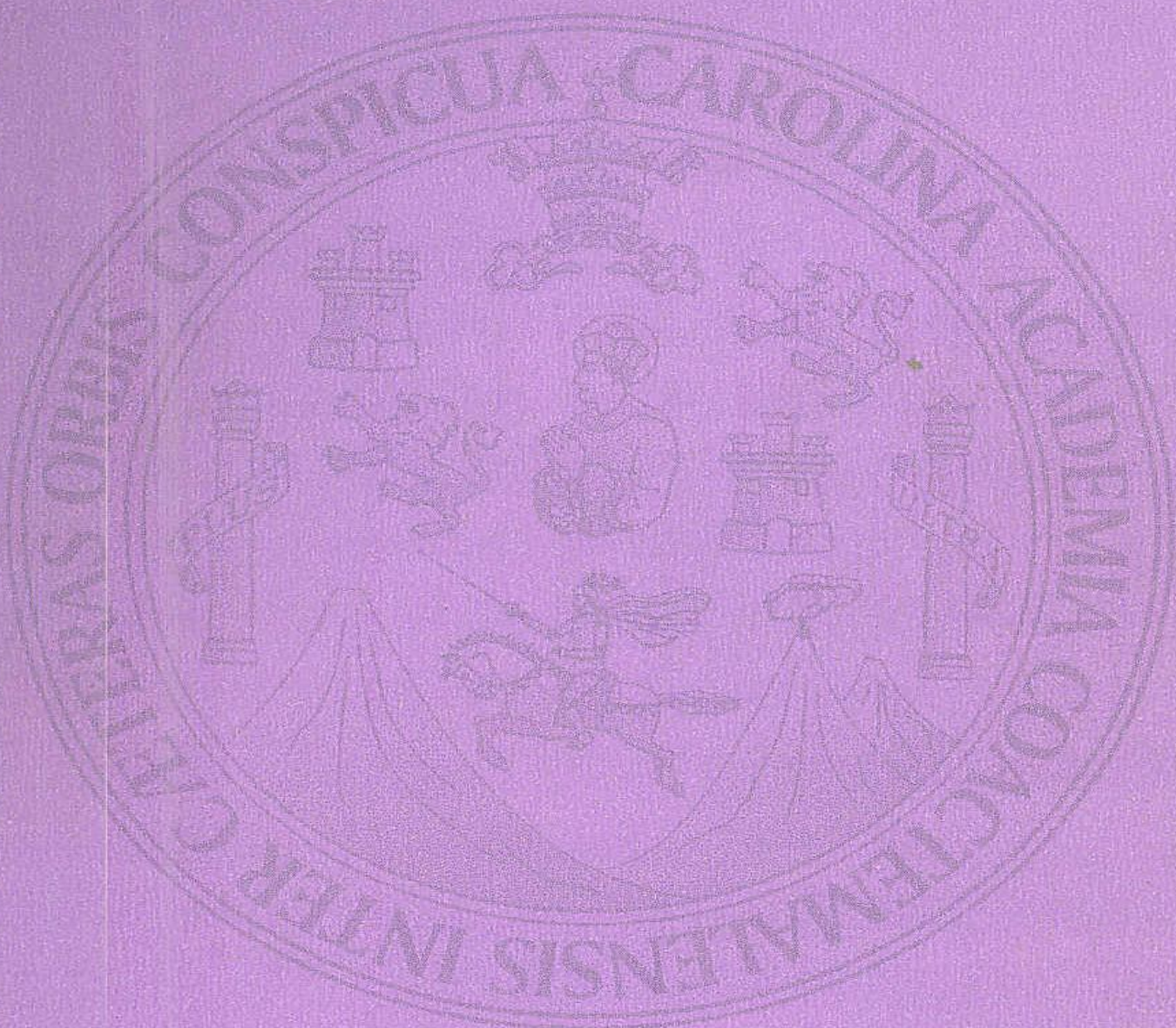


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**PREVALENCIA Y CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DE
PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO Y EL ENFOQUE
PSIQUIATRICO DEL MEDICO TRATANTE**



LUCRECIA ELIZABETH LEON CHACON

MEDICA Y CIRUJANA

PREVALENCIA Y CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO Y EL ENFOQUE PSIQUIATRICO DEL MEDICO TRATANTE.

Estudio descriptivo - retrospectivo y transversal realizado con registros clínicos de pacientes con intento de suicidio durante el período de Enero de 1999 a Abril del 2001; y en Médicos especialistas y médicos en formación, de los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría, durante los meses de Abril y Mayo de 2001; del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.

INDICE

CAPITULO	PAG.
I. Introducción	1
II. Definición y Análisis del Problema	2
III. Justificación.....	3
IV. Objetivos	4
V. Revisión Bibliográfica	
A. Suicidio	5
B. Suicidio relacionado con otras enfermedades psiquiátricas.....	9
C. Intervención del paciente con intento de suicidio	10
D. Tratamiento del paciente con intento de suicidio	19
VI. Material y Métodos	
A. Metodología	22
B. Recursos	24
VII. Presentación de Resultados	25
VIII. Análisis y Discusión de Resultados	46
IX. Conclusiones	48
X. Recomendaciones	49
XI. Resumen	50
XII. Referencias Bibliográficas	51
XIII. Anexos	
No. 1 Instrumentos de recopilación de información	53
No. 2 Guía práctica para el médico de emergencia sobre el abordaje Psiquiátrico del paciente suicida	56

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es sin duda, la manera más impactante de muerte, tanto para los familiares, que lo sufren, como para la sociedad misma.

Siendo éste, un fenómeno completamente detectable y prevenible, el presente estudio buscó establecer los factores de riesgo de suicidio, mediante la caracterización epidemiológica del paciente que intentó suicidarse, y que consultó al Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala de Enero de 1999 a Abril del año 2001.

Así mismo, pretendió determinar el conocimiento que el médico de emergencia tiene sobre el abordaje psiquiátrico del paciente suicida.

Para ello, se revisaron los registros clínicos de emergencia, del período de estudio de donde se obtuvieron los datos de las boletas de recolección, y se realizó un test sobre dichos conocimientos, a los médicos del mencionado Hospital.

Se encontraron 175 casos de intento de suicidio, la mayoría de sexo femenino, y comprendidos entre los 10 y los 25 años de edad, siendo los métodos autolíticos más utilizados los envenenamientos y la toma de medicamentos.

No se encontró una diferencia significativa en el nivel de conocimientos que los médicos poseen sobre el manejo psiquiátrico de estos paciente, y la jerarquía, especialidad o años de experiencia laboral de los mismos.

En base a estos datos, se elaboró una guía práctica sobre la adecuada intervención del paciente suicida en el servicio de emergencia, el cual se incluye en este informe.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA:

Es frecuente en un hospital general, que el médico de la emergencia evalúe y trate a pacientes jóvenes que han intentado el suicidio, situación que constituye actualmente una de las principales causas de muerte entre la juventud de diversos países, por ejemplo E.E.U.U., Reino Unido y México. (11)

La evaluación del riesgo de suicidio demanda conocimiento de sus factores predisponentes, habilidades para entrevistar y sensibilidad empática, por parte del personal de emergencia.

De tal proceso pueden derivarse decisiones cruciales para salvaguardar la vida del paciente y el desarrollo del tratamiento.

Desde el punto de vista psiquiátrico, un importante factor es la presencia de un desorden mental. Alrededor del 90% de las víctimas del suicidio ha presentado algún trastorno diagnosticable, siendo las patologías más comúnmente asociadas: la depresión, alcoholismo y la esquizofrenia. Mismas que son psiquiátricamente tratables, al ser oportunamente diagnosticadas, con lo que se disminuiría la tasa de suicidios a largo plazo.(15)

En el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, en Antigua Guatemala, se realizó un estudio en noviembre del año 2000, en el cual se reportó que en los últimos dos años se presentaron 55 casos de intoxicación con organofosforados y organoclorados, de los cuales el 81% fue con fines suicidas. (*)

Con el objetivo de contribuir a la mejor delimitación de grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos por parte de los médicos de emergencia, se realizó el presente estudio “ Prevalencia y caracterización epidemiológica del paciente con intento de suicidio y el enfoque psiquiátrico del médico tratante” , el cual pretendió sentar un precedente científico para nuevas investigaciones y elaborar una guía práctica para el manejo psiquiátrico de emergencia de estos pacientes, basada en el conocimiento que estos médicos poseen acerca del tema.

* Incidencia de intoxicación con órgano - fosforados y órgano - clorados como método suicida, Noviembre de 2000. Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala.

III. JUSTIFICACION

El suicidio es un serio problema de Salud Pública, principalmente en países desarrollados, donde existen altas tasas de daño auto-infringido, y suicidio consumado en adultos jóvenes. (2)

En Estados Unidos de América, el suicidio es la tercera causa de mortalidad en personas de 15 a 34 años, y la novena causa de mortalidad general, llegando a 31,284 defunciones para el año 2000. Con una proporción de aproximadamente 16 intentos por cada suicidio consumado (11).

En el Reino Unido se presentan anualmente alrededor de 100,000 casos de daño deliberado auto-infringido en los servicios de accidentes y emergencias. (15)

En Guatemala, el suicidio es un fenómeno de dimensiones desconocidas, así mismo el intento de suicidio, ya que no existen estudios científicos acerca de su prevalencia o sus características epidemiológicas.

Sin embargo, en el área ixil, Quiché, se reportó 12 casos de suicidio en los últimos dos años, en la comunidad de Nebaj, esto en jóvenes comprendidos entre los 12 y 26 años de edad afectados por el conflicto armado. (1*)

En el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, se reportaron 155 casos de intento de suicidio tratados en la emergencia de dicho Hospital en el año 2000. (2*)

El cuidado de la salud mental y la atención psiquiátrica en Guatemala se encuentra inmerso en el sistema estatal de servicio de salud, en donde es el personal médico de las diversas especialidades el que le da la atención primaria a los pacientes con estas patologías, sin contar, muchas veces, con los conocimientos básicos para diagnóstico y manejo de urgencias de trastornos mentales.

Sabiendo que los programas de control y prevención para un problema de salud deben de ser congruentes con la realidad, fue el objeto principal de este estudio brindar las bases para futuras investigaciones acerca de este fenómeno, así como facilitar al médico de emergencia los conocimientos básicos para la atención de pacientes con intento de suicidio mediante una guía práctica y de fácil acceso.

1* Gabriela Barrios, Suicidio en Nebaj, Revista Domingo, Prensa Libre, 14 de enero 2001.

2* SIGSA 3 de emergencia, Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala, 2000.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL:

1. Determinar la prevalencia y caracterización epidemiológica del paciente con intento de suicidio en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt de Antigua Guatemala, de Enero de 1999 a Mayo de 2001.
2. Determinar el enfoque psiquiátrico del médico, del citado Hospital en el abordaje y manejo del paciente con intento de suicidio.

B. ESPECIFICOS:

1. Caracterizar al paciente con intento de suicidio de acuerdo a edad, sexo, distribución estacional, hora del intento, método autolítico utilizado, egresado antes de las 24 horas de la crisis, ingresados, defunciones.
2. Comparar en base a especialidad, rango jerárquico y años de experiencia laboral; el enfoque psiquiátrico que el médico tratante posee sobre el paciente suicida.
3. Elaborar una guía práctica para el médico de emergencia, sobre la atención y manejo psiquiátrico del paciente suicida.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. SUICIDIO:

1. Generalidades:

El suicidio, comprendido como el acto o la conducta de dañar o arriesgar la vida conscientemente (4), intentado o consumado, es un complejo enigma para la condición humana.

No puede ser presentado como un desorden unitario o independiente. No puede emplearse ningún modelo de formulación psicodinámica o biopsicosocial para generalizar una teoría común en la comprensión del comportamiento suicida. (19).

Además de que el comportamiento suicida es un tanto complicado, puede evocar en el médico tratante un conjunto amplio de emociones hostiles que abarcan aborrecimiento, ira, tristeza y ansiedad.

Esta combinación de reacciones, no solo en la población en general, sino también entre profesionales de la salud, nos despierta una amplia variedad de maneras de enfrentarla: Algunas son verdaderamente adaptables, por ejemplo, en proporcionar asistencia y apoyo a los pacientes y sus familiares, o por el contrario negando la existencia o la dimensión del problema del suicidio, ofreciendo información falsa y perpetuando así la mitología asociada con el tema del suicidio.

2. Epidemiología:

Epidemiología, puede definirse como “el estudio de la distribución y las causas determinantes de padecimientos y heridas en poblaciones humanas” (4).

