

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/299184738>

The impact of patient suicide on psychiatric unit teams

Article in Behavioral Psychology/Psicología Conductual · December 2007

CITATIONS

0

READS

65

4 authors, including:



[Rebeca Robles García](#)

Instituto Nacional de Psiquiatría

241 PUBLICATIONS 3,413 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Development of Mental and Behavioural Disorders chapter, Eleventh Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11), World Health Organization [View project](#)



Is it me? Fears of Causing Discomfort to others and of Negative Evaluations as Predictors of Social Anxiety in Men and Women from a Community Sample of México. [View project](#)

LA CRISIS DE UNA UNIDAD MÉDICO PSIQUIÁTRICA ANTE UN INTENTO SUICIDA

Francisco Páez Agraz^{1,2}, Rebeca Robles García¹⁻⁴, Rosa Irene González Hernández³ y Benjamín Becerra Rodríguez⁴

¹FOCUS Salud México; ²Universidad Iberoamericana; ³Universidad de Guadalajara; ⁴CONACYT-SEP; ⁵Instituto Jalisciense de Salud Mental (México)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue describir el impacto que produce la observación de una tentativa letal de suicida en los profesionales de la salud mental y los pacientes hospitalizados en una unidad médico psiquiátrica pública y de concentración, mediante un estudio de oportunidad con base en cuestionarios de opinión, evaluación breve de riesgo suicida, y escalas de ideación suicida y desesperanza de Beck. Los resultados indican que los profesionales que observaron el suceso estuvieron más afectados que los que no; y sus principales necesidades fueron en torno a seguridad laboral y capacitación en un proceso *ex profeso* para la unidad. Por su parte, los pacientes mostraron mejoría a los quince días del evento, aunque también presentaron un incremento significativo de desesperanza ($7,3 \pm 5,74$ vs. $14,88 \pm 2,26$; $t=4,20$, $gl=8$, $p=0,003$). Se concluyó que la organización laboral juega un papel determinante en el impacto que tenga este tipo de eventos, que es más bien negativo y que abarca a pacientes y profesionales de la salud mental.

PALABRAS CLAVE: *suicidio, impacto psicológico, servicios de salud mental, intervención en crisis*

Abstract

Suicide attempts and suicides are fifty times more frequent at psychiatric hospitals. The aim of this work was to evaluate the impact of a lethal suicide attempt on both mental health professionals and patients attending a psychiatric centre. An opportunity study was made by means of opinion questionnaires, a brief suicide risk evaluation, and with both Beck's suicide ideation and hopelessness scales. Results show that mental health professionals informed a medium training level to cope with this kind of events; those who observed a suicide attempt were more affected personally than those who did not; and their main needs were related to

job security and a specific training to act when a suicide attempt occurs. Although patients showed a significant improvement fifteen days later, a clinical and statistical increase of hopelessness was also reported ($7.3+5.74$ vs. $14.88+2.26$; $t=4.20$, $gl=8$, $p=.003$). We can conclude that work organization plays a crucial role in the impact of suicide attempts, which is usually negative and affects both patients and mental health professionals.

KEY WORDS: *suicide, psychological impact, mental health services, crisis intervention.*

Introducción

El suicidio se ha convertido en una de las principales causas de defunción. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, diariamente alrededor de mil personas intentan quitarse la vida de forma deliberada. En las sociedades occidentales, la ideación e intentos suicidas son más comunes en mujeres, en una proporción de 3 a 1; y para el suicidio consumado las cifras se incrementan y se invierte el género, siendo más frecuente en los hombres: 4 a 1 (Lewinsohn, Rohde, Seeley y Baldwin, 2001).

Los lugares en donde es más frecuente que se lleven a cabo suicidios y tentativas suicidas son, por mucho, las unidades médico psiquiátricas y los centros penitenciarios. La razón es que en ambas instituciones se concentra a personas que portan múltiples factores de riesgo conocidos para el suicidio, como lo son: los antecedentes de tentativa suicida, una historia de suicidio en familiares, abuso físico o sexual en la infancia, la dependencia al alcohol u otras sustancias psicoactivas, riñas familiares, problemas escolares y legales, entre otros (O'Connor, Warby, Beverley y Vassallo, 2004).

