

Centro
Andino
de
Estudios
en
Salud
Mental

Valoración del riesgo suicida en los centros de salud mental comunitaria

Méd. Psiq. Roberth E. Sánchez Alania

CENTRO ANDINO DE ESTUDIOS EN SALUD MENTAL



ROBERTH EDGARDO SÁNCHEZ ALANIA

Médico especialista en Psiquiatría por la Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba), especialista en Medicina General Integral (Medicina Familiar y Comunitaria) por la Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba). Es el actual Médico Jefe del Centro de Salud Mental Comunitario “Rijchariy (Despierta)” de Ancón. Es Psicoterapeuta Cognitivo Conductual por PROMOTEC.

SUMILLA

- 1 Sospecha de riesgo suicida
- 2 Evaluación del plan suicida
- 3 Evaluación de la familia o grupo de soporte
- 4 Evaluación del usuario, su estado mental y compromiso
- 5 Primera Ayuda Psicológica

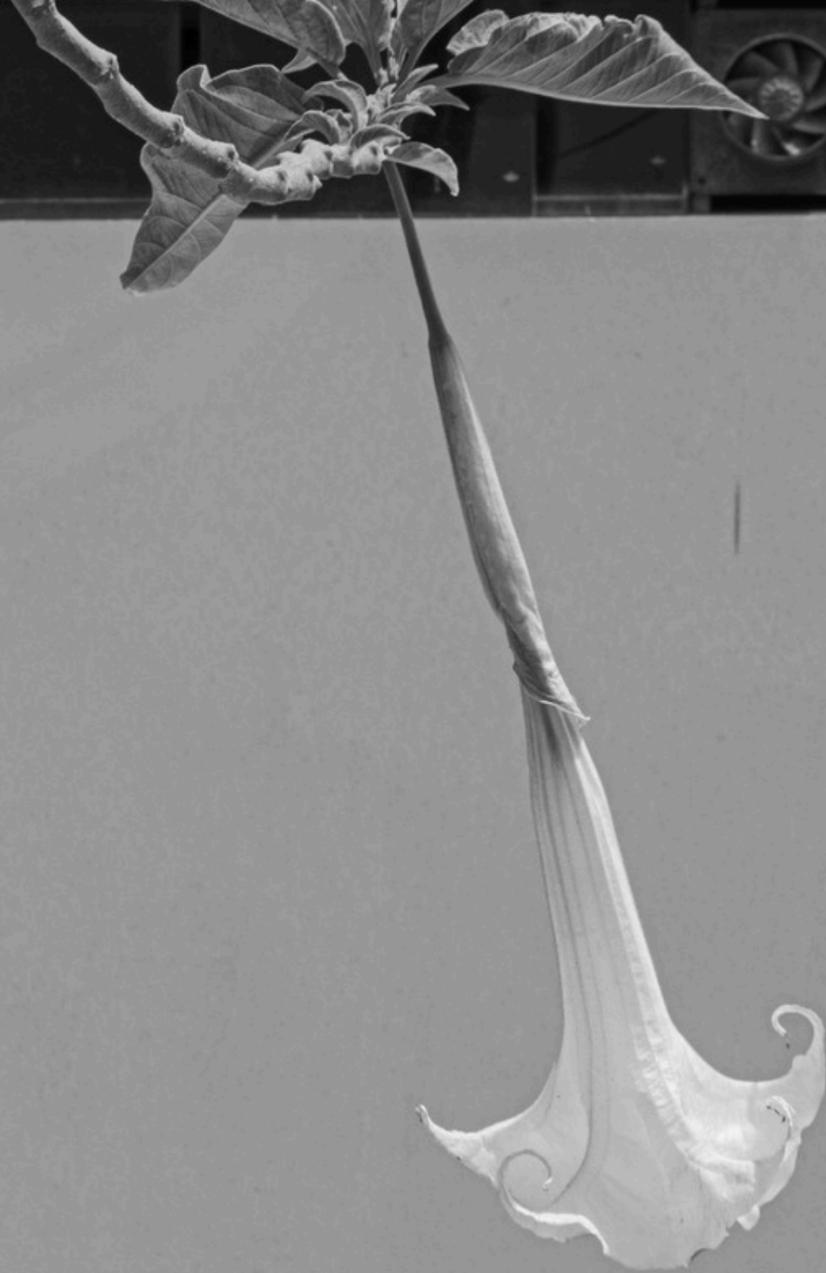
INTRODUCCIÓN

La ideación suicida se puede interpretar como una alternativa de solución a una situación de crisis, en la cual otras posibles soluciones son igual o menos eficientes para resolver la crisis.

El manejo del riesgo suicida requiere tomar medidas firmes, claras y planificadas, con el fin de garantizar la vida de la persona.

La persona encargada de la intervención debe tener claras sus limitaciones, y debe esforzarse para , luego de terminada la intervención, sentir que no tiene dudas acerca de la seguridad del usuario.

