrica en los padres, conflicto matrimonial o entre padres e hijos, es probable que estos mismos adolescentes hayan sufrido abusos sexuales y/o físicos.

7.3 SUICIDIO CONSUMADO

DESENCADENANTES

La mayoría de suicidios consumados en los individuos, así como los intentos de suicidio, parecen ser impulsivos y estar precedidos por un acontecimiento estresante. Con mucha frecuencia, estos acontecimientos son crisis disciplinarias, como por ejemplo meterse en problemas en la escuela o con la ley. Otros desencadenantes habituales son una ruptura sentimental o una pelea entre amigos.



Intentos previos

Entre un 25 y un 50 % de los individuos que consuman el suicidio (15) han realizado un intento previo conocido.

8. IDENTIFICACION DEL RIESGO SUICIDA

La atención a una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de toda la conflictividad asociada al suicidio.

Los profesionales deben recordar que cada intento de suicidio puede tener motivaciones diferentes, y que en personas que realizan múltiples intentos, cada uno de ellos debe ser considerado separadamente.

La identificación del riesgo puede ser realizada por cualquiera de los profesionales de los servicios de Salud Mental, correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo, por lo que la evaluación y la documentación de la ideación suicida se convierten en componentes fundamentales de cualquier evaluación psiquiátrica.

La identificación de un paciente en riesgo de suicidio deberá poner en marcha una serie de estrategias de abordaje, desde el ingreso del paciente en una unidad adecuada a sus necesidades y la monitorización constante de su situación, hasta la aplicación del tratamiento adecuado por profesionales con formación al respecto.

9. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente.

La valoración del riesgo suicida es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica, no sólo debido a la existencia de falsos positivos y negativos, sino también por la ansiedad que genera en el evaluador (Wasserman, 2001).

La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración del riesgo de suicidio.

Afrontar una entrevista de esta índole es un reto para el profesional, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad a los que se ven sometidos.

9.1 LA ENTREVISTA PERMITE:

1. Identificar factores específicos, signos y síntomas, que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones.
2. Garantizar la seguridad inmediata del paciente y decidir el lugar más apropiado para su tratamiento.
3. Realizar un diagnóstico clínico y establecer un plan de tratamiento.

*La evaluación se ha de realizar de forma respetuosa
Y en un ambiente que garantice la privacidad y la intimidad.*

La American Psychiatric Association (APA 2006) describe las circunstancias Clínicas en las que está indicada una evaluación del riesgo de suicidio:

- Evaluación en el servicio de urgencias o en caso de crisis.
- Evaluación inicial (tanto en pacientes hospitalarios como ambulatorios)
- Ante un cambio en el nivel de observación o el contexto de tratamiento (interrupción de la observación individualizada, alta hospitalaria)
- Cambio brusco en el estado clínico (tanto si empeora con rapidez como si mejora de forma súbita e inesperada)
- Falta de mejoría o empeoramiento progresivo a pesar del tratamiento
- Previsión o experimentación de una pérdida personal o un estresor psicosocial importante (divorcio, pérdidas económicas, problemas judiciales, vergüenza o humillación personal)
- Inicio de una enfermedad física (En particular cuando sea potencialmente mortal, cause desfiguración o se asocie con un dolor intenso)

La evaluación tiene un carácter exhaustivo y utiliza información relativa a los factores de riesgo específicos del paciente, su historia clínica, el desarrollo psicopatológico, etc.

El resultado de la evaluación es necesario registrarlo por escrito en la Historia clínica e incluye la adopción de las medidas pertinentes.





EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Aspecto y comportamiento general del paciente (aparición, higiene, vestimenta, expresión facial, actividad motora, reacciones o comportamientos, actitud ante la entrevista, etc.).
- **Nivel de contacto:** visual, suficiente o insuficiente, abordable o inabordable.
- Nivel de conciencia, orientación en el tiempo y el espacio.
- Alteraciones de la atención y concentración.
- Alteraciones de la memoria y del fondo de conocimientos apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Capacidad de cálculo apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Habla y lenguaje del paciente (rapidez, ritmo, estructura, etc.).
- Rapidez de movimientos y presencia o no de movimientos o posturas involuntarias, repetitivas o poco comunes.
- **Alteraciones sensorceptivas:** alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis, ilusiones, etc.
- Expresiones del estado de ánimo y afectividad del paciente incluidas las manifestaciones no verbales: tristeza patológica, ideas de muerte, expresión facial, tono de voz, actividad motora en las relaciones o interacciones con otras personas, suspiros, llantos, risas, expresión de dolor, expresión de angustia o tristeza, rabia o expresión de agresividad, cambios frecuentes de humor sin aparente desencadenante, dificultad o incapacidad para experimentar o desear placer, abatimiento, desinterés por lo habitual ó falta de concordancia de la afectividad expresada con el contexto.
- Impulsos suicidas.
- Nivel de tolerancia a las frustraciones.
- Alteraciones de la forma y contenido del pensamiento; especialmente ideas de muerte, suicidas, pesimistas, sobrevaloradas, de minusvalía, de culpa, de autolesión. Delirios, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, etc.
- Alteraciones en el razonamiento abstracto, funciones ejecutivas y capacidad de juicio.
- Conocimiento que el paciente tiene de su estado actual.

9.2 VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo ofrecen un contexto general para una evaluación. Cada paciente requiere una evaluación individual y no solo una “puntuación” en una escala numérica de factores de riesgo.

a) Enfermedades médicas crónicas

- El riesgo de suicidio se duplica prácticamente en los pacientes con cáncer y se eleva de manera significativa en los afectados por SIDA.
- Los pacientes en hemodiálisis presentan una tasa de suicidio superior a la esperada (llega al 5%) y es tan alta como la de los pacientes con esquizofrenia.
- Otros enfermos con un riesgo mayor de lo esperado son los que presentan Delirium Tremens y enfermedades respiratorias.

b) Edad avanzada. Los ancianos de raza blanca presentan una incidencia rápidamente creciente de suicidio consumado, cuatro veces mayor que la tasa nacional.

c) Sexo masculino: (Las mujeres lo intentan más a menudo y los hombres lo consuman con más frecuencia)

- d) **La existencia de una enfermedad psiquiátrica:**
 - Depresión mayor (50%)
 - Alcoholismo crónico (20%)
 - Esquizofrenia (10%)
 - Personalidad límite (5-15%)
- e) **Tentativas de suicidio previas**
- f) **Ideación suicida** (Comunicada en el 60%)
- g) **Crisis de angustia** (el 20% de los sujetos con trastorno de angustia tiene antecedentes de tentativas de suicidio en algún momento de su vida)
- h) **Sueño deficiente**
- i) **Soltero**
- j) **Desempleo**
- k) **Alta reciente de un hospital**
- l) **Deseos de morir inferidos.**
- m) **Verbalización del deseo de morir, que puede responder a motivaciones diversas:** intención de destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
- n) **Existencia de planes suicidas:** Planificación del acto, método a emplear y grado de letalidad del mismo, precauciones para no ser descubierto, intento de búsqueda de ayuda antes y después.
- o) **Impulsividad en las tentativas.**
- p) **Conductas sugerentes o indicativas de autolesión tales como fugas, caídas, convulsiones, accidentes.**
- q) **Fallecimientos o pérdidas recientes de familiares o amigos.**
- r) **Separación, divorcio o ruptura de una relación.**
- s) **Heridas narcisistas.**
- t) **Estrés crónico.**



- u) **Dificultades académicas o laborales**
- v) **Procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima excarcelación.**
- w) **Abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia. Abuso y humillaciones sociales, acoso escolar o laboral, etc.**
- x) **Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones.** El intento de suicidio es el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos (Retterstol y Melum, 2001).
- y) **Historia familiar de suicidio o autolesiones.**
- z) **Baja tolerancia a la frustración.**
- aa) **Desesperanza.**
- bb) **Patología somática grave** (dolor no tratado, pérdida de movilidad, desfiguración física), con pérdidas de relación o rol y problemática asociada a la enfermedad.
- cc) **Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático** (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) y depresiones de etiología orgánica.

