

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



Dirección Seccional
de Salud de Antioquia

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y GUIA DE ATENCIÓN DEL SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO

Por: DSSA-Dirección Salud Pública-Programa Salud Mental
U. de A –Facultad de Medicina
Centro de Investigaciones Medicas

1. ENTRADA

El conocimiento riguroso, sistemático e interdisciplinario tanto del intento de suicidio como del suicidio, es fundamental como clave para su prevención y control. La entrada al sistema de vigilancia epidemiológica se considerara todo caso de intento de suicidio o suicidio.

1.1 DEFINICIÓN DEL EVENTO A VIGILAR

Descripción: La conducta suicida se define, como todo comportamiento de auto-agresión con intencionalidad de morir y conocimiento de lo que se realiza.

Así como la incidencia de suicidio varía entre los diversos países, culturas y regiones; con las características de las víctimas ocurre lo mismo. Conocer las características de las víctimas en un sistema de vigilancia epidemiológica es útil para entender mejor el fenómeno, plantear hipótesis sobre los posibles factores de riesgo y diseñar posteriormente estrategias de prevención que sean más adecuadas para la población.

La mayor parte del conocimiento acerca de los factores de riesgo para suicidio se ha obtenido por medio de estudios de autopsia psicológica. El término "autopsia psicológica" fue acuñado por el Centro de Prevención de Suicidio de Los Ángeles para referirse a procedimientos usados para clasificar "muertes equívocas". Una muerte equívoca es una muerte en la cual no parece claro inmediatamente si la persona cometió suicidio o no. La autopsia psicológica es un método en el cual se reconstruye la biografía del occiso a través de información obtenida de documentos personales, policíacos, reportes médicos, entrevista con familiares, amigos y compañeros de trabajo y el protocolo y análisis de la necropsia. Este método se ha utilizado tanto para la clasificación de suicidio equívoco,

como para la investigación de los factores asociados al suicidio y se ha considerado el método más adecuado para identificarlos. No obstante, tiene las siguientes limitaciones: sesgo de memoria por parte de los entrevistados que posiblemente sobrevaloran detalles psicopatológicos y de eventos vitales si la persona muere por suicidio, el tiempo transcurrido para la recolección de los datos y el sesgo del entrevistador que no es ciego a la causa de muerte.

Factores de riesgo: Los factores de riesgo varían entre las diferentes culturas, pero en general se ha observado que es un acto multideterminado. Estudios realizados en otros países han identificado los siguientes:

Sexo masculino. Las razones hombre mujer para suicidio están entre 2 a 1, y 7 a 1. Los hombres utilizan métodos más violentos, como armas de fuego o saltar de pisos altos; las mujeres lo hacen más por sobredosis. Sin embargo, en China y otros países del lejano oriente las tasas son mayores en mujeres que en hombres.

Edad. En países desarrollados, la tasa de incidencia de suicidio se incrementa con la edad. La incidencia de suicidio en los mayores de 75 años es más de 3 veces la de los jóvenes. Entre los hombres el pico de edad está después de los 45 años, y entre las mujeres después de los 65 años. En países en vías de desarrollo las tasas suelen ser mayores en jóvenes, por lo cual algunos autores han mencionado que los picos de edad en suicidio se relacionan con el desarrollo económico y pueden ser reflejo de la desesperanza ocasionada por la falta de oportunidades.

Desempleo: El trabajo protege contra el suicidio. Los desempleados tienen una proporción de incidencia más alta de suicidio. Probablemente interactúan circunstancias socioeconómicas, vulnerabilidad psicológica y eventos estresantes. Durante las recesiones económicas y en los momentos en los que aumenta el desempleo, la proporción de incidencia de suicidio aumenta.

