

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS

Este documento es parte de una serie de instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos particularmente relevantes para la prevención del suicidio.

Ha sido preparado como parte de SUPRE, la iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio.

Palabras claves: suicidio / prevención / instrumentos / docentes / médicos generalistas / entrenamiento / atención primaria en salud.

© Organización Mundial de la Salud. 2000

Este documento no es una publicación formal de la Organización Mundial de la Salud y la Organización se reserva todos los derechos. No obstante, este documento puede ser libremente revisado, resumido, reproducido o traducido en parte o en su totalidad pero no para la venta con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados en los documentos por los autores citados son responsabilidad solamente de estos autores.

ÍNDICE

Introducción.....	4
La carga del suicidio.....	6
El suicidio y los trastornos mentales.....	6
El suicidio y los trastornos físicos.....	10
El suicidio y los factores sociodemográficos.....	11
¿Cómo identificar los pacientes con alto riesgo de comportamiento suicida?	13
Manejo de pacientes suicidas.....	15
Resumen de pasos en la prevención del suicidio.....	18
Referencias.....	19

Introducción

El suicidio es un fenómeno complejo que ha atraído la atención de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Según el filósofo francés, Albert Camus, (*El Mito de Sísifo*), es el único problema filosófico serio.

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.

Estamos particularmente en deuda con el Doctor Jean-Pierre Soubrier, del Grupo Hospitalario Cochin, Paris, Francia, quien produjo una versión anterior de este documento. El texto fue revisado posteriormente por los siguientes miembros de la Red Internacional de la OMS para la Prevención del Suicidio, a quienes les expresamos nuestro agradecimiento:

Dr. Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba

Dra. Annette Beautrais, Escuela de Medicina Christchurch, Christchurch, Nueva Zelanda

Profesor Diego de Leo, Universidad Griffith, Brisbane, Australia

Dr. Ahmed Okasha, Universidad Aim Shams, El Cairo, Egipto

Profesor Lourens Schlebusch, Universidad de Natal, Durban, Sur África

Dr. Airi Värnik, Universidad de Tartu, Tallinn, Estonia

Profesora Danuta Wasserman, Centro Nacional para Investigación y Control del Suicidio, Estocolmo, Suecia

Dr. Shutao Zhai, Hospital Médico Universitario del Cerebro, Nanjing, China

Queremos también agradecer a la Dra. Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India, por su asesoría en la edición técnica de versiones anteriores de estos instrumentos.

Queremos dejar constancia de nuestro profundo agradecimiento a la Dra. María Cristina Taborda, Psiquiatra, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia y Cecilia Aitken de Ramos, Traductora, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia por su iniciativa y sus esfuerzos personales en producir este documento en español.

Los instrumentos están siendo ampliamente difundidos ahora, con la esperanza de que puedan ser traducidos y adaptados a las condiciones locales – un prerrequisito para su efectividad. Los comentarios y las solicitudes de permiso para traducirlos o adaptarlos serán bienvenidos.

Dr. J. M. Bertolote
Coordinador, Trastornos Mentales y Cerebrales
Departamento de Salud Mental y Toxicomanías
Organización Mundial de la Salud

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN INSTRUMENTO PARA MÉDICOS GENERALISTAS

Una de las peores cosas con las que un médico tiene que enfrentarse es el suicidio de un paciente. Las reacciones más comunes de los médicos que han pasado por una situación así son incredulidad, pérdida de la confianza, enojo y vergüenza. El suicidio de un paciente puede desencadenar sentimientos de insuficiencia, dudas sobre su propia competencia y temor por su reputación. Además, los médicos confrontan la enorme dificultad de tratar con la familia y los amigos del suicida.

Estos instrumentos están dirigidos principalmente a los médicos generalistas. Su objetivo es resaltar los trastornos principales y otros factores asociados con el suicidio y proveer información sobre la identificación y el manejo de pacientes suicidas.