9.3 VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE PROTECCIÓN.

Las conductas suicidas son el resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los de protección.

- El sentimiento de valor personal y autoestima, de tener relaciones y actividades significativas, de confianza en los propios logros, así como la búsqueda de ayuda cuando se precisa, la apertura a las experiencias de los demás y al aprendizaje, y la capacidad para comunicarse, son factores protectores ante el suicidio.
- La religiosidad es un conocido factor protector. Se sabe que el grado de desaprobación del suicidio es tanto mayor cuanto mayor es el grado de práctica religiosa de los encuestados (Stack y Lester, 1991). El efecto de la religiosidad sobre el riesgo de suicidio es independiente del sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo.
- También las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto tienen un riesgo de suicidio bajo, a pesar de la elevada tasa de morbilidad psiquiátrica que presentan (Appleby, 1991).
- Disponer de una red social de apoyo, relaciones estables y figuras de vinculación segura. El volver a disfrutar de relaciones, trabajos, ocupaciones y hábitos que fueron significativos en el pasado es un importante factor protector para el sujeto.
- Establecer o redescubrir lazos con la familia, los padres, los hermanos, los hijos, los nietos, la pareja, los amigos, etc.
- Construir vínculos significativos con grupos sociales, culturales, religiosos o políticos.
- La integración social a través de la participación y el trabajo.
- El haber disfrutado de una parentalización infantil dedicada y consistente.
- Poseer o desarrollar un estilo cognitivo flexible, recopilar información sobre los problemas vitales, encontrar soluciones alternativas, relativizar los aspectos negativos de la vida, buscar ayuda cuando se necesita, desarrollar esperanza, etc. (Wasserman, 2001). (Esta autora también cita algunas condiciones ambientales protectoras tales como iluminación natural apropiada, hábitos higiénicos de sueño, dieta, ejercicio físico, no consumo de drogas o de tabaco, etc.)
- Hijos en el hogar
- Satisfacción con la vida
- Capacidad de control de la realidad
- Habilidades de afrontamiento positivas
- Relación terapéutica positiva

Algunos ejemplos de factores que no pueden modificarse son los antecedentes personales, los antecedentes familiares y las características demográficas. Es posible también que sea difícil modificar las dificultades económicas y el desempleo, por lo menos a corto plazo

9.4 ¿CÓMO MANEJAR UN SUICIDA?

9.4.1 BAJO RIESGO

La persona ha tenido algunos pensamientos suicidas, tales como “No puedo seguirá delante”, “Desearía estar muerto” pero no ha hecho plan alguno.

Acción necesaria

- Ofrecer apoyo emocional.
- Trabajar a través de los sentimientos suicidas. Entre más abiertamente hable una persona de pérdida, aislamiento y falta de valor, menor será su confusión emocional. Cuando la confusión ceda, la persona tenderá a ser reflexiva. Este proceso de reflexión es crucial, ya que nadie, excepto el propio individuo, puede revocar la decisión de morir y tomar la de vivir.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.
- Remitir la persona a un profesional en salud mental.
- Reunirse a intervalos regulares y mantenerse en continuo contacto.

9.4.2 MEDIANO RIESGO

La persona tiene pensamientos y planes suicidas, pero no planes de cometer suicidio inmediatamente.

Acción necesaria

- Ofrecer apoyo emocional, trabajar a través de los sentimientos suicidas de la persona y centrarse en las fortalezas positivas. Adicionalmente, continuar con los pasos siguientes.
- Usar la ambivalencia. El trabajador de la salud deberá centrarse en la ambivalencias sentida por el suicida, de manera que se fortalezca gradualmente el deseo de vivir.
- Explorar alternativas al suicidio. El trabajador de la salud deberá tratar de explorarlas diferentes alternativas al suicidio, aunque no parezcan ser soluciones ideales, con la esperanza de que la persona considere al menos una de ellas.
- Pactar un contrato. Hacer que la persona prometa no cometer suicidio
 - sin contactar al personal de atención médica
 - por un periodo específico de tiempo.
- Remitir la persona al psiquiatra, orientador o médico y concertar una cita tan pronto como sea posible.
- Contactar la familia, los amigos y colegas y conseguir su apoyo.

