

# RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS EN LOS TRASTORNOS MENTALES

COMITÉ DE CONSENSO DE CATALUNYA  
EN TERAPÉUTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Coordinadores

**Pere Antoni Soler Insa**  
**Josep Gascón Barrachina**

**3.<sup>a</sup> edición**

 **Ars Medica**

## 14.2.- CONDUCTA SUICIDA.

### Comité de redacción.

	*Sarró Martín, Blanca * Tejedor Azpeitia, Carmen	Hosp Sant Pau
Hosp Granollers	Alberto Marcús, María Arranz Martin, Belén	Hosp Mútua de Terrassa Benito Menni –
	Boatas, Fernando Cañete Crespillo, Josep De la Cruz, Cristina Díaz Pérez, Ana Gallart Capdevila, J M Gastaminza, Xavier Masip Montero, Carles Manel Nieto, Evaristo Otín, José María Peña Roca, Joan	Hosp Psiq Martorell Hosp Mataró  Hosp Sant Pau Hosp Vall d'Hebró Hosp Vall d'Hebró Inst Psiq IAP Hosp Manresa Hosp de Dia LLúria Hosp Psq Institut Pere
Mata	Prats Roca, Montserrat	Hosp Germans Trias i
Pujol	Ros Montalbán, Salvador Sanmartino Pomés, Olga	Hosp del Mar

## 14a. SUICIDIO Y AUTOLESIONES

### 14a.1. INTRODUCCION:

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente. La tentativa de suicidio representa el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales. El 5% de los intentos de suicidio requiere tratamiento en la unidad de cuidados intensivos y el 2% muere tras la tentativa

Los pacientes que realizan intentos de suicidio presentan una elevada morbilidad (más del 50% repiten el acto suicida) y también la mortalidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causas (3-4 veces) es significativamente superior a la población general.

Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo una o varias tentativas previas.

#### 14a.1.1. Definición:

El concepto de *conducta suicida* hace referencia a un *continuum* de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre ellas.

Hay dificultades para llegar a un consenso en la definición; en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como criterios operativos de un *suicidio*: a) un acto con resultado letal; b) deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c) sabiendo o esperando el resultado letal y d) la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

Definición de los términos en estas recomendaciones:

- Se entiende por *suicidio* la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir.
- Un *intento de suicidio* se describe como un acto no habitual con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría, o bien en aquél que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.
- *Suicidio frustrado*: la acción de un agente accidental e imprevisible impide la consumación con la muerte del sujeto.
- *Ideación suicida*: pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. En la clínica se valora como tal la persistencia de la ideación en las 2 semanas previas a la exploración.
- *Autolesión*: el comportamiento autolesivo consiste en infligirse daño corporal sin intención suicida (cortes en la piel, quemaduras, golpes, rascado). La conducta autolesiva repetitiva se caracteriza por la presencia de impulsos irresistibles, recurrentes e intrusivos de infligirse daño físico que se acompaña de tensión creciente, ansiedad u otros estados disfóricos.

En los manuales diagnósticos actuales de los trastornos mentales y del comportamiento, el suicidio no tiene un código autónomo. La *CIE-10* (1992) recoge los *suicidios y autolesiones intencionalmente autoinfligidas* (X60-X84), que incluye: “envenenamiento o lesión autoinfligida, intento de suicidio”, en un código adicional en el capítulo XX sobre *causas externas de morbilidad y mortalidad* (V01-Y98). En el capítulo XXI sobre factores que influyen en el estado de salud y en el contacto con los servicios de salud (Z00-Z99), se describe en el apartado Z91.5 la *historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente*, que incluye: “parasuicidio, autoenvenenamiento e intento de suicidio”.

#### **14a.1.2. Epidemiología.**

El suicidio representa el 0.5-2 % de todas las causas de mortalidad, pero, aunque sea infrecuente, es un indicador significativo para conocer la salud pública de la población. El suicidio es una de las principales causa de muerte prematura, pues tiene una importante participación en la pérdida de años potenciales de vida.

Según datos de la OMS, se calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, lo que convierte el suicidio en la decimotercera causa de muerte. En general, las tasas de suicidio aumentan con la edad, en la población de edad de 75 años o mayores, son aproximadamente tres veces superiores a las del grupo de 15 a 24 años. Pero en la población de 15 a 44 años, las lesiones autoinfligidas constituyen la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad. En España, entre los jóvenes de 15 a 25 años el suicidio es, después del tráfico, la segunda causa de muerte.

En la población general de los países occidentales, las tasas oficiales de mortalidad por suicidio ofrecen amplias variaciones, con registros de 3 a 40 suicidios por 100.000 habitantes/año. En España, las tasas oficiales correspondientes al 2000 son de 9.4 suicidios/100.000 habitantes. En Cataluña, las tasas oficiales anuales registran unos 8 suicidios por 100.000 habitantes.