LA CARGA DEL SUICIDIO

De acuerdo con los estimativos de la OMS, es probable que aproximadamente un millón de personas cometa suicidio en el año 2000. El suicidio está entre las 10 causas mayores de muerte en cada país, y una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años.

El impacto psicológico y social sobre la familia y la sociedad no es mensurable. En promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas. Si ocurre en una institución educativa o en el sitio de trabajo, tiene impacto sobre cientos de personas.

La carga del suicidio puede estimarse en términos de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad). De acuerdo con este indicador, en 1998 el suicidio fue responsable del 1,8% del total de la carga de enfermedades a nivel mundial, variando entre 2,3% en los países con altos ingresos y 1,7% en los de ingresos bajos. Esto es igual a la carga debida a guerras y homicidios, casi el doble de la carga por diabetes e igual a la carga por asfixia al nacimiento y trauma.

EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

Al suicidio se lo entiende ahora como un trastorno multidimensional, el cual resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. La investigación ha mostrado que entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio; de éstos, son muchos más los que ha visto a un médico general que a un psiquiatra. En países donde los servicios de Salud Mental no están bien desarrollados, la proporción de personas en crisis suicida que consultan a un médico general, tiende a ser mayor.

Identificar, valorar y manejar a los pacientes suicidas es una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.

El suicidio no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio

Los estudios para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidio logrado. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos del humor (principalmente depresión) es 6-15%; con alcoholismo, 7-15%; y con esquizofrenia, 4-10%.

No obstante, una proporción importante de las personas que cometen suicidio, muere sin haber consultado a un profesional en salud mental. Por lo tanto, el mejoramiento en el descubrimiento, la remisión y el manejo de trastornos psiquiátricos en la atención primaria en salud es un paso importante en la prevención del suicidio.

Un hallazgo común en aquéllos que cometen suicidio es la presencia de más de un trastorno. Los trastornos comunes que ocurren al mismo tiempo son alcoholismo y trastornos del humor (depresión), trastornos de la personalidad y otros trastornos psiquiátricos.

Colaborar con el psiquiatra y asegurarse que se dé un tratamiento adecuado y apropiado es una función crucial del médico

Trastornos del humor

Todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio. Estos incluyen trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastornos del humor persistentes (p.e.: ciclotimia y distimia) las cuales forman las categorías F31- F34 en la ICE - 10 (1). Por lo tanto, el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. La depresión tiene una alta prevalencia en la población general y muchos no la reconocen como una enfermedad. Se estima que 30% de los pacientes atendidos por un médico sufren depresión. Alrededor de 60% de los pacientes que sí buscan tratamiento se contactan inicialmente con un médico general. Trabajar con enfermedades físicas y trastornos psicológicos es un reto especial para el médico. En muchas instancias la depresión se enmascara y los pacientes sólo presentan enfermedad somática.

En los episodios depresivos típicos, el individuo usualmente sufre de:

- ánimo depresivo (tristeza)
- pérdida de interés y capacidad de goce
- energía disminuida (fatiga y actividad disminuida)

Los signos comunes de depresión presentes son:

- Cansancio
- Tristeza
- Falta de concentración
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Trastornos del sueño
- Dolor en diferentes partes del cuerpo

Estos síntomas deberán alertar al médico sobre la presencia de depresión y conducirlo a una valoración del riesgo de suicidio. Las características clínicas específicas asociadas con un riesgo aumentado de suicidio en la depresión son (2):

- Insomnio persistente
- Descuido consigo mismo
- Enfermedad severa (en especial depresión psicótica)
- Deterioro de la memoria
- Agitación
- Ataques de pánico

Los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión (3):

- Edad menor de 25 años en varones
- Fase temprana de la enfermedad
- Abuso del alcohol
- Fase depresiva de un trastorno bipolar
- Estado mixto (maniaco-depresivo)
- Manía psicótica

La depresión es un factor importante en el suicidio entre los adolescentes y personas de edad, pero aquéllos con iniciación tardía de depresión están en mayor riesgo.

