

Aspectos generales sobre evaluación y manejo del paciente con conducta suicida

Ricardo Sánchez Pedraza, Profesor Asociado, Dora Gómez, Profesora Asistente, Alexander Pinzón, Médico Psiquiatra, Yadira Guzmán, Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

RESUMEN

La valoración de las ideas y conductas suicidas y su manejo son temas de gran importancia para todos los clínicos, especialmente aquellos que trabajan en atención primaria y de urgencias. De acuerdo con diversos estudios epidemiológicos muchas de las personas que se suicidan han solicitado consulta médica en el mes anterior a su muerte. Pocos pacientes expresan espontáneamente su ideación o intención suicida a sus médicos, así que los clínicos deben estar alerta ante diversas señales que le pueden indicar que el paciente se encuentra en riesgo suicida. La intervención oportuna por parte del médico general es de gran valor para disminuir las tasas de mortalidad derivadas de las conductas suicidas. El presente artículo pretende describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que presentan conductas suicidas y suministrar al clínico una guía de evaluación y manejo de dichos pacientes.

Epidemiología de la conducta suicida

El suicidio constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, con una incidencia anual entre 10 y 20 por 100.000 en la población general (1). Según datos epidemiológicos, el suici-

dio representa la octava causa de muerte y la tercera causa de pérdida de años potenciales de vida en países desarrollados, calculándose una tasa de 11.4 suicidios por cada 100.000 habitantes, similar a la tasa de muertes debidas a enfermedades como la Diabetes Mellitus (1,2). De acuerdo con la Organización mundial de la Salud, entre los años 1990 y 2020 el número de suicidios pasará de 593.000 a 995.000.

Se ha estimado que la prevalencia de intentos suicidas a lo largo de la vida en adultos varía en un rango entre 1.1 y 4.3 por cada 100 habitantes. En general, las tasas de suicidio en los países industrializados son más altas en los extremos de la vida, constituyéndose como la tercera causa de muerte en el grupo de la población que se encuentra entre los 15 y 24 años de edad (13.1/100.00), siendo evidente un segundo pico en la incidencia de suicidios en las personas que se encuentran por encima de los 65 años (1, 2, 3). En Colombia no existen registros confiables con respecto a las tasas de suicidio; sin embargo, de acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, nuestro país presenta una tasa de 5.04 suicidios por 100.00 habitantes por año, y en 1992 del análisis general de 24.947 autopsias se encontró que el 3% (754)

correspondieron a suicidios (4).

Caracterización de la conducta suicida

La conducta suicida supone un continuo multidimensional, que abarca una amplia gama de comportamientos que se podrían categorizar de la siguiente manera:

1. Ideación de muerte: En esta categoría los pacientes tienen el deseo de morir, pero asumen un papel de sujetos pasivos. Las frases típicas que describen esta situación son: "Ojalá Dios se acuerde de mí,..., lo mejor sería que me diera un infarto y que me muriera de una vez..."
2. Ideación suicida: Aquí el paciente piensa en realizar activamente acciones para terminar su vida. Las ideas generalmente no se expresan de manera espontánea durante la entrevista clínica y solo son evidentes cuando se hace la exploración directa de estas. Un ejemplo de esta categoría es la persona que ha ahorrado el dinero y está buscando quien le venda un arma para dispararse.
3. Comunicación suicida: En estos casos el paciente comunica espontáneamente su intención de realizar conductas que terminen su vida. En general la comunicación suicida se da cuando se están explorando síntomas

depresivos o durante episodios de ira o ansiedad. También es frecuente que sean los familiares o personas cercanas al paciente quienes informen al médico sobre las ideas que ha expresado el paciente en un escenario diferente al de la consulta.

4. Intento de suicidio: Es la ejecución de una acción concreta que busca terminar la vida. En esta categoría se incluyen quienes han ejecutado un plan concreto para matarse, y quienes han sobrevivido al intento de suicidarse. El caso de los sobrevivientes a un intento de suicidio es el más frecuentemente visto en los servicios de urgencias, principalmente por envenenamiento (1). Debe distinguirse el intento de suicidio del gesto suicida: en el segundo caso la conducta autolesiva no tiene como fin terminar con la vida, sino generar cambios en el entorno psicosocial o servir como señal de comunicación con propósitos y destinatarios específicos.