Los resultados epidemiológicos sobre tentativas de suicidio son problemáticos, la OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registran el mayor número de intentos de suicidio.

La incidencia de los intentos asistidos como urgencias hospitalarias de la Unión Europea, se señala en 165-200 tentativas de suicidio por 100.000 habitantes mayores de 15 años, según recoge un estudio multicéntrico de la OMS/EURO, que se inició en 1989. En un 50 % de esta muestra constan antecedentes de uno o varios intentos de suicidio y el 1 % consumó el suicidio en el curso de los 12 meses.

El riesgo de suicidio consumado en un paciente con antecedentes de tentativa por intoxicación medicamentosa o por otros métodos, es 38-47 veces superior que el riesgo suicida en la población general, según la revisión de 23 estudios realizados por Harris y Barraclough, en 1997. Hay que destacar también, la elevada mortalidad por causas naturales de los sujetos que llevaron a cabo una tentativa suicida. En los estudios de seguimiento se confirma una tasa de mortalidad estándar, entre 4-8 veces superior a la población general.

Se señala que se realizan unos 10-50 intentos de suicidio por 1 suicidio consumado. La proporción varía con la edad, en los grupos mayores de 65 años, la proporción se estima de 1-4 intentos por cada suicidio; y en las poblaciones jóvenes, entre 30-200 por cada suicidio, en la población con antecedentes de tentativa de suicidio.

La ideación suicida es frecuente y se estima una incidencia anual de un 2-5 % y una prevalencia de un 15 % en el curso de la vida en la población general. En el curso de la vida una de cada tres personas puede presentar ideas de suicidio, y éstas son más frecuentes en ciertas etapas del desarrollo.

## 14a.2. FACTORES DE RIESGO

En la tabla 14-1 se indican los factores de riesgo suicida.

**Tabla 14-1. Factores de riesgo de suicidio**

Suicidio consumado	Tentativa de suicidio
Varón	Mujer
Mayor de 65 años	Menor de 45 años
Viudo/divorciado/soltero	Divorciado/ conflictos conyugales
Aislamiento/desarraigo social(pareja/familia)	Problemas interpersonales
Jubilación/desempleo	Desempleo
Enfermedades somáticas	Trastornos de adaptación/de personalidad
Trastornos afectivos/psicosis	Abuso de sustancias
Abuso de sustancias	Tentativas de suicidio previas
Tentativas de suicidio previas	Medio urbano
Medio urbano/rural	Sobreingestas de medicamentos
Método "violento"	

### 14a.2.1. Historia familiar de conducta suicida. Factores genéticos.

Aproximadamente el 5% de los pacientes suicidas presenta antecedentes de un familiar muerto por suicidio. En los grupos infantojuveniles se ha llegado a describir el 10-20% de tentativas entre sus familiares. Los estudios con familias, gemelos y grupos endogámicos reflejan la importancia de los antecedentes suicidas familiares como factor de riesgo relevante.

Los genes específicos que contribuyen al riesgo suicida, independientemente del trastorno psiquiátrico de base, todavía se desconocen.

### 14a.2.2. Grupos de riesgo.

- Adolescentes:

Si bien la afectación clínica no suele ser grave, no por ello se ha de minusvalorar la conducta suicida del adolescente. Se puede destacar:

- Edad: la frecuencia aumenta con la edad.

- Sexo: las chicas presentan más frecuentemente ideación y tentativas de suicidio y los chicos más suicidios consumados.
- Método más frecuente: intoxicación medicamentosa voluntaria (los varones utilizan con más frecuencia métodos violentos de mayor letalidad).
- La repetición es frecuente (40% a los dos años).
- El seguimiento terapéutico es bajo (50% no acuden al primer control).
- Factores de riesgo más significativos son: consumo de alcohol y otros tóxicos, trastornos depresivos, trastorno límite de personalidad, trastornos de conducta, agresividad, impulsividad, ansiedad, conflictividad familiar (“broken-home”) y estresores sociales.

- Ancianos:

El suicidio es más frecuente en ancianos que en cualquier otra población, sobre todo en varones mayores de 75 años y que viven solos; la mayoría de éstos tienen un trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno depresivo mayor. Las enfermedades físicas suelen ser la causa precipitante más frecuente, sobre todo aquellas que provocan dolor crónico y una limitación funcional.

### 14a.3. VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Una de las funciones más comprometidas del psiquiatra es la evaluación del riesgo suicida de un paciente, pero, una vez que se ha realizado el intento suicida, esta valoración debe hacerse tanto por riesgo de una repetición de la tentativa de autolisis como por riesgo de un suicidio consumado.

Aproximadamente el 90% de los sujetos que consuman el suicidio presentan un diagnóstico psiquiátrico. En la población que realiza intentos de suicidio también se pone de manifiesto una alta frecuencia de trastornos psiquiátricos (tablas 14-2 y 14-3).