A pesar de que el suicidio no es una enfermedad *per se*, sin duda podría ser considerada como una herida en términos de la definición anterior.

a. Tasas de suicidios consumados:

En el Reino Unido se presentan anualmente alrededor de 100,000 casos de daño deliberado autoinfligido en los servicios de accidentados y emergencias. La mayoría de los casos involucran auto-envenenamiento, y casi la mitad de ellos se deben a sobredosis de paracetamol. (15)

En Estados Unidos, el suicidio es la novena causa de mortalidad general, y la tercera causa de mortalidad en el grupo etéreo de 15 a 34 años; con 31,204 muertes en el año 2000. Más personas mueren por suicidio que por homicidio. (11)

El sexo más afectado es el masculino, sin embargo las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres.(11)

En un estudio realizado en México en 1998 (2), los suicidios en hombres, alcanzan su máxima incidencia tras los 45 años; mientras que entre las mujeres, la edad promedio es de 32 años, y se registra un riesgo máximo en los varones al final de la adolescencia. (2)

El suicidio entre blancos es casi dos veces superior al de las demás razas. (11)
Históricamente, los índices de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores que en las poblaciones protestantes o judías. (18)

En lo que respecta al estado civil, los lazos afectivos estables, como el matrimonio parecen constituir un factor protector. (2)

El mecanismo de suicidio consumado mas frecuente es la sobredosis de medicamentos para el sexo femenino, y las armas de fuego para el sexo masculino. (11)

En Guatemala, el mecanismo de suicidio consumado más frecuente es el ahorcamiento y la ingesta de sustancias tóxicas como insecticidas. (*)

b. Tasas de intentos de suicidio:

Ambos sexos corren el mismo riesgo de intentar suicidarse entre los 15 y 44 años de edad.

En Estados Unidos de América, se estima que por cada suicidio se realizan 16 intentos, lo que se aproxima a los 500,000 intentos anuales, que predominantemente son de sexo femenino. (11)

En aproximadamente 30 a 50% de los suicidios consumados, el paciente ha hecho un intento anterior. (2)

El método de daño autoinfligido más utilizado para un intento de suicidio, continua siendo las sobredosis de medicamentos y el uso de venenos caseros.(2)

c. Método de elección de consumación e intención suicida:

Las estadísticas brindadas en esta sección se refieren, particularmente, al suicidio juvenil. Sin embargo, mientras las estadísticas pueden tener ligeras variaciones, el rango total del orden de los métodos es similar tanto para el intento como para la comisión del suicidio en la población general.

* Salazar V., Carlos A. Epidemiología del suicidio en el IGSS, 1998.

En relación con el suicidio consumado, se sabe que en E.E.U.U. el 40% es producido por heridas con arma de fuego, 20% por ahorcamiento, 18% por drogas, y el restante 12% está distribuido en inhalación de monóxido de carbono, lanzamiento al vacío y ahogamiento. (11)

Se ha demostrado una elección del método dependiendo de la localización geográfica que tiene relación con el acceso a los diferentes métodos. Por tanto, en áreas rurales, las armas de fuego registran aproximadamente el 60%, drogas 10% y el envenenamiento es mucho más común.(11)

La sobredosis de drogas es, por mucho, el método de elección más común del intento suicida. La sobredosis de drogas en 88% aproximadamente es descompuesta en analgésicos de uso casero 37%, benzodiacepinas 24%, barbitúricos 19%, fenotiacidas, solventes, inhalantes y drogas callejeras en 5%. Cerca del 4% de las personas utilizan dos o más métodos en sus intentos de suicidio. (11)

3. Factores de Alto Riesgo en el suicidio

En general, los factores de alto riesgo pueden dividirse así: (19)

a. Factores no específicos:

- i. Efecto de Imitación.

b. Factores específicos:

- i. Síntomas médico-psiquiátricos pasados y presentes.
- ii. Comportamiento suicida previo.
- iii. Padecimientos psiquiátricos de la historia familiar.
- iv. Factores de la dinámica familiar:
 - Desacuerdo o rompimiento familiar.
 - Empleo.
 - Maltrato del menor.
- v. Rendimiento escolar.
- vi. Predisposición Genética.

a. Factores no específicos de alto riesgo:

i. Efecto de Imitación:

La investigación reciente confirma la existencia de una relación estadística importante entre la media de la extensión del suicidio y los incrementos temporales asociados con las tasas de suicidio, específicamente en adolescentes. Este incremento temporal en el comportamiento suicida representa el tan mencionado “efecto de imitación” o “efecto de Werther”; el cual consiste en seguir conductas suicidas vistas en medios publicitarios, y basados en la popularidad y ganancia secundaria de quienes los han cometido. (18)

b. Factores específicos de alto riesgo:

i. Síntomas médico-psiquiátricos pasados y presentes:

- Enfermedad Física:

Cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena o preocupación hipocondríaca con enfermedad que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización, son factores importantes en el suicidio.(5)

- Síntomas psiquiátricos:

Como Depresión, abuso de alcohol u otras sustancias, y esquizofrenia, que corresponden al 90% de las patologías asociadas al suicidio. (11)

ii. Comportamiento Suicida Previo:

Las estadísticas revelan que entre aproximadamente el 50% de los pacientes que han tenido un intento suicida tienen intentos repetitivos.(11) Habiendo tenido un intento suicida, esto es, habiendo demostrado un cambio en el valor y en la voluntad como consecuencia de una inadaptación en la forma de enfrentar la vida, el comportamiento suicida futuro parece ser alentado. No importa el grado o la frecuencia de la conducta suicida, todos los individuos que exhiben tal comportamiento deben ser tomados en serio y totalmente evaluados por los profesionales de la salud adecuados.(18)

iii. Padecimientos Psiquiátricos de la Historia Familiar:

El abuso de drogas o el alcoholismo, son los padecimientos psiquiátricos más comúnmente asociados.(18)

iv. Factores de la Dinámica Familiar:

- Desacuerdo o rompimiento familiar: La falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la juventud, especialmente muerte o separación de los padres.
- Empleo: La tensión familiar que resulta de los problemas económicos es un factor de riesgo.
- Maltrato del menor: Los hallazgos sugieren una correlación entre el maltrato del menor y el comportamientos suicida.(19)

v. Rendimiento Escolar:

Varios estudios demuestran entre 35 y 75% en la proporción de fracaso o expulsión escolar asociado con comportamiento suicida en niños y adolescentes escolares. (11).

vi. Predisposición Genética:

En estudios con adultos, víctimas del suicidio presentaron niveles bajos de ácido 5-hidroindolacético, un metabolito de la serotonina, en líquido cefalorraquídeo y en tejido cortical prefrontal. (20).

B. EL SUICIDIO RELACIONADO CON OTRAS ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS:

1. Ideación e intentos suicidas en depresivos:

La ideación suicida se presenta en alrededor del 60% de pacientes con trastornos del ánimo. Se obtiene el antecedente de intentos suicidas en más de la tercera parte de ellos. Tales proporciones son significativamente más elevadas que las observadas en otros cuadros. (6)

Caracteriza a los depresivos que han presentado ideación severa o intentos autolíticos una suicidalidad persistente, evolución clínica retardada y estados residuales. Con mayor frecuencia existe una historia familiar de conducta suicida, que se asocia a intentos violentos.(6)

La presencia de un cuadro depresivo confiere severidad a la conducta suicida, presentando ésta mayor letalidad. (6)

Variables asociadas a suicidio en los enfermos depresivos han sido: sexo masculino, conducta suicida durante la hospitalización, un hogar desintegrado en la infancia, pérdidas interpersonales, desesperanza, ausencia de reactividad del ánimo, agitación depresiva y síntomas delirantes.(6)

Su mayor complejidad y riesgo autolítico se traduce en demandas terapéuticas especiales, farmacológicas y psicosociales.(6)

2. Suicidio en alcohólicos:

El alcoholismo y la depresión mayor contribuyen como precipitantes del suicidio; sin embargo no todos los alcohólicos se suicidan, de hecho existen ciertos factores de riesgo que pueden predecir quien cometerá el suicidio. (14)

Mientras las personas con depresión cometen suicidio por desesperanza, culpa, sentimientos de autoconsideración; los alcohólicos se suicidan en reacción a eventos del medio, como pérdida de una relación interpersonal, muerte de una persona cercana, etc.(14)

En un estudio con 50 de pacientes alcohólicos suicidas, el Dr. Murphy encontró que hay seis factores que pueden predecir el riesgo suicida en este tipo de pacientes, estos factores son: Comunicar ideas suicidas , (usando frases como “ pronto terminará todo”, o “pronto llegará esto a su fin”), presentar depresión mayor, no tener ningún soporte social como familia, amigos, cónyuge, estar desempleados, presentar problemas médicos, o vivir solos. (14)

3. Suicidio en esquizofrenia:

El suicidio se ha reconocido como un peligro de esta enfermedad desde hace mucho tiempo; los estudios actualmente muestran que hasta 10% de los pacientes esquizofrénicos mueren por suicidio. En su mayoría son jóvenes de sexo masculino, y el período de mayor riesgo es el de los primeros años de esta enfermedad. (17)

Un intento de suicidio previo, generalmente se considera que es el mejor indicador clínico de que un paciente psiquiátrico posee un mayor riesgo a largo plazo de cometer suicidio.(17)

La depresión se ha asociado en el suicidio de los pacientes esquizofrénicos en un 60%. Los pacientes presentan los rasgos psicológicos de la depresión sin mostrar síntomas somáticos como falta de apetito o alteraciones del sueño.(17)

C. INTERVENCION DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO:

Ningún intento o amenaza de suicidio debe tomarse como algo trivial. Está bien documentado en la literatura que una gran mayoría de personas implicadas en comportamientos suicidas han comunicado sus ideas, intenciones o planes suicidas a amigos cercanos, parientes o profesionales de la salud antes de llevarlos a cabo. Aún más, las personas han dado pautas de dichos comportamientos. (15)

Educar tanto al público como a los profesionales acerca del suicidio es importante para que estas personas puedan evaluar el problema y brinden la ayuda necesaria al paciente suicida.

Ante el comportamiento que amenaza la vida, la confidencialidad también debe de vigilarse.

Dado que la severidad de un intento suicida no predice nuevos intentos o suicidios consumados y, dado que no existe relación entre el nivel de toxicidad o la gravedad de la herida provocada por el paciente durante el intento y la severidad del padecimiento psiquiátrico, cada intento de suicidio debe contemplarse con seria preocupación. (19)

1. Características de un servicio de apoyo psiquiátrico:

Cuando esté indicado, el médico general o el médico de urgencias dará acceso a una evaluación psiquiátrica por medio del equipo psiquiátrico de urgencias disponible.

Las características clave de un servicio de apoyo psiquiátrico son las siguientes: (15)

- Deberá ser un equipo multidisciplinario plenamente integrado que incluya psiquiatra de enlace, psicólogos clínicos, enfermeras psiquiátricas y trabajadores sociales, con habilidades en el uso de intervenciones psicológicas y sociales.
- El equipo deberá estar ubicado en el hospital, con fácil acceso para todos los departamentos.
- Se establecerá lazos de colaboración con otros servicios psiquiátricos y sociales, así como con otros servicios no incluidos

formalmente en el equipo, con el objeto de garantizar el seguimiento de pacientes cuyas necesidades a largo plazo sean mejor cubiertas por servicios comunitarios.

- Será capaz de dar una respuesta inmediata a problemas agudos y emergencias, como los daños autoinflingidos.

2. Evaluación del suicidio potencial:

Muchos de los intentos de suicidio no son tratados con seriedad, como un riesgo para la vida del paciente.

En E.E.U.U., aproximadamente el 15% de todos los pacientes que toman sobredosis de fármacos son ingresados en el hospital, dejando un 85% libres de manejo intrahospitalario.(11)

Todos los pacientes con intento de suicidio deben de ser tratados en la unidad de urgencias como pacientes con daño psiquiátrico. La potencial letalidad de un paciente suicida debe de ser considerada como una verdadera emergencia psiquiátrica. (18)

Para muchos pacientes el momento de crisis pasará y una reincidencia del intento no es un peligro inmediato. Pero la decisión de hospitalizar o descargar a un paciente de los servicios de urgencias dependerá de su condición psiquiátrica, actitud y futuros planes.

Algunos de los indicadores más importantes se presentan a continuación: (18)

a) Indicadores absolutos:

(hacen necesario el ingreso aún sin autorización del paciente)

i. Psicosis:

Uno de los indicadores absolutos de hospitalización de un paciente suicida es la psicosis. El paciente psicótico que intenta suicidarse o tiene planes suicidas debe de ser hospitalizado aún en contra de su voluntad.

Estos pacientes tienen alucinaciones que les dicen que deben destruirse, o los hacen correr graves peligros.

desorden afectivo o depresión mayor.

El tratamiento de los pacientes psicóticos debe incluir medicación antipsicótica, supervisión constante, hospitalización, y en algunos casos tratamiento antidepresivo.(18)

ii. Depresión:

El paciente con depresión mayor que intenta suicidarse siempre debe de ser hospitalizado. El paciente deprimido casi siempre tiene ambivalencia entre vivir o morir, y tiene una excelente oportunidad de mejorar con el tratamiento intrahospitalario y medicación antidepresiva. (18)

iii. Índice de riesgo - rescate:

Cuando se calcula formalmente el índice de riesgo – rescate, los factores de riesgo incluyen método empleado, consecuencias, toxicidad y extensión de la lesión, reversibilidad y tratamiento requerido. Los factores de rescate incluyen: lugar del intento, quien inició el rescate, probabilidad de ser descubierta, accesibilidad al rescate, y el tiempo en descubrirla. El índice de riesgo – rescate tiene un valor definido en la estimación del riesgo potencial. Este debe de ser calculado intuitivamente o numéricamente, de acuerdo a los criterios pre establecidos de Weisman y Wonder. (18)

La tabla iii -1 que se presentará a continuación muestra el punteo de riesgo – rescate de sus variables.