Los recientes avances en el tratamiento de la depresión son muy relevantes para la prevención del suicidio en la atención primaria. Se encontró que la educación del médico general en identificar y tratar la depresión redujo el suicidio en Suecia (4). Los datos epidemiológicos sugieren que los antidepresivos reducen el riesgo de suicidio entre los deprimidos. La dosis terapéutica completa de medicación deberá continuarse por varios meses. En personas de edad, puede ser necesario continuar tratamiento por dos años después de la recuperación. Se ha encontrado que los pacientes bajo terapia de mantenimiento con litio corren menor riesgo de suicidio (5).

Alcoholismo

El alcoholismo (tanto el abuso del alcohol como la dependencia del mismo) es un diagnóstico frecuente en aquéllos que han cometido suicidio, particularmente jóvenes. Existen explicaciones biológicas, psicológicas y sociales para la correlación entre suicidio y alcoholismo. Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio entre los alcohólicos son:

- Iniciación temprana del alcoholismo
- Largo historial de bebida
- Alto nivel de dependencia
- Humor depresivo
- Salud física deficiente
- Desempeño laboral pobre
- Antecedentes familiares de alcoholismo
- Ruptura o pérdida reciente de una relación interpersonal importante.

Esquizofrenia

El suicidio es la mayor causa individual de muerte prematura entre los esquizofrénicos. Los factores específicos de riesgo de suicidio son (6):

- Varón joven desempleado
- Recaídas recurrentes
- Temor al deterioro, en especial en aquéllos con alta capacidad intelectual
- Síntomas positivos de suspicacia e ilusiones falsas
- Síntomas depresivos

El riesgo de suicidio es más alto en las siguientes épocas:

- Etapas tempranas de la enfermedad
- Recaída temprana
- Recuperación temprana

El riesgo de suicidio disminuye con una creciente duración de la enfermedad.

Trastornos de la Personalidad

Estudios recientes en personas jóvenes que cometieron suicidio han mostrado una alta prevalencia (20-50%) de trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad que están más frecuentemente asociados con el suicidio son la personalidad límite y la personalidad antisocial (7).

Los trastornos de personalidad histriónica y narcisista y ciertas tendencias psicológicas tales como la impulsividad y la agresión, están también asociadas con el suicidio.

Trastornos de la Ansiedad

Entre los trastornos de la ansiedad, el trastorno del pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) están también asociados con el comportamiento suicida.

EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS FÍSICOS

El riesgo de suicidio aumenta en las enfermedades físicas crónicas (8). Además, generalmente existe una tasa aumentada de trastorno psiquiátrico, especialmente depresión, en personas con enfermedad física. La cronicidad, la inhabilidad y el pronóstico negativo se correlacionan con el suicidio.

Enfermedades Neurológicas

La epilepsia se ha asociado con un aumento en el suicidio. Este incremento se atribuye al aumento en la impulsividad, la agresividad y la inhabilidad crónica asociadas con la epilepsia.

Las lesiones en la médula espinal y el cerebro también aumentan el riesgo de suicidio. Estudios recientes han mostrado que después de un derrame – particularmente en presencia de lesiones posteriores, las cuales causan mayor inhabilidad y deterioro físico – 19% de los pacientes se deprimen y presentan tendencias suicidas.

Neoplasmas

El riesgo de suicidio es más alto al momento del diagnóstico y en los primeros dos años de la enfermedad terminal, con un aumento del riesgo en los casos de malignidad progresiva. El dolor es un factor que contribuye significativamente al suicidio.

VIH/SIDA

La infección por VIH y el SIDA representan un riesgo aumentado de suicidio en los jóvenes, con altas tasas de suicidio. El riesgo es mayor al momento de la confirmación del diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad. Los usuarios de drogas intravenosas están en mayor riesgo aún.