**Tabla 14-2. Pacientes con ideación suicida. Probabilidad de paso al acto suicida.**

Mayor riesgo	Menor riesgo
Ideación suicida recurrente Ideas de muerte Comunicación indirecta de idea suicidio Planificación del método y lugar “negación” de la ideación suicida	Ideación suicida esporádica No tiene ideas de muerte Comunicación directa de idea suicidio Impulsividad Demanda de ayuda

**Tabla 14-3. Pacientes que han realizado una tentativa de suicidio. Riesgo de repetición.**

Mayor riesgo	Menor riesgo
Tentativas de suicidio previas Planificación Método “violento” Nota de despedida o testamento <i>Negación de la intención suicida</i> “tranquilidad” Intervención del entorno improbable	Primera tentativa Impulsividad Método “suave” Ausencia de nota de despedida <i>Ambivalencia</i> Irritabilidad Intervención del entorno probable

### 14a.3.1. Cuestionarios y escalas de evaluación del riesgo suicida

A partir de los años cincuenta y sesenta se elaboraron diversas escalas de evaluación, utilizando las variables sociodemográficas y clínicas observadas con mayor frecuencia en las poblaciones suicidas. La mayoría de las escalas se realizaron con estudios retrospectivos y los resultados son escasamente generalizables para otros grupos, poco útiles para la predicción del riesgo suicida la clínica, pues el porcentaje de falsos positivos es muy alto. No obstante, aunque las escalas no tienen un valor predictivo sobre la conducta suicida si que son útiles para la identificación sistematizada de factores de riesgo.

Por su contenido didáctico y facilidad de aplicación se recomienda la *SAD Person Scale*, de Patterson y cols. (1983). También se recomiendan, por su mayor difusión: la *Suicide Intent Scale*, la *Scale for Suicide Ideation* y la *Hopelessness Scale*, todas ellas de A. T. Beck y cols.

### 14a.3.2. Características de la conducta suicida

La tentativa de suicidio se produce en todas las etapas de la vida y en ambos sexos, pero con mayor frecuencia en la mujer y en grupos de edad de 15-44 años.

#### 14a.3.2.1. Método utilizado

El 70-80% de las tentativas de suicidio se realiza con sobreingesta de medicación.

Las intoxicaciones medicamentosas conllevan especial dificultad de valoración porque la relación toxicidad/intención letal está determinada por los conocimientos o creencias toxicológicas del sujeto. Es necesario preguntar al paciente cuáles eran sus expectativas de toxicidad, tiempo de acción y dosis letal necesaria para determinar la muerte.

Los métodos violentos son indicadores objetivos de la intención letal (precipitación, armas o ahorcamiento). Cuanto menor es el tiempo de “no retroceso” de la acción letal, menor es la probabilidad de ser “rescatado” de la

muerte. Por ello, algunos productos químicos, cáusticos, etc., de acción fulminante, también son indicadores de alta intencionalidad letal.

#### 14a.3.2.2. Condiciones de realización

La intencionalidad letal es mayor con la premeditación, cuando se “dejan las cosas en orden”, o la redacción de una “nota de despedida”, y sobre todo cuando se toman medidas para impedir ser “rescatado”. En cambio, “dejar pistas”, incluso la “demanda de ayuda”, y en parte también la impulsividad relativizan en riesgo letal.

#### 14a.3.2.3. Gravedad somática

Se correlaciona con la intención letal, sobre todo cuando se utilizan métodos violentos. En las intoxicaciones con medicamentos, la relación no es tan alta por estar mediatizada por los conocimientos toxicológicos del paciente.

Se ha propuesto una clasificación de las tentativas, en función del tratamiento médico requerido, en los siguientes grupos:

- A. *Leves*. El tratamiento se limita a los primeros auxilios.
- B. *Moderadas*. La toxicidad o las lesiones requieren cuidados generales en los servicios de urgencias durante 24-48 horas.
- C. *Graves*. Requieren ingresos en las unidades de cuidados intensivos, hospitalización en otros servicios, tratamientos especiales, etc.

#### 14a.3.2.4. Intención letal

Es frecuente cierta disociación entre la intención de morir expresada por el sujeto y el resultado lesional del intento suicida. Las tentativas graves tienden a minusvalorar su intencionalidad; en cambio, en las tentativas menos graves, por “la función de comunicación” se dramatiza el deseo de muerte. En los adolescentes, el intento suicida puede tener un efecto catártico *per se* y disminuye rápidamente los deseos de muerte.

La persistencia de la intención suicida, cualquiera que sea su intensidad tras el intento, requiere extrema precaución por la probabilidad de recidiva. El 50% de los sujetos han realizado tentativas previas; de éstas, el 10-15%, en las semanas anteriores a la tentativa actual.