Estos factores se aglutinan ante la presencia de trastornos mentales —objeto de ser de las unidades de atención médico psiquiátrica—. Se estima que el 90% de las personas que han intentado suicidarse tienen un diagnóstico psiquiátrico, y que la propia hospitalización incrementa el riesgo de consumarlo (Arsenault, Kim y Turecki, 2004; Spiebl y Hunmer-Liebermann, 2002). Arsenault *et al.* (2004), con base en la revisión de 27 estudios, encontraron que para el intento de suicidio, la media de porcentaje con diagnóstico psiquiátrico fue de 87,3%: el 43,2% tenía algún trastorno afectivo, el 25,7% abusaba de sustancias, el 16,2% presentaba trastornos de la personalidad, y 9,2% padecía psicosis. Algunos pacientes presentaban más de un diagnóstico. De acuerdo a los autores, estos datos resultan similares a los encontrados en Europa, Asia y Australia. Por su parte, Spiebl y Hunmer-Liebermann (2002) mostraron que los pacientes atendidos en unidades psiquiátricas que más frecuentemente consuman el suicidio son aquellos con trastornos psiquiátricos graves que requieren tratamiento hospitalario persistente (esquizofrenia de estancia hospitalaria prolongada y/o trastornos de la personalidad con alto número de ingresos a la unidad).

Aunque los profesionales de la salud mental cuentan con entrenamiento para contender con estas situaciones, el intento letal de suicidio y el suicidio consumado

en el hospital psiquiátrico constituyen eventos traumáticos, incluso en grandes instituciones.

Las consecuencias negativas del evento se presentan tanto a nivel personal como laboral, e incluyen una primera reacción de incredulidad y *shock*, así como sentimientos encontrados de pena, culpabilidad, insuficiencia, vergüenza, cólera e indignación con los pacientes, que se entrelazan con complejas emociones en relación a la organización y la profesión, como temor a ser culpados, irritabilidad con los empleados del hospital, miedo a la respuesta de la familia afectada y una posterior demanda, preocupación por la censura de sus colegas y por publicidad adversa, dudas acerca de su competencia clínica, incertidumbre laboral y deseos de cambiar de trabajo. Algunos profesionales pueden llegar a presentar incluso francos problemas de salud mental, como ansiedad, rupturas maritales, trastornos del sueño y depresión (con sus consecuentes disminuciones de concentración y apetito, e ideas suicidas). Tal malestar afectivo se expresa conductualmente en cambios de prescripción de medicamentos y en la tendencia a hospitalizar, renuencia a aceptar pacientes con riesgo suicida, y sobreprotección o distanciamiento de los pacientes (Alexander, Klein, Gray, Dewar y Eagle, 2000; Anderson, 1994; Hendin y Haas, 2004; Hendin, Lipschitz, Maitsberger, Haas y Wynecoop, 2000; Jain y Orden, 1999; Linke y Wojciak, 2002).

Si bien el grado del impacto negativo del evento depende en cierta medida de algunas características del profesional de salud mental (p.e., relación médico-paciente, rasgos de personalidad y nivel de experiencia clínica), la organización laboral puede jugar un papel central en la forma en que el personal afronta la situación (p.e., respeto de la comunidad profesional vs. atribución de falla para observar síntomas y establecer medidas preventivas) (Gitlin, 1999; Ripley, 1979).

Diversos autores han indicado la importancia que tiene el hecho de que la organización cuente con procedimientos estandarizados que incluyan el informe del incidente y las acciones que deberá realizar el equipo de profesionales. La documentación escasa conlleva vulnerabilidad del personal y acusaciones posteriores de negligencia. Además, las autoridades institucionales deben aclarar e informar a tiempo para evitar que proliferen rumores y para disminuir sentimientos de culpa y pena (Cambell y Fahy, 2002; Hodelet y Hughson, 2001). Adicionalmente, es necesario que se sistematice la evaluación cuidadosa del resto de los pacientes atendidos en la unidad, pues en poblaciones vulnerables, el riesgo de presentar una idea o tentativa suicida aumenta 3,5 veces si se observa un intento de suicidio y hasta 5 veces cuando se presencia una muerte por suicidio (Cerel, Timothy y Nilsen, 2005).

Sin embargo, la adecuación de la organización para reaccionar ante el fenómeno suicida es más la excepción que la regla, y la mayoría de las instituciones se ven obligadas a modificar sus procesos ante un evento de este tipo (Gitlin, 1999). Así, la evaluación objetiva de lo que ocurre en un hospital psiquiátrico ante eventos suicidas resulta una herramienta indispensable para la mejora de los servicios ofertados a sus pacientes, así como la calidad de vida de los profesionales que ahí laboran.

En esta dirección, el objetivo principal de este trabajo fue describir el impacto que produce la observación de una tentativa letal de suicida en los profesionales de

la salud mental y los pacientes hospitalizados en una unidad médico psiquiátrica pública y de concentración. Se trata de un estudio de oportunidad, transversal y de observación.