9.4.3 PERFIL DE ALTO RIESGO SUICIDA.

La evaluación nos permitirá la identificación de un grupo de pacientes considerados de **Alto Riesgo Suicida**, en el que se da la presencia o combinación de algunas de las siguientes características (Retterstol y Mehlum, 2001):

- Depresión clínica o trastorno psiquiátrico mayor con o sin otros trastornos mentales comórbidos.
- Mayor de 45 años.
- Estado civil de separación, divorcio o viudedad.
- Desempleo o jubilación.

Guía de Estudio V

S U I C I D I O

- Enfermedad somática crónica.
- Trastornos de la personalidad.
- Antecedentes de tentativas de suicidio, especialmente cuando se han utilizado métodos violentos.
- Verbalización de deseos manifiestos de muerte, ideas o planes de suicidio.
- Intento previo.
- Alcoholismo o abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o depresión.
- Esquizofrenia con depresión.
- Falta de soporte psicosocial y aislamiento interpersonal.
- Existencia de trastornos confusionales tipo delirium.



En el cuadro siguiente se ofrece una serie de preguntas que acaban en preguntas directas acerca de la ideación y planificación suicida:

- Ha dicho que se encuentra deprimido. ¿Podría decirme que significa eso para usted?
- ¿Hay veces en que tiene ganas de llorar?
- Cuando se siente así ¿qué tipo de pensamientos le pasan por la mente?
- ¿Ha llegado al punto de sentir que no merece la pena continuar en caso de que esta sea la manera en que van a ir las cosas?
- ¿Ha llegado a pensar en quitarse la vida?
- ¿Ha hecho algún plan en este sentido?
- ¿Tiene medios para llevar a cabo este plan?
- ¿Hay algo que le impida llevar a cabo este plan?

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

En toda evaluación del suicidio se registrará como mínimo lo siguiente:

IDEACIÓN Y PLAN SUICIDA

- Se considerará que los pacientes con ideas o un plan definido presentan un riesgo elevado, con independencia de otras cosas que sucedan.
- La presencia de ideación o planificación suicida no supone que el paciente deba ser hospitalizado; no obstante deben idearse planes alternativos con cuidado.

LO QUE LE IMPEDIRÍA QUITARSE LA VIDA EN ESTE MOMENTO

- La ausencia de un motivo para vivir o de planes futuros implica un mayor riesgo.
- Los motivos para vivir (p.ej., hijos, religión o póliza de seguros) o signos de planes futuros (no desea perder demasiado trabajo) mitigan el riesgo.

PRESENCIA O AUSENCIA DE DETERIORO COGNITIVO SIGNIFICATIVO.

- El delirium y otros tipos de deterioro cognitivo hacen que la entrevista sea menos fiable
- La evaluación del riesgo de suicidio debe demorarse hasta que el paciente esté exento de un estado alterado por fármacos u otros tipos de delirium

PRESENCIA O AUSENCIA DE PSICOSIS

- Las alucinaciones que ordenan suicidarse son una mala señal
- Cualquier síntoma psicótico aumenta el riesgo de suicidio.

9.5 PRESENCIA DE PRÓDROMOS DEPRESIVOS. La depresión mayor con pensamientos suicidas cada vez más intensos conlleva un riesgo importante.

Lo que el paciente dice que tiene sentido hacer.

- Una de las mejores preguntas para la evaluación clínica del riesgo de suicidio es: ¿Qué cree que tiene sentido hacer ahora?
- Los pacientes con un alto riesgo de suicidio suelen ofrecer respuestas como “realmente no importa lo que me pase” o “Creo que nada puede ayudarme”.
- Los signos de orientación futura pueden indicar que la planificación suicida no es inminente.