#### 14a.3.2.5. Situación/estado presuicida

Se puede categorizar el contexto dinámico de la tentativa suicida en función de los siguientes factores:

- A. Estado cognitivo y emocional del sujeto. Se podrían esquematizar 3 patrones de distorsión cognitivo emocional.
  - 1. Patrón depresivo, inhibido, en el que el acto suicida es premeditado, deliberado.
  - 2. Patrón de irritabilidad, agresividad, en el que la conducta suicida es impulsiva.



3. Patrón de ansiedad psíquica y agitación motora, que facilita el paso al acto impulsivamente.

B. Tipo de situación o estímulos desencadenantes:

1. *Estrés*. Situación de alto contenido emocional, secundario a un acontecimiento vital de breve duración y limitadas consecuencias para el sujeto.
2. *Crisis*. Intensa alteración emocional prolongada (semanas o meses), reactiva a una serie de acontecimientos vitales sucesivos que afectan seriamente la homeostasis psicosocial del sujeto.
3. *Síntoma*. La acción autolítica tiene relación directa con un trastorno psiquiátrico, muchas veces es un síndrome depresivo, bien único o en comorbilidad.

Estos tres estados tienen implicaciones pronósticas, por cuanto en la situación de “crisis” o “síntoma” es necesario el tratamiento del estado previo porque el riesgo suicida continúa tras el acto. En cambio, en la situación de “estrés”, muchas veces el propio acto tiene una acción resolutive que disminuye el riesgo letal.

### **14a.3.3. Diagnóstico psiquiátrico y riesgo suicida**

#### 14a.3.3.1. Trastornos afectivos.

La conducta suicida está mediatizada por un estado de ánimo depresivo. El 15% de los pacientes con depresión mayor terminan su vida por suicidio.

En la evolución de los trastornos depresivos se han identificado tres periodos de mayor riesgo suicida:

- A. Inicio del episodio depresivo.
- B. Inicio de la mejoría tímica por disminución de la inhibición.
- C. A los pocos meses de un alta hospitalaria, cuando, a pesar de la mejoría clínica, el paciente todavía no es capaz de enfrentarse a su nivel de adaptación previa e “intenta llevar una vida normal”.

Comparando poblaciones de pacientes depresivos suicidas con no suicidas, en los primeros se observa mayor intensidad en los siguientes síntomas: insomnio, ansiedad, clínica psicótica, desesperanza y anhedonía, pseudodemencia.

En el 75% de las tentativas suicidas se diagnostican trastornos de adaptación con humor depresivo y trastorno distímico. La depresión mayor se encuentra en el 10-15%. En las muestras de suicidio consumado, el porcentaje de depresión mayor se eleva a cifras que varían entre el 30 y el 50%.

La tasa de suicidio en los pacientes del espectro bipolar se sitúa entre un 10 y un 15 %. No existen estudios que muestren de manera clara si algún subtipo específico conlleva mayor riesgo. Sí existen indicios que relacionan un mayor riesgo suicida en los episodios depresivos y los mixtos, así como los que presentan comorbilidad con trastornos de la personalidad.

#### 14a.3.3.2. Trastornos esquizofrénicos

El suicidio es la primera causa de muerte entre los esquizofrénicos jóvenes. Más del 10% termina su vida suicidándose, de los cuales aproximadamente la mitad suele haber realizado una tentativa previa.

Desde una perspectiva temporal, los periodos de mayor riesgo son los siguientes:

- A. Inicio de la enfermedad.
- B. Exacerbación del trastorno.
- C. Finalización del episodio. Si hay síntomas negativos, que con frecuencia se asocian con clínica depresiva postpsicótica, puede determinar un estado de “especial lucidez”, “hiperconciencia de enfermedad”, que llevan a conclusiones nihilistas de elevado riesgo suicida.
- D. Primeras semanas después del alta hospitalaria.

Desde una perspectiva psicosocial se han señalado como factores de mayor riesgo:

- A. Abandono de la medicación y del control psiquiátrico.
- B. Cambio de equipo terapéutico, “entrada en la cronicidad”.
- C. Muerte de los padres y exigencia de autonomía personal.
- D. Consumo de alcohol y otras sustancias.

Desde una perspectiva clínica hay que destacar como factores de riesgo:

- A. Los síntomas extrapiramidales (SEP) intolerables (acatisia, discinesia).
- B. Algunos estudios señalan que el subtipo paranoide y el trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo superior al subtipo residual.
- C. Las observaciones clásicas sobre el mecanismo alucinatorio del suicidio por “voces imperativas” que ordenan matarse, son controvertidas y poco frecuentes.

#### 14a.3.3.3. Alcoholismo y otras drogodependencias

El 10-15% de los alcohólicos mueren por suicidio. Éste suele ocurrir tardíamente, hacia los 15-20 años de evolución de la enfermedad, y en general coincide con la aparición de las enfermedades somáticas, con un profundo deterioro social y con situaciones de pérdidas significativas.