Método

Participantes

La muestra del estudio estuvo integrada por 35 profesionales de la salud mental (médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y psiquiatras) del turno matutino del servicio de hospitalización de una unidad médico psiquiátrica de concentración (una instancia operativa del Instituto Jalisciense de Salud Mental, de la Secretaría de Salud del Gobierno del Estado de Jalisco, México) que presencié (porque formé parte del equipo de rescate e intervención en crisis y observaron las consecuencias letales del intento de suicidio) o supo (porque se encontraba laborando en el hospital, se enteraron después de que ocurrió un intento letal de suicidio y no participaron en la atención crítica correspondiente).

Contestaron voluntariamente la totalidad de los cuestionarios, 19 de los 20 que lo presenciaron y 16 de los 28 que no lo presenciaron; con lo que de los 35 encuestados, el 54% estuvo presente en el evento. Poco más de la mitad fueron mujeres ($n=20$; 57,1%); la mayoría eran enfermeros(as) ($n=14$, 40%), aunque había también más de un 10% de cada uno del resto de profesionales de la salud mental: médicos generales, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales.

Adicionalmente, se incluyó a 9 (34,61%) de los 26 pacientes que se encontraban hospitalizados en el momento de la tentativa suicida de su compañero. De estos, 5 eran hombres (55,6%). Tenían una edad promedio de $30,66 \pm 12,08$ años (rango=18-52). Estos pacientes aceptaron participar en el estudio de manera anónima y voluntaria.

Descripción del evento suicida y de la reacción del equipo

Un paciente, varón, de 35 años con diagnóstico de depresión mayor con síntomas psicóticos fue ingresado por tentativa suicida de baja letalidad (escoriaciones en muñecas). Durante su estancia hospitalaria desarrolló síntomas psicóticos, incongruentes con el estado de ánimo, en torno a que el personal lo vigilaba y lo iba a dañar. Después de siete días de tratamiento hospitalario, intempestivamente entró al baño y se cortó las muñecas y el cuello con una navaja de rasurar.

El equipo de enfermería y el médico general en turno limitaron la hemorragia con presión. La herida no afectó las arterias carótidas ni las venas yugulares. El paciente fue canalizado y trasladado a un hospital de especialidades ubicado a un costado de la unidad médico psiquiátrica. Fue valorado por un cirujano de tórax y cardiovascular quien no detectó peligro mayor, se suturó y regresó al hospital psi-

quiátrico para continuar con su manejo terapéutico. Fue egresado 24 días después por mejoría, para continuar con su tratamiento en consulta externa.

Descripción de la reacción de las autoridades de la organización

La máxima autoridad de la unidad médico psiquiátrica reaccionó al acontecimiento designando culpables entre los profesionales de la salud mental que intervinieron para su control. Manifestó tal grado de molestia que despidió verbalmente al enfermero que se encargó de quitar el arma letal al paciente y limitar la hemorragia con presión. La psiquiatra tratante acudió de inmediato con otras autoridades institucionales para informales de su temor a ser despedida también. Fue en ese momento que el Subdirector (en calidad de director encargado) del Instituto Jalisciense de Salud Mental (instancia de la que depende la unidad en cuestión) decidió llevar a cabo esta evaluación. Posteriormente, con base en un análisis ético profesional, las autoridades en su conjunto, incluyendo a la de la directora de la unidad médico-psiquiátrica y el director de la Institución, determinaron que el estudio debía utilizarse para mejorar los servicios y autorizaron su difusión al personal y a la comunidad científica en general. Esta autorización fue avalada después por los Comité de Ética e Investigación de la Institución. Con base en la información aquí generada se rectificaron los errores, admitiendo públicamente que los suicidios son un fenómeno común en los hospitales y que nadie es culpable de ello, por lo que no debía sentirse ningún tipo de incertidumbre laboral.

Instrumentos

Se diseñaron dos cuestionarios *ad hoc*: uno para evaluar, con el personal profesional de salud mental, la experiencia de observar el intento suicida, y otro, para obtener información en relación al impacto en los pacientes que se encontraban en el hospital.

El cuestionario de impacto en el personal se integró por seis reactivos: dos de estos indagaban la opinión del profesional acerca del grado de capacitación y afectación ante el evento, con base en una escala análoga visual de diez puntos. Estos reactivos fueron: 1) En tu opinión ¿qué tan capacitado(a) profesionalmente te sientes para enfrentar este tipo de eventos?; y 2) En tu opinión: ¿cuánto te afectó emocionalmente el evento? Los cuatro reactivos restantes fueron preguntas abiertas: dos de ellas eran simples ¿por qué? a los primeros reactivos; y las restantes: ¿qué aprendiste de esta experiencia?, ¿qué recomiendas hacer a tus compañeros y/o a la institución para futuros eventos de este tipo?