Un bajo índice de riesgo – rescate indica un bajo riesgo de suicidio. La muchacha que se hace pequeñas laceraciones en las muñecas. O toma pocas píldoras de codeína en frente de su novio, tiene un bajo riesgo de morir, y una oportunidad elevada de ser rescatada. La opción de repetir este intento de suicidio inmediatamente es improbable, y el paciente tiene un bajo riesgo de consumir un suicidio.

Por lo contrario, se estima un índice alto de riesgo – rescate si la misma paciente, intenta ahorcarse en un cuarto de hotel, o se dispara en la cabeza cuando no hay nadie en su casa.

El método del intento es siempre un indicador del riesgo de suicidio. Disparos, o salto de lugares altos son más probablemente asociados a un mayor riesgo de suicidio que la ingestión de fármacos o laceraciones de la piel, pero cada caso debe de ser individualizado.

En cuanto el riesgo del paciente aumente, su punteo aumentará de 1 a 3, y en cuanto el rescate aumente, el valor aumentará de 1 a 3. El punteo final se aplicará a la siguiente fórmula: (18)

$$\frac{\text{Punteo de riesgo}}{\text{Punteo de riesgo} + \text{Punteo de rescate}} \times 100 = \text{Índice Riesgo - Rescate.}$$

Tabla iii – 1. Factores de Riesgo – Rescate y punteo correspondiente :

Factores de riesgo:

Factores de rescate:

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Método utilizado: | 1. Lugar: |
| _____ 1. Ingesta, heridas. | _____ 3. Casa |
| _____ 2. Asfixia o estrangulación | _____ 2. No casa, no remoto. |
| _____ 3. Disparos o saltos. | _____ 1. Remoto. |
| 2. Consecuencias: | 2. Inició rescate: |
| _____ 1. No evidencias. | _____ 3. La persona. |
| _____ 2. Confusión, semicoma. | _____ 2. Profesional. |
| _____ 3. Coma. | _____ 1. Transeunte. |
| 3. Lesión / toxicidad: | 3. Probabilidad de rescate: |
| _____ 1. Baja. | _____ 3. Alta. |
| _____ 2. Moderada. | _____ 2. Incierta. |
| _____ 3. Severa. | _____ 1. Accidental. |
| 4. Reversibilidad: | 4. Accesibilidad de rescate: |
| _____ 1. Buena, completa. | _____ 3. Buscó ayuda. |
| _____ 2. Regular, recobró con el tiempo. | _____ 2. Dio claves. |
| _____ 3. Pobre, daño residual. | _____ 1. No buscó ayuda. |
| 5. Tratamiento requerido: | 5. Retraso en descubrirlo: |
| _____ 1. Emergencia. | _____ 3. Inmediato, 1 hora. |
| _____ 2. Hospitalización. | _____ 2. Menos de 4 horas. |
| _____ 3. Cuidados intensivo. | _____ 1. Más de 4 horas. |

Punteo de riesgo:

Punteo de rescate:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 5. Alto riesgo: (13 – 15 pts.) | 1. Baja oportunidad: (5-7 pts.) |
| 4. Alto moderado: (11 – 12 pts.) | 2. Bajo moderada: (8-9 pts.) |
| 3. Moderado: (9 – 10 pts.) | 3. Moderado: (10 – 11 pts.) |
| 2. Bajo moderado: (7 – 8 pts.) | 4. Alto moderado: (12 – 13 pts) |
| 1. Bajo riesgo: (5 – 6 pts.) | 5. Alto rescate: (14 – 15 pts.) |

El índice de posible letalidad va de 17 (indicado por punteo de bajo riesgo de 1 y un punteo alto de rescate de 5) a 83 (indicado por un punteo de alto riesgo de 5 a un punteo de bajo rescate de 1)..

El índice de riesgo – rescate, ya sea estimado o calculado, debe de ser evaluado para determinar la letalidad del paciente, hospitalización psiquiátrica y pronóstico.

iv. Sistema de soporte social:

Pacientes solteros, divorciados, separados, viudos, o desempleados generalmente tienen un alto riesgo de suicidarse. Un sentimiento de soledad y desesperación puede ser un motivo abrumador que los lleve a consumir un suicidio.

Un sistema de soporte psicosocial que incluya a la familia y los recursos comunitarios que se tengan al alcance debe de estimarse en el momento de decidir la hospitalización de estos pacientes. Si, por un instante, el anciano que consultó por un intento de suicidio, regresa sin compañía a su solitario apartamento después de pasar por el departamento de emergencia, el subsecuente riesgo de suicidio es alto. El paciente, que regresa con un apoyo familiar, por lo contrario, tendrá una notable reducción del riesgo de repetir un intento de suicidio. (18)

v. Daño físico:

El paciente suicida que padece un daño físico, especialmente si este es doloroso, o incurable debe de ser tomado muy en serio. La impotencia, desesperación e implacable dolor, lo puede conducir a buscar un “salida”. Sin embargo, el manejo inmediato de estos pacientes, requiere el trabajo conjunto del médico y el psiquiatra para buscar medidas paliativas que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.(18)

vi. Edad y sexo:

Los ancianos, particularmente masculinos, son estadísticamente más susceptibles a consumir un suicidio que los pacientes jóvenes. El paciente que intente suicidarse y es mayor de los 45 años de edad debe de ser hospitalizado hasta hacerse una evaluación psiquiátrica para descartar un riesgo significativo de volver a intentarlo. (18)

Según las estadísticas de E.E.U.U., las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los hombres (3:1), y los hombres completan un suicidio más frecuentemente que las mujeres (3:1). Es por eso que se considera de menor riesgo las pacientes femeninas jóvenes, de acuerdo a este factor de riesgo de sexo-edad. (11)

vii. Alcohol:

El alcoholismo es un factor de riesgo conocido de suicidio. El alcohólico intenta tratar su propia depresión bebiendo etanol y experimentando una transitoria euforia que será seguida de un enfrentamiento a su propia realidad. Los pacientes intoxicados poseen un control disminuido de sus emociones, lo que los hace actuar por impulso. Algunos pacientes solo se convierten en suicidas bajo efectos tóxicos de alcohol, debido a una notable desinhibición de sus deseos, lo que los hace llegar al acto suicida. Esta notable desinhibición hace emerger sentimientos de depresión que predominarán en la mente del alcohólico. (18)

viii. Abuso de drogas:

Una historia de uso y abuso crónico de drogas debe de ser obtenida de estos pacientes, ya que el riesgo de cometer un suicidio es alto en esta población.. Similarmente los pacientes bajo efectos tóxicos de drogas tienen historia de “haber querido volar” o “dormir solo por unas horas”. Si estos pacientes niegan que ellos quisieron suicidarse, al consultar por una sobredosis, es de mucha ayuda obtener una historia adicional de los familiares y amigos acerca del uso de drogas por el paciente, síntomas de depresión, o historia de comentarios suicidas.

Los adictos están acostumbrados a uso de las drogas con fines de “recreación”, y probablemente tengan un suministro para fines suicidas. La depresión enmascarada, y la disminución del control de los impulsos, tomando drogas, predispone a los adictos a un mayor riesgo de cometer un suicidio como sucede con el paciente alcohólico. (18)

ix. Pensamientos y sentimientos de los pacientes con intento de suicidio.

Uno de los aspectos importantes de la evaluación de estos pacientes, además de la atención médica, hacer el diagnóstico y determinar el índice de riesgo rescate, es el comprender cómo se sentía el paciente, y que estaba pensando el paciente en el momento del intento. (18)

Con certeza, los pacientes con desordenes de la personalidad, especialmente, actúan bajo un impulso. En un estudio, el 40% de los pacientes en dos grandes grupos reportaron que habían actuado impulsivamente, (con menos de 5 minutos de premeditación) cuando tomaron una sobredosis.(22)

En los pacientes con sobredosis de drogas, la información acerca de los sentimientos que precedieron inmediatamente al intento de suicidio, son obtenidos con el simple cuestionamiento, ¿Qué estaba sintiendo cuando tomó las píldoras? Desesperanza, desesperación, enojo, culpa o ansiedad pueden coexistir en el paciente suicida.(18)

Cuando el paciente alcanza una crisis emocional, y “explota” en la forma de un intento de suicidio, existe una descarga tensional y una catarsis emocional, seguida de un período de relativa calma.

Durante este período el médico de emergencia puede equivocarse, y tomar esta calma como un indicador de riesgo bajo de un reintento de suicidio y descargar prematuramente al paciente. De hecho durante este período los mecanismos de defensa de este paciente se encuentran bajos, lo que hace de este momento, un momento ideal para iniciar la psicoterapia o al menos establecer un lazo de ayuda para el tratamiento subsecuente.

Estudios han encontrado que el paciente es más probable de mantener un seguimiento psiquiátrico si verá a la persona con la que estableció algún lazo en el momento del intento.(15)

x. Actitudes y afectos:

Las actitudes y afectos del paciente luego de un intento de suicidio, son de ayuda para determinar la letalidad y la probabilidad de intentos subsecuentes. Pacientes que han intentado suicidarse por sentimientos como desesperanza, soledad, desesperación o cansancio de su situación, tienen un elevado riesgo suicida. El paciente que está sentado en silencio, con los ojos viendo hacia el piso, responde a las preguntas que se le hacen con lentitud, y expresa sentimientos de cansancio o fatiga, y que probablemente hará comentarios como " Déjenme ir ..." ; sus afectos son evidencian claramente su depresión y fatiga.

En un extremo opuesto está el paciente que está enojado y expresa hostilidad hacia sus padres, familiares o amigos, ya que éste posee un mejor pronóstico.

En general el paciente que se presenta con ira o enojo tiene un riesgo más bajo de suicidarse, que aquel que se presenta triste, silencioso, fatigado o apático.(9)

xi. Planes futuros:

El paciente que relata con detalles su plan para repetir un intento de suicidio debe de ser tomado en serio, especialmente si el plan implica una forma violenta de morir. El paciente que dice que posee un revólver en casa y planea encerrarse en el baño de su casa y dispararse, debe de ser hospitalizado.

En general, entre más específico sea el plan, mayor riesgo suicida presenta.(18)

xii. Intentos previos:

Pacientes que han tenido un intento previo de suicidio, especialmente uno serio, tienen un riesgo alto de volver a intentarlo. Una posible excepción a esta regla general, es el paciente manipulador que ha repetido intentos menores como para sacar provecho del mismo. (18)

xiii. Historia familiar:

Pacientes con historia familiar de suicidio, alcoholismo o depresión, tienen un mayor riesgo que los pacientes sin este tipo de historia. (18)

xiv. Automutilación:

El típico caso de automutilación visto en las emergencia es el de “cortarse las muñecas”. El paciente es usualmente una mujer joven, que tiene historia de problemas con la policía, familiares, o autoridades escolares. La dinámica enmascarada en este paciente es obtener atención, combinada con una dificultad de comunicación verbal. La paciente sentirá miedo de perder el afecto de alguna persona y cortará sus muñecas para prevenir la pérdida o el abandono.

En el manejo de emergencia de estos pacientes, deberán de recibir la atención médica adecuada, sin darle más importancia de la que merece. Estos pacientes deben de ser retornados a sus hogares con la apropiada guía e instrucciones de volver a su rutina normal tan pronto como sea posible.(18)

3. Técnica de entrevista:

La técnica para entrevistar es importante en todas las ramas de la medicina. Una buena entrevista psiquiátrica comprende una serie de procesos de recolección de información cuidadosamente vinculados, donde la solicitud de información general va seguida de preguntas específicas concebidas para aclarar ambigüedades, y confirmar o refutar las impresiones iniciales. (15)

Preguntas Abiertas:

El entrevistador inicia con preguntas abiertas sobre la naturaleza del problema que motivó el acto, seguido de preguntas enfocadas para aclarar secuencia cronológica y evolución de los síntomas claves. Las preguntas abiertas ayudan a los enfermos a empezar a expresarse, y a concentrarse sobre su situación actual, además de permitir sentar las bases para una relación de mayor confianza con el médico.(15)

Por ejemplo:

- ¿Qué le está sucediendo?
- ¿Puede contarme un poco más?
- ¿Y entonces...?
- ¿Hay alguna otra cosa que le esté preocupando?
- ¿Hay algo que quisiera preguntarme?
- ¿Cómo está su relación familiar, conyugal, o con sus amigos?

Preguntas Cerradas:

Sólo se recurrirá a las preguntas cerradas y específicas (equivalentes a la indagación sistemática de la medicina general) cuando se haya logrado un esquema claro del problema que conllevó al acto.

Estas preguntas configuran una lista de síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en las diferentes variantes del trastorno probable, pero que no suelen ser mencionadas espontáneamente por los pacientes, tales como variaciones del estado del ánimo en el curso de un día en pacientes con depresión grave.(15)

Por ejemplo:

- ¿Cuándo empezó con estos pensamientos?
- ¿Cómo lo están afectando en este momento (en su vida cotidiana, en su relación familias, en su trabajo...)?
- ¿Lo había pensado con anterioridad?
- ¿Qué quiere decir exactamente usted cuando me dice que se siente deprimido, perseguido, “que no puede más”?
- ¿Oye usted voces o ve cosas cuando está solo?