Otras condiciones

Otras condiciones médicas crónicas tales como enfermedades renales, hepáticas, óseas y articulares, cardiovasculares y trastornos gastrointestinales están implicadas en el suicidio. Las inhabilidades para moverse, ver u oír pueden precipitar el suicidio.

En años recientes, la eutanasia y el suicidio asistido se han convertido en problemas que pueden confrontar los médicos. La eutanasia activa es ilegal en casi todas las jurisdicciones y el suicidio asistido está atrapado en controversias morales, éticas y filosóficas.

EL SUICIDIO Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

El suicidio es un acto individual; ocurre en el contexto de una sociedad dada y ciertos factores sociodemográficos se asocian con él.

Sexo

En la mayoría de los países, más varones que mujeres cometen suicidio; la proporción varón/mujer varía de acuerdo con el país. China es el único país en el cual los suicidios femeninos sobrepasan en número a los masculinos en áreas rurales y son aproximadamente iguales a los suicidios masculinos en áreas urbanas.

Edad

Los grupos con edades mayores (por encima de 65 años) y menores (15-30 años) sufren un aumento en el riesgo de suicidio. Datos recientes sugieren un aumento en las tasas de suicidio en varones de edad mediana.

Estado civil

Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio. El matrimonio parece ser un medio protector para los varones en términos del riesgo de suicidios, pero no es significativo para las mujeres. La separación marital y el vivir solo aumentan el riesgo de suicidio.

Ocupación

Ciertos grupos ocupacionales tales como cirujanos veterinarios, farmacéutas, dentistas, granjeros y practicantes de medicina están en mayor riesgo de suicidio. No existe una explicación obvia para este hallazgo, aunque el acceso a medios letales, la presión en el trabajo, el aislamiento social y las dificultades económicas podrían ser las razones.

Desempleo

Existen asociaciones relativamente fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja. Los efectos del desempleo están probablemente mediados por factores tales como la pobreza, las privaciones sociales, las dificultades domésticas y la desesperanza. Por otro lado, es más probable que las personas con trastornos mentales carezcan de empleo que las personas con buena salud mental. A nivel de cualquier tasa se debe considerar la diferencia entre lo que significa haber perdido el empleo recientemente y estar desempleado desde hace tiempos: un mayor riesgo se asocia con el primero.

Residencia rural/urbana

En algunos países los suicidios son más frecuentes en áreas urbanas, mientras en otros ocurren con más frecuencia en áreas rurales.

Migración

La migración – con sus problemas anexos de pobreza, vivienda deficiente, falta de apoyo social y expectativas insatisfechas – aumenta el riesgo de suicidio.

Otros

Ciertos factores sociales, tales como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio.

¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Un número de factores individuales y sociodemográficos clínicamente útiles están asociados con el suicidio (9). Incluyen:

- Trastornos psiquiátricos (generalmente depresión, alcoholismo y trastornos de la personalidad);
- Enfermedad física (enfermedad terminal, dolorosa o debilitante, SIDA);
- Intentos suicidas previos;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo y/u otros trastornos psiquiátricos;
- Estatus de divorcio, viudez o soltería;
- Vivir solo (aislado socialmente);
- Desempleo o retiro;
- Pérdida sensible en la infancia;

Si el paciente está bajo tratamiento psiquiátrico, el riesgo es más alto en:

- Aquéllos que han sido dados de alta del hospital;
- Aquéllos que han cometido intentos de suicidio previamente;

Adicionalmente, los acontecimientos estresantes recientes asociados con un aumento en el riesgo de suicidio incluyen:

- Separación marital;
- Pérdida sensible;
- Problemas familiares;
- Cambio en el estatus ocupacional o financiero;
- Rechazo por parte de una persona importante;
- Vergüenza o temor a ser encontrado culpable.

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio a través de encuestas, pero son menos útiles que una buena entrevista clínica para identificar la persona que está en inminente riesgo de cometer suicidio.

