

La intervención o prevención secundaria del suicidio

F. Javier de las Heras*

A. Abril*

J.M. Gaona*

J.M. Civeira*

Summary

An analysis is made of the possibilities of intervention to prevent suicidal behaviour within the framework of secondary prevention, raised from three basic points of view: to detect persons with autolytic intentions, to make it possible for them to attend some centre where they will be given help and suitable treatment, whether they have not yet attempted suicide, or whether they have done so but did not succeed. Twenty main characteristics are put into systematic form for assessing suicide risk, and a series of fundamental measures is raised for clinical application, aimed at the secondary prevention of suicide.

Resumen

Se analizan las posibilidades de intervenir para prevenir la conducta suicida dentro del marco de la prevención secundaria, planteada en tres puntos fundamentales: detectar a las personas con intenciones autolíticas, conseguir que dichas personas acudan a algún centro donde se les preste ayuda y se les dé un tratamiento adecuado, tanto si aún no han intentado suicidarse, como si lo han hecho sin lograr sus propósitos. Se sistematizan veinte características principales para evaluar el riesgo de suicidio, y se plantea una serie de medidas fundamentales de aplicación clínica, encaminadas a la prevención secundaria del suicidio.

La prevención secundaria, según Caplan (1966), es la que se lleva a cabo mientras los trastornos mentales tienen una sintomatología activa. Algunos autores, como Shneidman (1968) prefieren utilizar el término de "intervención" como sustituto del de "prevención secundaria". La base de la estrategia preventiva de esta "intervención", según Rojas (1984), es actuar en el enfermo que ya ha intentado suicidarse o que está a punto de autoagredirse, es decir, en actuar durante la "crisis suicida". La intervención se debe llevar a cabo de una forma inmediata, mediante la aplicación urgente de medicamentos, psicoterapia de urgencia, movilización del ambiente, apoyo social y, probablemente, hospitalización (Alonso-Fernández, 1978).

En la prevención secundaria se trata, fundamentalmente, de detectar a las personas con intenciones autolíticas, conseguir que dichas personas acudan a algún centro donde se les preste ayuda, y administrarles un tratamiento adecuado, tanto si aún no han intentado suicidarse, como si lo han hecho sin lograr

sus propósitos. Para detectar la intencionalidad suicida, es de importancia capital la observación clínica, así como la recopilación de información acerca de los familiares y amigos del paciente. Numerosos autores han destacado diversos factores como indicadores de alto riesgo de suicidio. En nuestra opinión, los veinte rasgos principales, además del diagnóstico de un trastorno psicopatológico de fondo, serían los siguientes:

- a) Insomnio muy intenso, en sus tres etapas cardinales: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y despertar precoz.
- b) Pesadillas frecuentes relacionadas con la muerte, las catástrofes, etc.
- c) Fantasías de muerte y autodestrucción durante los periodos de vigilia.
- d) Vivencias de soledad o abandono, de desarraigo y falta de integración socio-laboral.
- e) Intensa ansiedad y desinhibición, junto con un descenso del estado de ánimo.
- f) Padecimiento de alguna enfermedad de tipo somático, especialmente si es crónica, terminal, dolorosa o invalidante.
- g) Profundos sentimientos de inutilidad o minusvalía.
- h) Actividad delirante, sobre todo si la temática del delirio es de ruina, culpa, condenación o de tipo paranoide.
- i) Súbito interés por lo que supone la muerte, por lo que se sienta en ese trance y por lo que pueda haber en el más allá.
- j) Deseo de informarse acerca de la manera menos dolorosa de morir y comprar artículos que pueden servir para este fin.
- k) Emitir avisos suicidas directos o indirectos.
- l) Hacer preparativos que anuncien la muerte: hacer testamento, suscribir pólizas de seguros de vida, pagar deudas, arreglar documentos, etc.
- m) El suicidio o fallecimiento reciente de algún ser querido.
- n) Antecedentes personales relacionados con conductas suicidas.
- ñ) Conflictos importantes en el ámbito amoroso o familiar.
- o) Problemas de cierta relevancia en el ámbito económico, laboral, profesional o judicial.
- p) Tender a la impulsividad, dificultad para controlarse.
- q) Alto grado de agresividad, dificultad para manejar la agresividad.

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense. Madrid, España.

r) Intolerancia a las frustraciones.

A pesar de todo, en la mayoría de los casos no está presente este conjunto de características, sino que, en general, sólo algunas de ellas, por lo que no es tan fácil prever el suicidio. Como coadyuvantes de la labor clínica se ha propuesto el uso de escalas de evaluación del riesgo suicida, como las de Poldinger (1969), Beck y cols (1974, 1979), Pierce (1981), Pallis y cols (1982, 1984), Rojas y cols (1985), etc. Beck y cols (1982) proponen el uso de una escala (S.S.I.) para medir la desesperación ya que, en su opinión, ésta constituye el factor etiológico fundamental del suicidio. También se ha propuesto el uso de diversas pruebas, como la de Rorschach, el T.A.T. o la prueba de Szondi, pero tanto la realización como la valoración de dichas pruebas exigen demasiado tiempo y experiencia y, por tanto, como dice Poldinger (1969), es difícil que se puedan utilizar ampliamente en la práctica médica general. Además, es muy discutible la utilidad de dichas pruebas para dilucidar si existe un alto riesgo de suicidio.

La detección de los avisos suicidas es otra de las tareas que le concierne a la prevención secundaria, y que todos los médicos deben tomar en cuenta cuando se encuentran frente a un paciente; especialmente si son médicos generales, internistas, psiquiatras, de empresa o familiares. La mayoría de los futuros suicidas acuden a un médico poco antes de autoagredirse (Gómez Dupertus, 1977; Hawton y cols, 1979; Roy, 1982; Borg y Stahl, 1982; etc.). La mayoría de las veces no lo avisan en forma directa, es decir, el paciente no lo comunica antes de que se le pregunte, sino en forma indirecta. Menos de un 15% de los sujetos avisa directamente (García-Macia y cols, 1984; De las Heras, 1986), pero más de un 60% lo comunica en forma directa o indirecta (Ringel, 1961; Stengel, 1965; Freedman y cols, 1982). Por tanto, es necesario interrogar a las personas con las que convive el paciente, y tratar de que todo el personal sanitario esté pendiente de ciertos detalles de los pacientes que ingresan al hospital.