5. Suicidio consumado: En este caso la ideación y conductas de suicidio tienen un desenlace fatal. En algunos casos quien ejecuta un gesto suicida puede tener, de manera no intencional, un desenlace fatal. Por esto no debe subestimarse el riesgo de muerte en los pacientes con gestos suicidas (5,6)

La anterior categorización lleva implícita una calificación de severidad, que va desde la ideación de muerte, como estadio menor, al suicidio consumado, como modalidad más severa. Sin embargo, existen otros factores para establecer la severidad de la ideación suicida como son: 1. Frecuencia: Supone menor riesgo de un desenlace fatal quien esporádicamente tiene ideas de suicidio que quien permanentemente está pensando en suicidarse. 2. Intensidad: Se refiere al grado con que se desea el desenlace fatal o a la convicción que se tiene de suicidarse. 3. Duración: Indica qué tanto tiempo se consume rumiando las ideas de suicidio o de muerte, u organizando los planes

para suicidarse (7, 8). Los anteriores niveles de medición han tratado de combinarse y estandarizarse para tener medidas más precisas de la severidad de la conducta suicida, o para generar modelos que permitan predecir el riesgo de suicidio. De tal manera, se han desarrollado múltiples escalas que han mostrado su eficacia para estandarizar los criterios de medición en la realización de investigaciones, pero que no han resultado útiles en la práctica clínica. La validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad de estos instrumentos son en general pobres (9-16). En nuestro país no se encuentra validado ninguno de estos instrumentos de medición. La categoría más frecuente dentro del espectro de conducta suicida es la ideación suicida. Hay reportes de que hasta un 20% de poblaciones normales, presentan por lo menos un episodio serio de este tipo de ideación.

Factores de riesgo

Múltiples variables se han tomado como factores de riesgo de un comportamiento suicida. A continuación se hace una breve descripción de las más importantes:

1. Enfermedad Mental: La depresión es la patología que más frecuentemente se ha asociado a suicidio. Se ha calculado que el 15% de los pacientes con depresión clínica terminan suicidándose. Por otro lado, se ha visto que dos tercios de las personas que se suicidan presentan depresión como enfermedad psiquiátrica de base (1,3,17,18). Igualmente es importante evaluar el riesgo suicida en personas que se encuentren en un episodio psicótico activo, principalmente si presentan alucinaciones auditivas de comando.

2. Uso patológico de sustancias: Se estima que un 18% de las personas con uso patológico de alcohol se suicidan, especialmente después de períodos largos de consumo (más de 25 años con uso patológico de alcohol), y durante cuadros de intoxicación y abstinencia (19-22).

3. Intención suicida: 80% de los suicidas han comunicado de alguna manera

sus intenciones de matarse. Teniendo en cuenta esto, algunos plantean que el mejor predictor de conducta suicida es preguntarle abiertamente al paciente sus intenciones. Hay que vigilar con atención a aquellas personas con depresión que presentan una mejoría súbita o que empiezan a dejar sus asuntos arreglados (distribuir bienes, adquirir pólizas de seguros de vida,...) pues esto constituye indirectamente una comunicación de intención suicida (1, 2, 23).

4. Intentos previos: Se ha calculado que dentro de los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, 15% morirán por dicha causa (5).

5. Letalidad del método: La selección de métodos con alta probabilidad de éxito (armas de fuego, arrojarse desde una gran altura) aumentan el riesgo de que posteriores intentos tengan mayor efectividad (23,24).

6. Aislamiento y falta de apoyo: La participación social y el pertenecer de manera activa a algún grupo disminuyen el potencial suicida (1).

7. Desesperanza: El patrón cognoscitivo caracterizado por la percepción negativa del futuro, falta de planes a largo plazo y no despliegue de opciones de adaptación, aumentan el riesgo de suicidarse (25-30)

8. Género, raza, edad: Los hombres blancos y viejos tienen un mayor riesgo de suicidarse (1,31).

9. Modelamiento: Consiste en un efecto de imitación de conductas suicidas. Se ha encontrado que después de difundir por radio noticias de un suicidio, su tasa aumenta en casi un 7%. Algunos denominan a este fenómeno "Efecto Werther" (33). Se ha planteado que, junto con factores genéticos, este mecanismo interviene en los casos de suicidio en familiares cercanos.

10. Desencadenantes ambientales: Las tasas de suicidio se incrementan en períodos de crisis económica o social. También se ha visto asociación con di-

ficultades familiares y de pareja. La separación temprana de la madre por largos períodos de tiempo, el abuso físico y emocional, los desplazamientos frecuentes y el diagnóstico reciente de enfermedades graves, mutilantes o deformantes se han relacionado con el suicidio en el adulto.

