

Evaluación del Riesgo de Suicidio

Hernán Martínez Glattli*

Definición de Suicidio, Intento de Suicidio y Riesgo Suicida

Según la Organización Mundial de la Salud , “el **suicidio** es un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento o la expectativa de que su resultado va a ser la muerte”. Un **intento suicida**, en cambio, puede tener o no a la muerte como el fin buscado. El **riesgo suicida** es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse. Este último es valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales y del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo.

Epidemiología General

En el mundo hay 800.000 suicidios por año, y corresponden al 1.6 % de todas las muertes. Hay muchos más suicidios pero no son registrados por cuestiones culturales, religiosas u otras, y muchos otros son computados como accidentes. En muchos países el suicidio es una de las principales causas de muerte.ⁱ En Argentina habría entre 6 y 12 suicidios consumados cada 100.000 habitantes por año.ⁱⁱ Además, de cada 100.000 personas que viven en la Ciudad de Buenos Aires, 11 se suicidan cada año. Por otro lado, se considera que hay 23 intentos suicidas por cada suicidio consumado (tasa de intentos suicidas: 100 a 300 cada 100.000 habitantes por año).

* Médico Psiquiatra. Docente de la Cátedra de Psicofarmacología. Facultad de Psicología. UBA.
Ex Jefe de Interconsultas y Urgencias de Psicopatología de Clínica y Maternidad Suizo Argentina

Generalidades

¿Por qué se ocupan los psicólogos y psiquiatras de la atención de los pacientes suicidas?

Porque por lo menos el 95% de las personas que se suicidan tienen diagnóstico de patología psiquiátrica. Y, además, porque se acepta que los intentos suicidas surgen ante un sufrimiento psíquico que sobrepasa el umbral de tolerancia del sujeto.

El suicidio es un desenlace posible y frecuente de muchas enfermedades mentales. Cuando un paciente en tratamiento psiquiátrico se quita la vida, provoca en el psicólogo o médico tratante un fuerte impacto emocional.

un mal diagnóstico
aumenta el riesgo de
muerte por suicidio

Esto ocurre así porque pueden no tomarse las medidas adecuadas para el cuidado y el tratamiento que el paciente requiere.

Detección de personas con tendencias suicidas

Esquemáticamente, lo primero que debemos hacer para poder detectarlas, es pensar que hay personas que preferirían morir antes de seguir viviendo y que algunas de ellas podrían llegar a quitarse la vida. Debemos considerar esto ante cada uno de los pacientes que atendemos. Podemos dar con pacientes con riesgo suicida entre los que acaban de intentar matarse; entre los que consultan porque tienen ideas o impulsos de suicidarse; entre los que tienen conductas suicidas o entre los pacientes que consultan por cualquier otra molestia. Entonces, si detectamos en el paciente ideas o conductas suicidas, debemos evaluar si su posible riesgo de muerte es mayor que el de la población general. También debemos valo-

rar la intención suicida actual así como observar sus controles internos y ambientales. Y, finalmente, si está en riesgo, instaurar las medidas de prevención y de tratamiento adecuadas.

¿Es posible evitar que se suicide una persona que quiere matarse?

Es difícil dar una respuesta. Es necesario que el profesional tenga conocimientos técnicos suficientes como para diagnosticar el riesgo de manera precoz. Que pueda tomar las precauciones para asegurar la vida del paciente, y que pueda hacer un tratamiento adecuado. Aún así, el paciente puede suicidarse

Evaluación del Riesgo de Suicidio

- A) ¿SE PUEDE EVALUAR EL RIESGO SUICIDA?
- B) FACTORES ESTADÍSTICOS DE RIESGO SUICIDA
- C) EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

A) ¿Se puede evaluar el riesgo suicida?

Ante los pacientes con posible riesgo de quitarse la vida, es difícil llegar a conclusiones exactas y seguras sobre quién va a intentar un suicidio y quién no lo va a hacer, y cuando es inminente el acto suicida. Las **escalas** de valoración del riesgo suicida permiten determinar si un paciente está dentro de una población de riesgo o no. Hay que tener en cuenta que los factores que se

evalúan en las escalas pueden variar con el tiempo y que por sí solos no indican la inminencia del suicidio.

Una de las escalas más utilizadas y que es de fácil aplicación es llamada "SAD PERSONS scale", que permite una rápida mirada a los factores de riesgo más importantes y una aproximación a la conducta a seguir:

SAD PERSONS SCALE¹

- **S**EX (SEXO): VARONES.
- **A**GE (EDAD): MENOS DE 19 O MÁS DE 45 AÑOS.
- **D**EPRESSION (DEPRESIÓN).
- **P**REVIOUS ATTEMPT (INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS).
- **E**THANOL ABUSE (ABUSO DE ALCOHOL)
- **R**ATIONAL THINKING LOSS (TRASTORNOS COGNITIVOS).
- **S**Ocial SUPPORTS LACKING (BAJO SOPORTE SOCIAL).
- **O**RGANIZED PLAN (PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO).
- **N**O SPOUSE (SIN PAREJA ESTABLE).
- **S**ICKNESS (ENFERMEDAD SOMÁTICA).

POR CADA ÍTEM POSITIVO¹ QUE TIENE EL PACIENTE SE LE ASIGNA UN PUNTO. LA CONDUCTA SUGERIDA A SEGUIR CON EL PACIENTE SERÍA:

- **0-2 PUNTOS:** ALTA CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO.
- **3-4 PUNTOS:** SEGUIMIENTO AMBULATORIO INTENSIVO. CONSIDERAR INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA.
- **5-6 PUNTOS:** SI NO HAY CONTROL FAMILIAR ESTRECHO DEBE INTERNARSE.
- **7-10 PUNTOS:** INTERNACIÓN. RIESGO DE MUERTE INMINENTE.

¹ Tener en cuenta que por sí solos, los ítems sexo, edad, bajo soporte social y sin pareja estable no indican que el paciente tenga riesgo suicida. Se entiende que ante un paciente con riesgo suicida, estos ítems aumentan estadísticamente el riesgo.