9.6 EXPLORAR LA PRESENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA.

Se sugiere las siguientes posibilidades:

Primera variante: ¿Cómo piensa usted resolver su actual situación?

Segunda variante: Usted me ha dicho que apenas duerme y desearía saber ¿en qué piensa cuando está insomne?

Tercera variante: ¿Usted ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles?

Cuarta variante: ¿En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio? (Esperar respuesta). Y usted ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

Quinta variante: ¿Usted ha pensado suicidarse?

Sexta variante: ¿Usted ha pensado en matarse?

Una vez detectada la ideación suicida se debe continuar profundizando en el interrogatorio mediante la siguiente secuencia de preguntas:





- **Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?**

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

- **Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?**

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el sujeto está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc.

Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

- **Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?**

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida. Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

- **Pregunta: ¿Qué lo lleva a suicidarse?**

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

- **Pregunta: ¿Cuál sería su objetivo suicidándose?**

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente.

Explorar otras ideas que pueden incrementar el riesgo de suicidio como son:

- Ideas de culpa, minusvalía y autorreproche.
- Ideas hipocondríacas, nihilistas.
- Ideas sobrevaloradas, de contenido homosexual, de persecución acompañadas de gran angustia.



Guía de Estudio V

S U I C I D I O

- ¿Qué parte sana tiene el sujeto? La respuesta a esta pregunta constituye una valiosa ayuda para iniciar la terapéutica.
 - ¿Tiene crítica para lo sucedido?
 - ¿Tiene buen ajuste social?
 - ¿Tiene buen ajuste familiar?
 - ¿Recibe apoyo de sus seres queridos?
 - ¿Ha obtenido logros en su vida privada?

¿De qué se puede sustentar el sujeto para seguir viviendo además de mí?

En esta pregunta se debe incluir todo aquel que trate con sujetos en riesgo de suicidio. Pero además del terapeuta se debe incluir toda la red social que le sirva de soporte al individuo en peligro de cometer suicidio como son: cónyuge, hijos, padres o tutores, otros familiares, amigos, vecinos, compañeros de estudio o trabajo, sacerdotes y pastores, organizaciones de voluntarios en la prevención del suicidio, servicios de ayuda mutua, grupos religiosos, fraternales, etc.

¿Qué más se puede hacer por esta persona? ¿Lo he hecho todo?

Estas preguntas permiten una revisión de todo lo realizado con el sujeto en riesgo de suicidio y agotar todas las posibilidades diagnósticas, terapéuticas, así como los recursos disponibles de la familia, las instituciones de la comunidad, los líderes formales e informales, las diversas organizaciones e instituciones de la comunidad, etc. que permitan enfrentar satisfactoriamente a un sujeto potencialmente suicida.

No debe olvidar que:

- a. Si no puede hacer un diagnóstico adecuado del riesgo o del intento suicida trate que sea sometido a una observación especializada por un plazo no menor de 24 horas.
- b. Si no tiene apoyo familiar trate que sea sometido a observación especializada por un plazo no menor de 24 horas.
- c. Si Ud. piensa que el sujeto puede autolesionarse, hágale caso a su intuición y trate que sea sometido a observación especializada por un plazo no menor de 24 horas.
- d. Si tiene posibilidades de mantenerlo bajo observación especializada, hágalo al menos por un período de 24 horas.
- e. Si el riesgo suicida es elevado, manténgalo acompañado permanentemente. NUNCA LO DEJE A SOLAS.
- f. Si el riesgo suicida es elevado no dude en aplicar sedación química o tratamiento electroconvulsivo cuando sea necesario y previo consentimiento informado.
- g. Si está hospitalizado y tiene grave riesgo de suicidio la historia clínica debe estar señalizada con un color llamativo, poniendo en las indicaciones, con letra clara y legible PELIGRO SUICIDA.
- h. Debe darse a conocer el peligro suicida a todos los miembros del equipo de salud, personal paramédico y otros trabajadores auxiliares.
- i. Se debe informar a los familiares del sujeto acerca de la potencialidad suicida del mismo.
- j. Se debe evolucionar el riesgo de suicidio diariamente como el síntoma axial, cardinal o fundamental del individuo y dar a conocer dicha evaluación a todos los que sea necesario.
- k. Se debe mantener acompañado, ocupado en alguna tarea que les motive y nunca dejarlo solo.
- l. Si tiene dudas acerca del manejo de un paciente con riesgo de suicidio o que haya intentado el suicidio, consulte con otro colega de mayor calificación o experiencia en el manejo de personas con riesgo de suicidio.



La Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales (Sacyl 2010), incluye un Protocolo de Atención a Personas con Riesgo de Suicidio y Autolesiones, en el que se recogen las indicaciones para el ingreso de los pacientes con este riesgo:

- Necesidad de protección para el paciente.
- Existencia de antecedentes personales o familiares de suicidio.
- Estresores sociales recientes graves, pérdidas o traumas emocionales.
- Existencia de un trastorno psiquiátrico grave.
- Existencia de desesperanza y/o impulsividad.
- Angustia intensa.
- Edad avanzada.
- Necesidad de asegurar la ingesta medicamentosa y minimizar los riesgos del uso de fármacos.

9.7 INTERVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

A menudo se ingresa a los pacientes en las unidades hospitalarias en plena crisis aguda, tanto con conducta suicida explícita como con ideaciones suicidas intensas.

Incluso cuando se hospitaliza a un paciente que no experimenta una crisis suicida aguda, los síntomas y los trastornos que típicamente conducen a la hospitalización psiquiátrica, se relacionan con un mayor riesgo de suicidio.

No existen factores de riesgo específicos que sean únicos para el contexto hospitalario.

Una evaluación rigurosa al ingreso de todos los pacientes, permitirá el reconocimiento de los riesgos, incluso en aquellos pacientes que no comunican sus intenciones, así como establecer la urgencia de las intervenciones terapéuticas y el plan de cuidados adecuados a cada caso.

PROCEDIMIENTO Y FASES DE APLICACIÓN

Eliminación de objetos potencialmente lesivos.

Bajo la supervisión de la enfermera, el personal auxiliar con la colaboración del celador y personal de seguridad, retirará al ingreso todos los objetos peligrosos (Cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, etc.) y fármacos. Es útil disponer de una lista de verificación de objetos peligrosos. Se valorará la oportunidad de realizar registros periódicos sobre las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.), y se darán instrucciones a familiares y cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre seguridad, no accediendo a peticiones del paciente para conseguir objetos potencialmente peligrosos. Los objetos peligrosos serán depositados en las dependencias establecidas al efecto por la dirección de cada centro. En la historia clínica se registrará el tipo de objetos a los que el paciente no puede acceder durante su estancia en el centro al efecto de salvaguardar su seguridad personal.



Restringir el acceso a espacios de riesgo.

Mediante sistemas de seguridad (bloqueo de apertura de ventanas o puertas) y restricción de uso de determinadas dependencias o salas. La enfermera y personal auxiliar identificarán riesgos ambientales y valorarán la necesidad de modificar la estructura, uso y funcionamiento de las instalaciones atendiendo a las necesidades de seguridad de cada paciente. Es útil a estos efectos contar con una lista de comprobación y pactar con el paciente la utilización de espacios seguros alternativos para hacer su estancia más confortable.

Establecer el nivel de vigilancia, control de permanencia y/o observación continuada.

Las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada. Para ello es necesario protocolizar individualmente y anotar en la historia clínica el nivel requerido y aplicar de manera específica el Protocolo de observación y vigilancia intensiva:

- Tiempo y momentos del día en que será preciso mantener al paciente bajo observación y vigilancia, incluyendo las actividades de aseo y acceso a servicios higiénicos.
- Necesidad de mantener o no contacto visual.
- Lugar, espacio y modo decidido para el control: Habitación, sala común, cámaras de vigilancia, etc.
- Persona o personas responsables de la observación y controles periódicos.