Las tentativas de suicidio son muy frecuentes en esta población. En más de la cuarta parte de todas las tentativas asistidas en urgencias se encuentra un consumo excesivo de alcohol en los días previos al intento autolítico; entre ellos, casi el 25% muestra criterios de trastornos por dependencia de sustancias psicotrópicas.

Repite tentativas de suicidio hasta el 75% de los alcohólicos crónicos.

En los trastornos por dependencia a los opiáceos se observa un patrón suicida similar en líneas generales. La mortalidad por suicidio es del 10%. Suele ser tardía, después de los 8-10 años de adicción. Las tentativas suicidas son muy frecuentes, así como la repetición múltiple para obtener psicofármacos.

#### 14a.3.3.4. Trastornos de la personalidad

La mortalidad por suicidio en el trastorno límite de la personalidad llega a ser del 10-15%.

El 25% de los pacientes que realizan intentos de suicidio presentan un trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes el trastorno límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista.

Tienden a llevar a cabo tentativas repetidas, en que la finalidad letal es menos relevante que la “función de comunicación”, por lo que se convierten en una estrategia de afrontamiento del estrés. El “suicida crónico” (múltiples tentativas de leve intención letal) suele tener un trastorno antisocial o límite de la personalidad.

#### 14a.3.3.5. Trastornos de ansiedad

Los pacientes con trastornos de ansiedad tienen un riesgo de tentativas y de suicidio consumado superior a la población general. El 20% de estos pacientes realizan intentos suicidas.

La presencia de ansiedad psíquica con otros diagnósticos como depresión, trastorno límite de la personalidad y abuso de sustancias multiplica el riesgo suicida, a la vez que empeora el pronóstico y respuesta terapéutica.

#### 14a.3.4. Enfermedad médica y conducta suicida

La enfermedad crónica e invalidante, el dolor continuo, el estadio terminal y los diagnósticos que implican un riesgo de muerte a corto plazo reúnen las condiciones “racionales” para hacer un “balance” y decidir terminar con la propia vida para acortar el sufrimiento. Sin embargo, es muy bajo el porcentaje de estos enfermos que consuma el suicidio y, como se señala, “sólo los pacientes deprimidos piensan en el suicidio”.

El mecanismo facilitador del suicidio es la depresión secundaria. Ésta puede ser causada tanto por los propios síntomas como por los tratamientos aplicados (hipotensores, citostáticos, L-dopa, etc.).

Entre las poblaciones de suicidio consumado, el 45% padecía una enfermedad médica y el 5% se hallaba en un estadio terminal. En las tentativas de suicidio se diagnostica algún tipo de enfermedad médica en el 20-30% de los casos.

Hay que destacar, sobre todo en las poblaciones de más edad, la importancia de los médicos de familia en la detección y tratamiento de las depresiones que mediatizan con frecuencia las conductas suicidas en el anciano.

### 14a.4. RECOMENDACIONES GENERALES

El primer objetivo es asegurar la supervivencia del paciente, prevenir la consumación o la repetición del intento.

Los sujetos con tentativas suicidas ingresados en los servicios de urgencias deben ser valorados siempre por un psiquiatra.

#### 14a.4.1. Anamnesis y exploración psicopatológica

La técnica de la entrevista ha de partir de una comprensión empática “de la extrema situación conflictiva del sujeto, que lo ha conducido a medidas tan dramáticas como terminar o poner en juego su supervivencia”. Las discusiones sobre la “racionalidad” o “libertad” sobre el suicidio suelen ser poco eficaces, “el suicidio siempre es razonable para quien lo realiza”, pero su “libertad” está determinada por un estado depresivo, “sin otra salida” que la autodestrucción.

#### **14a.4.2. Indicación de ingreso**

La persistencia de la intención letal, la utilización de métodos violentos, la realización premeditada o con difícil “rescate”, la gravedad de la psicopatología y el alto nivel de ansiedad siempre hacen necesario el ingreso.

En los casos dudosos, en que se observa una discrepancia entre la gravedad del diagnóstico psiquiátrico (depresión mayor o psicosis) y la levedad de la tentativa, es aconsejable la observación en un ingreso breve. Esta misma indicación la comparten la continuidad del estado presuicida de “crisis” y el soporte psicosocial bajo.

#### **14a.4.3. Entrevista familiar**

Siempre es necesaria, tanto para obtener información como para valorar el soporte familiar en el seguimiento ambulatorio.

Hay que favorecer la “ventilación emocional” por parte de los familiares: sentimientos de culpa, agresividad ante el “chantaje suicida”, angustia ante la dramática realidad del suicidio, etc.

Se debe informar a la familia del riesgo de consumación o recidiva en las primeras semanas tras la tentativa para que asuman la responsabilidad en la vigilancia y control de los posibles agentes letales (fármacos, armas, gestos o ideas de muerte).