Una labor importante dentro de la prevención secundaria consistiría en la organización de un centro especial que atendiera y escuchara a las personas que lo necesitan (Alonso-Fernández, 1978). El médico puede sustituirse por otra persona experta en estas cuestiones, como se hace en España con los que trabajan en los "Teléfonos de la Esperanza". Este sistema de ayuda por teléfono la inició el Reverendo Warren en 1885, en Nueva York. Hay que tener en cuenta que estos centros de ayuda no se especializan en casos de suicidio, sino que atienden a muchas personas con distintas facetas de la problemática social, especialmente de índole familiar y conyugal (Drdkova y Zemek, 1979).

El número de llamadas suicidas representa solamente un 2% del total de llamadas a la *SOS-Amitié de France* (Guillón y le Bonniec, 1983) y un 1,3% del total de llamadas a los Teléfonos de la Esperanza, en España (Rocamora, 1983). Generalmente, la ayuda que prestan (gratuita y anónima) se basa en el concepto de "intervención en las crisis", mediante la cual se intenta provocar una "catarsis elemental". Como dice

Hinson (1982): Se trata de "conseguir que disminuya la ansiedad y se vean con claridad los problemas que la acompañan". Pero sólo un 40% de las llamadas de los presuntos suicidas corresponde a "un estado de crisis", el resto expresa más bien una ideación suicida crónica (Litman y World, 1976), por lo que algunas de estas asociaciones disponen, además, de un servicio de especialistas que está a disposición del presunto suicida, para que, tras la llamada, se inicie un tratamiento psiquiátrico al que debe asistir personalmente el sujeto. Algunas de estas organizaciones, como el "Phoenix" francés, tienen un sistema similar al de "Alcohólicos Anónimos". En ellas, una vez que las personas que intentaron suicidarse sin lograrlo, se restablecen, ayudan a otros que persisten en sus ideas suicidas.

La eficacia preventiva del suicidio de estas organizaciones de atención telefónica, ha sido puesta en tela de juicio por algunos autores como Miller y cols (1984) y Stein y Lambert (1984), quienes encontraron que en los Estados Unidos, sólo se benefician de ellas las mujeres blancas, quienes presentan tasas más bajas de suicidio desde que se fundaron estos centros en diversas localidades; pero este subgrupo de la población también era el que con más frecuencia acudía personalmente a solicitar ayuda a estos centros. Souris (1982) no encontró que variara la tasa de suicidio en las comunidades en las que trabajan estas organizaciones. Sin embargo hay que tomar en cuenta que, como dice Murphy (1983), nunca sabremos con certeza si realmente hemos evitado un suicidio, pero dada la importancia y el efecto de la conversación, desde el punto de vista preventivo y terapéutico (Reverzy y Strauss, 1979), podemos pensar que no carecen de utilidad estos centros, si en ellos se sabe escuchar y emplear "el arte de la palabra" (Rojas, 1984), utilizando y encauzando el instinto de conservación para evitar que alguien se suicide durante esta fase de ambivalencia (Poldinger, 1969).

También algunas iglesias cristianas han desarrollado programas para lograr una mayor integración social y mejorar las relaciones familiares, con lo cual, según Adam y cols (1983), han logrado reducir la ideación suicida.

También se han creado centros especializados en la prevención del suicidio de acuerdo con los lineamientos de la OMS (1976), de los que es un precoz exponente el Centro de Prevención de Suicidio de Los Angeles (EUA), dirigido por Farberow y Shneidman. Algunos se crean como "Unidades de suicidología", adscritas a hospitales generales, como el dirigido por B. Sarró, desde 1978, en el Hospital Clínico de Barcelona. También se ha propuesto la creación de unidades psiquiátricas insertadas en los centros de atención, en los que se atienden los casos más graves de intento de suicidio (Gorceix y Zimbacca, 1968), ya que tan pronto como el paciente comienza a salir del coma debe intervenir el psicoterapeuta entrenado en suicidología (Gazzano, 1973), pues en este momento la intervención psicológica es muy útil, ya que permite descargar los sentimientos que desencadenaron el acto, antes de que se establezca un mecanismo de defensa a nivel psicológico o social (Sarró, 1983).

Como dice Litman (1968), ningún tratamiento, incluidos los psicofármacos, la psicoterapia, los electrochoques y la hospitalización prolongada, garantiza que el paciente no intente nuevamente suicidarse, pero la aplicación de un tratamiento psiquiátrico ha demostrado ser muy útil, pues reduce significativamente la probabilidad de que intenten nuevamente suicidarse (Rosenman, 1983). En este sentido, la mejor alternativa es abordar integralmente cada caso desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Los criterios publicados en la literatura sólo pueden orientar sobre la conveniencia de utilizar un aspecto más que otro (Civeira y cols, 1985).

El primer paso del tratamiento a un sujeto que ha intentado suicidarse consiste en reparar las lesiones, y evitar, si es posible, que la sustancia que utilizó para suicidarse continúe causándole daño orgánico. Una de las medidas que se toman con más frecuencia consiste en hacerles un lavado gástrico.

Las condiciones en las que se preste la atención en estos momentos son muy importantes para la posterior evolución del proceso. Destacamos aquí que suele descuidarse este primer aspecto del tratamiento.

Sarró (1983) ha descrito que entre los sujetos atendidos por una tentativa de suicidio, en la sala de urgencias de un hospital general, era frecuente la queja de "desatención psíquica", pues el lavado gástrico se les realizaba en lugares, medio y circunstancias muy penosas, y se les regresaba a su casa como si fueran algo que molestara. De esta manera, volvían a su medio habitual, además con el impacto emocional de la tentativa de suicidio y la sobrecarga por las condiciones en las que se les había hecho el lavado gástrico.