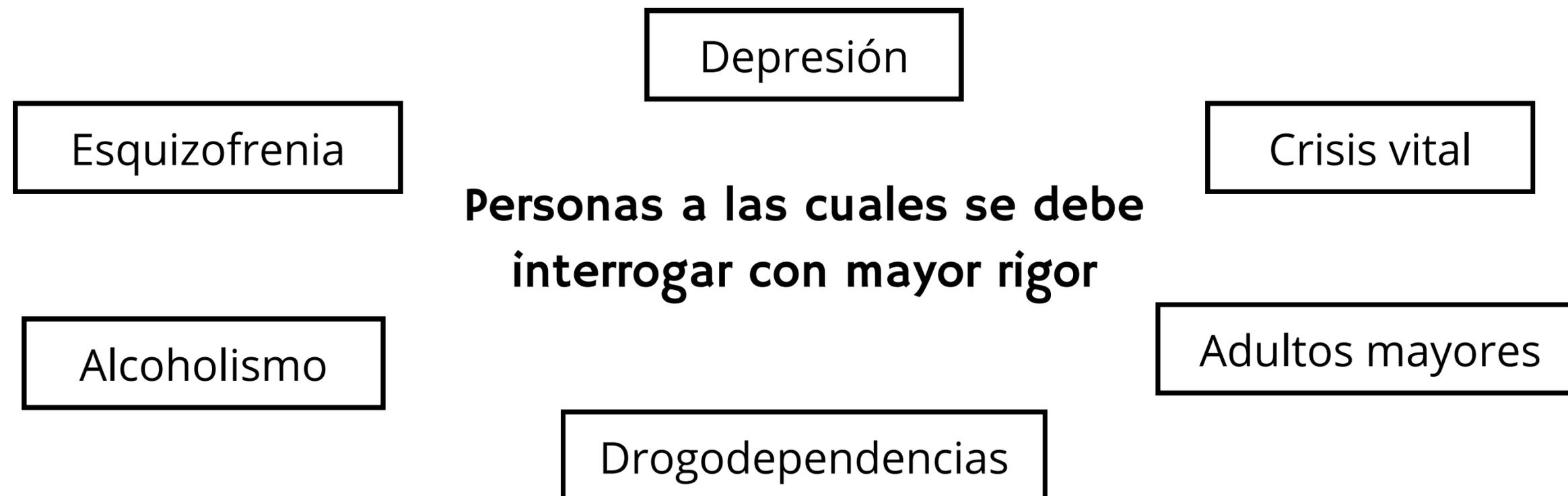
**SOSPECHA
DEL RIESGO
SUICIDA**



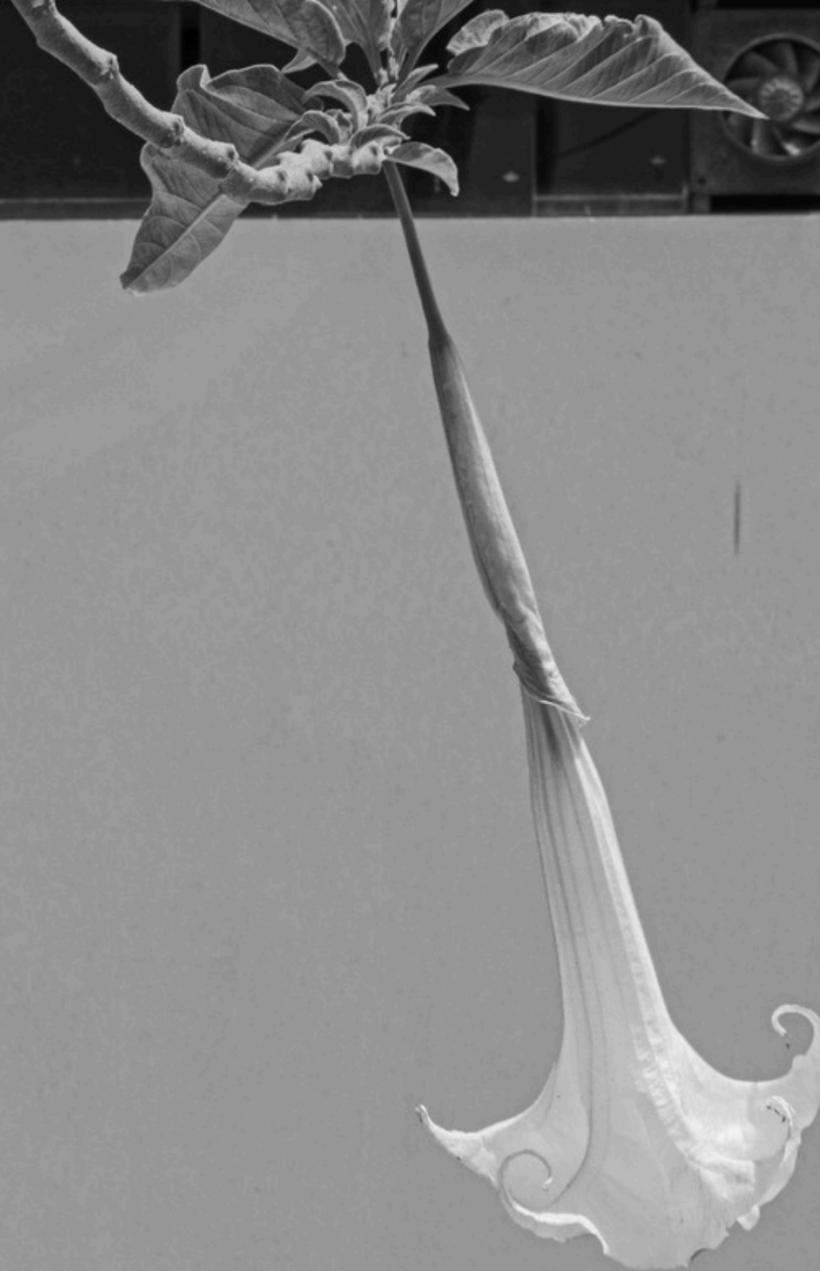
SOSPECHA DE RIESGO SUICIDA

Es mejor realizar la evaluación de riesgo suicida a todo usuario que llegue a tus manos, como una rutina de evaluación, la pregunta debe ser clara:

¿Ha pensado en matarse actualmente?



EVALUACIÓN DEL PLAN SUICIDA



IMPORTANCIA

Una vez que la respuesta del paciente ha sido: “ Sí, he pensado en matarme”, se debe proceder de forma ordenada con las siguientes preguntas: ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Para qué? ¿Por qué?

La **importancia de preguntar de forma ordenada**, es **evitar distraernos** en otros aspectos del caso del paciente que podrían desviar la atención de lo que más importa ahora, **evitar que se suicide**.

¿CÓMO HAS PENSADO MATARTE?