Por otro lado, hay **criterios clínicos** para evaluar el riesgo suicida, que funcionan como una guía para la apreciación de las necesidades de tratamiento de los pacientes y auxilian a los psicólogos y psiquiatras en la elección de los caminos adecuados. Hay que recordar que no deben ser interpretados como reglas absolutas, y que es sumamente importante la experiencia del evaluador. En términos generales, el examen clínico trata de determinar si el sufrimiento psíquico está en un nivel crítico y a punto de sobrepasar el nivel de tolerancia del individuo. Asimismo debe evaluar la inminencia del acto suicida, el que dependería tanto de la intención clara de matarse, como de querer morir en el acto suicida; de la falta de capacidad de dominio sobre sus propios impulsos y de no tener allegados que funcionen como contenciones externas a sus fuerzas suicidas. También tendría que manifestarse un estresante que desmejore el estado (físico, somático, socioeconómico, etc.) que tenía el sujeto.ⁱⁱⁱ

B) Factores estadísticos de riesgo suicida

1. **FACTORES DEMOGRÁFICO-SOCIALES DE RIESGO SUICIDA**
2. **FACTORES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DE RIESGO SUICIDA**
3. **RIESGO SUICIDA EN LAS ENFERMEDADES MÉDICAS NO PSIQUIÁTRICAS**
4. **FACTORES GENÉTICO-FAMILIARES DE RIESGO SUICIDA**
5. **RIESGO SUICIDA DADO POR LOS ANTECEDENTES DE INTENTOS SUICIDAS**

Los factores estadísticos de riesgo suicida definen a los grupos de riesgo, pero no predicen cuál persona se va a suicidar y cuál no lo va a hacer.^{iv}

1) Factores demográfico-sociales de riesgo suicida

- **Sexo:**^{i-ix-v-vi}

Por cada dos o cuatro hombres que se suicidan hay sólo una mujer que lo hace, y por cada hombre que hace una tentativa suicida hay cuatro mujeres que intentan hacerlo. Por lo tanto, si bien las mujeres hacen más intentos suicidas, los hombres mueren más frecuentemente por esta causa.

El suicidio en el hombre va aumentando en la adolescencia, asciende abruptamente en la temprana adultez y después sigue un gradual ascenso. En la mujer tiene su pico en la mitad de la vida y después declina.

- **Edad:**^{i--vi}

En términos generales se puede decir que a medida que aumenta la edad aumenta la letalidad de los intentos suicidas. Las personas ancianas pertenecen al grupo etario con tasas más elevadas de suicidios consumados. Contrariamente, los intentos suicidas disminuyen al aumentar la edad.

- **Estado civil:**ⁱ⁻⁻

El suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas y divorciadas o viudas. El estar casado y tener hijos hace menos proclive a las personas al suicidio, especialmente a las mujeres. Y, además, aumenta el riesgo de suicidio si la persona vive sola o si se separó recientemente de su pareja, más allá del estado civil que tenga.

- **Nivel socioeconómico y ocupación:**ⁱ⁻⁻

El suicidio y las tentativas suicidas son más frecuentes en los dos extremos sociales, con mayor riesgo en la clase más baja. También incrementa el riesgo un descenso en el nivel social y un período prolongado de falta de trabajo. Entre los profesionales, dentro de los grupos de mayor riesgo están los anestesistas y los psiquiatras (y esto está potenciado si son mujeres).

- **Hábitat:**ⁱ⁻⁻

Hay más suicidios y tentativas de suicidio en las ciudades que en el medio rural. Dentro de las ciudades, las tasas de suicidio son mayores en los barrios más carenciados. Es probable que la sensación de falta de integración social, de falta de pertenencia a grupos políticos, religiosos, de trabajo, o familiares desempeñe un papel importante en la posibilidad de intentar suicidarse.

2) Factores psicológicos y psiquiátricos de riesgo suicida

- **Factores psicológicos de riesgo suicida**

Muchas de las personas que intentan suicidarse tienen sentimientos de desesperanza y pesimismo, y una visión decepcionante del futuro. Su autoestima está disminuida y encuentran que el suicidio es un

camino válido para solucionar sus problemas, aunque niegan que estas ideas conlleven un riesgo para ellos. Son de pensamiento rígido y perfeccionista, con baja tolerancia a las frustraciones y con tendencia a la impulsividad y al enojo, lo que los lleva a aislarse socialmente..

• **Factores psiquiátricos de riesgo suicida**

Los pacientes psiquiátricos son un grupo especialmente susceptible de presentar comportamientos suicidas. Se considera que es un porcentaje mínimo - sólo el 2% - el de las personas que se quitan la vida y que no padecen de ningún tipo de trastorno mental.^{i-vi}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{vii}, el porcentaje de enfermedades mentales que se encuentran en los suicidios consumados es el siguiente:

DE TODOS LOS SUICIDIOS CONSUMADOS, EL:
<ul style="list-style-type: none"> • 24% PRESENTA TRASTORNOS AFECTIVOS • 22% TRASTORNOS NEURÓTICOS Y DE PERSONALIDAD • 18% ABUSO DE SUSTANCIAS • 10% ESQUIZOFRENIA • 5% DELIRIUM Y DEMENCIA • 21% OTROS TRASTORNOS MENTALES

FRECUENCIA DE SUICIDIOS EN LAS DISTINTAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

DE CADA 100 PACIENTES CON...	MUEREN POR SUICIDIO
TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	10
DEPRESIÓN MAYOR	15
DEPRESIÓN MAYOR + SÍNTOMAS PSICÓTICOS	75
ALCOHOLISMO	10-15
ALCOHOLISMO + TRASTORNO ESTADO DE ÁNIMO	75
ESQUIZOFRENIA	10-15
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	17
TRAST. PERSONALIDAD BORDERLINE + ANTISOCIAL	13
TRASTORNO DE PÁNICO + T.P.BORDERLINE	25

Uno de cada 10 pacientes psiquiátricos muere por intento de suicidio a lo largo de la vida, mientras que el riesgo de la población general es de 1 suicidio cada 100 personas. La tasa media de suicidios de los pacientes psiquiátricos es de 167/100.000 por año.

