

El paciente suicida

Autores

Pablo Pascual Pascual^{3, 4}
Alejandro Villena Ferrer²
Susana Morena Rayo¹
Juan Manuel Téllez Lapeira^{1, 4}
Carmen López García¹

Especialistas en MFyC.

1. Centro de Salud Zona V-B Albacete
2. Centro de Salud de Villarrobledo. Albacete
3. Centro de Salud Rochapea. Pamplona
4. Miembros del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC.

Revisión y agradecimientos

M^a Vicenta Piqueras García¹
M^a José Castillo Ros²
M^a José Román Madrugal²

1. Revisión. Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

2. Revisión expertas en aspectos médico-legales.

Guías Clínicas 2005; 5(38)

Elaborada por médicos con revisión posterior.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Puntos clave

- La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.
- La entrevista clínica permite al MAP identificar factores específicos que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones, garantizar la seguridad inmediata del paciente, decidir el lugar más apropiado para su tratamiento, realizar un diagnóstico clínico y establecer un plan de tratamiento
- Preguntar por las ideas de suicidio no incrementa el riesgo de suicidio; no hay evidencia de que preguntar directamente por ideas de suicidio aumente el riesgo en los que ya lo tienen, o de ideas en los que no las tienen. Lo más probable es que la persona se sienta reconfortada por poder hablar de estos pensamientos
- El 80% de los pacientes que se han suicidado han expresado sus ideas de suicidio. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio
- Hacer un "pacto de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar
- No existen pruebas lo suficientemente consistentes que demuestren la efectividad de las intervenciones en la prevención del suicidio en atención primaria aunque podemos ofrecer estrategias con cierto grado de utilidad, aunque estudios retrospectivos han sugerido que una mejor formación de los médicos de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de la depresión puede tener un impacto eficaz en la prevención del suicidio

¿De qué hablamos?

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

Representa el 1,3% de todas las muertes, aunque es un hecho bien conocido el problema de la infradeclaración. Constituye la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años, después de los accidentes de tráfico. Es la séptima causa de años potenciales de vida perdidos.

Conviene diferenciar estos conceptos:

- Ideación suicida: deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.
- Conductas suicidas. Incluyen:
 - Suicidio consumado. Acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin.
 - Tentativa de suicidio. Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
 - Parasuicidio. Conducta autolesiva no mortal realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas "manipulativas".

Nos podemos encontrar ante diferentes situaciones:

- Pacientes que han realizado un intento de suicidio.
- Pacientes que expresan directamente ideas de suicidio.
- Pacientes que manifiestan la ideación suicida sólo si se dan las condicio-

nes adecuadas para ello y el profesional lo sospecha y sabe interrogarle.

- Pacientes que, aunque se les interrogue adecuadamente y tengan una ideación suicida, no la expresan.

El abordaje varía en cada una de estas situaciones. De hecho el 90% de los pacientes que se suicidan están bajo tratamiento médico.

Ideas erróneas

Hay que evitar una serie de creencias e ideas erróneas sobre el suicidio:

- Preguntar por las ideas de suicidio incrementa el riesgo de suicidio: No hay evidencia de que preguntar directamente por ideas de suicidio aumente el riesgo en los que ya lo tienen, o de ideas en los que no las tienen. Lo más probable es que la persona se sienta reconfortada por poder hablar de estos pensamientos [D].
- El que amenaza con suicidarse no lo hace: El 80% de los pacientes que se han suicidado han expresado sus ideas de suicidio. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.
- Si el paciente se compromete a no suicidarse no lo va a hacer: Hacer un "pacto de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar [D].

Factores de riesgo

Hay una serie de factores que parece que incrementan el riesgo de suicidio:

- Factores sociodemográficos:
 - Los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados y las mujeres de tentativas.
 - La adolescencia o tener más de 65 años.
 - Estar soltero o viudo, desempleado o jubilado.
 - Vivir sólo.
 - La ausencia de creencias religiosas.
- Antecedentes personales: Intentos de suicidio previos. Aunque dos terceras partes de los suicidios ocurren en el primer intento, el tener tentativas previas se considera un factor de riesgo.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- La presencia de enfermedad psiquiátrica [B] sobre todo depresión mayor, abuso de sustancias (alcoholismo o toxicomanías), esquizofrenia, trastorno límite de personalidad. Más del 90% de los pacientes que se han suicidado tenían un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte, sobre todo depresión, alcoholismo o ambos.
- Síntomas psiquiátricos inespecíficos como desesperanza, ansiedad, agitación. Los sentimientos de desesperanza son un factor prospectivo independiente de riesgo de suicidio.
- Factores situacionales como estresores psicosociales (abandono o pérdidas de familiares) y disponibilidad de métodos, como por ejemplo disponer de armas de fuego.
- Tener una enfermedad crónica, sobre todo del sistema nervioso central o enfermedad terminal.
- Por tanto, la evaluación inicial de estos pacientes debe incluir la estimación del riesgo suicida. Una vez que estos factores son identificados, hay que determinar cuáles son modificables para incidir sobre ellos [A].

Valoración del riesgo de suicidio

El médico de atención primaria tiene un papel clave en la identificación y el tratamiento del riesgo de suicidio. Del 2 al 3% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria refieren haber tenido ideación suicida en el mes previo. Además, un alto porcentaje de los pacientes que se han suicidado habían estado con su médico en el mes anterior y entre el 10 y el 40 % en la semana previa.