Busquemos más detalles en cuanto a la planificación, por ejemplo, ante un paciente que quiere matarse con veneno, le preguntamos: ¿Qué tipo de veneno? ¿Sabe dónde conseguirlo? ¿Ya lo ha comprado?, ¿Dónde lo tiene?, ¿Por qué con ese veneno y no otro?, etc.

Las respuestas podrían ser:

- He pensado en matarme, dejar de sentir lo que siento, pero no he pensado cómo.
- He pensado en matarme tomando veneno, pero no he pensado en conseguirlo
- He pensado en tomar veneno Campeón, lo tomaría con yogurt, lo tengo en mi cuarto, escondido, además por si acaso tengo una cuchilla para cortarme.

¿CUÁNDO HA PENSADO EN MATARSE?

Así mismo extenderse en los detalles de la fecha o momento, por qué elige tal o cuál hora. Es particularmente riesgoso cuando eligen horarios donde no hay posibilidad de ser rescatados o fechas simbólicas para ellos como un cumpleaños o conmemoración de fallecimiento.

Las respuestas podrían ser:

- No he pensado cuándo, sólo pensaba en dejar de sufrir.
- Quizá lo haga el próximo mes, porque creo que ya no aguanto.
- Me mataré en mi cumpleaños, por la madrugada, porque a esa hora todos están durmiendo.

¿DÓNDE HA PENSADO MATARSE?

El usuario nos brindará detalles, sin saberlo, para poder ayudarlo. Hacer las preguntas para tener un mapa mental de lo que el usuario está pensando.

Las respuestas podrían ser:

- No, no he pensado dónde, solo he pensado en morir, no quiero matarme.
- Puede ser en el descampado del colegio o en la ducha, la verdad no lo había pensado.
- En el puente Villa Estela, me queda cerca y es alto. Ya hace tiempo pasé varias veces por ahí.

¿PARA QUÉ? ¿POR QUÉ SE MATARÍA?

Brinda la oportunidad a la persona de hacer catarsis, de poder hacernos una narración de su vivencia estresante, el hecho de compartir un malestar es de por sí terapéutico. Y ya **nos orienta el camino a la intervención posterior**, es importante la validación, en sus diferentes formas.

RESULTADOS DEL PLAN SUICIDA

1. Ideas suicidas sin plan suicida

2. **Ideas suicidas con plan no estructurado:** tiene ideas suicidas, pero no establece cómo se suicidaría ni lugar o fecha de forma precisa.

3. **Ideas suicidas con plan estructurado:** sabe cómo (una o más formas precisas de suicidarse, con fecha ya establecida y/o “cuando tenga la oportunidad de hacerlo” y lugar o lugares precisados)

Pregunta

Ideas suicidas sin plan

Ideas suicidas con plan no estructurado

Ideas suicidas con plan estructurado

¿Cómo?

No lo he pensado, no lo sé, no me voy a matar, etc

Lanzándome de algún puente, pero no he pensado cual.

Me mataré en el puente Villa Luz, y tomaré veneno XXX

¿Cuándo?

No lo voy a hacer, no sé, no lo haré, etc.

Sólo lo pensé, algún día, no he pensado fecha

“Ni bien se descuiden”, en mi cumpleaños.