Trastornos físicos: Estudios postmortem han demostrado que una enfermedad física está presente en el 25 al 75% de las víctimas de suicidio. Cuando se trata de enfermedades graves como cáncer o SIDA, la mitad de los que

se suicidan lo hacen en el primer año de haber recibido el diagnóstico. En las mujeres, el cáncer de mama y de genitales es el que más tiene asociación con suicidio. Las enfermedades que más se han visto asociadas con suicidio son epilepsia, esclerosis múltiple, lesiones cerebrales, enfermedades cardiovasculares, enfermedad de Huntington, demencia, SIDA, enfermedad de Cushing y porfiria

Otros factores sociales: Se ha observado que vivir solo, historia familiar de enfermedad mental o suicidio y los acontecimientos vitales adversos también son factores que aumentan la probabilidad de conducta suicida.

Trastornos mentales: Más del 90% de las víctimas de suicidio tienen un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte. Entre los trastornos psiquiátricos que más se han visto asociados con suicidio están los trastornos del estado de ánimo, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos psicóticos, y trastornos de personalidad especialmente el límite.

Trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo son las entidades psiquiátricas más comúnmente asociadas con suicidio. En los años 70 se calculó que aproximadamente el 15% de los pacientes con episodio depresivo mayor mueren por suicidio, sin embargo en esos estudios tuvieron en cuenta la mortalidad proporcional, es decir el porcentaje de depresión entre todos los que murieron por suicidio. En estudios de cohorte, realizados con la letalidad (porcentaje de la muestra a la cual se le hizo seguimiento que murió por suicidio), el riesgo de morir por suicidio en pacientes con trastornos depresivos que han estado hospitalizados es del 8.6%, para los pacientes ambulatorios con trastornos depresivos es del 2.2% y para los que no tenían trastornos del estado de ánimo es del 0.5%.

Esquizofrenia: Aproximadamente el 10% de los que se suicidan tienen esquizofrenia. La mayoría se suicidan durante los primeros años de su enfermedad, tienden a ser jóvenes y cerca del 75% son solteros de sexo masculino, aproximadamente la mitad han tenido intentos previos. Los síntomas depresivos están estrechamente relacionados con los suicidios, solo un pequeño porcentaje están en relación con delirios o alucinaciones.

Trastornos por uso de sustancias: Las personas con alcoholismo que tienen trastornos depresivos tienen especial riesgo. Se ha observado que aproximadamente la mitad de los alcohólicos que cometen suicidio han perdido un ser amado en el año anterior al acto suicida, otros factores precipitantes son pérdidas financieras, problemas de trabajo o con la ley. El riesgo aumenta a medida que se suman factores. En los abusadores de otras sustancias también hay un aumento del riesgo. Los factores asociados parecen ser la disponibilidad de cantidades letales de droga, uso intravenoso de drogas, trastorno de personalidad e impulsividad.

Trastornos de personalidad Los sujetos con trastornos de personalidad límite y antisocial tienen un aumento del riesgo de suicidio. Casi siempre está asociado con trastornos depresivos, impulsividad e historia de abuso en la niñez.

Trastornos de ansiedad Se ha observado un leve aumento en el riesgo de suicidio en individuos con trastorno de pánico, especialmente si tienen además un trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias o trastornos de personalidad.

Factores protectores: Los factores que han encontrado como protectores de suicidio son participación en actividades religiosas, tener hijos y seguimiento médico continuo.

En un estudio realizado en la ciudad de Medellín, se encontraron los siguientes factores de riesgo: Palacios y col. 2004

- El desempleo cuando el individuo sufre un trastorno mental.
- El estado civil, el riesgo de suicidio entre quienes viven en unión libre es significativamente mayor que en los que están casados. Por otra parte estar divorciado o soltero no constituyó un factor de riesgo, a diferencia de lo encontrado en otros estudios.
- Intentos de suicidio previos
- Manifestación de deseos de morir.
- La historia de suicidio en familiares también indica un alto riesgo lo cual puede ser