El riesgo de suicidio está incrementado en prácticamente todos los trastornos psiquiátricos mayores y es mayor aún en el momento del alta de una internación psiquiátrica.

• **TRASTORNOS AFECTIVOS**

Es el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentemente hallado entre las personas suicidas: uno de cada dos o cada cuatro suicidas tenían un trastorno afectivo.^{vi-vii}

Presentan un riesgo de suicidio multiplicado por 40 con respecto a la población general. Si a los trastornos afectivos se les agrega como comorbilidad un trastorno de la personalidad, el abuso de sustancias o un trastorno de ansiedad, la posibilidad de que realicen un intento suicida aumenta mucho más.

De cada 100 pacientes con depresión mayor, 15 mueren por suicidio.¹ El riesgo aumenta considerablemente cuantas más de las siguientes características presente el paciente:

1. sexo masculino ;
2. de edad media o avanzada ;
3. soltero, separado, divorciado o viudo ;
4. con historia reciente de una pérdida importante ;
5. depresión que cursa con síntomas psicóticos (aumenta el riesgo cinco veces) ;
6. aislado o con una menor integración social ;
7. con antecedentes familiares de suicidio.
8. con insomnio, ansiedad, pseudodemencia depresiva, desesperanza y anhedonia.

• **ALCOHOLISMO**

El riesgo de muerte por suicidio a lo largo de la vida de un paciente con alcoholismo es de aproximadamente entre el 10 y el 15%.

De todos los alcohólicos que mueren, entre el 5 y el 27 % son por suicidio.

En general son personas solas o que sufrieron una pérdida interpersonal en el último mes y medio, o una ruptura de relación de pareja en el último año. Además, 75 de cada 100 alcohólicos con trastorno del estado del ánimo mueren por suicidio. Los

alcohólicos que tuvieron un intento de suicidio anteriormente o están en el primer año de post-internación, tienen un 40% de riesgo de morir por suicidio.

Los mecanismos por los que el consumo de alcohol pueden predisponer al suicidio son :

1. enturbiamiento o disminución del juicio ;
2. alteraciones agudas y crónicas del estado del ánimo ;
3. aumento de la impulsividad ;
4. exacerbación de la patología psíquica presente ;
5. alteración de las relaciones interpersonales.

Además, el alcohol está implicado en la cuarta o quinta parte del total de los suicidios.

• **ESQUIZOFRENIA :**

Entre el 10 y el 15% de los pacientes con este trastorno terminan su vida suicidándose, y de todas las muertes por suicidio, entre el 5 y el 10% son en pacientes esquizofrénicos .^{vi}

Entre los pacientes con esquizofrenia el suicidio se da más frecuentemente en :

1. varones jóvenes (aproximadamente 31 años) ;
2. en los primeros años de la enfermedad ;
3. solteros y que viven solos ;
4. en internación o con alta reciente ;
5. con sintomatología depresiva, desesperanza o sensación de ineptitud ;
6. con educación universitaria.

• **TRASTORNOS DE ANSIEDAD:**

De cada seis muertes en personas con trastornos de ansiedad, una es por suicidio (16,7%). El trastorno de pánico está relacionado con un aumento de la incidencia de suicidio.

Aumenta el riesgo de muerte para la persona si junto al trastorno de ansiedad se presentan:

1. Trastorno depresivo
2. Abuso de sustancias
3. Trastorno de la alimentación
4. Trastorno por estrés postraumático
5. Trastorno de la personalidad.^{vi}

• **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD :**

Los trastornos de personalidad que presentan conductas de tipo suicidas más frecuentemente son los trastornos borderline y antisocial de la personalidad. Pero, lo más habitual es que estas conductas sean repetitivas y no sean fatales. Aún así, no hay que olvidar que el 10 % de todos los intentos suicidas terminan en muerte.

Por otro lado, la tercera parte de los adolescentes suicidas presenta un trastorno de personalidad.^{vi}

• **DELIRIUM, DEMENCIA Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS :**

Cuatro a cinco de cada 100 personas que se suicidan presentan delirium, demencia o algún otro trastorno cognitivo.^{vi}

3) Riesgo suicida en las enfermedades médicas no psiquiátricas

Entre el 25 y el 75 % de los individuos que consuman el suicidio tienen alguna enfermedad médica, y el 5% una enfermedad terminal.ⁱ Estas cifras van aumentando junto con la edad. El hecho de tener mala salud en los últimos 6 meses también aumenta el riesgo.

Los diagnósticos más frecuentes son : enfermedad incapacitante crónica (insuficiencia renal que requiere diálisis) ; enfermedad terminal o diagnósticos que están relacionados con la idea de muerte a corto plazo (cáncer, SIDA) ; dolor crónico (neurálgia del trigémino, cefaleas incohercibles).

En la mayor parte (80%) de los pacientes con enfermedad somática que realizan intentos suicidas hay una comorbilidad con trastornos depresivos. Sin embargo, es frecuente que al haber dolor importante la depresión quede disimulada y no sea identificada.^{i-vi}

4) Factores genético-familiares de riesgo suicida

El tener un familiar que murió por suicidio se asocia a un aumento considerable de la posibilidad de intentar suicidarse. Casi la mitad de los familiares de un suicida realizan un intento de suicidio en su vida. Esto es así más allá de que pueda ser debido a identificación con el familiar suicida o a una predisposición genética.^{i-vi}

5) Riesgo suicida por antecedentes de intentos suicidas

El antecedente de haber intentado suicidarse es uno de los factores que aporta al paciente más riesgo de quitarse la vida. Se sabe que uno o dos de cada diez de estas personas van a morir por suicidio. Y que aportan a la totalidad de los suicidios la mitad de las muertes. Por lo cual hay que tener muy en cuenta a las personas que ya realizaron un

intento de suicidio por el alto riesgo que esto representa (100 veces más que la población general en el primer año).

C) Exploración clínica del paciente

1) Estudio de la ideación suicida

2) Examen del estado mental del paciente

3) Algunas ideas populares que pueden confundir al evaluador

1) ESTUDIO DE LA IDEACIÓN SUICIDA

A) ¿CUÁNDO EXPLORAR LAS IDEAS SUICIDAS?