Por su parte, el cuestionario *ad hoc* de impacto del evento en los pacientes se integró también con cuatro reactivos: uno de ellos fue la siguiente pregunta abierta: En tu opinión: ¿cómo impactó positiva y/o negativamente esta experiencia a los pacientes que observaron el evento?; los tres restantes tenían opciones de respuesta en una escala tipo Lickert de siete puntos. Estos fueron: ¿qué tan mentalmente enfermo estaba el paciente antes del evento? (1= Normal, no

enfermo, 2= En el límite para considerarse enfermo, 3= Un poco enfermo, 4= Moderadamente enfermo, 5= Marcadamente enfermo, 6= Gravemente enfermo, 7= Entre los más extremadamente enfermos); ¿qué tan mentalmente enfermo está ahora mismo, después del evento? (1= Normal, no enfermo, 2= En el límite para considerarse enfermo, 3= Un poco enfermo, 4= Moderadamente enfermo, 5= Marcadamente enfermo, 6= Gravemente enfermo, 7= Entre los más extremadamente enfermos); y ¿qué tanto ha mejorado el paciente después del evento? (1= Ha mejorado muchísimo, 2= Ha mejorado mucho, 3= Ha mejorado poco, 4= No ha cambiado, 5= Está un poco peor, 6= Está mucho peor, 7= Está muchísimo peor).

También se aplicaron escalas de evaluación de riesgo suicida, ideación suicida y desesperanza a los pacientes que se encontraban en la unidad hospitalaria (y no así al personal de salud mental). La evaluación de riesgo suicida se realizó mediante los cinco reactivos que para tal propósito diseñó Horowitz, Wang, Koocher y Burr (2001): ¿ha tratado de lastimarse a sí mismo?; en la última semana: ¿ha tenido pensamientos de matarse a si mismo (quitarse la vida)?; ¿ha intentado lastimarse así mismo en el pasado (en otra ocasión además de esta)?; ¿le ocurrió algo muy estresante en las últimas semanas?; en el pasado: ¿ha considerado seriamente matarse a si mismo (quitarse la vida)? . Estos reactivos fueron extraídos, en tanto su poder predictivo, del Cuestionario de Riesgo Suicida (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ), cuya versión en español (al igual que la original en inglés) ha demostrado ser una herramienta válida y fiable (Robles, Páez, Ascencio, Mercado y Hernández, 2005).

Por su parte, la escala de ideación suicida de Beck, Kovacs y Weissman (1979) proporciona una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida por medio de 19 reactivos con tres frases alternativas a las que se les puede asignar una intensidad (de 0 a 2 puntos), y que se integran uno de cuatro apartados: 1) actitud hacia la vida y la muerte, 2) características de la ideación o del deseo de muerte, 3) características del intento planeado y 4) actualización de la tentativa. La puntuación total se obtiene sumando todos los reactivos y puede oscilar entre 0 y 38 puntos. La escala ha demostrado fiabilidad interevaluadores así como validez de constructo y convergente, sobre todo en pacientes hospitalizados con ideas suicidas (Rodríguez-Pulido y González, 2000).

Finalmente, la escala de desesperanza de Beck (Beck, Weissman y Lester, 1974) es un instrumento estructurado de auto aplicación que consta de 20 reactivos, a los que se contesta cierto o falso, que pueden ser aplicados a pacientes hospitalizados, en urgencias o ambulatorios. La gravedad de la desesperanza se calcula con base en la sumatoria de la puntuación de los reactivos. Cada reactivo se califica con «cero» o «uno» en el caso de presentar el síntoma, por lo que la puntuación total puede ir de 0 a 20 puntos (0-3 = mínima, 4-8 = media, 14 = moderada, y 15-20 = severa). En una diversidad de estudios se ha demostrado que se trata de un instrumento válido y fiable (Beck, Steer y Kovacs, 1985; Keller y Wolfersdorf, 1993; Nekanda-Trepka, Bishop y Blackburn, 1983).

Procedimiento

Las mediciones se llevaron a cabo quince días después del evento y fueron completadas de manera anónima y voluntaria por el total de la muestra; con el fin de evaluar de forma retrospectiva la percepción de los sucesos por parte de los profesionales. No se hizo de inmediato en virtud de que era necesario, en ese momento, ocuparse de resolver la crisis suicida del paciente. Además, el estudio debía ser aprobado por las autoridades de la institución para poder llevarse a cabo, cumpliendo los requisitos que implica la investigación en humanos bajo condiciones de vulnerabilidad.

Los profesionales de la salud mental contestaron los cuestionarios *ad hoc* para evaluar su percepción tanto de la experiencia de ellos mismos como de los pacientes. Una residente de psiquiatría de cuarto año previamente capacitada para la tarea solicitó a los pacientes su participación, para explicarles entonces que debían completar las escalas de ideación suicida y de desesperanza de Beck en dos tiempos: antes y después de presencia el intento suicida letal de su compañero. Finalmente, ella misma completó la evaluación de riesgo suicida en el total de pacientes con base en entrevista y datos del expediente clínico y médico tratante.