Preguntas de Respuesta Selectiva:

En ocasiones, los pacientes no están acostumbrados a responder a preguntas abiertas. Esto ocurre con frecuencia cuando se trata de adolescentes y niños, que se hallan acostumbrados a que los adultos les digan cómo se sienten. En estos casos resulta de mayor utilidad formular preguntas con respuesta selectiva. Se trata de una pregunta en la cual está sugerida una gama de posibles respuestas, pero que a la vez deja abierta la posibilidad de formular una contestación que no se halle dentro de dicha gama.(15)

Recomendaciones en la entrevista: (15)

- Dejar que el enfermo cuente toda su historia.
- Tomar al paciente en serio.
- Dar tiempo para que se calmen las emociones.
- Ofrecer seguridad donde sea posible.
- Empezar a forjar una relación de confianza.
- Tener en cuenta que escuchar constituye una intervención activa.

Prohibiciones en la entrevista: (15)

No introducir demasiado pronto preguntas cerradas.

No darle más importancia a las notas clínicas que al paciente.

No ser demasiado rígido, sino tratar de ejercer un control flexible.

No esquivar los temas delicados(como querer hacerle daño a alguien más), ni los temas embarazosos.

No aceptar palabras técnicas que pueda utilizar el paciente (deprimido, paranoíco, etc.)

Hay que recordar que es preciso poner cómodo al paciente, se trata de una entrevista, y no de un interrogatorio. Conviene ser neutral, evitando tomar partido y rechazando cualquier intento de colusión a favor o en contra del enfermo.(3)

Las características de comunicación deseables en un entrevistador son: (1)

Cordial: Da a entender a su interlocutor que es bienvenido y que experimenta deseos

de comunicarse con él/ella.

Empático: Es capaz de ponerse en la piel del otro.

Asertivo: Sabe lo que tiene que hacer, a lo que tiene que decir “sí” o “no”, cuales son

sus deberes y derechos.

Ordenado: Tiene un plan de entrevista.

Respetuoso: No critica las decisiones de sus pacientes, no se erige en juez, ni da lecciones de moral.

Flexible: Es capaz de cambiar los objetivos de la entrevista en base a los datos que

van apareciendo.

D. TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO:

El tratamiento de emergencia de los pacientes que intentan suicidarse incluye manejo médico, prevención del suicidio y tratamiento psiquiátrico. Si este es de fácil acceso, una consulta psiquiátrica o psicológica debe de ser dada a todos los pacientes que sobrevivan un intento de suicidio. Si no se cuenta con un recurso psiquiátrico de emergencia, el médico de emergencia debe de ser capaz de identificar a los pacientes que requieran hospitalización y descargar a los que no la requieran.

En general, pacientes que retornen a casa deben de estar en un estado no psicótico, jóvenes con un índice bajo de riesgo y uno de rescate alto, o que el intento haya sido con fines de manipulación. Los pacientes descargados deben de llevar un buen seguimiento y un soporte social adecuado. Y estos pacientes siempre deben de ser descargados con alguien que esté con ellos y los vigile.(18)

1. Contratos:

Una técnica de manejo de los pacientes con tratamiento ambulatorio por intento de suicidio es la de “contratos”. El contrato es un pacto entre el médico y el paciente y establece que el paciente no intentará suicidarse de nuevo hasta que hable con el médico o con otro recurso de ayuda. El personal de ayuda debe de estar disponible las 24 horas para que el paciente pueda hablar con alguien antes de otro intento. (8)

2. Medicamentos:

El paciente podrá requerir medicación. Pero deberá de tomarse las precauciones necesarias en el caso de aquellos pacientes convulsionadores que tomaron todas sus cápsulas de fenitoina o fenobarbital en un intento de suicidio, o aquellos pacientes deprimidos con tomaron todos sus antidepresivos tricíclicos. En estos casos se deberá de prescribir únicamente lo indispensable, a dosis bajas, y con el cuidado de algún familiar.(18)

3. Seguimiento:

Lo más importante del manejo de estos pacientes que han intentado suicidarse y han sido descargados de la emergencia, es la adecuada referencia o subsecuente manejo psiquiátrico o psicológico. El intento es un signo de que el paciente requiere una evaluación y tratamiento psiquiátrico o psicológico, a pesar de que la crisis haya pasado y el paciente se encuentre con un riesgo bajo de suicidio.

El equipo de emergencia debe de enfatizar en la importancia del seguimiento psiquiátrico o psicológico. La cita debe de ser dada 48 a 72 horas después del intento de suicidio. Una espera larga podrá hacer que el paciente minimice el hecho y nunca obtenga un tratamiento adecuado.(18)

4. Prevención:

La meta de la prevención es la reducción de la prevalencia o la probabilidad del comportamiento suicida.

El objetivo es identificar las áreas y direcciones que pudieran proseguir, con el fin de ejercer una influencia positiva en los individuos potencialmente suicidas.

La importancia del tema del suicidio se ha establecido claramente, así como la prevalencia y el incremento en su incidencia en grupos de todas las edades. En consecuencia, con respecto al suicidio, debe desarrollarse un amplio sistema de educación pública para todos los grupos.

Tal iniciativa debe dedicarse a determinar la dimensión del problema, actualizar estadísticas, detectar factores de riesgo y técnicas de manejo; estigma asociado al buscar tratamiento para los estados suicidas y trastornos relacionados.

Particularmente en relación con la adolescencia, debe evitarse el efecto de Werther, antes descrito. Para lograr esto, es necesario mejorar las relaciones entre los medios de comunicación y los profesionales de la salud; las personas de los medios de comunicación deben estar informadas sobre el peligro potencial del periodismo sensacionalista. Si las presentaciones del material suicida en los medios de comunicación u otras fuentes se entrelazan con paquetes de información amplia acerca de todos los recursos disponibles en la comunidad para todas las personas con problemas similares, el efecto de imitación puede reducirse aún más.(19)

Mejorar el conocimiento y la formación del profesional con respecto al suicidio es otro factor preventivo esencial. Los profesionales incluidos deben ser médicos, enfermeras, trabajadores sociales, y psicólogo.

El médico debe tener en cuenta, a la hora de evaluar a un paciente deprimido, o con historia de alcoholismo o uso de sustancias, las siguientes consideraciones(9)

No olvidarse nunca de preguntar acerca de ideas suicidas o de intentos previos de suicidio.

- Investigar sobre la planeación o elección de un método para hacerse daño.
- Conocer los factores de riesgo asociados a suicidio.
- Cuando un paciente con factores de riesgo deba ser hospitalizado, se le debe de comunicar en una forma sutil.
 - No prescribir dosis de fármacos letales, específicamente antidepresivos, cuando el riesgo sea alto.

- No prescribir barbitúricos o hipnóticos.
- No suspender los medicamentos antidepresivos en forma abrupta o prematura
- Tratar de reducir la disponibilidad de armas de fuego o venenos caseros en los pacientes identificados en riesgo.
- Establecer una comunicación abierta con los familiares del paciente.(9)
 - En E.E.U.U. se da muy frecuentemente el uso de contratos, los cuales constan de un compromiso que hace el paciente de llamar a alguien (médico, trabajador social, psicólogo, cura) antes de intentar cualquier forma de daño auto-infringido. (8)

VI. MATERIAL Y METODOS:

A. METODOLOGIA:

1. Tipo de Estudio:

De acuerdo a la profundidad: Descriptivo.

De acuerdo al diseño de investigación: No experimental.

De acuerdo a la forma de obtener información: Transversal.

De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo: Ambispectivo.

2. Sujetos de Estudio:

- a. Registros clínicos de los pacientes con intento de suicidio, que consultaron a la Emergencia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, de Enero de 1999 a Marzo de 2001.
- b. Especialistas y médicos en formación, de los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría, del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.

3. Población de Estudio:

Se decidió tomar la población total, ya que su tamaño hace innecesario el muestreo.

4. Criterios de Inclusión y Exclusión:

4.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes con intento de suicidio, que consultaron a la Emergencia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, de Enero de 1999 a Marzo de 2001, y cuyos registros clínicos se encuentran en el Departamento de Registro y Estadísticas de ese Hospital.
- Especialistas, médicos Internos y médicos externos que laboran actualmente en los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.

4.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con intento de suicidio, cuyos registros no aparecieron o estuvieron incompletos.
- Especialistas, médicos Interno, y médicos externos que se negaron a participar del estudio.

5. Variables:

Variable medición	Def. Conceptual	Def. Operacional	Unidad de medida	Escala de
-------------------	-----------------	------------------	------------------	-----------

Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Datos obtenidos de los registros clínicos del HNPB.	Número de años.	Numérica continua.
------	--	---	-----------------	--------------------

Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.	Datos obtenidos de registros clínicos del HNPB.	Masculino, femenino.	Nominal.
------	---	---	----------------------	----------

Distribución Estacional	Disposición de un fenómeno en el transcurso de un año.	Frecuencia de intento de suicidio durante cada mes.	Intentos de suicidio en cada mes del año.	Numérica continua.
-------------------------	--	---	---	--------------------

Hora del intento de suicidio.	Tiempo determinado de ocurrencia de un suceso.	Datos obtenidos de registros clínicos del HNPB.	Hora del intento de Suicidio.	Numérica continua.
-------------------------------	--	---	-------------------------------	--------------------

Método Autolítico.	Método utilizado para cometer un suicidio.	Método utilizado para cometer un intento de suicidio.	Armas de fuego, arma blanca, ahorcamiento, ahogamiento, envenenamiento barbitúricos, otros medicamentos, cortar muñecas o garganta.	
Nominal.				

Defunción Nominal.	Cese de las funciones vitales.	Muerte por suicidio.	Muerte por no fallecido.	Fallecido
--------------------	--------------------------------	----------------------	--------------------------	-----------

Conocimiento. Numérica continua.	Aprehensión intelectual de una realidad o tema	Conocimientos del médico el enfoque psiquiátrico del paciente suicida.	Alto: sobre Bajo: Nulo:	(75-100ptos.) Intermedio: (50 - 75ptos.) (1 – 50 pts.) (0 puntos.)
----------------------------------	--	--	---------------------------------------	--

6. Instrumento de Recolección de Datos:

- Boleta de recolección de datos.
- Test de conocimientos, CAPLAND Y SADO modificados.

7. Ejecución de la Investigación:

El trabajo de campo se realizó de la siguiente forma:

- a. Se recolectaron los datos de los registros clínicos de los pacientes con intento de suicidio que consultaron a la emergencia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, para determinar prevalencia y caracterizar epidemiológicamente a estos pacientes.
- b. Se realizó el test de conocimientos sobre el enfoque psiquiátrico del paciente con intento de suicidio a los especialistas, médicos internos y médicos externos de los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría que se encontraban laborando en el Hospital Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
- c. Se tabularon y analizaron los datos obtenidos.
- d. Se elaboró una guía práctica para el médico de emergencia sobre la atención y manejo psiquiátrico del paciente suicida.

8. Presentación de Resultados :

La presentación de resultados se realizó por medio de cuadros y gráficas.

B. RECURSOS:

1. Materiales Físicos: Registros clínicos, boletas de recolección de datos, test de conocimientos y material de oficina.
2. Humanos: Médicos especialistas, internos y externos de los Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría que laboran en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, asesor, revisora, e investigadora.
3. Económicos: Aportados por investigadora.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

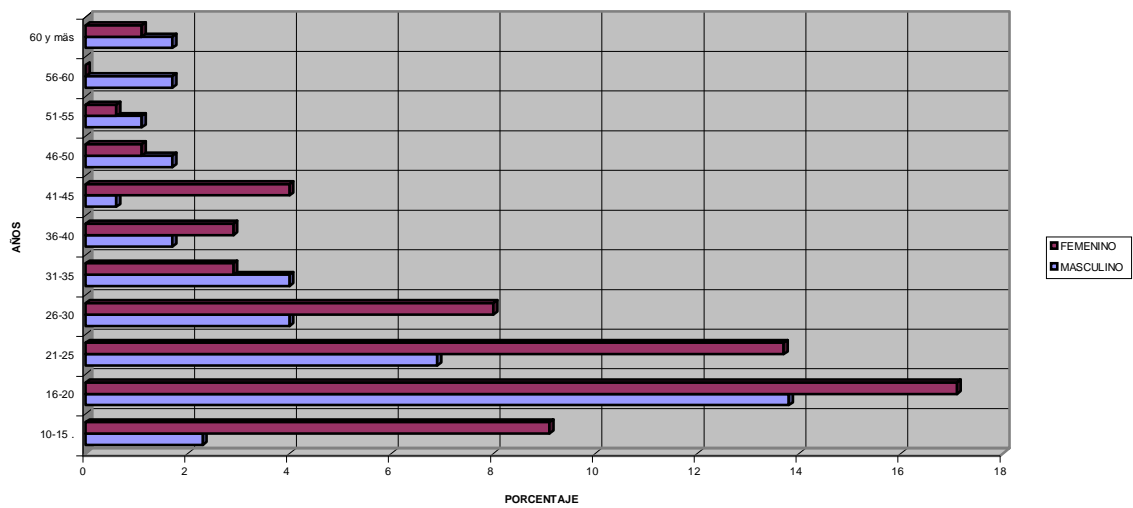
Casos de intento de suicidio.
Enero 1999 - Abril 2001.
Hospital Pedro de Betancourt.
Antigua Guatemala.