- I) Cuando se ha realizado un intento suicida;
- II) Cuando se explicita una idea o una intención suicida;
- III) Cuando se niega de una manera muy rígida y terminante, pero su conducta hace pensar que intentó quitarse la vida (intoxicación con sedantes “para dormir”; corte de muñecas “por accidente”).
- IV) Cuando tiene conductas sospechosas de ideación suicida (compra de un arma, una cuerda, o medicación en exceso; reparte sus pertenencias o escribe un nuevo testamento, etc.)
- V) Cuando hay síntomas o signos de enfermedades psiquiátricas que predisponen al intento suicida (depresión, alcoholismo, etc.). Este tema se desarrolla en el examen del estado mental del paciente.

Hay algunas premisas básicas que se deben tener en cuenta ante una persona potencialmente suicida:

- 1. Nunca desentenderse de las manifestaciones suicidas.
- 2. No juzgar al paciente por que tenga deseos de morir. De lo contrario no se sentirá entendido y no querrá seguir hablando de lo que le sucede.

- 3. No hay que temer a las ideas suicidas; la muerte es una posibilidad más dentro de los sucesos de la vida y querer morir es un síntoma de haber sido sobrepasado por las circunstancias.
- 4. No hay que enojarse con el paciente ya que él padece una enfermedad.
- 5. Preguntar francamente sobre las ideas suicidas. Las preguntas imprecisas tienen respuestas ambiguas.

B) EJEMPLOS DE PREGUNTAS Y TIPOS DE RESPUESTAS EN LA EXPLORACIÓN DE LA TRAMA SUICIDA

1) Preguntas sobre ideas suicidas:

- ¿Alguna vez tuvo la impresión de que las cosas no valen la pena?
- ¿Pensó alguna vez que la vida no vale la pena ser vivida?
- ¿Alguna vez se sintió tan mal que pensó que sería mejor estar muerto?
- ¿Pensó que sería mejor matarse antes que sentirse como se siente ahora?
- ¿Pensó alguna vez en matarse?

Si tiene ideas suicidas pasivas, que tienen que ver con desear no vivir, desear estar muerto, desear morir, pero no de matarse, podrá decir:

- “Ojalá me agarrara un infarto mientras estoy durmiendo”.
- “Así no vale la pena vivir”.
- “No me mataría, pero si Dios quisiera hacer que todo termine...”.
- Si tiene ideas suicidas activas, que tienen que ver con querer o pensar en la posibilidad de matarse, las respuestas serán del tipo de:
- “Estuve pensando en matarme”.
- “Pensé en matarme pero no quiero sufrir”.

2) Preguntas sobre planes o métodos suicidas:

- ¿De qué manera se le ocurrió que podría matarse?
- ¿Se le ocurrieron otras formas de matarse?
- ¿Planeó cuándo lo iba a hacer?
- ¿De qué manera lo había planeado?
- Puede no haber pensado en algún método para matarse, pero si pensó en un método concreto para quitarse la vida, interrogar:

- ¿Puede describir el método?

Respuestas:

- “Pensé en tomarme todas las pastillas que tengo y acostarme en la cama a la mañana, cuando ya todos se hayan ido”.

Preguntas:

- ¿Con qué frecuencia lo piensa?
- ¿Intentó llevarlo a la práctica?

Respuestas:

- “Estuve pensando en tirarme debajo de un tren. Fui varias veces hasta la estación y no me animé”;

3) Preguntas sobre el acceso que tiene a medios letales:

- ¿Tiene con qué matarse?
- ¿Tiene acceso al método elegido?
- ¿Tiene un revolver en su casa?
- ¿Tiene medicación en su casa?
- ¿En qué piso vive?

Respuestas:

- “Fui a comprar una escopeta y la tengo cargada en el armario para cuando esté solo”.
- “En realidad nunca tomé la medicación que me dió mi médico y la guardé para este momento”.

4) Investigación sobre los antecedentes de intentos suicidas:

- ¿Alguna vez estuvo a punto de matarse y no pudo hacerlo o se arrepintió?
- ¿Intentó antes suicidarse?
- ¿Por qué intentó matarse antes? ¿Por las mismas razones que ahora?
- ¿Hubo cambios en el motivo por el que intentó matarse?

Respuesta:

- “Hace dos años cuando murió mi papá intenté matarme. Hace 3 días murió mi mamá y no lo soporto”.

5) Expectativas de futuro del paciente:

- ¿Cree que puede intentar matarse en los días siguientes?
- ¿Por qué se quiere matar?
- ¿Qué motivos tiene para no matarse?
- ¿Tiene familia que sufriría si usted se mata?
- ¿Y ahora, qué va a hacer? ¿Cómo ve su futuro? ¿Tiene cosas pendientes que le interese terminar?

Respuestas:

- “¡No puedo controlar las ganas de matarme!”.
- “Antes pensaba en lo mal que le hacía a mis hijos si me mataba. Ahora creo que

ellos van a estar mejor si yo estoy muerta”.

- “Ya no sé qué hacer. Mi vida está destrozada. Ya no me queda nada para hacer acá”.
- “Ya me despedí de todos y regalé todo lo que tenía”.

6) Ideas suicidas junto con ideas delirantes o con un discurso incoherente. Hay que investigar si hay patología psiquiátrica:

- ¿Hay alguna cosa que le haya parecido extraña?
- ¿Alguien le dijo que debía matarse?
- ¿Hay voces que le dicen que se mate?
- ¿Tiene alguna finalidad que usted se mate?
- ¿Qué pasaría si usted no se mata?
- ¿Está tomando alguna medicación?
- ¿Está en tratamiento médico o psiquiátrico?

Respuestas :

- “Tengo que tomar lavandina para purificarme y salvar al mundo”.
- “¡Dejenme! No ven que están viniendo. ¡Son del Infierno! ¡Salvajes! ¡Me tengo que escapar! ¡Suben! ¡Me tiro por la ventana!”.

7) Investigar si hay ideas homicidas junto a las ideas suicidas.

- ¿Pensó en matarse junto con alguna otra persona?
- ¿Esta persona está de acuerdo en que ambos se maten?
- ¿Pensó en matar a alguien?