explicado por factores genéticos y del ambiente familiar

- Consulta médica en el mes anterior a la muerte constituye un factor de riesgo. Esto resalta la importancia de la atención primaria en la prevención del suicidio y del entrenamiento a los médicos no psiquiatras en la detección y manejo del paciente con riesgo suicida, teniendo en cuenta que un alto porcentaje de pacientes de esta cultura no consulta al psiquiatra. Por otra parte la baja frecuencia de consulta psiquiátrica que se encontró en la población estudiada puede ser un reflejo de la pobre cobertura y acceso a los servicios de salud mental en la ciudad de Medellín
- La ocurrencia de eventos vitales adversos, especialmente la separación de la pareja, las dificultades económicas y la pérdida por muerte de un ser querido.
- Los trastornos psiquiátricos que se presentaron en aproximadamente el 90% de los suicidas, especialmente el episodio depresivo mayor, seguido por los trastornos de personalidad y psicosis. Aunque no se hallaron interacciones significativas, la presencia de trastorno mental modificó la fuerza de las asociaciones encontradas en factores sociodemográficos, personales y eventos vitales; lo cual resalta la importancia de la sicopatología en el riesgo suicida.

Distribución: Se ha estimado que alrededor de 1.000.000 de personas mueren por suicidio al año en el mundo y diez veces esta cifra intenta realizarlo. En Colombia, no existen estudios sistemáticos sobre incidencia de intentos de suicidio, pero se sabe que el suicidio consumado había venido incrementándose hasta 1999. Las tasas de incidencia en 1981, 1985, 1995 y 1999 fueron de 3, 3.53, 4 y 5 suicidios por 100.000 habitantes-año, respectivamente. En los años siguientes han permanecido estables. En 2003 la mortalidad por suicidio en Colombia fue de 4.4 por 100.000 habitantes-año. En Colombia, el suicidio ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres (la razón hombre: mujer es 3:1) y en el grupo de edad entre los 18 y 34 años. En un estudio en el que se analizaron las muertes ocurridas por suicidio entre 1973 y 1996, se observó que en las mujeres el grupo de edad con mayor riesgo

fue el de 15 a 24 años y en los hombres, los mayores de 60 años. En esa misma investigación, al tomar como grupo de comparación las muertes no violentas se encontraron como factores asociados al suicidio el pertenecer al sexo masculino y vivir en área rural. No obstante, en 2003 el 70.7% de los suicidios ocurrieron en zona urbana. En el Departamento de Antioquia las tasas no difieren de las presentadas en el resto del país y han fluctuado entre 4 a 6/100.000 habitantes-año en los últimos cinco años, aunque existen municipios con tasas de 22.6 por 100.000 habitantes-año.

1.2 DEFINICIONES OPERATIVAS

Ideación suicida: Es el pensamiento y deseo de quitarse la vida, los pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento. El riesgo es mayor cuando la decisión esta claramente definida y la persona ha pensado y decidido el como y cuando realizarlo.

Intento de suicidio: Es aquel realizado por una persona que ha decidido terminar con su vida lo intenta y fracasa. Método

Suicidio: Es el resultado fatal de una conducta autodestructiva realizada con intencionalidad.

1.3 DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS.

OBJETIVOS

Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica de la morbi-mortalidad por conducta suicida, en el departamento de Antioquia, con el modelo de la autopsia psicológica, favoreciendo la participación de los municipios para lograr su autogestión y participación en la solución de sus problemas.

Generar recomendaciones de intervención para la modificación de los patrones de presentación de la morbi-mortalidad por conducta suicida.

METAS

Caracterizar el 100% de los casos de suicidios en la población, como base para la intervención a nivel colectivo.

Disminuir a niveles endémicos los casos de intento de suicidio cuando se presente un aumento inusitado de este evento.

Realizar intervención en crisis al 100% de los casos y las familias de los intentos de suicidio y a las familias de los casos de suicidio.

Intervenir el 100% de los municipios con criterios de riesgo (aumento de casos en el ultimo año, tasas de suicidios mayores en los últimos cinco años, aumento en el numero de intentos de suicidio).

ESTRATEGIAS

Inclusión dentro del Plan de Atención Básica de acciones específicas de Prevención de Suicidio y de Promoción de la Salud de acuerdo al riesgo del Municipio.

Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública en la morbi-mortalidad por conducta suicida para la identificación e intervención temprana de factores de riesgos individuales y colectivos.

Diagnostico oportuno de Trastornos Mentales y especialmente de la depresión en la consulta medica general e ínter consulta por psicología.

1.4 RECURSOS DISPONIBLES Y RESPONSABILIDADES

Existencia del programa Salud Mental en el Departamento de Antioquia

Capacidad técnica sectorial para las intervenciones individuales y colectivas

Es responsabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud facilitar el acceso de las personas con alteraciones psicológicas a los servicios de Psicología y Psiquiatría de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad.

Es responsabilidad de la dirección local de salud coordinar la ejecución de acciones colectivas, notificar la presencia de un caso de suicidio y el aumento de los intentos de suicidio, asegurar la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención de primer nivel y baja complejidad y organizar y poner en funcionamiento la red de servicios de acuerdo con el régimen de referencia y contrarreferencia

de pacientes.

Es responsabilidad de la dirección seccional de salud notificar al Ministerio de Protección Social, la presencia de intentos de suicidio o suicidios y gerenciar la vigilancia de salud pública departamental.

Es responsabilidad del Ministerio de Protección Social dirigir y controlar el sistema de vigilancia en salud pública nacional.

1.5 PLANEACION Y SELECCIÓN DE DATOS

Fuentes de Información

- Comunidad.
- Familias y amigos de los casos de intentos de suicidio o suicidio.
- Agentes Comunitarios.
- Inspecciones de Policía
- Cuerpo Técnico de Investigaciones CTI
- Unidad de Medicina Legal

Registros

- Historia Clínica
- Certificado de defunción
- Acta de levantamiento del cadáver
- Resultado de necropsia
- Ficha Epidemiológica

1.6 FLUJOGRAMA

Notificación

De la institución prestadora de salud a la dirección local de salud (inmediata y semanal)

- Inmediata e Individual de todo caso de Suicidio
- Mensual individual de todos los casos de intentos de suicidio

De la dirección local de salud a la dirección seccional de salud

- Inmediata e Individual de todo caso de Suicidio
- Mensual individual de todos los casos de intentos de suicidio

2 PROCESO

2.1 DECISIONES POLÍTICAS

Formulación de un programa departamental de salud mental.

Inclusión de acciones de atención, prevención y promoción en salud mental en los planes de atención básica local y departamental.

2.2 DEFINICIÓN DE MECANISMOS OPERATIVOS

Fortalecimiento del Comité de Vigilancia en Salud Pública municipal, del COVE de morbimortalidad violenta (aplicación ordenanza 60) y de Vigilancia epidemiológica en las instituciones.

Asesoría, asistencia técnica, evaluación y control desde la Dirección Seccional de salud al proceso de vigilancia epidemiológica en suicidio e intento suicida por las IPS.

2.3 DEFINICIÓN DE ACCIONES TÉCNICAS

A nivel individual

- Atención de la urgencia médica a los casos de intento suicida.

La atención de una persona con conducta suicida conlleva poner a prueba todas las habilidades y destrezas diagnósticas y terapéuticas del personal médico del primer nivel de atención que atiende el caso. Es importante desarrollar un proceso sistemático y ordenado tanto en la anamnesis como en el plan terapéutico que se trace.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Determinar cuál es el riesgo de suicidio de la persona
2. Establecer una alianza terapéutica
3. Evitar nuevas conductas auto agresivas
4. Definir plan de tratamiento a corto y largo plazo
5. Educación a la familia

1. Determinar cuál es el riesgo de suicidio de la persona

Para determinar el riesgo de suicidio de un paciente es necesario tener en cuenta varios aspectos, los cuales interactúan entre sí pero también pueden actuar de forma independiente.

Estos aspectos no siempre se pueden considerar de manera aditiva, es decir la suma de cada uno de estos no necesariamente constituye un riesgo mayor que la presencia de solo uno de estos aspectos. Por esta razón la habilidad clínica juega el papel más importante en la valoración del riesgo de una futura conducta auto-agresiva.