Distribución según edad y sexo

Edad (años)	Masculino	Femenino	Total
10-15	4 (2.3 %)	16 (9.1%)	20 (11.4%)
16-20	24 (13.8%)	30 (17.1%)	54 (30.9%)
21-25	12 (6.9%)	24 (13.7%)	36 (20.6%)
26-30	7 (4.0%)	14 (8.0%)	21 (12.0%)
31-35	7 (4.0%)	5 (2.9%)	12 (6.9%)
36-40	3 (1.7%)	5 (2.9%)	8 (4.6%)
41-45	1 (0.6%)	7 (4.0%)	8 (4.6%)
46-50	3 (1.7%)	2 (1.1%)	5 (2.8%)
51-55	2 (1.1%)	1 (0.6%)	3 (1.7%)
56-60	3 (1.7%)	0 (0.0%)	3 (1.7%)
60 y más	3 (1.7%)	2 (1.1%)	5 (2.8%)
Total	69 (39.5%)	106 (60.5%)	175 (100%)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD Y SEXO
1999-2001



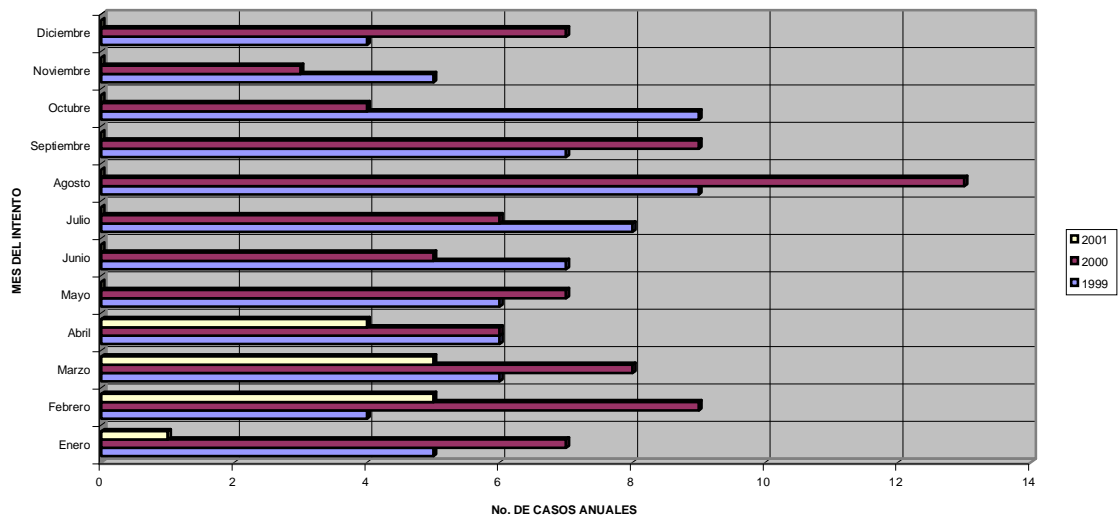
CUADRO No. 2

Distribución Estacional,
por mes, de los pacientes con intento de suicidio,
ocurridos de Enero 1999 a Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Mes	1999	2000	2001	Total (%)
Enero	5	7	1	13 (7.4%)
Febrero	4	9	5	18 (10.3%)
Marzo	6	8	5	19 (10.9%)
Abril	6	6	4	16 (9.1%)
Mayo	6	7	-----	13 (7.4%)
Junio	7	5	-----	12 (6.9%)
Julio	8	6	-----	14 (8.0%)
Agosto	9	13	-----	22 (12.6%)
Septiembre	7	9	-----	16 (9.1%)
Octubre	9	4	-----	13 (7.4%)
Noviembre	5	3	-----	8 (4.6%)
Diciembre	4	7	-----	11 (6.3%)
Total	76	84	15	175 (100%)

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION ESTACIONAL POR AÑO
1999-2001



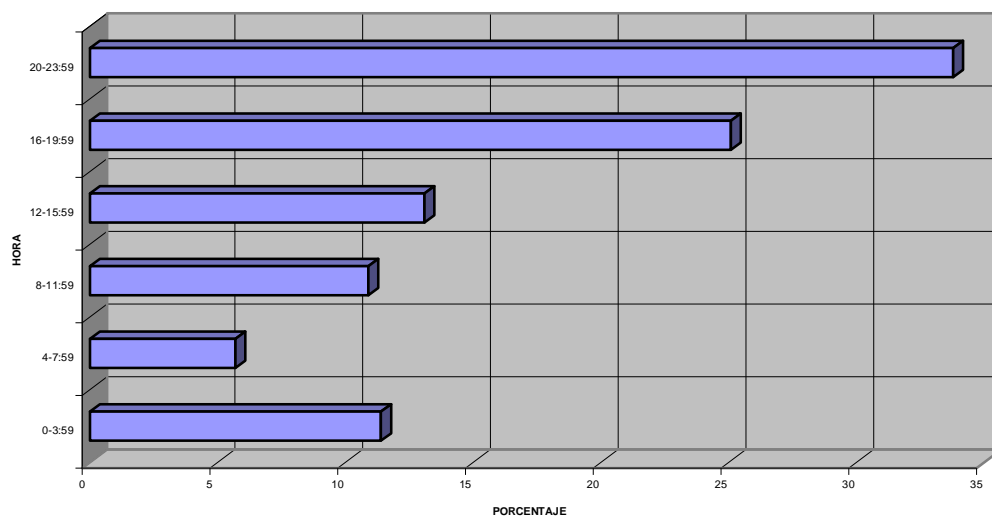
CUADRO No. 3

Distribución por hora del intento de suicidio.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt
Antigua Guatemala.

Hora	Número	(%)
0-3:59	20	(11.4%)
4:00-7:59	10	(5.7%)
8:00-11:59	19	(10.9%)
12:00-15:59	23	(13.1%)
16:00-19:59	44	(25.1%)
20:00-23:59	59	(33.8%)
Total	175	(100.0%)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 3
DISTRIBUCION HORARIA DEL INTENTO
1999-2001



CUADRO No.4

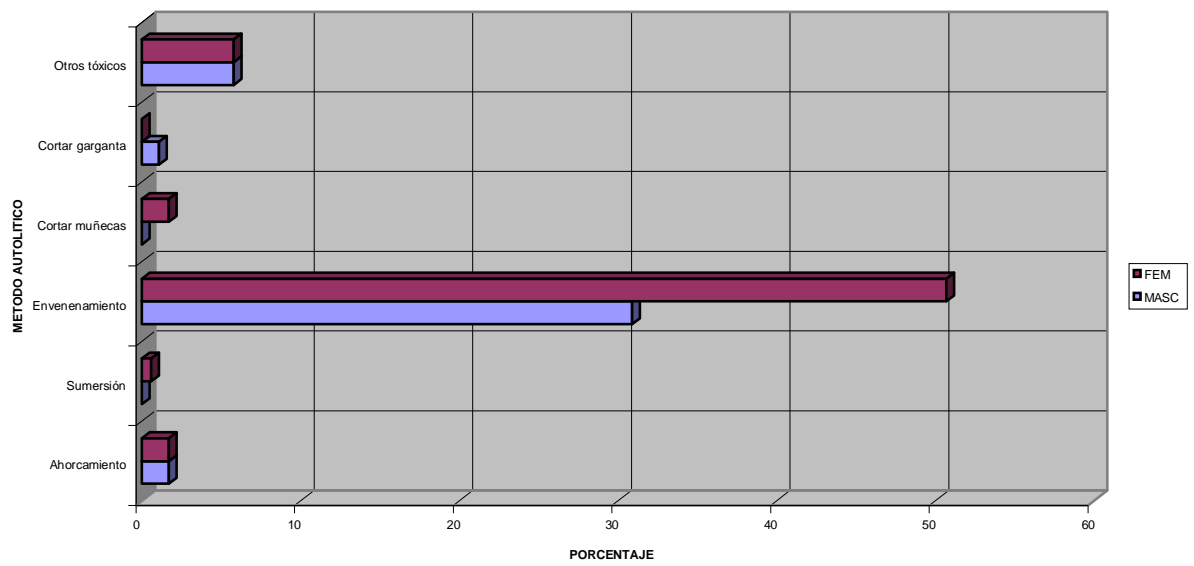
Distribución según método autolítico y sexo,
de los intento de suicidio ocurridos,
de Enero de 1999 a Abril de 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Método	Masculino		Femenino	
Ahorcamiento	3	(1 .7%)	3	(1.7%)
Sumersión en agua	0	(0.0%)	1	(0.6%)
Envenenamiento	54	(30.9%)	91	(50.7%)
Cortar muñecas	0	(0.0%)	1	(0.6%)
Cortar garganta	2	(1.1%)	0	(0.0%)
Otros tóxicos	10	(5.8%)	10	(5.8%)
Total	69	(39.5%)	106	(60.5%)

* n = 175

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 4
DISTRIBUCION SEGUN METODO AUTOLITICO Y SEXO
1999-2001



CUADRO No. 4.A.

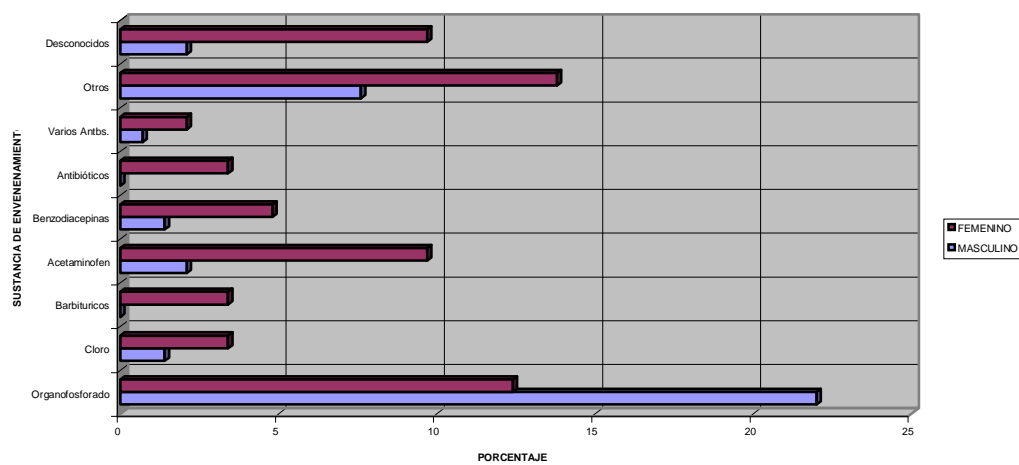
Distribución según sustancia utilizada y Sexo.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Sustancia	Masculino	Femenino
Organofosforados	32 (22.0%)	18 (12.4%)
Cloro	2 (1.4%)	5 (3.4%)
Barbitúricos	0 (0.0%)	5 (3.4%)
Acetaminofén	3 (2.1%)	14 (9.7%)
Benzodiacepinas	2 (1.4%)	7 (4.8%)
Antibióticos	0 (0.0%)	5 (3.4%)
Varios antibióticos	1 (0.7%)	3 (2.1%)
otros	11 (7.6%)	20 (13.8%)
desconocidos	3 (2.1%)	14 (9.7%)
Total	54 (37.3%)	91 (62.7%)

* n = 145

Fuente: Boletas de recolección e datos.