Respuestas:

- “Me voy a pegar un tiro. Pero no me voy a morir sólo: ella me va a acompañar”.

C) ¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER SOBRE UN PACIENTE QUE ACABA DE REALIZAR UN INTENTO DE SUICIDIO FRUSTRO, PARA EVALUAR SU RIESGO SUICIDA ACTUAL?

- 1) ¿El método con que intentó matarse era realmente letal (Tienen gran letalidad: arma de fuego, ahorcamiento, salto al vacío de un lugar elevado)? ¿Qué grado de letalidad le atribuye el paciente al método utilizado? (Puede creer que alguna medicación es letal aunque no lo sea).

- 2) ¿Está sorprendido de que el método no funcionara y que él esté vivo?
- 3) ¿El intento suicida tiene características tales como para que el paciente fuera encontrado rápidamente? (Por ejemplo: tomó las pastillas muy cerca de la hora en que volvía el esposo de trabajar).
- 4) ¿Cuál fue la reacción posterior? ¿Se sintió aliviado al ser salvado?
- 5) ¿Intentaba decir algo (que le prestaran atención, que le ofrecieran ayuda) con el acto suicida, o su intención era sólo morir?
- 6) ¿Planeó el acto suicida o fue impulsivo?
- 7) ¿Hubo algún cambio en los determinantes o desencadenantes psicológicos o relacionales o socioeconómicos del intento de suicidio? ¿Hubo algún cambio en estos estresores o permanecen igual?

D) SUICIDIOS FRUSTRADOS Y PARASUICIDIOS

Dentro del total de las personas que sobreviven a un intento suicida hay dos poblaciones diferentes: los llamados parasuicidas y los suicidas frustrados.

Los parasuicidas son la mayoría y tienen características distintas de los que mueren por suicidio. Se ve en personas más jóvenes (la mitad es menor de 30 años), generalmente mujeres y con conflictos interpersonales. Manifiestan hostilidad y manipulación hacia los demás, generalmente no percibidas o no reconocidas por el paciente pero sí por la persona que los trata, y presentan mayor psicopatología del carácter (el 50 % tienen algún trastorno de la personalidad). Los trastornos del estado del ánimo se presentan en alta proporción (hasta en el 80% de los pacientes). Su accionar tiende a ser de tipo impulsivo (más de la mitad lo decide una hora antes de realizarlo). Tienden a estar en relación con otras personas más que al aislamiento. Sus intentos suicidas son de letalidad e intencionalidad bajas, y realizados en situaciones donde cuentan con mucha probabilidad de recibir ayuda. El 10 % de las personas que realizan un parasuicidio finalmente terminan muertos por suicidio.

Los pacientes que realizan un **intento de suicidio frustrado** tienen características similares a las personas que mueren por suicidio. Son generalmente varones y de mayor edad que los parasuicidas. Su tipo de conflicto es intrapersonal. Presentan mayor aislamiento que las personas del grupo anterior y tienen menor psicopatología del carácter. Planean sus actos suicidas, generalmente con métodos de alta letalidad. Tienen una alta intención de matarse en el intento, y cuando lo hacen, lo preparan de tal manera que es baja la probabilidad de que puedan recibir ayuda. Si estos pacientes vuelven a intentar suicidarse tienen altas chances de morir.

¿Para qué sirve diferenciar a estos dos grupos? Permite una aproximación a la idea del riesgo de morir que tiene una persona que pertenece a alguno de los dos grupos si intenta nuevamente un suicidio, lo que nos llevará a implementar terapéuticas distintas.

2) EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DEL PACIENTE

Por medio de la semiología, vamos a evaluar si el paciente padece algún trastorno psiquiátrico que aumente el riesgo suicida. Los próximos párrafos estarán destinados a repasar las alteraciones de las funciones mentales que vemos habitualmente en la práctica clínica y los trastornos en los cuales suelen aparecer.

Semiológicamente debemos tomar en cuenta:

- 1) **El aspecto general del paciente** con la actividad motora, la marcha y la postura corporal, la vestimenta, el aseo y la expresión facial.
 - A) En la depresión puede haber enlentecimiento psicomotriz, postura de hombros caídos, con falta de aseo personal, con expresión de tristeza en el rostro.
 - B) En la demencia pueden estar sucios y abandonados.
 - C) En la manía y en las intoxicaciones con alcohol y otras drogas, excitación psicomotriz
- 2) **El vínculo con el entrevistador:**
 - A) Buena predisposición a la ayuda: colaborador, atento.
 - B) Negativa a querer reconocer que intentó matarse: evasivo