Los aspectos que se deben considerar son los siguientes:

- Pensamientos de suicidio.
- Conducta suicida previa
- Trastornos psiquiátricos
- Enfermedades físicas
- Presencia de eventos estresantes
- Historia familiar de suicidio
- Historia familiar de trastornos mentales
- Factores sociodemográficos
- Traumas infantiles

2. Establecer una alianza terapéutica

La relación médico paciente debe tener confianza, empatía y seguridad, elementos que permiten al médico obtener la información necesaria para evaluar el riesgo, establecer un diagnóstico y hacer un plan terapéutico adecuada. Esto garantiza la adherencia al tratamiento del paciente así tratar de asegurar una contención que evite futuras conductas suicidas.

3. Evitar nuevas conductas agresivas

En general, se debe intentar minimizar cualquier posibilidad de un nuevo comportamiento suicida.

Si el riesgo es alto, el paciente requiere atención psiquiátrica y hospitalización inmediata. Por tanto, debe remitirse a un hospital o clínica psiquiátrica, o a un hospital general que tenga atención en psiquiatría. Dicha remisión tiene que hacerse garantizando la integridad del paciente hasta que llegue al lugar de destino. Es decir, con un transporte adecuado (ambulancia preferiblemente, con cargo al asegurador), acompañado por personal de salud y/o por familiares, y bajo efectos de medicamentos sedantes. Si el paciente no es recibido de forma inmediata en centros especializados, debe dejarse hospitalizado en el municipio con cargo al

primer nivel de atención, con supervisión permanente, sedado y sin acceso a métodos con los que pudiera quitarse la vida (lejos de la ventana, manteniendo fuera del alcance del paciente bolsas de plástico, cordones, correas, cuerdas, medicamentos, instrumentos corto punzantes, etc.) hasta que sea posible su traslado

Si el riesgo es medio o moderado, debe remitirse inmediatamente para evaluación por un psiquiatra en un centro especializado, pero dicha remisión no necesariamente para hospitalización. Si no es posible el traslado inmediato, se debe dejar hospitalizado mínimo 24 horas en el pueblo, con observación permanente y tomando las medidas descritas en el párrafo anterior, hasta que el paciente pueda ser llevado al sitio donde se hará la evaluación psiquiátrica.

Si el riesgo es bajo, se remitirá a consulta ambulatoria por psiquiatría. Además, deben hacerse recomendaciones al paciente y a la familia.

4. Definir plan de tratamiento a corto y largo plazo

Si el riesgo es alto o medio, debe establecerse una buena comunicación con el psiquiatra que evalúe y trate al paciente, mediante la solicitud de una respuesta a la remisión que informe claramente cuál es el plan de tratamiento que tendrá el paciente y qué papel cumplirán los médicos y psicólogos del municipio.

Si el riesgo es bajo, se iniciará el tratamiento de forma ambulatoria para el trastorno de base del paciente hasta que el paciente sea evaluado por el especialista y se haya obtenido la correspondiente contra-remisión.

5. Educación a la familia

En todas las oportunidades debe hacerse educación a la familia, estas actividades pueden estar contempladas dentro del Plan de Atención Básica Municipal o como acciones educativas dentro del Plan Obligatorio de Salud en la consulta medica general. Cuando el riesgo es alto y medio, se les explicará sin temor pero con claridad

acerca del riesgo del paciente, sus posibles trastornos psiquiátricos de base y el cuidado que deben tener con el paciente durante la remisión.

Cuando el riesgo es bajo, no se puede asegurar que el individuo no volverá a tener conductas auto-agresivas y eso debe decirse a la familia de forma explícita. Es mejor que cuando el paciente llegue a la casa no tenga a su alcance métodos con los pudiera tener un nuevo intento, como venenos, medicamentos, armas, etc. Además, debe insistirse en la necesidad de que sea evaluado por un psiquiatra.