Nicoson (1983) también observó que los pacientes que han tratado de autointoxicarse con medicamentos, son los enfermos que gozan de menor popularidad entre los trabajadores de los servicios de urgencias, seguidos de los que padecen de asma, de un ictus o de una hemorragia digestiva. El rechazo provocado por la angustia y la posibilidad de morir que acompaña a estos enfermos, puede acentuarse por el hecho de que algunos enfermos se muestran hostiles o reivindicativos, no desean que se evite que mueran o porque su conducta sea manifiestamente teatral o manipulativa.

Hawton y Marsack (1981) observaron que los psiquiatras y los enfermeros muestran mejor actitud hacia los pacientes que intentaron suicidarse por razones "depresivas" que hacia los que lo hicieron por querer manipular a los demás; a los primeros les dan mejor atención y se preocupan más por ayudarlos. Morgan (1979) también observó que el personal tenía sentimientos de hostilidad y rechazo hacia los enfermos provocadores, difíciles y poco razonables, por lo que algunos de ellos acabaron suicidándose. Freedman y cols (1982) describieron que "lo único que querían esos pacientes era que los atendieran, según lo expresaron después de intentar suicidarse". Si no se les atiende -advierten los autores- puede que la siguiente vez que lo intenten, sí consigan suicidarse.

Por tanto, conviene insistir con Alonso-Fernández (1978) en que todo sujeto que haya tratado de suicidarse debe ser estudiado con sumo detenimiento,

pues es muy probable que lo intente de nuevo; incluso cuando lo intentó en un marco de teatralidad y de ficción. Tanto más, cuanto que la propensión al suicidio aumenta incluso en los sujetos que no están muy decididos, como reacción a las amonestaciones de los demás, especialmente de los médicos que les demuestran incompreensión y falta de estimación.

La identificación de los grupos de alto riesgo puede hacernos olvidar que no es necesario pertenecer a uno de estos grupos para suicidarse (Murphy, 1983), omitiendo vigilar y tratar a los grupos de menor riesgo, como el de jóvenes neuróticos, lo que puede calificarse como negligencia. Tomemos en cuenta, por ejemplo, que según Colonna y Loo (1972) un 4% de los histéricos que intentan suicidarse, lo logran. No resulta extraño, entonces, que Bromberg (1979) considere el suicidio como el mayor riesgo que resulta de la negligencia de los psiquiatras, ni que Boyers (1979) advierta que, en Nueva York, por lo menos la mitad de las negligencias médicas desencadenaron el suicidio. En los primeros momentos es fundamental aislarlos y observarlos, con la rápida intervención del personal sanitario y la continua reevaluación de las intenciones suicidas por el equipo médico (Resnick, 1980). El internamiento de los sujetos en un centro psiquiátrico, es una medida recomendable casi siempre cuando han intentado suicidarse (Alonso-Fernández, 1978). Sin embargo, no siempre se toma esta medida, tal como podemos observar en el estudio realizado por Milla (1984), en España, según el cual, del total de sujetos atendidos en el servicio de urgencias de un hospital general, por haber intentado suicidarse (5% presentaban estado de coma de 3er. grado, 10% de 2º grado, 19% de 1er. grado, y un 66% de los casos, lesiones corporales poco graves), un 67% fueron dados de alta tras de curarlos de sus lesiones, es decir, todos los que no llegaron en estado de coma, y sólo un 15% fué internado en el servicio de psiquiatría.

Pinsker (1981) hizo notar que hay pacientes que buscan que los internen, para lo cual alegan haber intentado suicidarse; y en el hospital se liberan de su angustia. Según este autor, "la simple declaración del paciente de que desea suicidarse no debe ser motivo para que el psiquiatra ignore los factores de riesgo. Si tiene menos de 45 años y no tiene depresión endógena, es menor el riesgo. En algunas circunstancias, la crisis suicida puede no ser tanto una desesperada petición de ayuda como una petulante petición de servicio". Sin embargo, parece arriesgado aplicar los factores de riesgo, basados en criterios epidemiológicos, a casos concretos. El efecto ansiolítico de la hospitalización debe interpretarse en estos casos como un beneficio; negarles la "petulante petición de servicio" puede dar lugar, en no pocos casos, a una nueva tentativa de suicidio (posiblemente más grave) o a un suicidio consumado. Por tanto, creemos con Civeira y cols (1985) que es conveniente hospitalizar al paciente si éste lo pide con mucha insistencia, aunque su estancia sea breve.

Tal como opina Alonso-Fernández (1985), dos o tres días pueden ser suficientes, pero conviene prolongar la hospitalización cuando se observen síntomas psiquiátricos o cuando el ambiente familiar sea poco

compreensivo y muy rígido en sus pautas de comportamiento.

La hospitalización también resulta útil para asegurarse de que la persona que ha intentado suicidarse continuará el tratamiento prescrito, ya que en muchas ocasiones, los pacientes a los que se les recomienda un tratamiento ambulatorio, no acuden a la primera cita posterior a la entrevista, tal como han observado Paykel y cols (1974), en cuyo estudio indican que solamente un 42% de los pacientes en tratamiento externo volvieron a la consulta tras la tentativa de suicidio. Es por ello que Baker (1984) considera que la hospitalización psiquiátrica puede ser una medida preventiva cuando el paciente ha intentado suicidarse en dos ocasiones anteriores y no ha continuado su tratamiento en la consulta externa.

Copas y Robin (1982) calcularon el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos de Inglaterra y Gales (1967-73) en relación con la duración del tratamiento bajo un régimen de hospitalización, observando que el riesgo disminuye mientras más prolongado sea el internamiento.

Sin embargo, según Finzen (1983), el tiempo que dure la hospitalización no es tan importante como el de después de darlo de alta, pues en los primeros días de régimen ambulatorio aumenta el riesgo de suicidio debido a que actúan los factores externos. A medida que pasa el tiempo, disminuye el riesgo.