Generalmente, la enfermera designará a la persona indicada para cada uno de los controles (auxiliar o celador) en base a la disponibilidad y características de los controles.

Estructuración de las actividades del paciente:

Con el objeto de disminuir la ansiedad y ayudar a estructurar la experiencia durante la hospitalización se puede invitar al paciente a participar en actividades terapéuticas. Con este objeto se puede informar sobre las actividades existentes y solicitar la colaboración y participación del paciente.

Valorar la necesidad de reorganización del personal de la unidad mientras persistan las necesidades de monitorización del paciente, teniendo en cuenta los periodos de máxima actividad de la unidad, turno de noche, relevos y otros periodos, etc., de modo que se garantice la vigilancia de los pacientes.

Aplicación en caso de necesidad de medidas de contención más restrictivas, para garantizar la seguridad del paciente: Esto incluye la aplicación de medidas apropiadas según lo establecido en Protocolo de aplicación de medidas restrictivas.

Toma controlada de la medicación: al objeto de garantizar la ingesta, monitorizando efectos deseados y no deseados. Verificar la ingesta permitirá minimizar los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos (incumplimiento o acumulación de fármacos que podrían ser utilizados para una ingesta masiva).



- Protección mediante el establecimiento de una relación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente:
 - Facilitación de la expresión de emociones y sentimientos. Algunos pacientes, son capaces de comunicar de forma activa su intención, pero son incapaces de transmitir los sentimientos y emociones que le llevan a esta idea.

La clave para facilitar la expresión es:

- Realizar una Escucha Activa sin juzgar, sin polemizar con las creencias, demostrando interés y transmitiendo confianza.
- Mostrar Disponibilidad de Ayuda, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa.
- Facilitar la Identificación de las Emociones y Sentimientos para relacionar su aparición con el problema raíz.
- Auto observación contra transferencial. El profesional ha de ser capaz de reconocer sus propias reacciones emocionales al paciente (ansiedad, remordimiento, culpabilidad, enfado o ira), que si no son elaboradas pueden provocar interferencias en la relación.
- Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima. El paciente suicida suele realizar evaluaciones extremadamente negativas sobre si mismo, sobre el mundo y sobre su futuro, llegando a interpretar los sucesos como el resultado de su derrota. Percibe su entorno como amenazante y se valora a si mismo incapaz para afrontar las exigencias o adaptarse a las necesidades, haciendo que aparezcan sentimientos de inutilidad y minusvalía, además del miedo a la desaprobación y temor a las repercusiones sociales o familiares. Es necesario ayudar al paciente a identificar sus aspectos positivos, así como señalar los progresos obtenidos.
- Buscar la interacción. La interacción es la clave para que el paciente restablezca lazos consigo mismo y con los otros, por lo es útil promover la Evaluación e Intervención del Riesgo Suicida. interacción con otras personas mediante actividades de grupo (juegos de mesa, pasatiempos, etc.).
- Promover actividades que favorezcan la autonomía, confianza y control de si mismo, haciendo al paciente partícipe del proceso de tratamiento y auto cuidados, aumentando la responsabilidad sobre si mismo y estimulándole para la toma de decisiones.



Intervenciones para el control de síntomas psicóticos.

A veces subyace a la conducta suicida un síndrome psicótico o confusional sobre el que es preciso actuar para mejorar la seguridad del paciente mediante:

- Valoración de la capacidad para identificar e interpretar el entorno inmediato.
- Identificación de alteraciones sensorio-perceptivas relacionadas con la conducta suicida.
- Exploración de la existencia y contenido de ideas delirantes y otros síntomas psicóticos y clarificación de la realidad.
- Identificación de factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.

Elaboración de un plan al alta

El momento del alta es de especial significación para el paciente que vuelve a su entorno sin la protección del equipo terapéutico. Diversos estudios longitudinales muestran que los pacientes hospitalizados por un intento de suicidio están expuestos a un riesgo particularmente alto de consumir el suicidio durante el primer año tras el alta (Hawton y Fagg, 1988).