11. Impulsividad: El suicidio es un acto violento. Algunas estructuras de personalidad, caracterizadas por su conducta impulsiva, tienen una tasa de suicidios más alta. Algunos suicidios impulsivos se han relacionado con niveles bajos de serotonina en el sistema nervioso central (14, 18, 23, 24).

12. Enfermedades físicas: Hasta un 40% de los suicidas tenían una enfermedad física significativa, como epilepsia, cáncer o trastornos digestivos y osteomusculares serios (1, 3).

13. Abuso sexual actual en niños y adolescentes.

14. Antecedentes familiares: Las personas con historia familiar de suicidio tienen un mayor riesgo (23).

EVALUACIÓN Y MANEJO

El médico general tiene que enfrentarse con frecuencia a pacientes con conductas suicidas. La evaluación inicial es de gran importancia ya que en ese momento es posible estimar un riesgo que permita tomar acciones preventivas, e iniciar un enganche terapéutico para una intervención en crisis (32).

Las recomendaciones generales para la evaluación y manejo del paciente con alguna de las categorías de conducta suicida mencionadas previamente son:

1. Efectuar una historia clínica y un examen físico y mental completos: Como se anotó previamente, los pacientes con enfermedades mentales, especialmente depresión o con enfermedades físicas importantes tienen un mayor riesgo de suicidarse. La anamnesis adecuada y el examen completo pueden poner en evidencia estas con-

diciones que pueden ser tratadas.

2. Manejar adecuadamente las condiciones médicas que se presenten como resultado de un intento de suicidio. En general este debe ser un paso previo al abordaje de los aspectos emocionales del paciente.

3. Establecer una adecuada relación médico - paciente: El planteamiento de una relación de colaboración mutua, basada en el respeto y el profesionalismo del terapeuta, son el punto de inicio de un tratamiento exitoso. El médico debe hacerse consciente de los sentimientos negativos que le puede despertar una persona con conductas suicidas (rabia, temor o desinterés) y tratar de que estos no interfieran con el manejo que hace del paciente.

4. Abordar las conductas suicidas en forma franca y respetuosa: Si se ha establecido una adecuada relación médico - paciente, en casi todos los casos se obtendrá una respuesta favorable por parte del paciente cuando se abordan los aspectos relacionados con el suicidio. El poder hablar abiertamente de estos temas, suele proporcionar un alivio a la persona abrumada por sentimientos de desesperanza y culpa. No es cierto que el preguntar sobre intenciones suicidas pueda generar comportamientos de este tipo en los pacientes, por lo cual no hay que temer cuando se exploren estos tópicos. Se recomienda que la exploración de la conducta suicida se haga con intervenciones de este estilo: ¿Se ha sentido tan triste y desesperado que ha pensado que la mejor salida es estar muerto?, ¿la situación está tan difícil que le ha pasado por la mente la idea de matarse?

5. En caso de que el paciente reconozca su conducta suicida enfocar la entrevista hacia la exploración de ideas de suicidio actuales, planes de suicidio realizados por el paciente, opinión que tiene el paciente de haber sobrevivido al intento y métodos alternativos que tiene el paciente para superar la situación actual. Además, se debe hacer una exploración rutinaria de los factores de riesgo anotados previamente, incluyendo ideación de desesperanza y alucinaciones

que le ordenan agredirse.

6. Si el paciente no reconoce la conducta suicida pero hay fuerte evidencia de que la tenga, se debe pensar que está muy avergonzado para reconocerla o que existe un mayor riesgo de que el paciente se suicide ya que no quiere que se descubran sus planes de matarse. En el primer caso se recomienda la exploración con técnicas de este estilo: "En estas condiciones casi todo el mundo pensaría que lo mejor es suicidarse. ¿cómo ha hecho usted para no pensar en eso?". En el segundo caso se debe aumentar la vigilancia sobre el paciente buscando el surgimiento de las conductas suicidas.