- Diligenciamiento del registro individual de prestación de servicios de salud, RIPS y de la historia clínica así como de formulario para el registro en el sistema.
- Estudio de todos los casos de suicidio, por medio de la aplicación de autopsia psicológica, y diligenciamiento de instrumento diseñado para tal fin.
- Intervención en Crisis por psiquiatra o psicología a los casos de intentos de suicidio, a los familiares y su entorno social.
- Diligenciamiento de la ficha epidemiológica.

A nivel comunitario, acciones a tener en cuenta dentro del Plan de Atención Básica Municipal:

- Incrementar las acciones de Salud Mental:
- Operativizar o fortalecer las redes de apoyo social
- Tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia, Algunos trastornos están asociados al suicidio, por lo tanto una temprana identificación y el adecuado tratamiento de los mismos son importantes estrategias para la prevención.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación.
- Formar a los profesionales de la atención primaria de salud. La formación del recurso humano de atención primaria en la identificación y tratamiento de pacientes con trastorno

de humor da como resultado una reducción de los índices de suicidio entre estos pacientes.

- Reducir el acceso a los medios para suicidarse (por ejemplo, armas de fuego, plaguicidas y medicamentos);

3 PRODUCTO

3.1 EVALUACIÓN DE IMPACTO

- Tendencia de las tasas de suicidios
- Proporción de intentos de suicidios y suicidios general y específica por edad, sexo y procedencia
- Años de vida potenciales perdidos

3.2 EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

- Porcentaje de casos con información completa
- Porcentaje de casos con intervención psicológica o psiquiátrica
- Porcentaje de letalidad

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report. 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: 2001.

CAVANAGH JT, CARSON AJ, SHARPE M, LAWRIE SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33:395-405.

COOPER J. Ethical issues and their practical application in a psychological autopsy study of suicide. *J Clin Nursing* 1999; 8:467-475.

ISOMETSA ET. Psychological autopsy studies-- a review. *Eur Psychiatry* 2001; 16(7):379-385.

REZA A, MERCY JA, KRUG E. Epidemiology of violent deaths in the world. *Inj Prev* 2001; 7(2):104-111.

ZHANG J, CONWELL Y, ZHOU L, JIANG C. Culture, risk factors and suicide in rural China: a psychological autopsy case control study. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110(6):430-437.

BEAUTRAIS AL. A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32(1):1-9.

DE LEO D, PADOANI W, SCOCCO P, LIE D, BILLE-BRAHE U, ARENSMAN E et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16(3):300-310.

STACK S. SUICIDE: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30(2):145-162.

ARTAZCOZ L, BENACH J, BORRELL C, CORTÉS I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94:82-88.

JOHANSSON SE, SUNDQUIST J. Unemployment is an important risk factor for suicide in contemporary Sweden: an 11-year follow-up study of a cross-sectional sample of 37,789 people. *Public Health* 1997; 111(1):41-45.

JUURLINK DN, HERRMANN N, SZALAI JP, KOPP A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164(11):1179-1184.

ARSENAULT-LAPIERRE G, KIM C, TURECKI G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4(1):37.

HOYER EH, OLESEN AV, MORTENSEN PB. Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *J Affect Disord* 2004; 78(3):209-217.

CHENG AT, CHEN TH, CHEN CC, JENKINS R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000; 177:360-365.

BOURGEOIS M, SWENDSEN J, YOUNG F, AMADOR X, PINI S, CASSANO GB et al. Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: results of the international suicide prevention trial. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1494-1496.

LINKS PS, GOULD B, RATNAYAKE R. Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5):301-310.

BOSTWICK JM, PANKRATZ VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12):1925-1932.

DUFFY J, KREITMAN N. Risk factors for suicide and undetermined death among in-patient alcoholics in Scotland. *Addiction* 1993; 88(6):757-766.

MAY PA, VAN WINKLE NW, WILLIAMS MB, McFeeley PJ, DeBruyn LM, Serna P. Alcohol and suicide death among American Indians of New Mexico: 1980-1998. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32(3):240-255.

