

ABORDAJE DEL SUICIDIO
EN ATENCIÓN PRIMARIA

ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El suicidio es un problema grave de Salud Pública. Según las predicciones, llegará a ser la décima causa más frecuente de muerte en el mundo en el año 2020.

En España, la tasa de suicidio, desde el año 1999 hasta el año 2004, oscila entre 7,83 y 8,42 suicidios por cada 100.000 habitantes, siendo superiores las tasas en varones con respecto a las mujeres.

Una de las actividades preventivas que debe realizar el Médico de Familia, es la prevención del suicidio.

Hemos de distinguir entre:

- **Acto suicida:** hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y el conocimiento de sus motivos. El resultado será el suicidio consumado o el intento de suicidio, según el sujeto fallezca o no.
- **Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida. Acto humano de quitarse la propia vida.
- **Intento de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
- **Ideación suicida:** cuando el sujeto piensa, planea o desea cometer un suicidio
- **Parasuicidio:** acto en el que el sujeto quiere hacerse daño pero no morir. Suelen ser conductas peligrosas, que ponen en riesgo la vida, y detrás de ellas está lo que se llama el síndrome de desmoralización, una presentación del trastorno depresivo en pacientes con enfermedades crónicas.
- **Crisis suicidas:** son situaciones críticas, transitorias, donde la ideación suicida está muy presente y se presenta al sujeto como la mejor solución. El paciente tiene una visión en tunel, no ve salidas posibles. Suponen un gran riesgo de acto suicida.

FACTORES DE RIESGO:

- **El principal factor de riesgo para el suicidio es el trastorno psiquiátrico:** esquizofrenia, trastornos de personalidad, adicción a alcohol y otras drogas – fundamentalmente en comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos severos-, trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, y, **sobre todo, la depresión.** El mayor riesgo se relaciona con los trastornos bipolares, siendo los *sentimientos de desesperanza* (actitud negativa, visión pesimista sobre la posibilidad de solución futura de las dificultades personales), el factor que más se relaciona con el riesgo suicida.
- **Enfermedades físicas graves:** sobre todo si cursan con dolor, invalidez o mal pronóstico.
- **Antecedentes personales de intentos de suicidio**
- **Antecedentes familiares de suicidio**
- **Acontecimientos vitales adversos graves** (problemas familiares, de pareja, sociales, laborales...)
- -Otros **factores favorecedores** son: situación laboral de desempleo, vivir solo, falta de apoyo social y familiar, la marginación, la migración, la falta de expectativas, fácil disponibilidad de un método para cometerlo...

¿CÓMO IDENTIFICAR PACIENTES CON ALTO RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA?

Existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio a través de encuestas, pero **son menos útiles que una buena entrevista clínica** para identificar la persona que está en inminente riesgo de cometer suicidio.

INDICADORES DE RIESGO:

“SAD PERSONS”

- Sexo masculino (el suicidio consumado es más frecuente en varones; la tentativa lo es más en mujeres.)
- Edad (age) <20 ó >45
- Depresión (sobre todo en fase temprana, depresiva, de un trastorno bipolar) y otros trastornos psiquiátricos
- Tentativa suicida previa
- Abuso de alcohol (etanol)
- Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)
- Carencia de soporte social
- Plan organizado de suicidio
- No pareja o cónyuge. (Soledad)
- Enfermedad somática (sobre todo enfermedades neurológicas, neoplasias o SIDA, así como aquellas que inhabilitan o cursan con mucho dolor)

Cuantos más indicadores estén presentes, mayor es el riesgo de suicidio.

Para valorar el riesgo suicida también existen algunos cuestionarios, como **“LA ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK (HS)**, que se relaciona directamente con el riesgo suicida.

Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)

1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mi es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

Autores: A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler.

Referencia :The measurement of pesimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de Ítems: 20 Administración: Autoaplicada

DESCRIPCIÓN

- La HS es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.
- Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.
- Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.
- Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.
- Es un instrumento autoaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:
 - Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro).
 - Factor motivacional (pérdida de motivación).
 - Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro)
- La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.
- La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.
- La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.
- La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.
- En la función de la puntuación total se recomiendan los siguiente puntos de corte:
 - 0-8: riesgo bajo de cometer suicidio,
 - 0-3: ninguno o mínimo
 - 4-8: Leve
 - 9-20: riesgo alto de cometer suicidio.
 - 9-14: moderado.
 - 15-20:alto.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

Beck A., Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. Am J Psychiatry 1985;142:559-563.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 1990; 147: 190-195.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

El médico de atención primaria tiene una papel clave en la identificación del riesgo suicida, así como en detectar y tratar adecuadamente a los pacientes deprimidos.

Existe una alta prevalencia de depresiones enmascaradas, más difíciles de diagnosticar, ya que los pacientes sólo refieren síntomas físicos. Existe un riesgo significativo de suicidio en la depresión no reconocida y no tratada.

Se deben **evaluar las ideas de suicidio** en presencia de factores de riesgo, sobre todo en pacientes deprimidos, alcohólicos o psicóticos.

La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración de la ideación suicida y del riesgo suicida. Se deben realizar entrevistas tranquilas, con tiempo para escuchar atentamente y con calidez, con preguntas abiertas, tratando al paciente con respeto y sin emitir juicios, procurando establecer una relación empática, identificarse con sus emociones pero manteniendo el distanciamiento terapéutico necesario.