#### **14a.4.4. Hospitalización en servicios médico-quirúrgicos**

Los pacientes ingresados en estos servicios tras una tentativa suicida requieren vigilancia especial.

Siempre debe hacerse constar en la historia clínica el riesgo suicida y disponerse las medidas de contención preventivas: situarlos cerca del control de enfermería, en una habitación compartida con otro paciente y facilitar la presencia continuada de un familiar.

La interconsulta psiquiátrica debe ser precoz y el seguimiento, continuado.

Además del tratamiento psiquiátrico de base, debe recomendarse una pauta de sedación si aumenta la impulsión suicida, recomendando incluso la contención mecánica. Deben retirársele al paciente los objetos que puedan ser utilizados para autolesionarse, debe controlarse su acceso a ventanas, escaleras, etc.

Estas medidas han de asemejarse a las que se disponen en las unidades de psiquiatría; en ellas el acceso al botiquín requiere especial cuidado, así como la verificación de que el paciente sigue la medicación en las tomas prescritas y no “ahorra” comprimidos para realizar una sobredosis.

#### **14a.4.5. Control ambulatorio**

Se recomienda en las tentativas únicas o repetidas de baja/moderada intención letal, que cuentan con ayuda familiar estable, tras establecer una alianza terapéutica con el paciente. En esta línea puede resultar útil el “contrato terapéutico”, un compromiso por el que el paciente no realizará conductas suicidas mientras se encuentre en situación de crisis.

Se le remitirá a control ambulatorio en la mayor brevedad posible. Si la demora es excesiva, suele ser útil ofrecer el contacto telefónico.

La prescripción de psicofármacos ha de realizarse con criterios estrictos, eligiendo los de menor toxicidad. Las recetas deben ser válidas únicamente para la menor cantidad posible. Lo mejor es la colaboración de un familiar que controle y custodie los medicamentos. El 70% de las intoxicaciones medicamentosas voluntarias se realiza con los fármacos que se han prescrito al paciente.

#### **14a.4.6. Tratamiento**

Se realizará en función del trastorno psiquiátrico que presente el paciente que realiza la conducta suicida. Por lo general, la prescripción farmacológica ha de seguir unos criterios estrictos, priorizando los fármacos de menor toxicidad.

##### **14a.4.6.1. Tratamiento psicofarmacológico**

- **Trastornos Depresivos.**

Se debe tratar con antidepresivos, a dosis correctas y durante el tiempo adecuado, a todos los pacientes con síntomas depresivos, debido a la clara asociación que existe entre depresión y suicidio. Aunque no existen evidencias de que un tipo de antidepresivos sea superior a otro en la prevención del suicidio, los ISRS pueden tener una acción sobre la impulsividad y son fármacos seguros y de fácil manejo. En las depresiones con síntomas psicóticos, es necesario asociar fármacos antipsicóticos (FAP) a los antidepresivos ya que la acción sedante de éstos facilita el control del elevado riesgo suicida de estos enfermos.

- **Trastornos Bipolares.**

Se ha demostrado que el tratamiento de mantenimiento con sales de litio, reduce el riesgo de conductas suicidas en los pacientes bipolares. Los pacientes tratados en clínicas de litio reducen su mortalidad a partir del primer año. Con la retirada rápida del litio se ha observado un aumento de la conducta suicida, por ello se recomienda la suspensión gradual al menos durante 2 semanas (la tasa de suicidios es dos veces más baja con la retirada lenta que con la rápida).

Los fármacos anticonvulsivos son eficaces en el tratamiento de las fases maníacas (ac. valproico) o depresivas (lamotrigina), pero no está demostrado que reduzcan las tasas de suicidio consumado o de tentativas de suicidio. Ante un paciente con un trastorno bipolar que ha cometido un acto suicida, el tratamiento de primera elección es el litio.

- Trastornos de Ansiedad.  
Los trastornos de ansiedad graves y recurrentes se deben tratar con antidepresivos. Para el tratamiento sintomático del insomnio severo, la inquietud, las crisis de pánico o la ansiedad psíquica, se pueden utilizar benzodiazepinas y hipnóticos.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.  
Los FAP (de primera y segunda generación) son la base del tratamiento de los pacientes con un trastorno psicótico. Al abordar el tratamiento de un paciente que ha realizado una tentativa de suicidio o tiene ideación suicida, se debe considerar que la clozapina es el único antipsicótico que ha demostrado reducir las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas en pacientes esquizofrénicos. Si no es conveniente la utilización de clozapina, tener en cuenta que los otros FAP de segunda generación parecen ser superiores a los convencionales en la prevención del suicidio. Los FAP depot son muy recomendables en pacientes con elevado riesgo suicida porque se asegura su cumplimiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos.
- Trastorno límite de la personalidad y otros trastornos de la personalidad con elevada impulsividad.  
Los FAP a dosis bajas han resultado útiles para el control del impulso suicida.