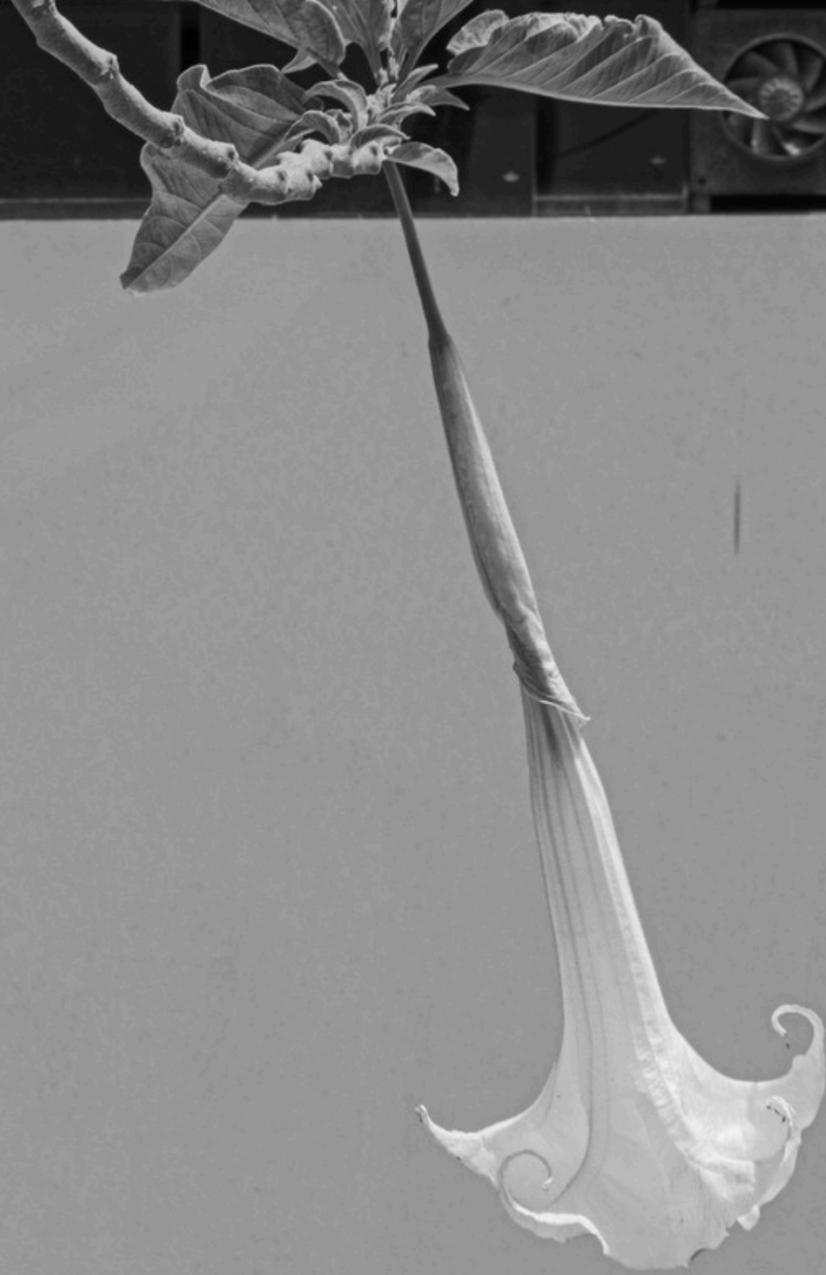
¿Dónde?

Sólo me sentía mal, no me mataré, ya no lo pienso, etc.

En mi patio o en el puente, no lo había pensado claro...

En mi el patio de un terreno de mi padre, nadie va allá.

**EVALUACIÓN
DE LA
FAMILIA O
GRUPO DE
SOPORTE**



PERCEPCIÓN DE RIESGO

Si la familia manifiesta preocupación sobre el riesgo suicida, no invalida, no minimiza, y se compromete al cuidado: hay **percepción de riesgo**.

Por otro lado, si no acepta el riesgo, manifiesta hostilidad, minimiza, y no se compromete: **no presenta percepción de riesgo**.

CONDICIONES FAVORABLES

El familiar responsable debe tener **disposición 24/7 horas, ser adulto física y mentalmente sano** (no adulto mayor ni adolescente), si es posible contar con más de un familiar.

En cambio, si el familiar trabaja, no tiene tiempo, o no puede dedicarse al tiempo completo para el cuidado del usuario: no es favorable.