Si la causa de la conducta suicida es una enfermedad mental, deberá dárseles un tratamiento farmacológico. Alessi y cols (1984) insisten en la necesidad de buscar y tratar de curar la patología psiquiátrica que hay detrás de las tentativas de suicidio. Cada caso debe tratarse individualmente, pero como pauta general, la administración de algún psicofármaco bien seleccionado, particularmente entre los ansiolíticos y los antidepresivos, puede resultar de gran utilidad (Alonso-Fernández, 1985).

*Riesgos de suicidio
(número de personas que se suicida diariamente
de cada millón de pacientes psiquiátricos)*

<i>Duración del tratamiento en un régimen de internamiento hospitalario</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Menos de 1 semana	19.37	7.79
1-2 semanas	9.32	4.47
2-4 semanas	7.84	3.69
1-2 meses	7.16	3.90
2-5 meses	7.20	3.31
6-12 meses	2.87	1.64
1-2 años	1.53	0.87
2-3 años	1.35	0.79
3-5 años	1.06	0.18
más de 5 años	0.36	0.14

Robin y Copas (1982).

En el Congreso Mundial de Psiquiatría de París (1950), Cerletti propuso que se usara el electrochoque como medida preventiva para las personas que han intentado suicidarse, y recientemente, Roy (1982) ha vuelto a insistir en la conveniencia de usar

la terapia electroconvulsiva en las depresiones endógenas con alto riesgo de suicidio.

Según Montgomery y Montgomery (1982), la mayoría de los trastornos de la personalidad responden especialmente bien a los neurolépticos debido a la relación que hay entre los neurolépticos y la dopamina en los trastornos de personalidad con características suicidas. También Polding (1969) propuso que a las personas con tendencia a suicidarse se les administraran neurolépticos que actúen como cortocircuito, para contrarrestar la tendencia a la impulsividad, procurando conseguir una sedación medicamentosa continua cuando la anamnesis revele que el paciente ha intentado suicidarse varias veces.

Los antidepresivos no deben prescribirse sino hasta que el sujeto esté albergado en un ambiente de cierta seguridad, porque al principio elevan el riesgo de suicidio (Alonso-Fernández, 1978), ya que, en cierto modo, la inhibición de que se acompañan muchas depresiones protege al individuo contra el suicidio (Rojas, 1984). Los antidepresivos mejoran con mucha más rapidez la parálisis motriz que el humor depresivo y su consiguiente ideación suicida, por lo que el efecto farmacológico puede dar lugar a una desinhibición con persistencia del estado de ánimo depresivo, que favorece que el paciente se suicide. Por ello, en este tipo de depresiones Polding (1972) recomienda emplear durante los primeros días de tratamiento, neurolépticos de fuerte acción sedante junto con los antidepresivos.

Es muy peligroso administrar antidepresivos a los pacientes ambulatorios que tienen grave riesgo de suicidarse y que viven solos, pues no se sabe si los van a tomar debidamente o si los van a utilizar para suicidarse (Campaila, 1985). En cualquier caso, deben administrarse junto con los tranquilizantes y los hipnofacilitadores no barbitúricos. El uso de tranquilizantes menores de tipo benzodiacepínico puede ser más útil que el de los neurolépticos, sobre todo para los pacientes que no tienen quien los vigile y los controle, pues con excepción del meprobamato, con ningún otro podrían suicidarse (Freedman y cols, 1982).

Por el mismo motivo, es preferible administrar hipnofacilitadores de tipo no barbitúrico, que barbitúricos, para combatir el insomnio. Según Freedman y cols. (1982), bastan 10 ó 20 cápsulas de amobarbital sódico para provocar la muerte. Pero si las medidas farmacológicas resultan útiles para tratar la enfermedad subyacente y para combatir la ansiedad y la impulsividad, la psicoterapia es fundamental para combatir la ideación suicida y favorecer el interés del sujeto por la vida (Di Mascio y cols, 1979). Schneider (1982) asegura que es raro que los pacientes en psicoterapia se suiciden, si bien es cierto que algunos abandonan la psicoterapia debido a la gravedad de su sintomatología psiquiátrica, a sus características psicológicas o a su gran intencionalidad suicida; y son éstos los que nuevamente intentan suicidarse, generalmente con muy graves resultados.

No cabe duda que la psicoterapia es de gran utilidad tanto a nivel terapéutico como preventivo. Sin embargo, sólo algunos de los sujetos que acuden a los servicios de urgencias por haber intentado suicidarse, son enviados a psicoterapia. En Francia, Romani y cols

(1982) calcularon que sólo al 20% de los sujetos atendidos por haber tratado de suicidarse, se les aconseja que reciban psicoterapia. En España, Milla (1984) dice que la gran mayoría de estos sujetos son dados de alta tras comprobar que están fuera de peligro desde el punto de vista somático.

La intervención psicoterapéutica debe de ser iniciada lo antes posible (Gazzano, 1973). A veces, es difícil de precisar el estado de conciencia del sujeto en el momento de la tentativa de suicidio. Frecuentemente, los sujetos afirman no tener más que un recuerdo vago del acto. Puede, en efecto, existir una amnesia lacunar, sobre todo cuando han estado en coma, pero según Moron (1979), frecuentemente se trata de una simple reticencia o de un mecanismo de defensa destinados a evitar la angustia ligada al recuerdo del acto.

Muchas veces niegan su intención suicida y ofrecen explicaciones más o menos aceptadas socialmente, como: "sólo quería dormir profundamente", "sólo quería calmar un dolor", "sólo quería asustar..." (Sarró, 1983). Esto constituye un obstáculo para la psicoterapia, igual que cuando se rehusan a precisar el motivo del acto suicida (Moron, 1977).