CONNER KR, COX C, DUBERSTEIN PR, TIAN L, Nisbet PA, Conwell Y. Violence, alcohol, and completed suicide: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10):1701-1705.

KING EA, BALDWIN DS, Sinclair JM, Baker NG, Campbell MJ, Thompson C. The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *Br J Psychiatry* 2001; 178:531-536.

KPOSOWA AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54(4):254-261.

PALACIO C, GARCÍA J, DIAGO J, ZAPATA C, LÓPEZ G, ORTIZ J et al. Identification of suicide risk factors in Medellín, Colombia: a case control study of psychological autopsy. *Arch Suicide Res*. In press.

QIN P, AGERBO E, WESTERGARD-NIELSEN N, ERIKSSON T, MORTENSEN PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177:546-550.

QIN P, AGERBO E, MORTENSEN PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):765-772.

JOHNSON BA, BRENT DA, BRIDGE J, CONNOLLY J. The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97(1):18-24.

LUOMA JB, MARTIN CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159:909-916.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. *Forensis* 2003. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia. Bogotá, D.C.: Panamericana Formas e Impresos S.A., 2004.

GÓMEZ-RESTREPO C, Rodríguez-Malagón N, De Romero Lc, Pinilla C, López E, Diaz-Granados N et al. Suicidio y lesiones autoinflingidas en Colombia, 1973 - 1996. *Rev Col Psiquiatría* 2002; 31:91-104.

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Informe sobre suicidio en el Departamento de Antioquia. 2006. Ref Type: Unpublished Work

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. American Psychiatric Association, 2003.

ANEXO 1.

Determinar cuál es el riesgo de suicidio de la persona

- Pensamientos de suicidio

Los pensamientos de suicidio fluctúan entre la idea ocasional de autoagresión hasta el plan estructurado. Generalmente, el individuo comienza con ideas de muerte, por ejemplo piensa “qué rico morir”, o “quisiera que me diera una enfermedad bien grave y me muriera”, luego el pensamiento evoluciona hacia la idea de matarse hasta finalmente estructurarse con una definición clara de cuando, donde y como lo va a realizar.

Para explorar estos pensamientos se debe partir de lo general hasta lo específico, sin violentar la intimidad de la persona y guardando la confidencialidad que exige la situación. Es importante resaltar que hacer preguntas sobre estos pensamientos no va a inducir de ninguna manera la conducta suicida.

Se brindarán algunos ejemplos de preguntas que pueden ser procedentes:

¿Ha tenido ideas últimamente de que la vida no justifica vivirla?

¿Desea en ocasiones dormirse y no despertar?

¿Ha tenido pensamientos sobre la muerte?

¿Últimamente ha pensado en hacerse daño?

¿Cuándo aparecieron esos pensamientos?

¿Qué cree usted, le ha llevado a pensar esto?

¿Ha pensado llevar a cabo estos pensamientos de muerte?

¿Cómo ha pensado matarse?

¿Qué le impide hacerlo?

¿Ha hecho algo para poder hacerlo? (por ejemplo, comprar armas, venenos, etc)

¿Cómo ve su futuro?

Cuándo el paciente le hable sobre un plan de suicidio, se debe evaluar la letalidad del método que utilizaría. Son métodos más letales: armas de fuego, ahorcamiento, lanzarse desde un piso alto, o cianuro. Cuando el paciente tiene

planeado uno de estos métodos, el riesgo de suicidio es alto independientemente de la presencia de otros factores. Existen métodos menos letales, como la intoxicación con organofosforados, sobredosis de medicamentos, que no deben desestimarse si el paciente tiene otros factores o un plan bien definido, por ejemplo asegurarse de estar solo y de no tener posibilidades de recibir ayuda.

Se debe tener en cuenta la frecuencia de la idea y su persistencia en el tiempo.

- Conducta suicida previa

A mayor número de intentos de suicidio mayor la probabilidad de suicidio. Esto debe resaltarse, porque en algunas oportunidades la familia y el personal de salud, tienden a minimizar el riesgo cuando el individuo ha tenido varios intentos fallidos.