GRAFICA No.4 A
DISTRIBUCION SEGÚN SUSTANCIA UTILIZADA Y SEXO
1999-2001



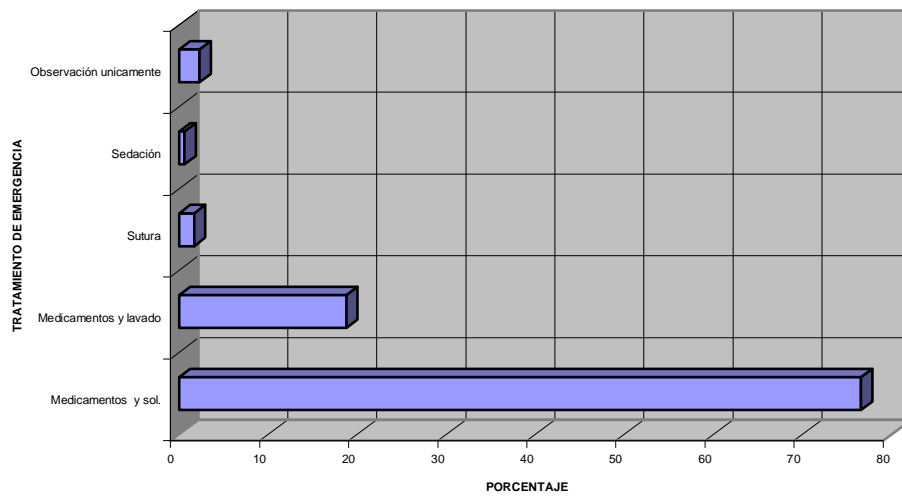
CUADRO No.5

Distribución según el tratamiento médico requerido
por el paciente con intento de suicidio.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Tratamiento	Número	(%)
Medicamentos y soluciones	134	(76.6%)
Medicamentos y lavado gástrico	33	(18.8%)
Sutura	3	(1.7%)
Sedación	1	(0.6%)
Observación únicamente	4	(2.3%)
Total	175	(100%)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 5
DISTRIBUCION SEGÚN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA
1999-2001



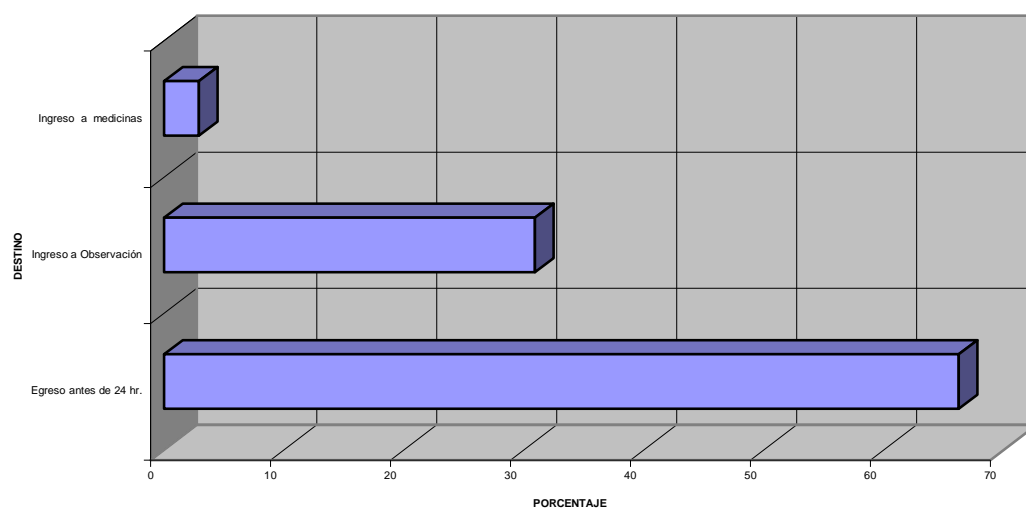
CUADRO No. 6

Distribución de acuerdo al destino
del paciente con intento de suicidio.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Destino	Número	(%)
Egreso antes de 24 hrs.	116	(66.2%)
Ingreso a observación	54	(30.9%)
Ingreso a servicio de medicina	5	(2.9%)
Total	175	(100%)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRÁFICA No. 6
DISTRIBUCION SEGÚN DESTINO DEL PACIENTE
1999-2001



CUADRO No. 7

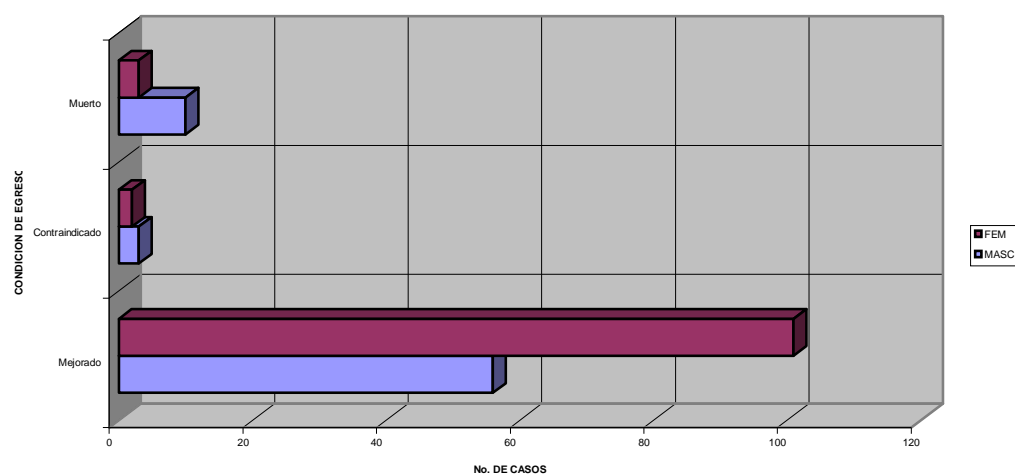
Condición de egreso, según sexo,
de los pacientes atendidos por intento de suicidio.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

CONDICION DE EGRESO	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
Mejorado	56	101	157
Contraindicado	3	2	5
Muerto	10	3	13*

*Tasa de letalidad = 7.4%

Fuente: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 7
CONDICION DE EGRESO, SEGÚN SEXO
1999-2001



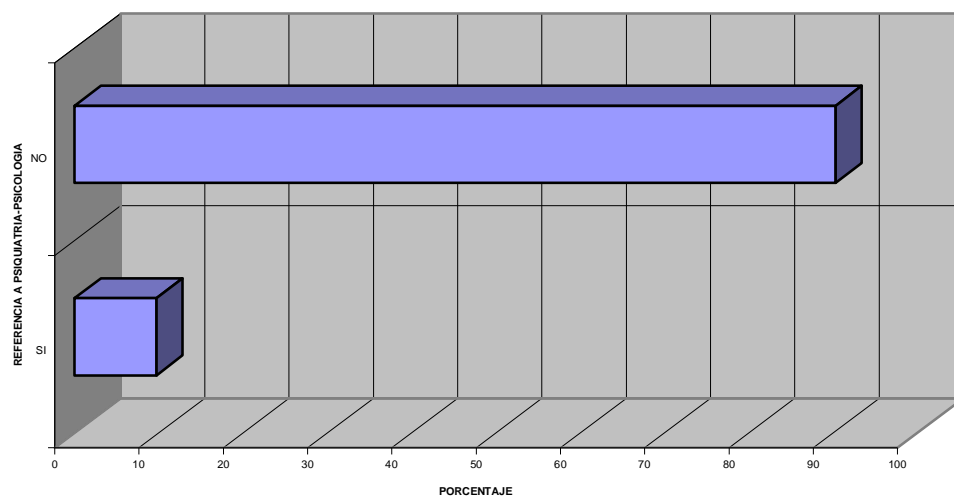
CUADRO No. 8

Pacientes referidos a Psiquiatría o Psicología.
Enero 1999 – Abril 2001.
Hospital Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

Referencia	Número	(%)
Si	17	(9.7%)
No	158	(90.3%)
Total	175	(100%)

Fuente: Boletas de recolección de datos.

GRAFICA No. 8
REFERENCIA A PSIQUIATRIA O PSICOLOGIA
1999-2001



CUADRO No. 9

Conocimientos sobre el abordaje psiquiátrico del paciente suicida.

Médicos especialistas, interno y externos.

Departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría.

Abril de 2001.

Hospital Pedro Bethancourt

Antigua Guatemala.

Test de CAPLAND Y SADO modificados.

Jerarquía del médico	Calificación *		
	Alta	Intermedia	Baja
Especialista	1	10	6
Interno	0	13	6
Externo	0	9	5

* Criterios de Calificación:

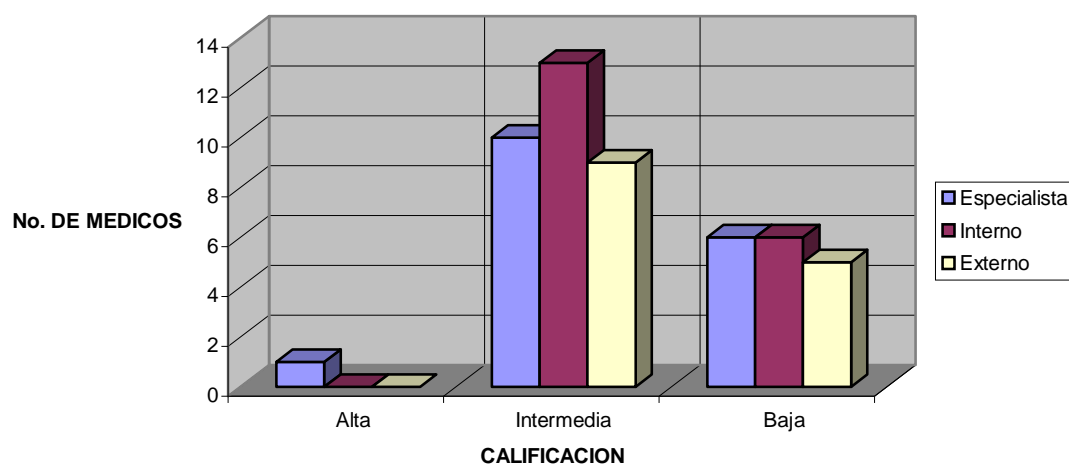
Alta: 75 – 100 pts.

Intermedia: 50 – 75 pts.

Baja: 1 – 50 pts.

Fuente: Boletas de recolección de datos (instrumento No.2)

GRAFICA No. 9
CONOCIMIENTO DEL MEDICO DE EMERGENCIA
ABRIL DEL 2001



VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Durante el período de estudio, Enero de 1999 a Abril del año 2001, se registraron 175 casos de intento de suicidio, que consultaron a la emergencia del Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala.

El comportamiento de dichos casos, con respecto al sexo, fue similar a lo reportado en la literatura internacional, donde se menciona que hay un mayor riesgo de intento de suicidio en el sexo femenino (11) , reportándose en este estudio un 60.5% de prevalencia para dicho sexo. (Cuadro No. 1)

El grupo etáreo más afectado fue el rango de los 10 a los 25 años, en donde se reportaron el 62. 9% del total de los casos.

Febrero, Agosto y Septiembre fueron los meses que reportaron más intentos de suicidio, esto probablemente a crisis emocionales que se podrían desencadenar por festividades (Ej. Día del Cariño), y al mayor acceso a tóxicos, insecticidas y fertilizantes utilizados durante estos meses. El año con mayor prevalencia, fue el del 2000, lo que podría asociarse a las dudosas expectativas, que la publicidad del cambio de milenio trajo consigo.

Las horas en que sucedieron más intentos de suicidio fue las comprendidas entre las 16:00 y 0:00 horas, con 103 casos, que corresponden al 58.9% del total, (Cuadro No. 3); probablemente debido a que la oscuridad y la soledad de la noche traen consigo temores y miedos que hacen correr a los pacientes susceptibles un mayor riesgo de desencadenar una crisis.

Los métodos autolítico más utilizado, como lo reportado en la literatura fueron los envenenamientos y la toma de medicamentos. (Cuadro No. 4)

Los envenenamientos más utilizados fueron la intoxicación por organofosforados, con 32 casos de sexo masculino y 18 de sexo femenino, lo que suman un total de 50 casos que corresponden al 29% del total de métodos, y ascienden al 49% si se incluyen el resto de tóxicos (cloro, organoclorados, pegamento, thinner, etc.). Esto se explica debido a que el área de estudio es de gran actividad agrícola, por lo que tóxicos e insecticidas son de fácil acceso.

Entre los medicamentos más utilizados figuraron el acetaminofen, las benzodiacepinas y los barbitúricos, en 31 casos del total.

Los métodos autolíticos más violentos como las heridas por arma de fuego , no se reportaron, se asume que es debido a que la mayoría de estas lesiones son de muerte inmediata por lo que los pacientes ya no consultan al Hospital.

Sin embargo se reportaron 6 intentos de ahorcamiento y 2 heridas en garganta, de las cuales ninguno falleció.

El tratamiento requerido por estos pacientes, con mayor frecuencia fueron los medicamentos y soluciones en emergencia, por el tipo de método utilizados.

Se egresaron 116 pacientes antes de las 24 horas de observación, y se refirieron únicamente 17 pacientes a psiquiatría o Psicología, lo que revela el bajo conocimiento que los médicos de emergencia poseen sobre el manejo psiquiátrico del paciente suicida, o la poca importancia que le dan al mismo.

Se ingresaron 54 pacientes a observación (cuidados intensivos), de los cuales 10 de sexo masculino y 3 de sexo femenino murieron. Esto representa una tasa de letalidad masculina de 15% y una tasa de letalidad femenina de 3%.

Del estudio referente al conocimiento de los médicos especialistas, internos y externos de los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría, los hallazgos fueron reveladores, ya que la jerarquía, especialidad y los años de experiencia laboral no tuvieron mayor influencia en el grado de conocimientos que estos médicos poseen en el manejo psiquiátrico del paciente suicida, lo que podría estar relacionado con la ausencia de la psiquiatría como parte del pensum de estudios de la carrera de Médico y Cirujano, y la falta de preparación en la atención de urgencias psiquiátricas de los diversos post-gradados, con lo que se concluye que no existe un área en donde se puedan ampliar dichos conocimientos.