Lo primero que debe hacerse es realizar una entrevista psicológica exploratoria, aprovechándola para investigar especialmente la psicodinamia del acto suicida, la opinión del sujeto acerca de la muerte y la respuesta del ambiente familiar, laboral y social (Alonso-Fernández, 1978). Se debe descifrar el significado del acto e identificar los factores etiológicos concurrentes, y, después, ofrecerle la ayuda terapéutica pertinente (Alonso-Fernández, 1985). Desde el punto de vista preventivo y terapéutico puede resultar de gran utilidad hacerlo contestar un cuestionario durante esta entrevista (Lorin, 1981); éste puede servir como medio de investigación y como acción fundamental para evitar que intente suicidarse en el futuro (Sartorius, 1985).

Para Schneider (1982), la calidad de la relación terapéutica, independientemente de la psicopatológica y de la gravedad del estado del sujeto, parece ser el factor más determinante. Haim (1970) opina que en las tentativas de suicidio la calidad de la contratransferencia adquiere una importancia mayor que en cualquier otro caso. También resulta fundamental, según Litman (1968), la estructuración de una relación psicoterapéutica, que debe ser constante durante los momentos de crisis, a fin de que el paciente pueda solicitar ayuda cuando lo requiera. Cuando los sujetos han intentado suicidarse varias veces solo puede ser efectivo un tratamiento que cambie gradualmente su estilo de vida autodestructivo (Litman y World, 1976).

Varah (1966) recomienda establecer una relación amistosa e interesada con el paciente. Según Haim (1970), el grado y calidad del interés que ponemos en su problema y el deseo de comprenderlo, es, a fin de cuentas, el primer factor para la prevención del suicidio. El buen terapeuta, dice Gazzano (1973), debe tener una actitud empática hacia el paciente, basada en su interés profesional y en el reconocimiento de su capacidad para acompañar en su tarea de recuperación a "ese paciente". Debe esforzarse por demostrarle la paciencia sin indecisión; firmeza sin rigidez; toleran-

cia sin permisividad y preocupación sin perturbación (Mintz, 1986), procurando ser poco crítico, pero receptivo e interesado, y transmitirle al paciente su convicción —tranquila y segura— de que podrá ayudarle (Bastos, 1983).

Durante la entrevista es importante que deje hablar al enfermo para que se entere de su estado, y de su situación con los detalles y pormenores que le parezcan más adecuados, lo cual, a la vez que le da información, produce la catarsis (Rojas, 1981). El terapeuta debe ser flexible, aumentar la duración o frecuencia de las sesiones cuando pueda resultar beneficioso, intentando, como dice Sarró (1985) establecer una buena comunicación y un diálogo abierto acerca de la ideación y la conducta suicida, evitando considerar como tabú las ideas sobre el suicidio (Poldinger, 1969) e intentando comprender el deseo de morir del paciente (Sarró, 1983), pero sin que las afirmaciones formuladas durante la sesión terapéutica en relación con los planes abiertamente suicidas u homicidas del paciente se convierta en el secreto de una pareja de confabulados (Shneidman, 1982).

Durante las primeras horas o días posteriores al intento de suicidio, el paciente puede volver a intentarlo e, incluso, consumarlo después de la aparente mejoría, por lo que el diálogo sobre el acto suicida ayuda muchas veces a evitar que se repita a corto plazo, por sentirse el paciente controlado en el aspecto psicológico y aceptado en su etapa de crisis, y por sentir que se le escucha y se le atiende (Sarró, 1983). Según Poldinger (1969) con frecuencia basta con mantener un diálogo con el paciente acerca de sus impulsos autodestructivos para aminorar su intensidad.

Beck (1963) ha hecho notar que muchos suicidas consideran su situación como insostenible y desesperante, por lo que según Murphy (1983), los esfuerzos del psicoterapeuta deben ir encaminados a luchar contra la desesperación, que es la gran responsable de la conducta suicida, según las observaciones de numerosos autores (Bedrosian y Beck, 1979; Roose y cols, 1983; Dyer y Kreitman, 1984, etc.). Tal como dice Landsberg (1953), la esperanza y la espectación miran hacia dos futuros diferentes: el objeto de la espera está en una proximidad inmediata, mientras que el de la esperanza está situado en un futuro mucho más indeterminado y lejano, además de que el mismo objeto no tiene unos límites bien definidos, ni una especificidad clara. Esta desesperanza obedece, en muchos casos, a que se ha perdido la razón de la existencia (Rojas, 1984).

Por lo tanto, proporcionarle algunas directrices, aprovechando el lado vital del paciente (Shneidman, 1982) para impulsarlo a autorrealizarse armónicamente, favoreciendo su individualización y su dignidad, será especialmente útil entre los más jóvenes (Clure, 1984). Esto le servirá, además, para acabar con su tedio que a veces es la causa del suicidio (Remplein, 1974). Debe estimularse para que tenga ganas de vivir, haciéndole comprender su situación desde un punto de vista global y acercándolo a aquellas actividades que puedan resultarle más gratificantes.

Tal como decía Ortega y Gasset (1950), la infelicidad no es propia de las personas ocupadas en una

actividad que las embargue. La inactividad, puede dar lugar, según Rojas (1984) a la incongruencia entre nuestras posibilidades y nuestra actividad, lo que da lugar a un vacío existencial. Debe procurarse que el paciente ocupe su ocio en una forma adecuada y activa, que se sienta útil y se relacione más, con lo que se puede lograr que mejore su autoestima. La psicoterapia debe encaminarse, según Civeira y cols (1985), a mejorar la autoestima del paciente, buscando el equilibrio de sus tendencias impulsivas, y estimulando el equilibrio entre sus tensiones y el apoyo social. También debe tratar que oriente correctamente su agresividad y desarrolle hábitos para manejar su afecto y sus instintos, integrándolo socialmente en su medio. El desarrollo de un programa profesional interesante puede ser muy útil para los más jóvenes (Alonso-Fernández, 1985).

El suicida debe poder hallar otro medio de reaccionar o de expresarse, que no sea la autoagresión ante las frustraciones o ante las situaciones que no puede manejar. Dentro de la terapia de conducta, Liberman y cols (1981) proponen que se use la técnica de conscientización de la enfermedad, basada en un programa de entrenamiento en habilidades sociales, manejo de la propia ansiedad y, para las crisis futuras, contar con la colaboración de familiares significativos, para mejorar la integración interpersonal del paciente, superar sus tensiones internas y evitarle situaciones de impulsividad, dándole diferente salida a su conducta autoagresiva.