El médico puede verse enfrentado a una variedad de condiciones y situaciones asociadas con comportamientos suicidas. Un varón de edad, recientemente viudo, tratado por depresión, que vive solo, con una historia de intento de suicidio, y una dama joven con unos pocos rasguños en el antebrazo, a quien su novio acaba de dejar, son dos ejemplos contrastantes. En realidad, la mayoría de los pacientes caen entre estos dos extremos y pueden fluctuar de una categoría a otra.

Cuando los médicos poseen un indicio razonable de que el paciente podría ser suicida, enfrentan el dilema de cómo proceder. Algunos médicos se sienten incómodos con estos pacientes. Es importante para ellos tomar conciencia de ese sentimiento y buscar ayuda de colegas, y posiblemente profesionales en salud mental, cuando se enfrentan a tales pacientes. Es esencial no ignorar ni negar el riesgo.

Si el médico decide proceder, el primer paso y el más inmediato es asignar mentalmente un tiempo adecuado al paciente, aunque muchos otros puedan estar esperando fuera del consultorio. Al mostrarse bien dispuesto a entender, el médico empieza a establecer una relación positiva con el paciente. Las preguntas cerradas y directas al comienzo de la entrevista no son muy útiles. Comentarios como "Te ves muy alterado; cuéntame más al respecto" son útiles. Escuchar con empatía es de por sí un gran paso para reducir el nivel de desesperación del suicida.

Mitos	Realidad
Pacientes que hablan sobre suicidio raramente cometen suicidio	Los pacientes que cometen suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano.
Preguntarle sobre suicidio a un paciente, puede desencadenar actos suicidas.	Preguntar sobre el suicidio puede con frecuencia reducir la ansiedad que rodea el sentimiento; el paciente puede sentirse liberado y mejor comprendido.

¿Cómo preguntar?

No es fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente. Una secuencia de preguntas útiles es:

1. ¿Se siente infeliz o desvalido?
2. ¿Se siente desesperado?
3. ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
4. ¿Siente la vida como una carga?
5. ¿Siente que la vida no merece vivirse?
6. ¿Siente deseos de cometer suicidio?

¿Cuándo preguntar?

Es importante hacer estas preguntas:

- Después que se ha establecido una empatía
- Cuando que el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos
- Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos

Preguntas adicionales

El proceso no termina con la confirmación de la presencia de ideas suicidas. Continúa con preguntas adicionales, encaminadas a valorar la frecuencia y la severidad de la idea y la posibilidad de suicidio. Es importante saber si el paciente ha hecho planes y posee los medios para cometer suicidio. No obstante, si el paciente ha planeado un método y posee los medios (p.ej.: píldoras), o si el medio propuesto está fácilmente a su alcance, el riesgo de suicidio es más alto. Es crucial que las preguntas no sean exigentes ni coercitivas, sino que se planteen de manera cálida, mostrando la empatía del médico hacia el paciente. Estas preguntas podrían incluir:

- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder [píldoras / armas / otros medios]?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

Advertencia

- *Mejoría engañosa o falsa.* Cuando un paciente agitado se calma súbitamente, puede haber tomado la decisión de cometer suicidio y por lo tanto se siente tranquilo después de haberlo hecho.
- *Negativa.* Los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

MANEJO DE PACIENTES SUICIDAS

Si un paciente está perturbado emocionalmente, con pensamientos suicidas vagos, la oportunidad de ventilar sus pensamientos y sentimientos ante un médico que demuestre interés, puede ser suficiente. No obstante, la oportunidad de un seguimiento posterior debe dejarse abierta, especialmente si el paciente tiene un inadecuado apoyo social. Sin importar el problema, los sentimientos de una persona suicida son usualmente una tríada de desamparo, desesperanza y desespero. Los tres estados más comunes son:

1. *Ambivalencia.* La mayoría de los pacientes son ambivalentes hasta el puro final. Ésta es una batalla de vaivén entre el deseo de vivir y el de morir. Si esta ambivalencia es usada por el médico para aumentar el deseo de vivir, el riesgo puede reducirse.