IX. CONCLUSIONES

1. Se reportaron 175 casos de intento de suicidio de Enero de 1999 a Abril del año 2001 en el Hospital Nacional Pedro Bethancourt de Antigua Guatemala.
2. El sexo que más intentos de suicidio presentó fue el femenino con el 60%, y el sexo que consumó más suicidios fue el masculino con el 5.7% del total de los intentos.
3. El rango de edad más afectado fue el comprendido entre los 10 y 25 años, en donde se presentaron el 62% de los casos.
4. Los meses con mayor incidencia fueron Febrero, Agosto y Septiembre.
5. Las horas comprendidas de las 16:00 a las 0:00 horas presentaron la mayor cantidad de intentos, posiblemente por ser horario de tiempo libre en su mayoría.
6. Los métodos autolíticos más utilizados fueron los envenenamientos y la toma de medicamentos, con el 74% de los casos, esto debido al fácil acceso a los mismos.
7. Se refirieron 17 casos a psiquiatría o Psicología, los cuales alcanzan únicamente el 10% de los casos.
8. El 15% de los hombres que intentaron suicidarse lo consumaron y tan solo el 3% de las mujeres.
9. Los médicos de emergencia no cuentan con los conocimientos necesarios para el manejo psiquiátrico del paciente con intento suicida, por lo que su atención no es adecuada al evento.
10. El conocimiento y la práctica adquirida con la experiencia sobre el abordaje psiquiátrico de estos pacientes por parte del médico de emergencia, no hace una diferencia significativa entre especialistas, internos y externos, esto debido a que el pensum de estudios de la carrera de médico, no incluye a la psiquiatría como parte del mismo, tanto en el pre-grado como en el post-grado, con lo que no se amplían los conocimientos acerca de la misma, a pesar de que estos pacientes son tratados por dichos médicos.

X. RECOMENDACIONES

1. Brindar una mejor atención psiquiátrica al paciente suicida, para evitar reintentos o suicidios posteriores.
2. Referir a todos los pacientes suicidas al departamento de psiquiatría o psicología, según sea el caso.
3. Incluir en el pensum de estudios de la carrera de médico y cirujano el curso de Urgencias Psiquiátricas, preferiblemente en el tercer año de la carrera, ya que durante el cuarto año, el estudiante tiene contacto directo con los pacientes en las emergencias.
4. Mejorar el conocimiento de los médicos de emergencia, sobre el abordaje psiquiátrico del paciente suicida. Para lo cual se elaboró en este estudio una guía práctica, que debe proporcionarse a todo médico de pre o post-grado, presentada en Anexos.

XI. RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo, retrospectivo y transversal, con registros clínicos de pacientes con intento de suicidio durante el período de Enero de 1999 a Abril del 2001; y en médicos especialistas y en formación de los departamentos de Medicina Interna, Cirugía y Pediatría durante los meses de Abril y Mayo del 2001; del Hospital Nacional Pedro Bethancourt, Antigua Guatemala, con los objetivos principales de determinar la prevalencia y caracterización epidemiológica del paciente con intento de suicidio, así como determinar el enfoque psiquiátrico del médico del citado Hospital en el abordaje y manejo del paciente suicida.

Se revisaron los registros clínicos de emergencia, encontrando 175 casos de intento de suicidio, de los cuales el 60% corresponden al sexo femenino y el 40% al sexo masculino.

El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 10 y los 25 años, con el 62% del total de los casos.

Las horas de las 16:00 a las 0:00 horas , presentaron la mayor incidencia de intentos de suicidio.

Los métodos de auto – eliminación más utilizados fueron los envenenamientos y la toma de medicamentos.

El estudio reveló, que los médicos de emergencia no poseen los conocimientos necesarios para un adecuado manejo psiquiátrico del paciente suicida, lo que no se vio relacionado con la jerarquía, especialidad o años de experiencia laboral, de los mismos.

En base a estos datos, se elaboró un Guía Práctica sobre el abordaje psiquiátrico del paciente suicida en crisis, con el fin de ampliar dichos conocimientos.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Borrelle, F. Evaluación del paciente con trastornos mentales en atención primaria.
Barcelona: Panamericana,1999. 615p.
2. Castelli, C. y S. Gómez. El paciente con tendencia suicida: características generales. Rev. Panam. Salud Pública 1999 Oct;6(4):275-276.
3. Davies T. Evaluación de la salud mental. BMJ 1998 Jul;6(1):38-43.
4. Feldman, R. Psicología: con aplicación a los países de habla hispana. 3ed.
México: McGraw-Hill, 1998. 646p.
5. Grupo Editorial Norma. Diccionario de la lengua española. 2ed. Bogotá: Norma,
1998. 826p.
6. Gómez, A. Trastornos depresivos y suicidalidad. Rev. Chilena de Neuropsiquiatría
1998 abr-jun;36(2):93-99.
7. Hendin, H. et al. Therapist reaction to patients suicides. Am. J. Psychiatry 2000
Nov;157(12):2022-2027.
8. Kroll, J. Use of no-suicide contract by psychiatrists. Am. J. Psychiatry 2000
Oct;157(10):1684-1686.
9. Mackinnon, R. Psiquiatría clínica aplicada. 3ed. México:Interamericana,1992.
432p.
10. Malone, K. et al. Protective factors against suicidal act in major depression.
Am. J. Psychiatry 2000 Jul;157(7):1084-1087.
11. National institute for mental health. Statistics on suicide in the United States.
<http://www.rochford.org/suicide/resource/stats/us/>

12. Organización Mundial de la Salud. CIE10: Trastornos mentales y del Comportamiento. Madrid:1996 100p.
13. Placidi, G. et al. Anxiety in major depressions: Relationship to suicide attempt. Am. J. Psichiatry 2000 Oct;157(10):1614-1618.
14. Potash, J. et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorders. Am. J. Psichiatry 2000 Dic;157(12):2048-2050.
15. Ramírez, A. Problemas comunes de salud mental en el hospital. BMJ 1997 Dic;5(2):280-284.
16. Roy, A. Relation of family history of suicide to suicide attempt in alcoholics. Am. J. Psichiatry 2000 Dic;157(12):2050-2051.
17. Roy, A. Schizophrenia and suicide. BMJ 1996 May;4(1):50-54.
18. Rund, D. y J. Hutzler. Emergency psichiatry. Missouri: Mosby, 1990. 334p.
19. Sherr, L. Agonía, muerte y duelo. México: El manual moderno, 1992. 273p.
20. Strasburger, V. y R. Brown. Adolescent medicine. Boston: Little Company, 1991. 269p.
21. Turecki, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo – agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999 Oct;21(1):18-22.
22. Williams, C. Impulsive suicidal behavior. Jour of Clinical Psichiat. 1990 Agost; 2(1):90-94.

XIII. ANEXOS:

**ANEXO No. 1
INSTRUMENTO No. 1**

Hospital Nacional Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

**“PREVALENCIA Y CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL PACIENTE
CON INTENTO DE SUICIDIO Y EL ENFOQUE PSIQUIATRICO
DEL MEDICO TRATANTE”**

No. Registro: _____

Edad del paciente: _____

Sexo del paciente: _____

Mes del intento de suicidio: _____

Hora del intento de suicidio: _____

Método Autolítico:

Arma de fuego: _____

Ahorcamiento: _____

Arma blanca: _____

Ahogamiento: _____

Envenenamiento: (especificar) _____

Barbitúricos: _____

Otros medicamentos: _____

Píldoras desconocidas: _____

Cortar muñecas: _____

Cortar garganta: _____

Otros: (especificar) _____

Tratamiento médico: (especificar) _____

Egreso menos de 24 horas del intento: _____

Ingresado: (especificar servicio) _____

Referido a psiquiatría o psicología: _____

Defunciones: _____ **Femenino:** _____ **Masculino:** _____

INSTRUMENTO No. 2

Hospital Nacional Pedro Bethancourt.
Antigua Guatemala.

“PREVALENCIA Y CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO Y EL ENFOQUE PSIQUIATRICO DEL MEDICO TRATANTE”

Introducción:

El presente estudio busca determinar el enfoque psiquiátrico del médico, en el abordaje y manejo del paciente con intento de suicidio con el objetivo de elaborar una guía práctica para el médico de emergencia , la cual utilice como apoyo al tratar al paciente suicida, en dicho servicio.

Especialidad: A. Cirugía. B. Medicina Interna. C. Pediatría.

Rango Jerárquico: A. Especialista. B. Interno. C. Externo.

Años de experiencia laboral: A. Menor de 5 años: _____
B. De 5 a 10 años: _____
C. De 11 a 15 años: _____
D. Mayor de 16 años: _____

1. ¿Ha tratado en algún momento de su carrera pacientes con intento de suicidio?
Si _____ No _____
2. ¿Considera poseer los conocimientos necesarios para abordar y tratar adecuadamente, desde el punto de vista psiquiátrico, al paciente suicida en crisis?
Si _____ No _____
3. ¿Considera usted que el paciente suicida es un paciente psiquiátrico?
Si _____ No _____
4. Si su respuesta anterior es afirmativa, ¿Qué patología considera más frecuentemente asociada al suicidio?
A. Depresión _____ B. Esquizofrenia _____ C. Otros _____
5. ¿Cuál considera que debe ser la conducta del médico de emergencia con respecto al abordaje psiquiátrico del paciente suicida en crisis?
 - a. Referencia inmediata al psiquiatra o psicólogo. _____
 - b. Iniciado por el médico de emergencia. _____
 - c. Otra. _____

6. ¿Qué sexo considera usted más frecuentemente asociado a...
- Intentar suicidarse? M _____ F _____
 - Suicidarse? M _____ F _____
7. ¿Cree usted que existe alguna relación entre suicidio y:
- Alcoholismo: _____
 - Abuso de sustancias: _____
 - Maltrato: _____
8. ¿Pregunta usted a los pacientes alcohólicos, drogadictos o maltratados sobre pensamientos suicidas o intentos previos, aunque el motivo de consulta no sea ese?
- Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca: _____
9. ¿Sabe usted que indica el índice de riesgo – rescate?
- Si _____ No _____
- Defina: _____
10. ¿Qué conducta considera más apropiada al abordar a un paciente suicida en crisis? (Puede responder más de una opción.)
- Reprenderlo. _____
 - Compadecerlo _____
 - Aconsejarlo _____
 - Criticarlo _____
 - Dejar que se exprese _____
11. ¿Cuál de las siguientes interrogantes utiliza usted al abordar a un paciente suicida en crisis? (Puede señalar más de una opción)
- ¿Qué le está sucediendo? _____
 - ¿Qué está pensando? _____
 - ¿Qué siente? _____
 - ¿Cuándo empezó con estos pensamientos? _____
 - ¿Tenía un plan específico o actuó por impulso? _____
 - ¿Qué quiere decir con que está deprimido? _____
 - ¿Ha pensado en hacerle daño a alguien? _____
 - ¿Acaba de perder a alguien importante? _____
 - ¿Cómo está con su familia, conyugue, amigos? _____
 - ¿Cómo cree que reaccionaría su familia ante su muerte? _____
12. ¿Qué actitud adopta usted al abordar a un paciente suicida?
- Trata de que se sienta seguro. _____
 - Se pone en el lugar de él. _____
 - Sabe que hacer y en que momento. _____
 - Critica la decisión de su paciente. _____
 - Le hace sentir importante. _____

ANEXO No.2

GUIA PRACTICA PARA EL MEDICO DE EMERGENCIA SOBRE EL ABORDAJE PSIQUIATRICO DEL PACIENTE SUICIDA *

A. INTERVENCION DEL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO:

Ningún intento o amenaza de suicidio debe tomarse como algo trivial. Está bien documentado en la literatura que una gran mayoría de personas implicadas en comportamientos suicidas han comunicado sus ideas, intenciones o planes suicidas a amigos cercanos, parientes o profesionales de la salud antes de llevarlos a cabo. Aún más, las personas han dado pautas de dichos comportamientos.

Dado que la severidad de un intento suicida no predice nuevos intentos o suicidios consumados y, dado que no existe relación entre el nivel de toxicidad o la gravedad de la herida provocada por el paciente durante el intento y la severidad del padecimiento psiquiátrico, cada intento de suicidio debe contemplarse con seria preocupación.

B. TECNICA DE ENTREVISTA:

La técnica para entrevistar es importante en todas las ramas de la medicina. Una buena entrevista psiquiátrica comprende una serie de procesos de recolección de información cuidadosamente vinculados, donde la solicitud de información general va seguida de preguntas específicas concebidas para aclarar ambigüedades, y confirmar o refutar las impresiones iniciales.

1. Las características de comunicación deseables en un entrevistador son:

Cordial: Da a entender a su interlocutor que es bienvenido y que experimenta deseo de comunicarse con él / ella.

¹ * Componente del trabajo de tesis de Lucrecia Elizabeth León Chacón, Asesor: Dr. Hernán Conrado Ortiz; Revisora: Licda. Sandra Margarita Pérez de Juárez, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, Mayo 2001.

Empático: Es capaz de ponerse en la piel del otro.

Asertivo: Sabe lo que tiene que hacer, a lo que tiene que decir “sí” o “no”, cuales son sus deberes y derechos.

Ordenado: Tiene un plan de entrevista.

Respetuoso: No critica las decisiones de sus pacientes, no se erige en juez, ni da lecciones de moral.

Flexible: Es capaz de cambiar los objetivos de la entrevista en base a los datos que van apareciendo.