- Trastornos psiquiátricos

Más del 90% de las víctimas de suicidio tienen un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte, por esta razón es importante que el médico general tenga habilidades en el diagnóstico y manejo inicial de trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, especialmente el límite.

Trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo son las entidades psiquiátricas más comúnmente asociadas con suicidio. El riesgo de morir por suicidio en pacientes con trastornos depresivos que han estado hospitalizados es del 8.6%, para los pacientes ambulatorios con trastornos depresivos es del 2.2% y para los que no tenían trastornos del estado de ánimo es del 0.5%. Aparentemente es bajo, pero si se tiene en cuenta que el riesgo en la población general es de 0.001%, el riesgo en pacientes con depresión es 2000 veces mayor.

Esquizofrenia: Aproximadamente el 10% de los que se suicidan tienen esquizofrenia. La mayoría se suicidan durante los primeros años de su enfermedad, tienden a ser jóvenes y cerca del 75% son solteros de sexo masculino, aproximadamente la mitad han tenido intentos previos. Los síntomas depresivos están estrechamente relacionados con los suicidios, solo un pequeño porcentaje están en relación con delirios o alucinaciones.

Trastornos por uso de sustancias: Las personas con alcoholismo que tienen trastornos depresivos tienen especial riesgo. Se ha observado que aproximadamente la mitad de los alcohólicos que cometen suicidio han perdido un ser amado en el año anterior al acto suicida, otros factores precipitantes son pérdidas financieras, problemas de trabajo o con la ley. El riesgo aumenta a medida que se suman factores. En los abusadores de otras sustancias también hay un aumento del riesgo. Los factores asociados parecen ser la disponibilidad de cantidades letales de droga, uso intravenoso de drogas, trastorno de personalidad e impulsividad

Trastornos de personalidad: Los sujetos con trastornos de personalidad límite y antisocial tienen un aumento del riesgo de suicidio. Casi siempre está asociado con trastornos depresivos, impulsividad e historia de abuso en la niñez.

Trastornos de ansiedad Se ha observado un leve aumento en el riesgo de suicidio en individuos con trastorno de pánico, especialmente si tienen además un trastorno depresivo mayor, abuso de sustancias o trastornos de personalidad.

– Enfermedad física

Se ha observado que una enfermedad física ha estado presente en el 25 al 75% de las víctimas de suicidio. Las más asociadas a suicidio son las incapacitantes, crónicas y terminales. Estas últimas tienen un riesgo mayor en el primer año después de haber recibido el diagnóstico.

– Presencia de eventos estresantes

La ocurrencia de eventos estresantes adversos, especialmente la separación de la pareja, las dificultades económicas y la pérdida por muerte de un ser querido, aumentan el riesgo de

suicidio. Esto se ha observado en todas las culturas.

– Historia familiar de suicidio

Se debe explorar la historia de suicidio en familiares, especialmente los de primer grado (padres, hijos y hermanos).

– Historia familiar de trastornos mentales

De igual manera debe preguntarse por esto, pues es un factor que aumenta el riesgo.

– Factores sociodemográficos

El suicidio ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres y las edades de mayor riesgo son, entre los 18 y 34 años y los mayores de 60 años.

El desempleo es un factor de riesgo, especialmente cuando el individuo sufre un trastorno mental.

El riesgo de suicidio es mayor entre los divorciados, solteros y quienes viven en unión libre.

Tener una pobre red de apoyo social también aumenta el riesgo.

Los factores sociodemográfico que se han encontrado como protectores de suicidio son participación en actividades religiosas, tener hijos y seguimiento médico continuo

– Traumas infantiles

Si bien es un aspecto difícil de explorar en la primera evaluación, tener ese antecedente constituye un riesgo.

A partir de todos estos elementos se puede lograr aproximarse a una calificación del riesgo de suicidio en alto, medio o bajo. Dependiendo de dicha calificación se tomarán las medidas necesarias.