2. *Impulsividad.* El suicidio es un fenómeno impulsivo y el impulso por su misma naturaleza es transitorio. Si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse.
3. *Rigidez.* Las personas suicidas son rígidas en su pensamiento, su humor y su actuar y sus razonamientos sufren dicotomía en términos de uno u otro. Al explorar varias posibles alternativas para tratar con el paciente suicida, el médico gentilmente hace que el paciente tome conciencia de que existen otras opciones, así no sean ideales.

Obtención de apoyo

El médico deberá evaluar los sistemas de apoyo disponibles, identificar un pariente, amigo, conocido u otra persona que pueda apoyar al paciente, y solicitar su ayuda.

Contratación

Entrar en un contrato de “no suicidio” es una técnica útil en la prevención del suicidio. Otras personas cercanas al paciente pueden incluirse al negociar el contrato. La negociación puede promover discusiones sobre varios temas importantes. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. La contratación es apropiada solo cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.

En ausencia de un trastorno psiquiátrico severo o un intento de suicidio, el médico puede iniciar y disponer tratamiento farmacológico, generalmente con antidepresivos, y terapia psicológica (comportamiento cognitivo). La mayoría de las personas se benefician al continuar en contacto con el médico; este contacto deberá organizarse para satisfacer las necesidades individuales.

Exceptuando el caso de tratamiento de enfermedades subyacentes, pocas personas requieren apoyo por más de dos o tres meses y este apoyo deberá centrarse en dar esperanza, estimular la independencia y ayudar al paciente a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

Remisión al Especialista

¿Cuándo remitir un paciente?

Los pacientes deberán remitirse a un psiquiatra cuando presenten:

- Trastorno psiquiátrico;
- Historia de intento de suicidio previo;
- Historia familiar de suicidio, alcoholismo o trastorno psiquiátrico;
- Mala salud física;

- Ningún apoyo social.

¿Cómo remitirlo?

Después de decidir la remisión de un paciente, el médico deberá:

- Tomarse tiempo para explicar al paciente el motivo de la remisión;
- Calmar su ansiedad sobre el estigma y la medicación psicotrópica;
- Aclararle que las terapias farmacológica y psicológica son efectivas;
- Enfatizar que la remisión no significa "abandono";
- Concertar una cita con el psiquiatra;
- Asignarle tiempo al paciente para después de su cita con el psiquiatra;
- Asegurarse que la relación con el paciente continúe:

¿Cuándo hospitalizar un paciente?

Éstas son algunas de las indicaciones para hospitalización inmediata:

- Pensamientos recurrentes de suicidio;
- Nivel alto de intención de morir en el futuro inmediato (las siguientes horas o días);
- Agitación o pánico;
- Existencia de un plan para usar un método violento e inmediato.

¿Cómo hospitalizar al paciente?

- No lo deje solo;
- Disponga la hospitalización;
- Disponga el traslado al hospital en ambulancia o a través de la policía;
- Informe a las autoridades pertinentes y a la familia.

RESUMEN DE LOS PASOS EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La siguiente tabla resume los pasos principales para la valoración y el manejo de pacientes cuando el médico sospecha o identifica un riesgo de suicidio.

Riesgo de SUICIDIO: identificación, valoración y plan de acción

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro	-	-
1	Perturbado emocionalmente	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
2	Vagas ideas de muerte	Indagar sobre pensamientos suicidas	Escuchar con empatía
3	Vagos pensamientos de suicidio	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico	Valorar el intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyo
5	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes	Valorar el intento (plan y método) Hacer un contrato	Remitir al psiquiatra
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o severos acontecimientos estresantes o agitación e intento previo	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios)	Hospitalizar

REFERENCIAS

1. WHO. Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Long-term effects of an educational programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica* , 1992, 85: 83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
8. González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. [Population groups at high risk] In: Bobes García J et al., eds. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.