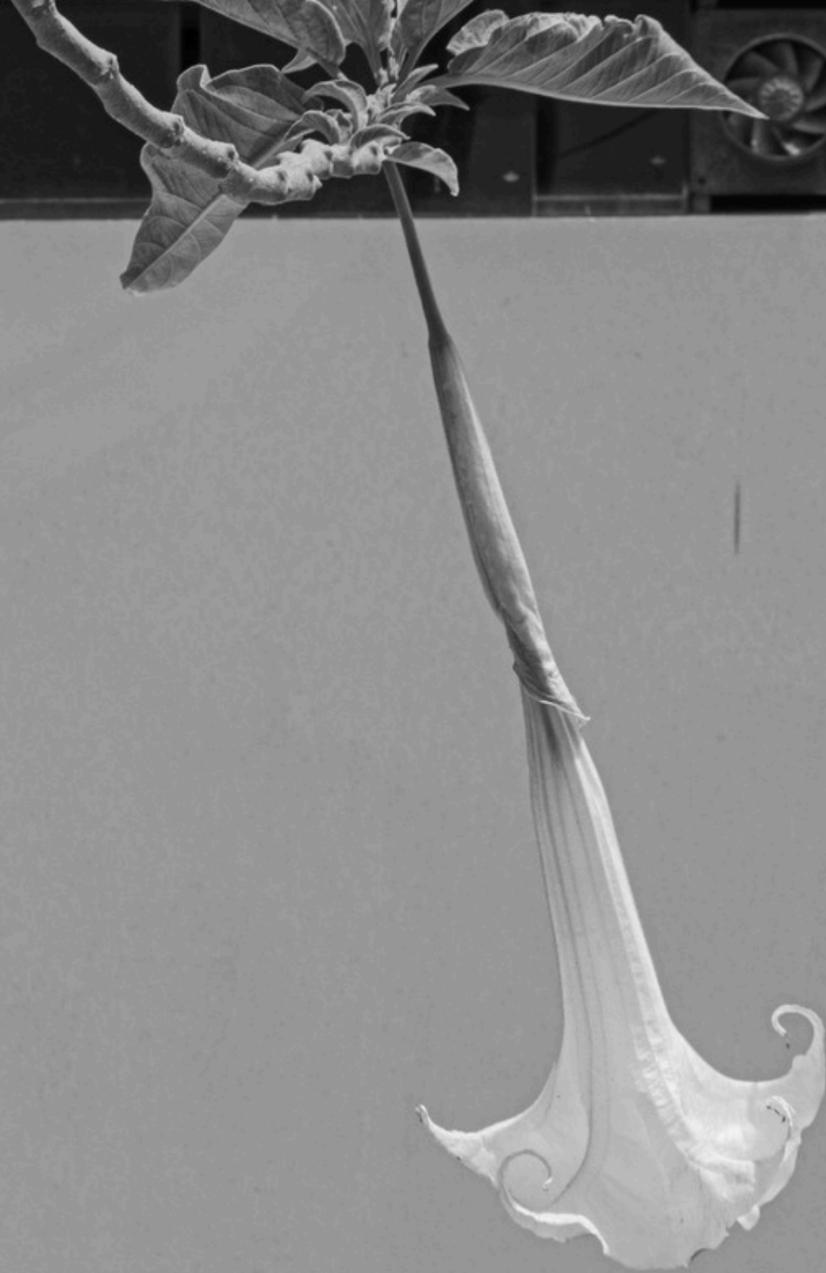
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

1. **Familia competente:** cuando tiene percepción de riesgo adecuada y condiciones favorables.
2. **Familia no competente:** cuando cumple sólo un criterio o ningún criterio.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

Familia	No competente	Competente
Percepción de riesgo		Sí
Condiciones favorables		Sí
		Tiene que cumplir las dos condiciones