Para la descripción de las variables se utilizaron media, desviación típica y rango para las continuas, y frecuencias y porcentajes para las categóricas. Los datos relativos a la percepción de los profesionales sobre el nivel de capacitación por un lado, y de afectación personal por el otro, se compararon entre aquellos que observaron el evento y los que no, con base en pruebas *t-student* de muestras independientes. Los porcentajes de pacientes con mejoría clínica después del evento, y evaluada con base en el criterio de los profesionales encargados de su tratamiento, se compararon mediante pruebas *chi* cuadrada. Finalmente, las puntuaciones promedio de desesperanza e ideación suicida se compararon antes y después del evento por medio de pruebas *t-student* de medidas relacionadas. En todos los casos, el nivel de confianza prefijado fue de 95%.

Resultados

Impacto en los profesionales de salud mental

Del cuestionario de impacto de los profesionales de la salud mental se obtuvieron los totales del grado de capacitación para enfrentar el evento y los totales del grado de la afectación ante el mismo. Estos se compararon entre profesionales que atendieron al paciente y observaron directamente las consecuencias del evento y los que no. En la tabla 1 se ofrecen estos datos.

Por otra parte, del análisis cualitativo de las respuestas abiertas se obtuvieron: a) las razones por las cuales consideran tener el grado de capacitación y de afectación que señalaron, b) las experiencias de aprendizaje ante la situación, y c) las solici-

Tabla 1

Nivel de capacitación para enfrentar el evento y de afectación ante el mismo entre observadores y no observadores de la tentativa letal de suicidio

<i>Variable</i>	<i>Observadores</i>	<i>No observadores</i>	<i>Comparación</i>
Nivel de capacitación	6,8 ± 2,2	6,5 ± 2,2	t= 24, gl 33, p= NS
Nivel de afectación	6,11 ± 2,7	4,59 ± 2,2	t= 1,8, gl 33, p= 0,07

tudes y recomendaciones principales que hicieron a la institución y a sus propios compañeros de trabajo.

En relación a las razones por las que consideraron tener una capacidad insuficiente para enfrentar el evento destacan: 1) «la sorpresa de presenciar una conducta autolesiva de alto riesgo en un paciente hospitalizado»; 2) «falta de capacitación sobre el manejo de pacientes con tentativas suicidas o conducta impredecible»; y 3) «escasa información sobre los procedimientos legales». En cambio, los que consideraron tener una adecuada capacidad para enfrentar el evento aludían a su «experiencia profesional en intervención en crisis y urgencias médicas». Este personal eran más bien psicólogos y psiquiatras con experiencia clínica y no así enfermeros, trabajadores sociales o psicólogos con menos de dos años atendiendo a pacientes hospitalizados.

En cuanto a las razones por las que consideraron haber sido afectados emocionalmente destacaron: 1) «es un evento impredecible», 2) «dificultad para contener al paciente agitado», 3) «riesgo de exposición a una agresión física y a material contaminante», 4) «manejo del evento con la familia», 5) «responsabilidad profesional de la integridad del paciente», y 6) «repercusión en el personal por parte de las autoridades».

Entre las experiencias de aprendizaje que consideraron, están: 1) «tener al paciente bajo vigilancia estrecha», 2) «tener al alcance el material necesario para emergencias médicas», 3) «manejo adecuado del expediente según la norma», 4) «mejorar la comunicación y organización del equipo multidisciplinario», 5) «estar preparados ya que siempre esta la posibilidad de que se suicide un usuario», 6) «no deslindar responsabilidades ni buscar culpables», 7) «no minimizar las amenazas o avisos de autolesiones», 8) «control de las emociones para manejar adecuadamente al paciente», y 9) «demuestra la organización inadecuada de los servicios e infraestructura hospitalaria».

Las solicitudes y recomendaciones que hace el personal (con mayor frecuencia) se muestran resumidas en la tabla 2. Entre las recomendaciones que se dieron a la institución están: 1) «tomar en cuenta todas las incidencias que se dan con los usuarios para planear los programas de atención al paciente suicida», 2) «mejorar la seguridad de las instalaciones con las siguientes acciones: quitar los seguros y cha-

pas de los baños, colocar circuito de videocámaras, cambiar puertas de Unidad de Cuidados Intensivos y consultorios, y tener un lugar específico con cerradura para objetos punzo cortantes»; 3) «abastecimiento de material básico para la atención de emergencias médicas», 4) «tener dormitorios exclusivos para los pacientes suicidas»; 5) «tener completas las plantillas de personal»; 6) «capacitación continúa al personal sobre la contención física, manejo del paciente suicida y agitado, primeros auxilios e información sobre aspectos legales»; 7) «implementar programas para disminuir el riesgo de lesión física»; y 8) «dar sesiones grupales con aplicación de técnicas de relajación para el personal».