No tenemos ninguna prueba de cribado en atención primaria que nos permita predecirlo con la sensibilidad y fiabilidad suficiente. La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración del riesgo de suicidio [A]. Afrontar una entrevista de esta índole es un reto para el profesional, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad a los que nos vemos sometidos.

La entrevista permite:

1. Identificar factores específicos, signos y síntomas, que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones.
2. Garantizar la seguridad inmediata del paciente y decidir el lugar más apropiado para su tratamiento.
3. Realizar un diagnóstico clínico y establecer un plan de tratamiento.

Un componente clave es el intento consciente de establecer una relación terapéutica con el paciente, lo que facilita la información y puede servir de factor protector al transmitir un sentimiento de esperanza y de conexión [D].

Todas las personas con ideación suicida o intento de suicidio deben ser tratadas como una urgencia potencial, hasta que el clínico esté convencido de lo contrario [D].

Cualquier persona que es atendida por un intento de suicidio, o que expresa ideación suicida, debería ser evaluada posteriormente por una profesional entrenada en problemas de salud mental [D].

Tratamiento

El tratamiento del riesgo de suicidio resulta complejo por diferentes circunstancias:

- Por la baja incidencia en la población general (0,01%), aunque se multiplica por 10 en los pacientes depresivos.
- La gran mayoría de los pacientes depresivos no cometen suicidio.
- La existencia de intentos de suicidio y de parasuicidios, muchas veces repetidos.

En función del riesgo detectado por el profesional y de los apoyos externos del paciente, se decidirá la actitud: tratamiento ambulatorio o la necesidad de ingreso.

Si el intento tiene como consecuencia lesiones o un riesgo médico, debe ser derivado a un hospital general donde habitualmente, después de ser estabilizado, será valorado por un equipo de salud mental.

Cuando esté indicado el tratamiento ambulatorio debemos contactar con los servicios de salud mental para realizar un plan de tratamiento conjunto, siempre que persista la ideación o el riesgo de suicidio. Esta consulta debería realizarse dentro de las primeras 24 horas [D] y como más tarde en 72 horas.

El médico tiene la responsabilidad legal de pro-

teger a los pacientes suicidas incluso hospitalizándolos en contra de su voluntad cuando se cumplan los criterios de ingreso [D]. Si no cumple criterios de ingreso, debe quedar claramente recogido en la historia clínica.

Criterios de ingreso [D]

Deberían ser ingresados los pacientes cuando:

- Presentan una intensa ideación suicida.
- Es necesario un tratamiento médico de las lesiones producidas.
- Precisan un tratamiento psiquiátrico más intensivo.
- Se produce el fracaso de la alianza terapéutica y la intervención en crisis, y la persona persiste en su ideación suicida.
- Existe falta de soporte socio-familiar del paciente.

Para pacientes con intentos repetidos, periodos cortos de ingreso pueden ser aconsejables aunque los ingresos normalmente deben ser superiores a 4 días [A].

Existe una escala, la SAD PERSONS, que incluye determinados indicadores de riesgo. Se puntúa su ausencia o su presencia y la puntuación total nos ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario.

- S: Sexo masculino
- A: Edad (age) < 20 ó > 45 años
- D: Depresión
- P: Tentativa suicida previa
- E: Abuso alcohol (etanol)
- R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)
- S: Carencia de soporte social
- O: Plan organizado de suicidio
- N: No pareja o cónyuge
- S: Enfermedad somática

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

- 0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- 3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

- 5-6: recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.
- 7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de la ideación suicida [A].

Bibliografía

American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. [Internet]. APA; 2003. [Acceso 4 de Julio de 2005].

Bautista Ibáñez, S. Olivares Zarco, D. Torres Buisan, L. Evaluación del riesgo de suicidio. En Chamorro García, L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars médica 2004. p. 181-189.

Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med. 1997;337:910-5.

Kreitman N. Parasuicide. London: Wiley Sogs; 1977

Lastra I y cols. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 753-70.

Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159:909-16.

National Institute of Mental Health. Suicide prevention. [Internet]. NIMH; actualizado en febrero de 2005. [Acceso 4 de Julio de 2005].

New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. [Internet]. Wellington (NZ): NZGG; 2003. [Acceso 4 de Julio de 2005].

Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. J Gen Intern Med. 1996;11:447-53. [PMID: 8872781]

PAPPS, SemFYC. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. SemFYC; 2001.

Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. Br J Psychiatry. 1998;173:462-74. [PMID: 9926074].

Screening for suicide risk: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. [Internet]. 3rd. ed. HSTAT; 2004. [Acceso 4 de Julio de 2005].

Zametkin AJ, Alter MR, Yemini T. Suicide in teenagers: assessment, management, and prevention. JAMA. 2001;286:3120-5.

Grados de Recomendación

[A] Existen pruebas sólidas para hacer esta recomendación. Existen estudios o alguna revisión sistemática de buena calidad con resultados homogéneos y claros.

[B] Existen pruebas suficientes para hacer la recomendación con claridad. Hay al menos un estudio de muy buena calidad o múltiples estudios con diseño aceptable que la sustentan.

[C] Existen pruebas limitadas. Al menos algún estudio aceptable.

[D] No hay pruebas basadas en estudios clínicos. La recomendación se sustenta únicamente en la opinión de expertos.