- C) Trastorno psicótico: actitud paranoide.
- D) Trastorno de personalidad: pseudocolaborador.
- E) Depresión, delirium o demencia: indiferente.
- F) Intoxicación, delirium: agresivo.
- 3) **La lucidez de la conciencia**, que nos informa si está lúcido, obnubilado, confuso, estuporoso o en coma.
- A) En el delirium no tiene lucidez de la conciencia.
- B) En intoxicaciones puede no tener lucidez de la conciencia.
- 4) **La conciencia de situación y de enfermedad**
- A) En esquizofrenia, delirium, demencia, intoxicación: pueden tener ausencia de conciencia de situación y de enfermedad.
- 5) **La orientación autopsíquica y témporo - espacial**
- A) En demencia y delirium: desorientación.
- 6) **La atención**, que es el mecanismo para examinar el mundo exterior e interior.
- A) En el delirium y en la demencia avanzada está alterada.
- B) En intoxicación con sedantes o antidepresivos tricíclicos está alterada.
- 7) **La memoria**
- A) En el delirium y en la demencia está alterada.
- B) En la depresión puede estar alterada.
- C) Demencia por alcoholismo crónico: Puede haber amnesia con confabulación de relleno.
- 8) **Alucinaciones:**
- A) En la esquizofrenia, las más frecuentes son las auditivas.
- B) En las psicosis tóxicas por drogas, las visuales.
- C) En la abstinencia de alcohol y abuso de cocaína y anfetaminas: las táctiles.
- 9) **El pensamiento:**
- A) En la manía y en la ebriedad: aceleración del pensamiento (taquipsiquia).
- B) En depresión y esquizofrenia, enlentecimiento del pensamiento (bradipsiquia). En la demencia o el delirium, la incoherencia (las frases no tienen sentido ni coherencia en sí mismas, como en la ensalada de palabras).
- C) En el delirium, la disgregación del pensamiento (no tiene una idea directriz pero las frases tienen coherencia interna).
- D) En los trastornos psicóticos y en los trastornos del estado del ánimo con síntomas psicóticos (depresión mayor o trastorno bipolar, con síntomas psicóticos), en delirium y demencia y en los estados tóxicos: ideas delirantes.
- 10) **La conducta verbal:**
- A) En la manía: logorrea (el paciente no puede interrumpir su hablar).
- B) Estados tóxicos por alcohol o drogas, delirium, demencia, esquizofrenia: gritos y vociferaciones con excitación psicomotriz.
- C) En el delirium: semimutismo.
- D) En la esquizofrenia: diálogos delirantes.
- E) En depresión, esquizofrenia, delirium, demencia, histeria: mutismo.
- 11) **El juicio**, que es el acto mental de comparación y evaluación de alternativas para decidir un curso de acción:
- A) Puede estar alterado en la esquizofrenia, en la demencia, en el delirium.
- 12) **La afectividad**
- A) En la depresión hay estado de ánimo depresivo, tristeza, falta de interés o incapacidad para sentir placer.
- B) En la manía hay un estado de ánimo elevado o irritable y expansivo.
- C) En delirium, demencia, intoxicación con alcohol o drogas, puede haber euforia. En la esquizofrenia y en la demencia puede haber hipotimia (descenso del tono afectivo).
- D) En demencia, delirium, esquizofrenia y trastornos de personalidad podemos encontrar labilidad afectiva (cambios bruscos, rápidos y repetidos de la expresión afectiva, sin motivos aparentes).
- 13) **La actividad voluntaria**
- A) En la depresión: hipobulia (disminución de la actividad voluntaria).
- B) En la manía, intoxicación por alcohol o drogas, delirios, depresión agitada:

hiperbulia (aumento de la actividad voluntaria).

- C) En los trastornos de personalidad puede haber impulsividad (actos sin control consciente).
- D) En demencia y delirium: apraxias (deterioro de la capacidad de ejecutar actos motores adecuados a un objetivo. No se debe a una parálisis ni a la incapacidad de reconocer a los objetos o de realizar el movimiento esperado).

14) El sueño

- A) Trastorno de ansiedad: insomnio de conciliación
- B) Depresión: insomnio intermedio o tardío.
- C) Delirium y demencia: cambios del ritmo del sueño.
- D) Delirium: hipersomnía.
- E) Manía, fase activa de la esquizofrenia: ausencia de necesidad de dormir.

15) Alimentación

- A) Psicosis, depresión, delirium: rechazo de alimento.
- B) Demencia, delirium, psicosis: ingestión de sustancias no nutritivas como materia fecal o tierra.

16) Controles internos y externos

- A) **Controles internos** de sus propios impulsos suicidas: es la capacidad de manejar su energía autolesiva, con la responsabilidad de no intentar matarse y de solicitar ayuda o colaboración en caso de necesitarla.
 - Trastornos borderline y límite de la personalidad, delirium, demencia, esquizofrenia. Pueden no tener controles internos propios.
- B) **Controles externos** son personas o instituciones (familiar, terapeuta, médico, institución psiquiátrica, etc.) que suplen la carencia de los controles internos del paciente.

ES IMPORTANTE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CONTROLES. EN CASO DE QUE FALLEN LOS CONTROLES INTERNOS, EL CUIDADO DEL PACIENTE, COMO LA OBSERVACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL TRATAMIENTO, Y LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS PARA MANTENERLO CON VIDA, DEPENDERÁN DE LOS CONTROLES EXTERNOS.

3) ALGUNAS IDEAS POPULARES QUE PUEDEN CONFUNDIR AL EVALUADOR

Ante ciertas situaciones y frente a determinadas poblaciones, se hace caso a creencias populares que llevan a minimizar el riesgo suicida que tienen los pacientes. La función de este apartado es tratar de desactivar esas creencias y proteger del riesgo de matarse a estos individuos a los que muchas veces se excluye del cuidado

- **“Quien dice que se va a matar no lo hace”**. Hay que tener en cuenta que la mayor parte de los suicidas (un 70 - 80%) comentan a sus familiares o al médico su proyecto suicida semanas antes de consumarlo , y que el 40 - 60% de los pacientes consultó a un servicio psiquiátrico la semana anterior al intento. Por lo tanto hay que tener en cuenta que **no es cierto que quien dice que se va a matar no lo hace**.

- **“Las histéricas no se matan”**. El 10% de los intentos suicidas acaban en suicidio. El diagnóstico de “Histeria” (o de un Trastorno Disociativo) no descarta el riesgo de muerte.^{viii} **Se puede morir en una actuación histérica**.

- **“Es joven. Ya se le va a pasar la depresión”**. En los últimos años aumentaron las tasas de suicidio entre las personas jóvenes de entre 15 y 24 años. Muchos de ellos padecían de depresión. No es cierto que la depresión en los jóvenes sea benigna. Es tan grave como puede serlo en otras edades de la vida, ya que muchas veces lleva al suicidio. Aumenta aún más el riesgo suicida la dependencia al alcohol y a otras drogas. Los rasgos de personalidad que se encuentran entre los jóvenes suicidas son :
 - hostilidad
 - rabia
 - baja tolerancia a las frustraciones
 - impulsividad.

No hay que desestimar los avisos, ya que la mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio, comunicaron su intención antes del primer intento suicida.ⁱ

- **“Los ancianos se acostumbran a la depresión y toleran el sentirse mal”**

En los últimos años aumentaron las tasas de suicidio en los mayores de 65 años. A medida que avanza la edad hay un mayor

riesgo de suicidio, y este sector etario es el más eficaz a la hora de intentar quitarse la vida.