Según Stengel (1965), después de intentar suicidarse, es muy frecuente que el sujeto tenga una preocupación consciente por la muerte, lo que puede servir como punto de partida para lograr que se forme un concepto más adecuado de la muerte y pueda luchar contra su función ordálica (Vedrinne, 1965) y de rebeldía, ya señalada por Tissot en 1840. Entenderla como culminación de la vida (Rilke, 1927) y no como catástrofe absurda (Lepp, 1971), puede ser útil a la hora de organizar y estructurar la propia vida (Bettelheim y Karlin, 1979) si se ofrecen motivos para vivir y fuentes de autorrealización dentro de una perspectiva vital que no sea demasiado abstracta, ni tenga contenidos irreales o inalcanzables, y así evitar su desorganización y su inconstancia.

Resulta fundamental evaluar individualmente los sistemas comunicacionales de la familia (Ennis, 1983), pues no se puede prescindir de la familia al evaluar el acto suicida y proponer un plan de intervención (Alonso-Fernández, 1985). Los padres juegan un papel muy importante en las tentativas de suicidio realizadas por los jóvenes, pues muchas veces el suicida se siente rechazado por ellos en relación con los demás hermanos (Ross y cols, 1983). En algunos casos el sujeto intenta suicidarse debido al divorcio o separación de sus padres, o bien porque su cónyuge lo haya abandonado. En las personas de edad avanzada, la conducta suicida se ve favorecida por el sentimiento de rechazo o abandono por parte de los hijos. Estas situaciones son cada día más frecuentes, pues como dice Alonso-Fernández (1985), el apoyo socio-familiar se ha vuelto más débil, debido a la crisis de la familia.

La soledad y el aislamiento socio-familiar favorecen

el vacío afectivo, y el sujeto puede pensar que nadie lo quiere, lo cual es la clave de muchas conductas suicidas, según Jaspers (1969). Por tanto, se debe intentar la psicoterapia de familia, no como una alternativa para la terapia individual, sino, como dice Alonso-Fernández (1985), como técnica complementaria que se distribuya a lo largo de una amplia gama de procedimientos, entre los que sobresale la terapia familiar sistemática, el cambio de grupo familiar y las modificaciones ambientales. Si fuera preciso ampliar el apoyo socio-familiar puede utilizarse la técnica de las redes sociales.

Es necesario sensibilizar a las personas significativas para el sujeto, ya que el pronóstico depende en parte, de la respuesta positiva o negativa de éstas. En general, después del primer intento de suicidio hay una respuesta gratificante y exagerada de apoyo a corto plazo, pero cuando el sujeto lo repite o manifiesta sentimientos de agresividad y culpa, se provocan situaciones de abandono total o parcial (Sarró, 1985). La familia o las personas con las que convive el sujeto que intentó suicidarse, son casi imprescindibles para administrarle correctamente la medicación y para que acuda a las citas si es paciente ambulatorio, y su cooperación es fundamental para realizar la terapia de familia. Pero la actitud de los miembros de la familia depende mucho de la primera entrevista posterior a la tentativa. Mejorar su comprensión hacia el suicida, y su cooperación e integración en el núcleo familiar. Junto con la corrección de algunos aspectos de la dinámica familiar, son objetivos terapéuticos primordiales.

En los primeros días posteriores a la tentativa se pueden aprovechar las frecuentes reacciones de ayuda de sus parientes, sobre todo si se trata del primer intento de suicidio, ya que, según Stengel (1965) los familiares tratan de comportarse como deberían haberlo hecho si el resultado hubiera sido fatal, aunque estas reacciones sean de escasa duración o abortivas.

También puede resultar muy útil la psicoterapia de grupo, combinada con la terapia familiar o individual (Alonso-Fernández, 1985). Esta sirve para identificar las resistencias y reforzar el Yo del suicida; para expresar los sentimientos de vergüenza, culpa, agresividad, desesperanza, soledad, etc, a la vez que permite que los miembros de la familia se apoyen para buscar otras salidas y motivaciones para vivir (Sarró y cols, 1983). Favorece los sentimientos de integración social a corto plazo, pues rompe la incomunicación y el aislamiento, y le proporciona al paciente otras opiniones y sugerencias que refuerzan la actuación del terapeuta. Según Frey y cols (1983), a partir de la quinta sesión de tratamiento, el efecto terapéutico suele ser evidente por su impacto positivo al romperse el aislamiento del paciente con la ayuda del psicoterapeuta y del grupo. Liberman y cols. (1981) han propuesto el psicodrama como otra técnica coadyuvante que puede resultar de utilidad.

Para que la prevención secundaria sea adecuada y verdaderamente eficaz, resulta fundamental contar con una red sanitaria coordinada. Los servicios, como los de la UVI, de urgencias y de Psiquiatría de los hospitales generales, deben estar perfectamente coordi-

nados cuando se trata de atender un caso de tentativa de suicidio. Lo mismo puede afirmarse respecto a los hospitales generales y los dispensarios locales (Moron, 1977). De este modo, las tentativas de suicidio podrían atenderse de forma rápida y correcta, con