Tabla 2

Principales solicitudes y recomendaciones del personal de salud mental

1) Reforzar la seguridad en el pabellón hospitalario evitando el acceso de objetos punzo cortantes.
2) No asignar culpas ante este tipo de eventos, y en su lugar hacer reuniones para revisar lo ocurrido.
3) Proporcionar capacitación sobre un proceso específico para la unidad, que contemple una transferencia más eficiente al hospital general contiguo.

Por su parte, las recomendaciones hechas a sus propios compañeros incluyeron: 1) «mejorar la comunicación entre médicos y el personal de enfermería»; 2) «aumentar la vigilancia en el momento de ingresar el paciente, al entregar sus objetos personales y en el área de la visita familiar, para que no introduzcan objetos con los que puedan lesionarse»; 3) «no descuidar los controles de enfermería»; 4) «vigilar estrechamente a los usuarios con riesgo de agresión hetero y autodirigida»; y 5) «apoyar a los compañeros en la contención de pacientes».

Impacto en los pacientes hospitalizados

Los profesionales opinaron que el evento impactó de forma tanto positiva como negativa a los pacientes. Entre los aprendizajes positivos que pudo haberles dejado el suceso destacaron: 1) «mejorar conciencia de enfermedad»; 2) «reflexión sobre lo inadecuado de sus ideas suicidas»; 3) «comunicar oportunamente al personal si un compañero se lesiona»; 4) «apoyo entre los pacientes»; y 5) «reforzar conductas positivas relacionadas con evitar el suicidio». Entre las negativas se mencionaron: 1) «posibilidad de copiar conductas», 2) «ansiedad», 3) «temor a ser agredidos o que se repita el evento»; 4) «culpabilidad en aquellos que tuvieron un contacto estrecho con el paciente que se lesionó»; 5) «tristeza»; 6) «reactivación de síntomas»; 7)

«irritabilidad»; 8) «solicitar alta»; 9) «quejas sobre la inseguridad y la facilidad de lesionarse dentro del hospital»; y 10) «manifestar ideas suicidas».

En la tabla 3 se resumen las opiniones de los profesionales de la salud mental en torno al estado clínico de los pacientes antes y después del evento. Éstos eran los profesionales encargados del tratamiento de cada paciente en cuestión. Como puede observarse, la mayoría de los pacientes lograron una mejoría clínica. Después del evento aumentaron el número de pacientes considerados de normales a un poco enfermos, y disminuyeron aquellos calificados como marcada o gravemente enfermos. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($\chi^2=9,0$, $gl=2$; $p=0,01$) y concuerdan con los datos arrojados en la última pregunta al clínico sobre el paciente (referente a su nivel de mejoría después del evento). Aquí señalaron que el 77,7% de la muestra logró alguna mejoría (desde poca en el caso de 2 pacientes, hasta muchísima en el caso de uno de ellos). Los dos pacientes restantes se mantuvieron igual, no empeoraron.

Tabla 3

Estado clínico de los pacientes antes y después del evento

<i>Estado clínico del paciente</i>	<i>Antes del evento</i>	<i>Después del evento</i>
Normal a un poco enfermo	n=2, 22,2%	n=6, 66,6%
Moderadamente enfermo	n=2, 22,2%	n=2, 22,2%
Marcada a severamente enfermo	n=5, 55,5%	n=1, 11,2%

A continuación los datos obtenidos con las escalas de auto aplicación en donde el paciente contestó sobre su experiencia en dos momentos: antes y después de la tentativa letal de suicidio de su compañero.

La tabla 4 presenta las puntuaciones promedio de desesperanza e ideación suicida antes y después del evento, así como el resultado de su comparación estadística. Se destaca que después del evento, los pacientes informaron que su desesperanza aumentó, mientras que la ideación suicida disminuyó. Las diferencias fueron ambas clínica y estadísticamente significativas.

Cabe señalar que en la evaluación breve de riesgo suicida posterior al evento, hasta tres pacientes presentaron el máximo riesgo posible (5 puntos) y sólo uno de ellos fue calificado con riesgo nulo —a uno se le dio un punto, dos calificaron con un par de puntos, y uno más con cuatro puntos—. La media de la muestra fue de $3,00 \pm 1,87$ puntos.