Los principales factores de riesgo de la conducta suicida en los ancianos son :

- síntomas depresivos y/o historia psiquiátrica anterior
- aislamiento social y rechazo familiar ; deterioro económico
- soledad, fallecimiento del cónyuge
- enfermedades físicas y dolor crónicos
- jubilación, sensación de inutilidad

No hay que pasar por alto los pedidos de ayuda pensando que son viejos y que toleran mejor el sentirse mal : más de la mitad de los ancianos había consultado con su médico en las semanas previas al suicidio.

- **“No hay que hablar sobre las ideas suicidas porque se lo puede inducir a querer matarse”.** Muchas veces los pacientes no pueden hablar sobre sus ideas suicidas porque creen que su interlocutor no lo va a entender o que van a ser juzgados por tener deseos de morir. En una evaluación diagnóstica es necesario incluir preguntas sobre la ideación de muerte o la ideación suicida. Si uno no lo hace, no está teniendo en cuenta que la imposibilidad de hablar sobre el tema puede favorecer la alternativa de la acción como salida, y que el camino sea el intento de suicidio. En estos casos, la desesperación hace que se vea a la muerte como solución a los problemas. Aproximadamente la mitad de los suicidas consultan a un médico el mes anterior, pero 4 de cada 10 no hablan de sus ideas de suicidio^{iv}. El hablar sobre el tema muchas veces logra ayudar al paciente a plantearse otras alternativas. No es cierto que preguntar sobre las ideas suicidas o de muerte a un paciente induzcan un intento de suicidio.^{ix} Además, el hablar de estas fantasías muchas veces alivia al paciente.
- **“Si está con la familia va a estar bien”.** Muchas veces no se puede confiar en la familia del paciente como cuidadores, ya que pueden haber desencadenado la situación que lo lleva al intento o a las ideas suicidas. Es necesario evaluar si se puede contar con la familia para la protección del paciente o si se lo debe aislar de ellos de manera preventiva.
- **“Ya está mejor porque está más tranquilo”.** Hay pacientes que están

seriamente perturbados porque tienen alguna cuestión que no pueden solucionar ni enfrentar. Si para “solucionarla” toma la resolución de matarse, es posible que sienta alivio. No hay que confundir esta calma con una recuperación y hay que instruir a la familia para que en esas situaciones no disminuyan los controles sobre el paciente. Muchas veces este está más tranquilo porque pudo tomar una decisión: decidió matarse.

Recomendaciones generales sobre el tratamiento del paciente con riesgo de suicidio

1. **PRIMEROS CUIDADOS**
2. **TRATAMIENTO AMBULATORIO**
3. **INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA**
4. **TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO**

1) **Primeros cuidados**

- A) Cuando llega un paciente con riesgo de quitarse la vida, lo primero que debemos hacer es **evitar que se suicide**. En la práctica esto se realiza ubicándolo en una habitación segura, sin ventanas o con ventanas selladas; con acompañamiento y observación permanente por un auxiliar o un familiar; sin objetos cortopunzantes o medicaciones con los cuales pueda dañarse; con revisión de las pertenencias del paciente y acompañantes. Y, en caso de necesidad, contención física y/o medicamentosa.
- B) Debemos determinar si hay trastornos que necesiten ser tratados médicamente de inmediato, como el delirium, enfermedades médicas o la intoxicación por medicamentos o por otras sustancias.
- C) Decidir qué tipo de tratamiento se debe indicar: ambulatorio o en internación psiquiátrica.

2) **Tratamiento ambulatorio**

Se puede indicar **tratamiento ambulatorio** cuando el paciente no esté en estado de intoxicación o de psicosis y tenga un control de impulsos eficaz. Cuando no tenga un plan definido para eliminarse y no tenga a su

alcance los medios con los cuales hacerlo. Que haya respaldos socio familiares accesibles y que sean aceptables para el paciente. Y que pueda hacer una buena relación terapéutica con el profesional que lo trate. En este caso se debe implementar una apropiada red de sustento del tratamiento con un adecuado acompañamiento familiar y/o terapéutico, que al principio será permanente y que se irá limitando de acuerdo con la evolución del paciente. Manejo de las medicaciones por un familiar responsable, para evitar las intoxicaciones voluntarias (tener en cuenta el potencial tóxico de algunos psicofármacos como los antidepresivos tricíclicos). Restringir al máximo la posibilidad de situaciones de riesgo (objetos cortantes, gas, ventanas, etc.). Hacer con el paciente un pacto de no-suicidio o de aviso inmediato en caso de apremio por realizarlo. Necesidad de que el paciente acceda a un tratamiento psicoterápico y psiquiátrico para el tratamiento del conflicto suicida y de los trastornos mentales subyacentes. Es necesario que el profesional que se haga cargo del tratamiento de un paciente ambulatorio con riesgo suicida cuente con la capacidad y la disponibilidad adecuadas para esta tarea. Además, todo el equipo que participe del tratamiento (médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, acompañantes terapéuticos) tiene que actuar en estrecha colaboración, e incluir a la familia y a las personas que puedan constituir el soporte social del paciente.

3) Internación psiquiátrica

Hay situaciones donde, para disminuir los riesgos de muerte del paciente, se deberá optar por el **tratamiento bajo internación psiquiátrica**. Esto sucede cuando el paciente está intoxicado, está en delirium o cuando está en la fase activa de una psicosis; cuando tiene un bajo control de sus impulsos; cuando presenta un grado importante de ansiedad, o cuando la entrevista se dificulta porque el paciente miente, delira o no responde luego de haber intentado matarse, y no hay familiares con quien constatar los datos. Además hay que tener en cuenta que aumenta el riesgo si persisten las ideas, las intenciones o los planes de matarse. Al mismo tiempo se necesita tener un apoyo externo para el tratamiento. Si este apoyo no se logra

porque la red familiar no está comprometida con el tratamiento o no registra el riesgo del paciente, o la familia está agotada de ocuparse del suicida, o este está aislado socialmente, debe ser internado para asegurarle el cuidado de su vida.