#### 14a.4.6.2. Terapia electroconvulsiva

Es el tratamiento de elección en la depresión melancólica con ideas suicidas. Los estudio a largo plazo no han demostrado una reducción significativa de la muerte por suicidio.

#### 14a.4.6.3. Tratamiento de la patología médica

Es de extraordinaria importancia en la población anciana. Cualquier medida que mejore su calidad de vida, alivie el dolor y compense su estado físico disminuye significativamente el riesgo de consumir el suicidio.

#### 14a.4.6.4. Tratamientos psicológicos

Al igual que en los tratamientos farmacológicos, la psicoterapia recomendada se indicará en función de la psicopatología del paciente.

Los aspectos más destacables que hay que recordar son los siguientes:

- A. El psiquiatra debe cuidar las reacciones contratransferenciales. Los pacientes suicidas provocan angustia, preocupación y hostilidad.
- B. En la relación terapéutica debe insistirse en la dimensión temporal, explicando la tendencia suicida como crisis delimitada en el tiempo (“el suicidio es una solución eterna a un problema temporal”). La estrategia es “ganar tiempo”, el suicidio siempre puede consumarse y por ello puede posponerse a otras alternativas actuales: tratar la depresión, mejorar la situación conflictiva presente, etc.

- C. También es útil resaltar la ambivalencia de toda conducta, “todos queremos vivir-morir en alguna proporción”. Se trata de reforzar y aliarse con aquellos sentimientos del enfermo de querer vivir si su vida se modificara.

En los últimos años, diversos estudios con psicoterapias han demostrado ser útiles en el tratamiento de enfermedades con elevado riesgo de suicidio asociado, como son los trastornos depresivos y el trastorno límite de la personalidad:

- La terapia dialéctico conductual se ha mostrado eficaz en pacientes con trastorno de personalidad, sobre todo en síntomas como la inestabilidad emocional, descontrol de impulsos, crisis de ira y asertividad interpersonal.
- La terapia cognitivo conductual podría reducir la incidencia de tentativas de suicidio en pacientes con depresión.

#### 14a.4.6.5. Medidas psicoeducativas y psicosociales

La participación de los diferentes tipos de “voluntarios” para la prevención del suicidio (grupos de autoayuda, centros de suicidología, teléfonos de ayuda durante 24 horas, etc.) han mostrado resultados positivos.

Las actuaciones de los servicios sociales, que mejoran la calidad de la adaptación social, son de gran ayuda.

Las medidas psicoeducativas tienen por objetivos:

- A. Informar y sensibilizar a la población sobre la frecuencia y gravedad del problema.
- B. Disminuir la estigmatización social, ayudar a la población general a reconocer a las personas de riesgo suicida, eliminando creencias erróneas.
- C. Dar apoyo a las personas en riesgo, ayudándoles a postergar su decisión de morir y acompañándoles a urgencias, a los centros de salud mental o al médico de familia.

Estas medidas, aunque en principio han de estar dirigidas por las personas con peso específico en grupos de riesgo (educadores, cuidadores en centros de tercera edad, institutos, asociaciones diversas...) y van más allá de lo que se puede hacer en un servicio de urgencias, pueden ayudar a disminuir la incidencia del suicidio a largo plazo, y deben tenerse en cuenta cuando se habla con los familiares o acompañantes del paciente.

#### 14a.4.7. Seguimiento

Después de un intento de suicidio, el riesgo de consumación o recidiva es máximo entre 1 y 6 meses después de éste, para ir disminuyendo a partir del primer año. Las curvas de supervivencia confirman que cuanto más tiempo transcurra sin recidivas, mayor es la probabilidad de no repetir un nuevo intento.

La mejoría de la adaptación social (aumento de la puntuación en el Eje V) es uno de los factores protectores del suicidio más relevantes.

#### **14a.4.8. Ayuda a los supervivientes**

La muerte por suicidio representa muchas veces una experiencia emocional compleja, por la ambivalencia de sentimientos que provoca en el entorno no sólo familiar sino también social.

Las actitudes hacia el suicidio continúan siendo muchas veces extremas, fluctuando desde la reprobación, la negación o la culpabilidad hasta la apología.

La muerte por suicidio de un familiar o persona significativa dificulta la reacción de duelo, que puede evolucionar hasta estados depresivos que deben prevenirse y tratarse.

También es necesario tratar las reacciones emocionales de psiquiatra, enfermeras, pacientes, etc., que mantuvieron estrecha relación con el paciente suicidado.

Siempre debe desculpabilizarse a los supervivientes familiares y desdramatizar la “voluntariedad de la muerte por suicidio”. El trastorno mental, en vez de muertes por causas naturales, determina muertes por suicidio.