7. En los casos en los que el médico considere que existe riesgo de suicidio inminente, por la presencia de la mayoría de los factores de riesgo enumerados previamente se debe recomendar la hospitalización para vigilancia y evaluación especializada por un psiquiatra. La justificación para esta hospitalización debe quedar claramente consignada en la historia, ya que en ciertos casos debe hacerse contra la voluntad del paciente. Dentro de las órdenes médicas debe quedar claramente consignado: "Vigilancia estricta por riesgo de suicidio". En el sitio donde se realiza la hospitalización de estos pacientes se deben ofrecer medidas de seguridad obvias (no estar cerca ni tener acceso a ventanas en pisos altos ni permitir el acceso a elementos que puedan ser usados para autolesionarse como tijeras, envases de vidrio, cables eléctricos).

8. Durante la valoración es importante tener en cuenta los datos obtenidos a partir del personal de enfermería, con relación a las ideas, gestos y conductas que ha presentado el paciente durante el periodo de observación.

9. El manejo farmacológico puede estar enfocado al tratamiento de alguna condición psiquiátrica de base, o a obtener un grado de sedación óptimo que disminuya la ansiedad y la impulsividad del paciente, pero que permita mantener la comunicación para la exploración y las intervenciones psicoterapéuticas. En este último caso son de utilidad las benzodiazepinas que produz-

can grados moderados de sedación (recomendamos Clonacepam 0.25 mgs cada 6 a 8 horas e incrementar la dosis según la respuesta hasta 4 mgs). También pueden ser útiles los neurolépticos en dosis bajas, especialmente cuando predomina la impulsividad sobre la ansiedad y la disforia (recomendamos haloperidol 1- 2 mg cada 8 horas).

10. Cuando existan dudas sobre la presencia de riesgo de suicidio en un paciente, debe solicitarse la evaluación especializada por parte de un psiquiatra. Durante la valoración es importante tener en cuenta los datos obtenidos a partir del personal de enfermería, con relación a la ideas, gestos y conductas que ha presentado el paciente durante el periodo de observación.

11. En los casos en los que se establece que no hay riesgo actual de suicidio y se da salida al paciente, es necesario asegurar la colaboración de los familiares para

el seguimiento y vigilancia del paciente. En este sentido los familiares deben tener claridad sobre los siguientes puntos:

- a. El hecho de haber efectuado un intento de suicidio previo aumenta el riesgo de intentos posteriores.
- b. Si algún familiar sospecha que el paciente está pensando suicidarse debe buscar inmediatamente la atención médica.
- c. En muchos casos el intento de suicidio obedece a una conducta impulsiva y por lo tanto puede presentarse en cualquier momento. Debido a esto, en el hogar debe vigilarse la administración de la medicación y restringirse el acceso del paciente a métodos potencialmente letales (armas, cuchillos en la cocina, sogas, ventanas en pisos altos, etc.).
- d. Se debe permitir al paciente que hable libremente sobre sus ideas suicidas con alguno de los miembros de la familia, sin ser censurado o condenado. Es im-

portante evitar actitudes agresivas o de burla que puedan dificultar el manejo.

e. Los familiares deben estar alerta sobre algunos indicadores de intención suicida: Preocupación mórbida con temas de la muerte, tratar de dejar todos sus asuntos pendientes en orden, abandono de actividades previas, participación en conductas peligrosas, alucinaciones, delirios.