4) Tratamiento psicofarmacológico

Por último diremos que el tratamiento psicofarmacológico es muy importante en algunos casos, en la situación aguda, en pacientes con extrema angustia o excitación psicomotriz o con síntomas psicóticos. También hay que considerar los tratamientos farmacológicos de los trastornos psiquiátricos subyacentes como la depresión, la esquizofrenia, los trastornos de angustia, los trastornos de personalidad, el alcoholismo y el consumo de otras drogas.

Pacientes con extrema angustia o excitación psicomotriz:

Como primera medida se suministrarán ansiolíticos benzodiacepínicos como: el lorazepám, que puede ser utilizado por vías sublingual, oral e intramuscular, y en casos extremos, y con monitoreo, por vía intravenosa (por el riesgo de depresión respiratoria); el clonazepám, por vías oral y sublingual, y el diazepam, oral o intravenoso. En caso de no lograr el efecto deseado se puede recurrir a los antipsicóticos sedativos. De preferencia, se elegirán los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina o la clozapina, fuertemente sedativos. También la clotiapina o el zuclopentixol, o los clásicos neurolepticos sedativos (clorpromazina o levomepromazina), con mayor riesgo de síntomas extrapiramidales y anticolinérgicos. En caso de persistir la excitación psicomotriz se puede incluir un hipnótico inyectable como el midazolám (en caso de su indicación endovenosa hay que saber que puede inducir un paro respiratorio en el paciente).

Pacientes con síntomas psicóticos:

Cuando la sintomatología del paciente es predominantemente alucinatoria o delirante, se trata de utilizar antipsicóticos de tipo incisivos. Es de primera indicación el haloperidol. Si no es posible la administración oral, por la urgencia por obtener la contención del paciente o porque este se niega a recibir medicación, se puede utilizar la vía intramuscular que permite una acción más rápida del fármaco. La vía endovenosa es muy efectiva, pero el riesgo de la arritmia cardíaca llamada torsión de

punta (rara pero grave), hace que se reserve a situaciones donde el paciente está monitoreado cardiológicamente. También se pueden utilizar antipsicóticos atípicos como la risperidona o la olanzapina.

Pacientes con un Trastorno Depresivo Mayor de base:

La medicación antidepresiva tiene un período de latencia de 2 a 3 semanas hasta que se manifiesta su efecto sobre el estado de ánimo. Aunque no tiene efectos sobre la situación inmediata del paciente, sí lo tendrá a corto y mediano plazo. Ante un paciente con depresión se debe evaluar su estado general y el tipo de depresión que presenta, y después iniciar el tratamiento con un antidepresivo. Los más utilizados son los IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina). Entre estos fármacos podemos elegir el que tenga prevalentemente efecto activador, como la fluoxetina, o efecto sedativo, como la paroxetina y la fluvoxamina. La sertralina y el citalopram no tienen esos efectos tan acentuados como los anteriores.

También se utilizan antidepresivos de acción combinada, que inhiben la recaptación de serotonina y noradrenalina, en los que se postula que su comienzo de acción es más rápido que el de los IRSS. Entre estos antidepresivos "duales", se puede utilizar una molécula fuertemente sedativa como la mirtazapina o una con efecto más activador como la venlafaxina.

La FDA (Food and Drugs Administration, de Estados Unidos) advierte que en los pacientes que toman antidepresivos puede aumentar el riesgo suicida, pero aclara que esto puede ser debido a empeoramiento de

la enfermedad subyacente o al resultado del efecto de la droga. Por lo cual recomienda, la observación cercana del paciente^x. De manera general, siempre que se dé medicación psicotrópica a un paciente, se deberá mantener hacia él un cuidado eficaz con un seguimiento pertinente.

Pacientes con Trastorno Bipolar:

En caso de un paciente con riesgo suicida que presenta una excitación psicomotriz con características de episodio de manía, o con antecedentes de bipolaridad, se debe incluir en el tratamiento una droga anticiclante como los anticonvulsivantes carbamazepina o el ácido valproico.

Pacientes con fallas en el control de la impulsividad:

En los pacientes que presentan fallas en el control de la impulsividad, como en el Trastorno Límite de la Personalidad, se debe agregar a la medicación sedativa o antipsicótica un anticonvulsivante buscando su efecto antiimpulsivo. Se puede utilizar la carbamazepina, la oxcarbacepina o el ácido valproico.

Si bien no hay ningún compuesto que sea específicamente dirigido a la suicidabilidad, se conoce la importancia de la ayuda de las acciones farmacológicas sobre la situación del paciente que quiere matarse. Toda acción farmacológica debe ser evaluada de forma adecuada y con los mismos cuidados que se requieren para cualquiera de las indicaciones que se realizan ante un paciente con riesgo de suicidio.

Bibliografía

ⁱ Rojo Rodes,JE; Cirera Costa,E. Interconsulta psiquiátrica. Editorial Masson. Barcelona. España. 1997.

ⁱⁱ Espector,EM; Passero,LB. Responsabilidad legal de los profesionales y de los establecimientos asistenciales ante el paciente suicida. Desarrollos en Psiquiatría Argentina. Año 2-Nº4, Set./Oct. 1997.

ⁱⁱⁱ Hyman,SE; Tesar,GE. Manual de urgencias psiquiátricas. Editorial Salvat. Barcelona. España. 1996.

- ^{iv} Cassem,NH; Stern,TA; Rosenbaum,JF; Jellinek,MS. Manual de psiquiatría en hospitales generales. Massachusetts General Hospital. Cuarta edición. Harcout Brace de España. Madrid. España. 1998
- ^v Bobes García,J ;González Seijo,JC ; Sáiz Martínez,PA. "Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas". Editorial Masson. Barcelona, España. 1997.
- ^{vi} Scully,JH. National Medical Series for Independent Study. Psychiatry. 3rd edition. InfoMed. Hong Kong. 1996.
- ^{vii} The World Health Report 1997. Conquering suffering Enriching humanity. Report of the Director-General. World Health Organization. Geneva. 1997.
- ^{viii} Moizeszowicz,J. Psicofarmacología Psicodinámica IV. Estrategias terapéuticas y psiconeurobiológicas. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1999.
- ^{ix} Rundell,JR ; Wise,MG. Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press. Washington. USA. 1996.
- ^x <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/AntidepressanstPHA.htm>, 22 de marzo del 2004.