**EVALUACIÓN
DEL
USUARIO, SU
ESTADO
MENTAL Y
COMPROMISO**



CAPACIDAD DEL PACIENTE

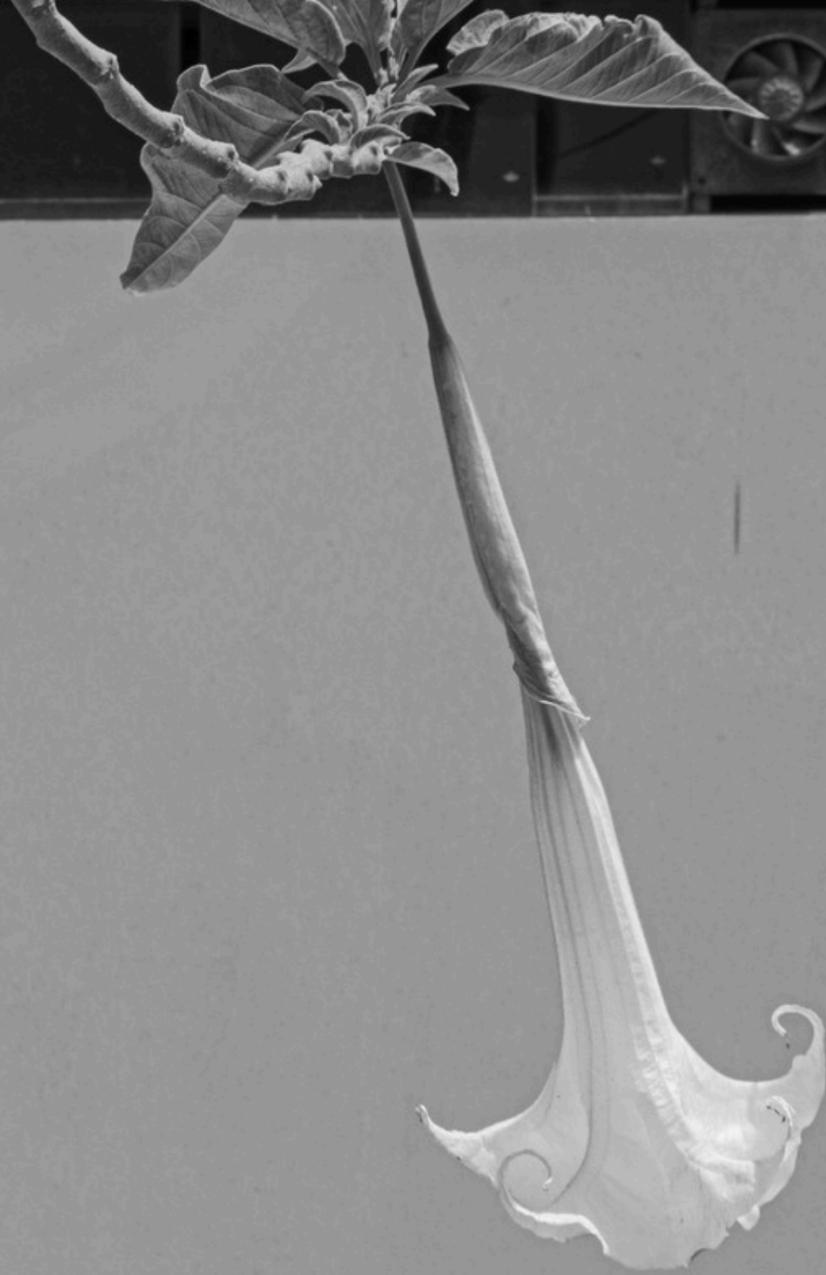
Se evalúa:

- El **estado mental** del usuario
- **Compromiso para no suicidarse**: pedirle al menos tres meses para no suicidarse, sin embargo, incluso ganar 24 horas es valioso.
- **Esperanza**: toda la evaluación debe ser a la vez terapéutica, al final el profesional debe percibir el cambio hacia la esperanza.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

1. **Capaz:** usuario con C.I. normal, con compromiso de no suicidarse (puede firmar un contrato no suicida), no trastornos mentales actuales que puedan distorsionar su percepción de la realidad, con esperanza.
2. **No capaz:** Discapacidad intelectual, no hay compromiso para no matarse, desesperanza de la intervención, otros trastornos que distorsionan su percepción de la realidad: depresiones moderadas, psicosis activa, etc.