#### **14a.5. PROPUESTAS PARA LA ASISTENCIA DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA**

##### **14a.5.1. Informes, cursos clínicos, hospitalarios y ambulatorios**

En los informes siempre debe hacerse constar la conducta suicida, el haber informado a la familia o acompañantes, la valoración del riesgo de recidiva y la indicación de seguimiento (ingreso, ambulatorio, etc.).

En los cursos clínicos, hospitalarios y ambulatorios debe hacerse constar la evolución de la ideación o intención suicida (escalas); cambios psicopatológicos y farmacológicos vitales, que aumenten el riesgo, y las anotaciones en las órdenes médicas a enfermería.

En las guías del tratamiento del suicidio de otros países se insiste en los problemas médico legales que se derivan de la muerte por suicidio de un paciente, recomendando especial cuidado en la redacción de los documentos clínicos.

##### **14a.5.2. Propuesta de ítems que deberían constar en la valoración de pacientes con tentativa suicida**

A. *Datos sociodemográficos.* Es útil señalar la situación de soporte familiar y laboral, además de los datos generales estandarizados en la hoja de ingreso.

B. *Motivo de ingreso:*

1. Acude por propia iniciativa o es llevado por familiares, amigos, conocidos o por profesionales (policía, bomberos, etc.). Informan sobre la rescatabilidad.
2. Tentativa de suicidio. Método.



C. *Historia breve y exploración psicopatológica:*

1. Antecedentes psiquiátricos.
2. Antecedentes familiares de suicidio.

D. *Antecedentes suicidas personales:*

1. Tentativas de suicidio.
2. Número de intentos.
3. Tiempo transcurrido desde la última tentativa.

E. *Características de la tentativa:*

1. Método.
2. Gravedad somática:
  - a) Leve (primeros auxilios).
  - b) Moderada (24 horas en urgencias).
  - c) Grave (más de 24 horas de hospitalización).
3. Intención letal (gesto o autolesiones, tentativa o suicidio frustrado)
4. Rescatabilidad (“pide ayuda”, “deja pistas”, “descubrimiento accidental”).
5. Tipo e intensidad de los acontecimientos vitales asociados al acto suicida.
6. Nivel de adaptación social según el Eje V del DSM-IV.

F. *Orientación diagnóstica.* Criterios CIE-10 y DSM-IV.

G. *Tratamiento y recomendaciones:*

1. Si precisa psicofármacos, tipo y dosis.
2. Seguimiento. Lugar (hospital, ambulatorio).
3. Informar a la familia y al paciente del riesgo de repetición del acto suicida.

**14a.5.3. Propuestas de plan de seguimiento para el paciente con riesgo suicida atendido en urgencias**

Véase tabla 14-6

**Tabla 14-6. Plan de seguimiento del paciente con riesgo suicida**

1. Primer intento suicida Psicopatología menor Buen soporte familiar	Control ambulatorio en el dispositivo asistencial de zona
2. Tentativas suicidas repetidas Resolución en urgencias Buen soporte familiar	Control ambulatorio en el dispositivo asistencial de zona
3. Tentativa suicida Antecedentes psiquiátricos Psicopatología menor	Ingreso breve en psiquiatría
4. Tentativas repetidas Sin resolución en urgencias	Ingreso breve en psiquiatría
5. Tentativas suicidas graves Riesgo somático	Ingreso en psiquiatría o seguimiento a través de interconsulta Personal de enfermería sensibilizado
6. Tentativas suicidas sintomáticas	Procedimiento según la psicopatología existente
7. Ideación suicida recurrente y planificada Psicopatología mayor o menor Sin soporte familiar	Ingreso en psiquiatría

#### **14a.6. BIBLIOGRAFÍA**

1. B. Sarró, C. de la Cruz. Los suicidios.. Martinez Roca. Barcelona 1991
2. The Harvard Medical School Guide to suicide assessment and intervention. Douglas Jacobs. Ed. Jossey-Bass Pub. S Francisco USA, 1999
3. Comprehensive Textbook of Suicidology. R: Maris, A. L. Berman, M. M. Silverman. Guilford Press. New York, 2000
4. The international handbook of Suicide and Attempted Suicide. K. Hawton, K. Van Heeringeng. Wiley. England. 2000
5. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. J Bobes, J.C. Gonzalez, P. Saiz. Masson, Barcelona 1997
6. La conducta suicida. Varios autores, edita S. Ros. Aran. Madrid. 1997
7. Suicide in Children and Adolescent.. Kling, Robert A. & Apter, Alan (ed) Cambridge University Press. Cambrigde. (2003).
8. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Assessment and Treatment of patients with Suicidal Behavior. Supplement of the American J. Psychiatry. Vol 160, nº 11, Nov 2003.
9. The suicidal patient. J. Chiles, K. Strosahl. American Psychiatric Press. Washington, 1995
10. World Report on violence and health. World Health Organization. Geneva. 2002