Finalmente, debe anotarse que no todo paciente con conductas suicidas es una persona en crisis emocional o con enfermedad mental. En algunos pocos casos la decisión de suicidarse obedece a razones existenciales e individuales que no son susceptibles de abordarse médicamente. Afortunadamente este tipo de situaciones no es común en la práctica médica. Estos casos, además de no beneficiarse claramente de un tratamiento médico, imponen difíciles condiciones desde el punto de vista ético y legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Moscicki E.** Epidemiology of Suicidal Behavior. *Suicide Life Threat Behav* 1995; 25 (1): 22-35.
2. **Jamison K, Baldessarini R.** Effects of Medical Interventions on Suicidal Behavior. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 2): 4-6.
3. **Hirshfeld R, Rusell J.** Assesment and Treatment of Suicidal Patients. *N Engl J Med* 1997; 337(13): 910-915.
4. **Morales M, Jiménez I.** El Suicidio Desde la Perspectiva Forense. *Rev Colomb Psiquiatr* 1996; 25(1): 29-37.
5. **Maris R.** Introduction. *Suicide Life Threat Behav* 1991; 21(1): 1-17.
6. **Beck AT, Steer R.** Clinical Predictors of Eventual Suicide: A 5-to 10 Year Prospective Study of Suicide Attempters. *J Affect Disord* 1989; 57 (2): 309-310.
7. **Pokorny A.** Suicide Prediction Revisited. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23(1): 1-10.
8. **Rudd D.** An Integrative Model of Suicidal Ideation. *Suicide Life Threat Behav* 1990; 20 (1): 16-30.
9. **Beck AT, Kovacs M, Weissman A.** Assesment of Suicidal Intent: The Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47(2): 343-352.
10. **Joiner T, Rudd D, Rajab H.** The Modified Scale for Suicidal Ideation: Factors of Suicidality and Their Relation to Clinical and Diagnostic Variables. *J Abnormal Psychol* 1997; 106 (2): 260-265.
11. **Pierce DW.** The Predictive Validation of a Suicide Intent Scale: a Five-year Follow-up. *Br J Psychiatry* 1981; 139:391-396.
12. **Wetzel R.** Ratings of Life and Death and Suicide Intent. *Psychol Rep* 1975; 37: 879-885.
13. **Plutchik R, Wan Praag H, Picard S, Conte H, Korn M.** Is There a Relation Between The Seriousness of Suicidal Intent and The Lethality of The Suicide Attempt?. *Psychiatry Res* 1989; 27(1): 71-79.
14. **Korn M, Botis A, Kotler M, Plutchik R, Conte H, Finkelstein G, et. al.** The Suicide and Agression Survey: A Semistructured Instrument for The Measurement of Suicidality and Agression. *Compr Psychiatry* 1992; 33(2): 359-365.
15. **Beck AT, Weissman A, Lester D.** Trexler The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42(6): 861-865.
16. **Pallis D, Gibbons J, Pierce DW.** Stimating Suicide Risk Among Attempted Suicides. II Efficiency of Predictive Scales after The Attempt. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 139-148.
17. **Conwell Y, Duberstein P, Cox Ch, Herrmann J, Forbes N, Caine E.** Relationships of Age and Axis I Diagnoses in Victims of Completed Suicide: A Psychological Autopsy Study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8): 1101-1108.
18. **Moscicki E.** Identification of Suicide Risk Factors Using Epidemiologic Studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20(3): 499-517.
19. **Harris C, Barraclough B.** Suicide as an Outcome for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170(205-228).
20. **Fenton W, McGlashon T, Victor B, Blyler C.** Symptoms, Subtype, and Suicidality in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *Am J Psychiatry* 1997; 154(2): 199-204.
21. **Caldwell C, Gottesman I.** Schizophrenia A High Risk Factor for Suicide: Clues to Risk Reduction. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22(4): 479-493.
22. **Simpson S, Jamison K.** The Risk of Suicide in Patients With Bipolar Disorders. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2): 53-56.

23. **Papolos D, Papolos AJ.** Overcoming Depression. Harper Trade 1992, pag 253-254.
24. **Plutchik R, Van Praag H.** The Measurement of Suicidality, Agressivity and Impulsivity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 1989; 12: S23-S34.
25. **Siegal J.** The Multidimensional Anger Inventory. J Pers Soc Psychol 1986; 51:191-200.
26. **Beck AT, Kovacs M, Weissman A.** Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. JAMA 1975; 234 (11): 1146-1149
27. **Beck AT, Steer R, Beck J, Newman C.** Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression. Suicide Life Threat Behav 1993; 23(2): 139-145.
28. **Jacobs D.** Depression Screening as an Intervention Against Suicide. J Clin Psychiatry 1999; 60 (suppl 2): 42-45.
29. **Joiner T, Rudd D.** Disentangling the Interrelations Between Hopelessness, Loneliness and Suicidal Ideation. Suicide Life Threat Behav 1996; 26(1): 19-26.
30. **Beck AT, Brown G, Steer R.** Prediction of Eventual Suicide in Psychiatric Inpatients by Clinical Ratings of Hopelessness. J Consult Clin Psychol 1989; 57(2): 309-310.
31. **Angst J, Angst F, Stassen H.** Suicide Risk in Patients With Major Depressive Disorder. J Clin Psychiatry 1999; 60(Suppl 2): 57-62.
32. **Canetto S, Sakinofsky I.** The Gender Paradox in Suicide. Suicide Life Threat Behav 1998; 28(1): 1-23.
33. **Jonas K.** Modelling and Suicide: A Test of the Wether Effect. Br J Soc Psychol 1992; 295-306.
34. **Shaffer D, Craft L.** Methods of Adolescent Suicide Prevention. J Clin Psychiatry 1999; 60(suppl2): 70-74.