**CONDUCTA A
SEGUIR**



PRINCIPIOS

- Conocer las limitaciones de cada profesional.
- Solo dejar el caso cuando hay la seguridad de que ya está en las manos de otro profesional.
- Nunca dejar que el usuario viaje sin acompañamiento profesional al otro nivel de atención.
- Siempre protegerte y no exponerte a riesgos, para ayudar primero necesitamos estar seguros.
- Inicialmente el trabajo se orienta a evitar el suicidio y aliviar el malestar.

TOMA DE DECISIONES

Valoración del riesgo suicida							Tipo de intervención	
Ideas suicidas sin plan	Ideas suicidas con plan no estructurado	Ideas suicidas con plan estructurado	Familia competente	Familia no competente	Persona capaz	Personas no capaz	Ambulatorio	No Ambulatorio (hospitalizar)
Sí			Sí		Sí		Sí	
Sí			Sí			Sí	Sí	
Sí				Sí	Sí		Sí	
Sí				Sí		Sí		Sí
	Sí		Sí		Sí		Sí	
	Sí		Sí			Sí	Sí	
	Sí			Sí	Sí		Sí	
	Sí			Sí		Sí		Sí
		Sí	Sí		Sí		Sí	
		Sí	Sí			Sí	Sí	
		Sí		Sí	Sí			Sí
		Sí		Sí		Sí		Sí

INTERVENCIÓN AMBULATORIA

Personas con ideas suicidas, “capaces” con familia competente o no:

- Primera ayuda psicológica Karl Slaikeu
- Iniciar psicoterapia si es necesario
- Reevaluar en cada sesión el riesgo suicida
- Educar y comprometer a la familia o soporte

INTERVENCIÓN AMBULATORIA

Personas con ideas suicidas con plan no estructurado, “capaces”, “con o sin familia competente”:

- Primera ayuda psicológica Karl Slaikeu
- Iniciar tratamiento farmacológico si existe un trastorno mental subyacente
- Reevaluar en cada sesión el riesgo suicida
- Educar y comprometer a la familia o soporte
- El equipo de salud mental debe iniciar una programación de seguimiento telefónico o visitas
- Visitas domiciliarias, hasta que la persona ya no tenga ideas suicidas
- Psicoterapia de ser necesario

INTERVENCIÓN AMBULATORIA

Persona con: a. ideas suicidas con plan estructurado, “capaz”, “familia competente”,
b. Persona con ideas suicidas con plan estructurado, “no capaz”, “familia competente”.
c. con ideas suicidas con plan no estructurado, “no capaces” con “familia competente”,
d. con ideas suicidas, “no capaces” con “familia competente”.

- Primera ayuda psicológica Karl Slaikeu.
- Familia: garantizar una o dos personas para el cuidado 24 horas al día
- Eliminar acceso a medios para suicidarse, signos de alarma
- Fármacos de urgencia: recordar la premisa “ el que está dormido no se mata”
- Personal de salud: seguimiento más veces al día, visita domiciliaria en las 24 horas
- El acompañamiento es hasta eliminar el riesgo suicida.
- Esfuerzos necesarios para eliminar el plan suicida estructurado en máximo 10 días.
- Iniciar la psicoterapia formal lo antes posible.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- Se debe garantizar que el usuario llegue al hospital de destino, lo ideal es que sea acompañado por personal de salud.
- Para asegurar su transporte y disminuir el riesgo de suicidio o lesiones en el camino, es útil indicar medicación.
- Las personas deben ser suficientes para el traslado (al menos 4).

REFERENCIAS

Obra completa del Dr. Sergio Pérez Barrero, psiquiatra y suicidólogo cubano, fundador de la Sección de Suicidología de la Organización Mundial de la Salud.

González Menéndez, R. (1998). Clínica psiquiátrica básica actual. En Clínica Psiquiátrica básica actual (pp 177-178.).

Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en crisis.



Centro
Andino
de
Estudios
en
Salud
Mental

CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO RIJCHARIY (DESPIERTA)