lo que se conseguiría, no sólo la mejoría psicológica y psiquiátrica de estas personas, sino, además, una menor tasa de reincidencia de la conducta autodestructiva.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM K Y COLS: Follow-up of attempted suicide in Chirstchurch. *Aust N Z J Psychiatry*, 17(1):18-25, 1983.
- ALESSI N E, McMANUS M, BRICKHAN A, GRAPENTINE L: Suicidal behavior among serious juvenile offenders. *Am J Psychiatry*, 141(2):286-287, 1984.
- ALONSO-FERNANDEZ F: *Compendio de Psiquiatría*. Oteo. Madrid, 1978.
- ALONSO-FERNANDEZ F: Conducta suicida en la adolescencia. *Psicopatología*, 5(2):147-159, 1985.
- BAKER F M: Black suicide attempters in 1980: A preventive focus. *Gen Hosp Psychiatry*, 6:131-137, 1984.
- BASTOS O: Atuasões psicoterápicas diante de ameaça de suicidio. *J Bras Psiq*, 32(3):147-150, 1983.
- BECK A T: Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiat*, 9:324-335, 1963.
- BECK A T, WEISSMANN A, LESTER D, TREXLER L: The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6):861-865, 1974.
- BECK A T, KOVACS M, WEISSMANN A: Assessment of suicidal intention; the scale for suicidal ideation. *J Consult Clin Psychol*, 47:343-352, 1979.
- BECK A T, STEER R A, McEIROY M G: Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 9, 1042-1046, 1982.
- BEDROSIAN R C, BECK A T: Cognitive aspects of suicidal behavior. *Suicidal Live-Freetering Behav*, 9:87-96, 1979.
- BETTELHEIM B, KARLIN D: *Un Autre Regard Sur la Folie*. Stock, París, 1979.
- BORG S, STAHL M: Prediction of suicide. *Acta Psych Scand*, 65:221-232, 1982.
- BOYERS S: The medical malpractice panel: its creation and effect. *Psychiatry*, 51:233-235, 1979.
- CAMPAILLA G: Los psicofármacos antidepresivos y el suicidio. *Psicopatología*, 5(2):121-127, 1985.
- CAPLAN G: *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós, Buenos Aires, 1966.
- CIVEIRA J, DUEÑAS M, DE LAS HERAS F J, MARTIN M: Intervención en la conducta suicida. *Psicopatología*, 5(2):171-180, 1985.
- McCLURE G M: Recent trends in suicide amongst the young. *Brit J Psychiat*, 144:134-138, 1984.
- COLONNA L, LOO H: Le desequilibré: Psychotique ou nevrotique? *Rev Praticien* 22:3493-3506, 1972.
- COPAS J B, ROBIN A: Suicide in psychiatric inpatients. *Brit J Psychiat*, 141:503-511, 1982.
- DROKOVA S, ZEMEK P: Telephone help to big-city population, its relation to psychiatric first aid and its importance in prevention of suicides: 3rd summary reports: 1967-1977. *Ceskoslovenska-Psychiatre*, 75:175-181, 1979.
- DYER J A, KREITMAN N: Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *Brit J Psychiat*, 144:127-133, 1984.
- ENNIS J: Family practice self-harm: II Deliberate non-fatal self-harm. *Canad Med. Assoc J*, 129(2):121-125, 1983.
- FINZEN A: Psychiatrische behandlung und suicide. Methoden. Probleme bei der untersuchung des suizids unter psychiatrische behandlung. *Psychiatr Prax*, 104:103-108, 1983.
- FREEDMAN A M, KAPLAN H I, SADOCK B J: *Tratado de Psiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1982.
- FREY D H, MOTTO J A, RITHOLZ M D: Group therapy for persons at risk for suicide: an evaluation using the intensive desing. *Psychother Theory Res. Pract*, 20(3):281-293, 1983.
- GARCIA-MACIA R, SARRO B, GIRO M, OTIN J M: Estudio descriptivo-estadístico de las tentativas de suicidio atendidas en el servicio de urgencias de un hospital general. *Rev Psiquiat Psicol Med de Europa y Am Lat*, 8(16):530-538, 1984.
- GAZZANO A J A: Prevención del suicidio en el nivel comunitario. En: *La Fascinación de la Muerte*. Paidós, págs. 209-216, Buenos Aires, 1973.
- GÓMEZ DUPERTUS D P: El suicidio: Crisis de desesperación. En: *El Suicidio*. Abaco, Buenos Aires, 1980.
- GORCEIX A, ZIMBACCA N, DURANCY E: Nocivité du milieu environnant dans le determinisme des conduites suicidaires. *Encéphale*, 5:362-448, 1971.
- GUILLON C, LE BONNIEC Y: *Suicidio. Técnicas, Historia, Actualidad*. A T E. Barcelona, 1983.
- HAIM A: *Les Suicides d'Adolescents*. Payot. Paris, 1970.
- HAWTON K, GATH D, SMITH E: Management of attempted suicide in Oxford. *Brit Med J*, 2: 1040-1042, 1979.
- HAWTON K, MARSACK P: The attitudes of psychiatrists to deliberate self-poisoning: comparison with physicians and nurses. *Brit J Med Psychol*, 54:341-348, 1981.
- DE LAS HERAS F J: Prevención del suicidio. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 1986.
- HIMSON J: Strategies for suicide intervention by telephone. *Suicide Life Threatening Behavior*, 12:176-184, 1982.
- JASPERS K: *Entre el Destino y la Voluntad*. Guadarrama. Madrid, 1969.
- LANDSBERG P L: *Essais Sur l'Experience de la Mort*. Le Seuil. París, 1953.
- LEPP I: *Psicoanálisis de la Muerte*. Ed. Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1971.
- LIBERMAN R Y COLS: Behavior therapy as insight oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*, 10(38):1126-1130, 1981.
- LITMAN R E: Psychotherapist orientation towards suicide. En: *Suicidal Behaviors*. Little Brown, pag. 357-363 Boston, 1968.
- LITMAN R E, WOLD C I: Beyond crisis intervention. En: *Suicidology: Contemporary Development*. Grune and Straton Inc. Nueva York, 1976.
- LORIN C: Contribution a la prevention du parasuicide:deux questions pour l'evaluation des affects dépressifs parasuicidaires dans une population d'étudiants et de professionnels de la santé. *Depression et Suicide*. Pergamon Press, pages. 239-244, 1981.
- DIMASCIO A, WEISSMAN M M, PRUSOFF B A, NEV C, ZWILLING M, KLERMAN G: Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch Gen Psychiat*, 36:1450-1456, 1979.
- MILLA J: Epidemiología de la intoxicación medicamentosa. *Rev Psiquiat Psicol Med de Europa y Am Lat*, 8(16):526-529, 1983.
- MILLER H L, COOMBS D W, LEEPER J D, BARTON S N: An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *Am J Public Health*, 74(4):340-343, 1984.