En este contexto, **preguntaremos, de forma progresiva y directa, acerca de las ideas suicidas.** No es fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente, sin dejar de aclarar todos los aspectos.

Es importante hacer estas preguntas después de que se haya establecido una empatía y el paciente se sienta cómodo expresando sus sentimientos negativos.

Una secuencia de preguntas útiles es:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado, incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Se ha encontrado usted tan mal que ha llegado a pensar que no vale la pena vivir?
- ¿Tiene pensamientos de muerte?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder (píldoras/armas/otros medios...)?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

El interrogar sobre la ideación suicida no pone esas ideas en la mente de los pacientes, las tenían ya de antemano. Por el contrario, a menudo el paciente se siente reconfortado por el valor del profesional que es capaz de hablar de lo que a él le asusta tanto.

En la evaluación de un paciente con un intento suicida previo, es importante valorar el riesgo que ha corrido en el intento, para saber si el paciente realmente quiere morir o transmitir algún mensaje.

Algunas nociones para **evaluar la gravedad de un intento de suicidio** son:

- Método elegido eficaz y letal.
- Eficacia de dicho método (el paciente se asombra de seguir vivo).
- Posibilidad de ser descubierto.
- Impulsividad y grado de planificación (a mayor planificación, mayor riesgo suicida)
- La finalidad del acto suicida (poner fin a la vida, llamada de atención o demanda de ayuda)
- La experimentación que siente al ser salvado

- El cambio o no de las circunstancias vitales que determinaron su decisión.
- El concepto del paciente acerca de la muerte.

No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. El 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.

El riesgo aumenta a medida que aumenta la frecuencia de la ideación suicida, cuando se ha planeado hacerlo y cuando ya se ha intentado previamente; **un 10% de los intentos de suicidio se consuman después.**

En caso de no detectarse ideación suicida en pacientes con factores de riesgo, sería recomendable seguir valorando este aspecto en el seguimiento del paciente.

Se debe aconsejar a los pacientes y cuidadores estar vigilantes a cambios en el humor, negativismo y desesperanza, sobre todo en situaciones de alto riesgo como el inicio del tratamiento, cambios de medicación y estrés personal incrementado.

Advertencia!:

- **mejoría engañosa o falsa:** un paciente agitado que súbitamente se calma, puede que haya tomado la decisión de suicidarse.
- **negativa:** los pacientes que tienen serias intenciones de matarse pueden deliberadamente negar tales ideas.

RECOMENDACIONES QUE PUEDEN AYUDAR AL PACIENTE CON IDEAS SUICIDAS:

- Ignorar o darle ejemplos de otras personas que han estado en peores dificultades cuando alguien dice “Estoy cansado de la vida” o “No existe razón para vivir”, no ayuda al suicida.
- Es más importante escuchar y estar a su lado que hablar mucho.
- Brindar a la persona la esperanza de que las cosas cambiarán para mejorar; no dejarse invadir por el pesimismo del paciente.
- Centrarse en las fortalezas positivas de la persona, haciéndolo hablar sobre cómo los problemas anteriores han sido resueltos sin recurrir al suicidio.
- **Un contrato de “no suicidio”** es una técnica útil en la prevención del suicidio. En la mayoría de los casos, los pacientes respetan las promesas que hacen a su médico. Esto sólo es apropiado cuando los pacientes tienen control sobre sus actos.
- El médico deberá **evaluar los sistemas de apoyo disponibles** (parientes, amigos...) y solicitar su ayuda.
- Preocuparse por la discreción, sin embargo, **no podremos jurar secreto**, ya que debemos tomar acción, contar con la familia, si la hubiera, y otros apoyos para obtener ayuda.
- Quitar los medios, con la colaboración de la familia, si es posible.
- El seguimiento posterior deberá centrarse en apoyar al paciente dándole esperanza, estimulando su independencia y ayudándole a aprender diferentes formas de enfrentar los acontecimientos estresantes.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Una vez realizada la entrevista, la exploración, y teniendo en cuenta su riesgo, el paciente debe ser derivado a la Unidad de Salud Mental o al Hospital de referencia, según proceda a juicio del médico.

Los pacientes con gran riesgo suicida pero que rechazan el tratamiento, precisan hospitalización involuntaria, que requerirá la autorización judicial.

Se recomienda informar a los familiares , avisando previamente al paciente, de la gravedad de la situación, así como de la necesidad de no dejarle solo.

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la remisión, calmar su ansiedad, enfatizar que la remisión al equipo de Salud Mental no significa “abandono” por nuestra parte y concertar una cita de seguimiento para asegurar que la relación con el paciente continúe.

BIBLIOGRAFÍA: ABORDAJE DEL SUICIDIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria, 1992
- OMS: CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1996.
- PAPPS. SEMFyC: Programa del Adulto-Prevención de los trastornos de la salud mental.2001
- PAPPS. SEMFyC: Guía de Salud Mental en Atención Primaria.
- FISTERRA: El paciente suicida.Guías clínicas 2005;5(39)
- OMS: Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. 2000.

"La versión on line de este libro: www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/index.jsp podrá ser actualizada periódicamente en base a las evidencias científicas que vayan apareciendo."