Según diversas investigaciones aproximadamente un 10% de los que han sido hospitalizados tras un intento de suicidio lo consumarán en el futuro (Retterstol y Mehlum, 2001). Un porcentaje adicional, que varía entre el 10 y el 50% repetirá los intentos de suicidio, siendo el riesgo mayor en los tres meses siguientes y la tasa de suicidios consumados más elevada en la primera semana tras el alta.

Por ello es muy importante planificar el alta cuidadosamente y disponer de un programa de tratamiento y seguimiento post alta organizado en torno a las necesidades del paciente.

El plan post alta debería prever la manera de equilibrar el sistema de factores de riesgo y de protección. Esto es especialmente importante para los pacientes que no cumplimentan las prescripciones o que tienen dificultades en buscar ayuda cuando la necesitan.

En diversos estudios de seguimiento (Hawton y cols., 1999) se ha encontrado que los mejores resultados en términos de reducción de nuevas tentativas están asociados a la provisión de contacto continuado, disponibilidad para los momentos de crisis, pautas de seguimiento intensivo, psicoterapia de resolución de problemas o dialéctica conductual, etc.

Así pues, el plan de alta ha de prever la intensidad y frecuencia del seguimiento del paciente que puede requerir consultas frecuentes o visitas domiciliarias si es preciso. Es precisa una planificación coordinada entre los equipos de Atención Primaria y Equipo de Salud Mental para realizar un Plan de alta individualizado en el que se tenga en cuenta la posibilidad de intervención inmediata en crisis o recaída, tiempo máximo de consulta o primera cita tras el alta y posibilidad de valoración del caso en la siguiente reunión de Área.

Se considerará la oportunidad de contactar telefónicamente con los profesionales de ambos equipos antes del alta o derivación.

10. EL SUICIDIO

Señale la respuesta correcta.

1. El acto consciente de aniquilación auto inducida, que se entiende mejor como un sufrimiento multidimensional en una persona vulnerable que percibe este acto como la mejor solución a sus problemas es:

- a. El genocidio.
- b. El suicidio.
- c. El homicidio.

2. La manifestación consciente sobre pensar o desear morirse se define como:

- a. Amenaza suicida.
- b. Parasuicidio.
- c. Ideación suicida.

3. Señale la respuesta correcta.

- a. El suicidio es un accidente aislado y puntual.
- b. El suicidio es un acto espontaneo sin premeditación alguna.
- c. El suicidio es un proceso que atraviesa diferentes etapas progresivas.

4. Son etapas del suicidio excepto:

- a. Tendencia suicida.
- b. Ideación.
- c. Plan suicida.
- d. Evento detonante.
- e. Intento suicida.

5. Según la relación establecida entre ideas suicidas, plan suicida y el intento de suicida es correcto:

- a. Las ideas de suicidio aumentan el riesgo del plan suicida y el riesgo de intentarlo.
- b. La presencia de un plan suicida asociado a las ideas de suicidio disminuyen más todavía el riesgo de paso al acto suicida.
- c. El hecho de tener un plan suicida disminuyen igualmente la duración del período en el que el riesgo del intento de suicidio es mayor.

6. De acuerdo a los factores de riesgo el primer factor estructural del suicidio es:

- a. La esquizofrenia.
- b. Delirium Tremens.
- c. La depresión.
- d. Personalidad limite.



7. Señale falso o verdadero.

Las conductas suicidas son el resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los de protección.

- a) Verdadero.
- b) Falso.

11. LECTURAS COMPLEMENTARIAS:

Evaluación del riesgo de suicidio. Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero. serper.grm@infomed.sld.cu. Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de psiquiatría.

La conducta suicida, ed. Cit., Madrid, 1999, p 111. Salvador Ros Montalbán. (Ed.)

12. BIBLIOGRAFÍA

Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud Ginebra 2000

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

Dr. Mauricio Campos Campos.

Dra. Susana Padilla Calvo.

Dr. Juan Carlos Valerio Rojas.

Pérez Barrero, S.: El suicidio, comportamiento y prevención, Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1996.

Evaluación del riesgo de suicidio. Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero. Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