47. MINTZ R S: Psychotherapy of the suicidal patient. En: *Suicidal Behavior*. Little Brown, Boston, pags. 271-296, 1968.
48. MONTGOMERY S A, MONTGOMERY D: Pharmacological prevention of suicidal behavior. *J Aff Dis*, 4:291-298, 1982.
49. MORGAN H G: *Death wishes? The understanding and management of deliberate self-harm*. John Wiley, Chichester, 1979.
50. MORON P: *Le Suicide*. Presses Universitaires de France. Paris, 1977.
51. MURPHY G E: On suicide prediction and prevention. *Arch Gen Psychiatry*, 40:343-344, 1983.
52. NICOSON D: The immediate management of overdose. *Med Clin Nort Im* 67:1279-1293, 1983.
53. O M S: El suicidio y los intentos de suicidio. *Cuadernos de Salud Pública* nº 58. Ginebra, 1976.
54. ORTEGA y GASSET J: *Ensayos de Crítica*. Ed. Rev. de Occidente. T II, (79 y ss.). Madrid, 1950.
55. PALLIS D J, BARRACLUGH B M, LEVEY A B, JENKINS J S, SAINSBURY P: Estimating suicide risk among attempted suicides. I. The development of New Clinical Scales. *Brit J Psychiat*, 141:37-44, 1982.
56. PALLIS D J, GIBBONS J S, PIERCE D W: Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. *Brit J Psychiat*, 144:139-148, 1984.
57. PAYKEL E S, HALLOWELL C, DRESSLER D M: Treatment of suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*, 31: 487-491, 1974.
58. PIERCE D W: The predictive validation of a suicide intent scale: A five year follow-up. *Brit J Psychiat*, 139:391-396, 1981.
59. PINSKER H: The allegedly suicidal patient in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 3:277-282, 1981.
60. POLDINGER W: *La Tendencia al Suicidio*. Morata. Madrid, 1969.
61. REMPLIN H: *Psicología de la Personalidad*. Oriens. Madrid, 1974.
62. RESNICK P J: Suicide. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams and Wilkins. Baltimore, 1980.
63. REVERZY J F, STRAUSS M: Le corps du suicidant. *Psychol Med*, 11(1):109-119, 1979.
64. RILKE R M: *Das Studienbuch. Gesammelte Werke*. Tusel Verlag Leipzig. T.II. 1927.
65. RINGEL E: *Neve Untersuchungen Zum Selbstmordproblem*. Mollinek. Viena, 1961.
66. ROCAMORA A: La conducta suicida y el teléfono de la esperanza. *Rev Psiq Psicol Med de Europa y Am Lat*, 16(8):545-552, 1984.
67. ROJAS E: La tentativa de suicidio. *Psicopatología*, 1(3):285-292, 1981.
68. ROJAS E: *Estudios Sobre el Suicidio*. Salvat. Barcelona, 1984.
69. ROJAS E, DE LAS HERAS F J, GONZALEZ J, ABRIL A, DUEÑAS M: Una escala de valoración conductual suicida. Ponencia a la 2ª Jornada de suicidología. Barcelona, 21 de junio de 1985.
70. ROMANI B, LAXENAIRE M: Les enquêtes psyquiatriques après tentative d'autolyse. *Ann Med Nancy Est*, 789-792. 1982.
71. ROOSE S P, GLASSMAN A H, WALSH B T: Depression, delusions and suicide. *Am J Psychiatry*, 140(9):1159-1162, 1983.
72. ROSENMAN S J: Subsequent death after attempted suicide by drug in the western region of Adelaide, 1976. *Med J Aust*, 2(10):496-499, 1983.
73. ROSS M W, CLAYER J R, CAMPBELL R L: Parental rearing patterns and suicidal thoughts. *Acta Psychiat Scand*. 67:429-433, 1983.
74. ROY A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1089-1095, 1982.
75. SARRO B: Crisis suicidas en el hospital general. *Rev Psiquiat Psicol Med de Europa y Am Lat*, 16(8):521-525, 1984.
76. SARRO B: Experiencia en una unidad de suicidología. *Psicopatología*, 5(2):185-189, 1985.
77. SARRO B, VILLAPLANA I, GIRON M, GARCIA-MACIA R, OTIN J M, HUBERT M S, DE LA CRUZ C: Abordaje de las crisis suicidas con psicoterapia breve de grupo. *Rev. Psiquiat Psicol Med de Europa y Am Lat*, 16(8):561-569, 1984.
78. SARTORIUS N: Introducción al Simposio Internacional sobre el Suicidio. *Psicopatología*, 5(2):81-84, 1985.
79. SCHNEIDER P B: Le suicide chez les patients d'un service psychiatrique ambulatoire. *Arch Suisses Neurol Neurochirurg Psychiat*, 131(1):133-146, 1982.
80. SCHNEIDMAN E S: Suicide among the gifted. En: *Suicidology: Contemporary and Developments*. Grune and Stratton. Nueva York. 1976.
81. SOURIS M y COLS: *The Practitioner and Suicide Prevention: An Inquiry*. Bibliotheca Psychiat nº 162, Karger, Bessel, pags. 33-41, 1982.
82. STEIN D M, LAMBERT M S: Telephone counseling and crisis intervention: a review. *Am J Community Psychol*, 12:101-126, 1984.
83. STENGEL E: *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Hormé. Buenos Aires, 1965.
84. TISSOT J: *De la Manía del Suicidio y del Espíritu de Rebelión, de sus Causas y de sus Remedios*. Ladrangle. París, 1840.
85. VARAH C: *The Samaritans: to Help those Tempted to Suicide or Despair*. McMillan. Nueva York, 1966.
86. VEDRINE J: *L'intoxication Aigüe Volontaire*. Masson. París, 1965.