Tabla 4

Comparación de desesperanza e ideación suicida antes y después de la tentativa letal de suicidio: escalas de auto aplicación

<i>Variable</i>	<i>Antes del evento</i>	<i>Después del evento</i>	<i>Comparación</i>
Desesperanza	7,3 ± 5,74	14,88 ± 2,26	T=4,20, gl=8, p=0,003
Ideación suicida	37,55 ± 8,67	26,44 ± 2,3	T=4,51, gl=8, p=0,002

Conclusiones

En términos generales es posible concluir que los datos del presente estudio suman evidencia del papel determinante que juega la organización laboral en el impacto que tienen las incidencias psiquiátricas en general, y las tentativas letales de suicidio en el hospital, en lo particular. Además, este impacto es de moderado a alto, más bien negativo, y que abarca tanto a los pacientes que observaron el suceso, como a los profesionales de la salud mental que están laborando en donde ocurre.

Los datos aquí vertidos son congruentes con la literatura internacional al respecto. De manera similar a lo ocurrido con esta muestra, las enfermeras y psiquiatras evaluados por Slaven y Kisely (2002) sugirieron implementar guías de manejo, mejorar la comunicación entre los servicios, utilizar una valoración estricta de riesgo estricto, y tener un grupo de planeación multidisciplinaria que coordine las recomendaciones. También los profesionales de la salud mental estudiados por Ramberg y Wasserman (2002) informaron incertidumbre laboral, que a menudo recibían instrucciones escasas y confusas, y que tenían información inadecuada sobre lo que es importante en su trabajo con pacientes suicidas. En su muestra, menos de la mitad de enfermeras psiquiátricas y asistentes de enfermería que trabajaban con pacientes suicidas se consideraban suficientemente entrenadas para trabajar con ellos. Todos consideraban necesario recibir entrenamiento especializado, incluso aquellos que se percibían como suficientemente competentes (el 74% de psiquiatras, por ejemplo).

Al parecer, independientemente de la formación que se tenga para afrontar este tipo de situaciones, tal como Gralnick (1993) propone, ninguna otra muerte despierta las pasiones de la desesperación, culpabilidad y autocondenación que la que es producto del suicidio. Desafortunadamente, se estima que del 70 al 80% de los psiquiatras han experimentado el suicidio de un paciente que se encuentra bajo su tratamiento (Gitlin, 1999); y será necesario entonces que en la organización en que laboran no se aliente la culpa e incertidumbre laboral ante tal suceso, y se

promueva en cambio, el empleo de los métodos que les sean útiles para manejar el impacto frente al evento, como por ejemplo, disminuir el aislamiento, hablar con amigos, familia y colegas, realizar esfuerzos reparativos y conductas constructivas, así como utilizar defensas cognitivas específicas (Alexander *et al.*, 2000; Gitlin, 1999; Hendin y Haas, 2004).

Será conveniente que todos los involucrados en una experiencia como esta, autoridades hospitalarias, profesionales de la salud mental, familiares y pacientes, reflexionemos: ¿Por qué estamos tan llenos de cólera y culpa cuando esto sucede? ¿Por qué somos tan duros con quienes han sido responsables del tratamiento del paciente especialmente si ha estado en el hospital? ¿Por qué estamos de luto víctimas del acto de esa manera especial? ¿Porque hablamos de los sobrevivientes? ¿Por qué simplemente no hablamos del paciente suicida como si hubiera sufrido una enfermedad crítica y fatal de la cual desafortunadamente murió? ¿Pensamos que el acto está de alguna manera dentro del control de la persona y que esto por tanto justifica nuestra condenación? ¿Creemos realmente que quien está tratando el proceso de la enfermedad es responsable por no haber prevenido la muerte? ¿Sabemos y aceptamos que la función del hospital y el doctor es tratar la enfermedad y no la de prevenir la muerte? (Gralnick, 1993).

Este tipo de reflexiones permiten el aprendizaje ante la adversidad, tal como fue observado también en la muestra sujeta a estudio (pacientes y profesionales). En otros estudios se ha informado sobre consecuencias positivas ante tales eventos; producto de asumir la experiencia como un aprendizaje. En estos casos se hace referencia a: un aumento en la conciencia del riesgo suicida y de la precaución al tratar a pacientes con riesgo que se expresa en mayor observación cotidiana, notas clínicas más detalladas, consulta a terapeutas anteriores y utilización de legislación en salud mental (Courtenay y Stephens, 2001; Yousaf, Jawthone y Sedgwick, 2002).

Por su parte, los pacientes vivieron las consecuencias reales de un intento de suicidio, lo que pudo explicar (además de la mejoría clínica producto de su tratamiento) la disminución de su ideación suicida y la solicitud de su alta. Una de las teorías clásicas del aprendizaje social, el modelamiento, advierte que es posible modificar el comportamiento con base en la observación de las consecuencias que éste ha tenido en otros (Bandura, 1977).