2. El tipo de preguntas que se pueden formular son:

a. Preguntas Abiertas:

El entrevistador inicia con preguntas abiertas sobre la naturaleza del problema que motivó el acto, seguido de preguntas enfocadas para aclarar secuencia cronológica y evolución de los síntomas claves. Las preguntas abiertas ayudan a los enfermos a empezar a expresarse, y a concentrarse sobre su situación actual, además de permitir sentar las bases para una relación de mayor confianza con el médico.

Por ejemplo:

¿Qué le está sucediendo?

¿Puede contarme un poco más?

¿Y entonces...?

¿Hay alguna otra cosa que le esté preocupando?

¿Hay algo que quisiera preguntarme?

¿Cómo está su relación familiar, conyugal, o con sus amigos?

b. Preguntas Cerradas:

Sólo se recurrirá a las preguntas cerradas y específicas (equivalentes a la indagación sistemática de la medicina general) cuando se haya logrado un esquema claro del problema que conllevó al acto.

Estas preguntas configuran una lista de síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en las diferentes variantes del trastorno probable, pero que no suelen ser mencionadas espontáneamente por los pacientes, tales como variaciones del estado del ánimo en el curso de un día en pacientes con depresión grave.

Por ejemplo:

- ¿Cuándo empezó con estos pensamientos?
- ¿Cómo lo están afectando en este momento (en su vida cotidiana, en su relación familias, en su trabajo...)?
- ¿Lo había pensado con anterioridad?
- ¿Qué quiere decir exactamente usted cuando me dice que se siente deprimido, perseguido, “que no puede más”?
- ¿Oye usted voces o ve cosas cuando está solo?

c. Preguntas de Respuesta Selectiva:

En ocasiones, los pacientes no están acostumbrados a responder a preguntas abiertas. Esto ocurre con frecuencia cuando se trata de adolescentes y niños, que se hallan acostumbrados a que los adultos les digan cómo se sienten. En estos casos resulta de mayor utilidad formular preguntas con respuesta selectiva. Se trata de una pregunta en la cual está sugerida una gama de posibles respuestas, pero que a la vez deja abierta la posibilidad de formular una contestación que no se halle dentro de dicha gama.

3. Recomendaciones en la entrevista:

Dejar que el enfermo cuente toda su historia.
Tomar al paciente en serio.
Dar tiempo para que se calmen las emociones.
Ofrecer seguridad donde sea posible.
Empezar a forjar una relación de confianza.
Tener en cuenta que escuchar constituye una intervención activa.

4. Prohibiciones en la entrevista:

No introducir demasiado pronto preguntas cerradas.
No darle más importancia a las notas clínicas que al paciente.

No ser demasiado rígido, sino tratar de ejercer un control flexible.
No esquivar los temas delicados(como querer hacerle daño a alguien más), ni los temas embarazosos.
No aceptar palabras técnicas que pueda utilizar el paciente (deprimido, paranoíco, etc.)

Hay que recordar que es preciso poner cómodo al paciente, se trata de una entrevista, y no de un interrogatorio. Conviene ser neutral, evitando tomar partido y rechazando cualquier intento de colusión a favor o en contra del enfermo.

C. EVALUACIÓN DEL SUICIDIO POTENCIAL:

Muchos de los intentos de suicidio no son tratados con seriedad, como un riesgo

para la vida del paciente.

Todos los pacientes con intento de suicidio deben de ser tratados en la unidad de urgencias como pacientes con daño psiquiátrico. La potencial letalidad de un paciente suicida debe de ser considerada como una verdadera emergencia psiquiátrica.

Para muchos pacientes el momento de crisis pasará y una reincidencia del intento no es un peligro inmediato. Pero la decisión de hospitalizar o descargar a un paciente de los servicios de urgencias dependerá de su condición psiquiátrica, actitud y futuros planes.

Algunos de los indicadores más importantes se presentan a continuación:

a) Indicadores absolutos:

(hacen necesario el ingreso aún sin autorización del paciente)

i. Psicosis:

El paciente psicótico que intenta suicidarse o tiene planes suicidas debe de ser hospitalizado aún en contra de su voluntad.

Estos pacientes tienen alucinaciones que les dicen que deben destruirse, o los hacen correr graves peligros.

ii. Depresión:

El paciente con depresión mayor que intenta suicidarse siempre debe de ser hospitalizado. El paciente deprimido casi siempre tiene ambivalencia entre vivir o morir, y tiene una excelente oportunidad de mejorar con el tratamiento intrahospitalario y medicación antidepresiva.

iii. Índice de riesgo - rescate:

Cuando se calcula formalmente el índice de riesgo – rescate, los factores de riesgo incluyen método empleado, consecuencias, toxicidad y extensión de la lesión, reversibilidad y tratamiento requerido. Los factores de rescate incluyen: lugar del intento, quien inició el rescate, probabilidad de ser descubierta, accesibilidad al rescate, y el tiempo en descubrirla. El índice de riesgo – rescate tiene un valor definido en la estimación del riesgo potencial. Este debe de ser calculado intuitivamente o numéricamente, de acuerdo a los criterios pre establecidos de Weisman y Wonder.

La tabla iii -1 que se presentará a continuación muestra el punteo de riesgo – rescate de sus variables.

Un bajo índice de riesgo – rescate indica un bajo riesgo de suicidio. Por lo contrario, un alto índice indica un alto riesgo.

El método del intento es siempre un indicador del riesgo de suicidio. Disparos, o salto de lugares altos son más probablemente asociados a un mayor riesgo de suicidio que la ingestión de fármacos o laceraciones de la piel, pero cada caso debe de ser individualizado.

En cuanto el riesgo del paciente aumente, su punteo aumentará de 1 a 3, y en cuanto el rescate aumente, el valor aumentará de 1 a 3. El punteo final se aplicará a la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Punteo de riesgo}}{\text{Punteo de riesgo} + \text{Punteo de rescate}} \times 100 = \text{Índice Riesgo - Rescate.}$$

Tabla iii – 1. Factores de Riesgo – Rescate y punteo correspondiente : *

Factores de riesgo:

Factores de rescate:

1. Método utilizado:

- _____ 1. Ingesta, heridas.
- _____ 2. Asfixia o estrangulación
- _____ 3. Disparos o saltos.

1. Lugar:

- _____ 3. Casa
- _____ 2. No casa, no remoto.
- _____ 1. Remoto.

2. Consecuencias:

- _____ 1. No evidencias.
- _____ 2. Confusión, semicoma.
- _____ 3. Coma.

2. Inició rescate:

- _____ 3. La persona.
- _____ 2. Profesional.
- _____ 1. Transeunte.

3. Lesión / toxicidad:

- _____ 1. Baja.
- _____ 2. Moderada.
- _____ 3. Severa.

3. Probabilidad de rescate:

- _____ 3. Alta.
- _____ 2. Incierta.
- _____ 1. Accidental.

4. Reversibilidad:

- _____ 1. Buena, completa.
- _____ 2. Regular, recobró con el tiempo.
- _____ 3. Pobre, daño residual.

4. Accesibilidad de rescate:

- _____ 3. Buscó ayuda.
- _____ 2. Dio claves.
- _____ 1. No buscó ayuda.

5. Tratamiento requerido:
_____ 1. Emergencia.
_____ 2. Hospitalización.
_____ 3. Cuidados intensivo.

5. Retraso en descubrirlo:
_____ 3. Inmediato, 1 hora.
_____ 2. Menos de 4 horas.
_____ 1. Más de 4 horas.

Punteo de riesgo:

5. Alto riesgo: (13 – 15 pts.)
4. Alto moderado: (11 – 12 pts.)
3. Moderado: (9 – 10 pts.)
2. Bajo moderado: (7 – 8 pts.)
1. Bajo riesgo: (5 – 6 pts.)

Punteo de rescate:

1. Baja oportunidad: (5-7 pts.)
2. Bajo moderada: (8-9 pts.)
3. Moderado: (10 – 11 pts.)
4. Alto moderado: (12 – 13 pts)
5. Alto rescate: (14 – 15 pts.)

El índice de posible letalidad va de 17 (indicado por punteo de bajo riesgo de 1 y un punteo alto de rescate de 5) a 83 (indicado por un punteo de alto riesgo de 5 a un punteo de bajo rescate de 1)..

El índice de riesgo – rescate, ya sea estimado o calculado, debe de ser evaluado para determinar la letalidad del paciente, hospitalización psiquiátrica y pronóstico.

1

iv. Sistema de soporte social:

Pacientes solteros, divorciados, separados, viudos, o desempleados generalmente tienen un alto riesgo de suicidarse. Un sentimiento de soledad y desesperación puede ser un motivo abrumador que los lleve a consumir un suicidio.

v. Daño físico:

El paciente suicida que padece un daño físico, especialmente si este es doloroso, o incurable debe de ser tomado muy en serio

vi. Edad y sexo:

Los ancianos, particularmente masculinos, son estadísticamente más susceptibles a consumir un suicidio que los pacientes jóvenes. El paciente que intente suicidarse y es mayor de los 45 años de edad debe de ser hospitalizado hasta hacerse una evaluación psiquiátrica para descartar un riesgo significativo de volver a intentarlo.

vii. Alcohol:

¹ Rund, D. Y J. Hutzler. Emergency psychiatry. Missouri: Mosby, 1992. 273p.

El alcoholismo es un factor de riesgo conocido de suicidio. Algunos pacientes solo se convierten en suicidas bajo efectos tóxicos de alcohol, debido a una notable desinhibición de sus deseos, lo que los hace llegar al acto suicida.

viii. Abuso de drogas:

Los adictos están acostumbrados a uso de las drogas con fines de “recreación”, y probablemente tengan un suministro para fines suicidas. La depresión enmascarada, y la disminución del control de los impulsos, tomando drogas, predispone a los adictos a un mayor riesgo de cometer un suicidio como sucede con el paciente alcohólico.

ix. Pensamientos y sentimientos de los pacientes con intento de suicidio.

Uno de los aspectos importantes de la evaluación de estos pacientes, además de la atención médica, hacer el diagnóstico y determinar el índice de riesgo rescate, es el comprender cómo se sentía el paciente, y que estaba pensando el paciente en el momento del intento.

Cuando el paciente alcanza una crisis emocional, y “explota” en la forma de un intento de suicidio, existe una descarga tensional y una catarsis emocional, seguida de un período de relativa calma.

Durante este período el médico de emergencia puede equivocarse, y tomar esta calma como un indicador de riesgo bajo de un reintento de suicidio y descargar prematuramente al paciente. De hecho durante este período los mecanismos de defensa de este paciente se encuentran bajos, lo que hace de este momento, un momento ideal para iniciar la psicoterapia o al menos establecer un lazo de ayuda para el tratamiento subsecuente.

x. Actitudes y afectos:

Las actitudes y afectos del paciente luego de un intento de suicidio, son de ayuda para determinar la letalidad y la probabilidad de intentos subsecuentes

En general el paciente que se presenta con ira o enojo tiene un riesgo más bajo de suicidarse, que aquel que se presenta triste, silencioso, fatigado o apático.

xi. Planes futuros:

El paciente que relata con detalles su plan para repetir un intento de suicidio debe de ser tomado en serio, especialmente si el plan implica una forma violenta de morir..

En general, entre más específico sea el plan, mayor riesgo suicida presenta.

xii. Intentos previos:

Pacientes que han tenido un intento previo de suicidio, especialmente uno serio, tienen un riesgo alto de volver a intentarlo. Una posible excepción a esta regla general, es el paciente manipulador que ha repetido intentos menores como para sacar provecho del mismo.

xiii. Historia familiar:

Pacientes con historia familiar de suicidio, alcoholismo o depresión, tienen un mayor riesgo que los pacientes sin este tipo de historia.

xiv. Automutilación:

El típico caso de automutilación visto en las emergencia es el de “cortarse las muñecas”. El paciente es usualmente una mujer joven, que tiene historia de problemas con la policía, familiares, o autoridades escolares. La dinámica enmascarada en este paciente es obtener atención, combinada con una dificultad de comunicación verbal. La paciente sentirá miedo de perder el afecto de alguna persona y cortará sus muñecas para prevenir la pérdida o el abandono.

En el manejo de emergencia de estos pacientes, deberán de recibir la atención médica adecuada, sin darle más importancia de la que merece. Estos pacientes deben de ser retornados a sus hogares con la apropiada guía e instrucciones de volver a su rutina normal tan pronto como sea posible.

D. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SOBREVIVIENTE DE UN SUICIDIO:

Lo más importante del manejo de estos pacientes que han intentado suicidarse y han sido descargados de la emergencia, es la adecuada referencia o subsecuente manejo psiquiátrico o psicológico.

El intento es un signo de que el paciente requiere una evaluación y tratamiento psiquiátrico o psicológico, a pesar de que la crisis haya pasado y el paciente se encuentre con un riesgo bajo de suicidio.

El equipo de emergencia debe de enfatizar en la importancia del seguimiento psiquiátrico o psicológico. La cita debe de ser dada 48 a 72 horas después del intento de suicidio. Una espera larga podrá hacer que el paciente minimice el hecho y nunca obtenga un tratamiento adecuado.

LELC / Mayo 2001.