Sin embargo, aunque los clínicos percibieron mejor a los pacientes, y estos mismos manifestaron menos ideación suicida, también es cierto que autoinformaron mayores niveles de desesperanza y la mayoría se encontraban aún con riesgo suicida importante. Se propone pues a la desesperanza como el proceso mediador del intento suicida ante la observación de tentativas o suicidios consumados de otros. Es bien sabido que el riesgo suicida de una persona incrementa directamente y significativamente si experimenta la tentativa o suicidio consumado de otros (Cerel *et al.*, 2005); y que la desesperanza es un factor predictor de la conducta suicida en poblaciones vulnerables (Beck *et al.*, 1985; Keller y Wolfersdorf, 1993; Nekanda-Tepka *et al.*, 1983).

Este hallazgo puede tener una utilidad clínica inmediata, pues entonces habrá que dirigir esfuerzos especiales para evaluar el grado de desesperanza producto de

experimentar un evento de esa naturaleza. El grupo con mayor desesperanza será el más afectado por la situación, es el grupo vulnerable y requiere de aproximaciones terapéuticas efectivas para reducir estas expectativas y actitudes negativas respecto al futuro. La terapia cognitivo conductual puede ser una herramienta útil para lograr este objetivo (Beck, 1976).

Para concluir es importante señalar que sin duda, la ejecución del presente estudio permitió detectar objetivamente los problemas organizacionales y personales que se suscitaron tras el evento, e impulsar entonces su solución. En este sentido, la investigación tuvo una utilidad inmediata en la mejora de los servicios de salud mental en cuestión.

Referencias

- Alexander, D., Klein, S., Gray, N., Dewar, I. y Eagles, J. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Anderson, M. (1994). Nurses' attitudes towards suicidal behavior a comparative study of community mental health nurses and nurses working in an accidents and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 11283-1291.
- Arsenault, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Nueva York: Prentice Hall.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention. The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Kovacs, M. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. T., Weissman, A. y Lester, D. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Cambell, C. y Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 26, 44-49.
- Cerel, J., Timothy, R. y Nilsen, W. (2005). Peer suicidal behavior and adolescent risk behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 237-243.
- Courtenay, K. y Stephens, J. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- Gitlin, M. (1999). A Psychiatrist's reaction to a patient suicide (Clinical Case). *American Journal Psychiatry*, 156, 1630-1634.
- Gralnick, A. (1993). Suicide in the psychiatric hospital. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 1.
- Hendin, H. y Haas, P. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1442-1446.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J., Haas, P. y Wyncoop, S. (2000). *Therapists' reactions to patients' suicides*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Hodelet, N. y Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.

- Horowitz, L., Wang, P., Koocher, G. y Burr, B. (2001). Detecting suicide risk in emergency department: Development of a brief screening tool, *Pediatric*, 107, 1133-1137.
- Jain, A. y Ogden, J. (1999). General practitioners 'experiences of patients' complaints: qualitative study. *British Medical Journal*, 318, 1596-1599.
- Keller, F. y Wolfersdorf, M. (1993). Hopelessness and the tendency to commit suicide in the course of depressive disorder. *Crisis*, 14, 173-177.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. y Baldwin, C.L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 427-434.
- Linke, S. y Wojciak, J. (2002). The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Nekanda-Trepka, Bishop, S. y Blackburn, I. (1983). Hopelessness and depression. *British Journal of Psychiatry*, 22, 49-60.
- O'Connor, N., Warby, M., Beverley, R. y Vassallo, T. (2004). Changeability, confidence, common sense and corroboration: comprehensive suicide risk assessment. *Australasian Psychiatry*, 4, 352-360.
- Ramberg, I. y Wasserman, D. (2002). The roles of knowledge and supervision work with suicidal patient. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 365-371.
- Ripley, H. (1979). Suicide in general hospitals. *The Western Journal of Medicine*, 130, 408-410.
- Robles, R., Páez, F., Ascencio, M., Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida de infantes: propiedades psicométricas de la versión en español del Cuestionario de riesgo suicida RSQ. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 292-297.
- Rodríguez-Pulido, F. y González, J. L. (2000). Evaluación y medición del riesgo de auto lesión y suicidio. En A. Bubuena, G Berrios y P. Fernáández de Larrinoa (dirs.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 225-239). Barcelona: Masson.
- Slaven, J. y Kisely, S. (2002). Staff perceptions of care for deliberate self-harm patients in qualitative study. *Australian Journal Rural Health*, 10, 233-238.
- Spiebl, H. y Hubner-Liebermann, B. (2002). Suicidal behavior of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 106, 134-138.
- Yousaf, F., Jawthone, M. y Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26, 53-55.