

Cómo explorar los pensamientos suicidas

Muchos médicos se preocupan de la mejor manera de evaluar el riesgo de suicidio en las personas que se presentan con pensamientos de hacer daño a sí mismos



Autor: Lindsey Sinclair, Richard Leach Fuente: BMJ 2017; 356 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1128> Exploring thoughts of suicide

INDICE: 1. Página 1 | 2. Referencias bibliográficas

Página 1

Lo que necesita saber

- Preguntar acerca del suicidio no hará que los pacientes tengan más probabilidades de hacerse daño.
- Identificar los factores de riesgo para el suicidio, pero también preguntar sobre los factores de protección.
- Preguntar sobre el suicidio permite a los médicos medir el riesgo y formular un plan de tratamiento

Viñeta clínica

Un hombre de 50 años describe una sensación de mal humor. Recientemente perdió su trabajo y su esposa lo dejó. Durante la consulta menciona que su vida ya no vale la pena ser vivida. El Dr. Smith está preocupado acerca de cómo dar seguimiento a este comentario; el paciente está haciendo un mal contacto visual.

Muchos médicos se preocupan de la mejor manera de evaluar el riesgo de suicidio en las personas que se presentan con pensamientos de hacer daño a sí mismos.

El tema del suicidio es difícil de investigar y, en consecuencia, gran parte de la evidencia es de baja calidad. En un reciente estudio cualitativo los médicos generalistas en el Reino

Unido informaron que les resultaba difícil identificar quién era "realmente" suicida, evaluar eficazmente el riesgo y manejar a pacientes con riesgo de suicidio.¹ Los pacientes que se auto-lesionaban repetidamente pueden evocar emociones poderosas y contradictorias en el proveedor de atención médica, como la ira, el miedo o el deseo de salvarlos.²

Los médicos no deben temer preguntar acerca del suicidio. Un artículo de revisión no identificó ningún estudio en el cual el hecho de preguntar acerca de la ideación suicida haya aumentado el riesgo de un nuevo intento³. Este artículo sugiere cómo evaluar a alguien que tiene pensamientos de terminar con su vida, realizar una evaluación del riesgo y decidir quién podría beneficiarse más con la asistencia de un equipo especializado en salud mental.

¿Qué tan comunes son los pensamientos suicidas y los intentos de suicidio?

El suicidio en sí mismo es un evento raro. En el 2014 hubo 10.8 muertes por suicidio por 100.000 habitantes en el Reino Unido.⁴ Entre el 3,5% y el 5% de las personas reportaron pensamientos suicidas en el último año, pero sólo el 0,5% -0,7% de las personas intentaron terminar con su vida según datos del Reino Unido y de los Estados Unidos.^{5,6} El estudio del Reino Unido encontró que en el transcurso de toda una vida, hasta una quinta parte de la población general informó tener pensamientos de poner fin a su vida.⁶

¿Cómo pueden los médicos distinguir a las personas con alto riesgo de suicidio?

Un metaanálisis reciente de estudios que analizaron los factores de riesgo de auto daño y de suicidio encontró sólo cuatro factores con evidencia fuerte para apoyarlos:

- Episodios anteriores de daño a sí mismo
- Género masculino
- Estar desempleado
- Tener problemas de salud física.⁷

Estos factores son tan comunes, sin embargo, que es poco probable que ayuden a la toma de decisiones clínicas.

Posiblemente sea de uso más clínico la investigación confidencial del Reino Unido sobre suicidios. Este informe que cubre 20 años de datos en Inglaterra, identificó características en individuos que murieron por suicidio (tabla 1).⁸ Los datos confirman los cuatro factores de riesgo, pero agregan

TABLA 1

Resumen de las características de los pacientes identificadas en la investigación confidencial nacional y una comparación con las tasas en la población general.

- Vivir solo
- Estar soltero
- Dependencia de drogas / alcohol
- Enfermedad mental activa

¿Hay factores de riesgo que usted puede cambiar?

La mayoría de los psiquiatras practicantes dividen los factores de riesgo en dinámicos y estáticos o estables.¹² Los factores de riesgo estáticos no son susceptibles de cambio y tienden a ser demográficos (por ejemplo, el género o tener antecedentes de auto-daño). Los factores de riesgo dinámicos, por otra parte, pueden variar y podrían ser susceptibles de cambio.

Por ejemplo, alguien estaría en mayor riesgo si su depresión no se tratara, en comparación con una persona que había sido adecuadamente tratada de tal manera que su estado de ánimo vuelva a la normalidad. Otros factores de riesgo dinámicos incluyen el acceso a los métodos de auto daño (como un arma), la desinhibición debida a la intoxicación, el uso indebido de sustancias, el vivir solo, el desempleo, los problemas de relación y las dificultades con la resolución de problemas.²

Tener en cuenta qué factores de riesgo podrían ser susceptibles de cambio Puede ayudar a diseñar un plan de manejo.¹³ Sin embargo, el peso de todos estos factores puede ser complejo y los esfuerzos por producir algoritmos para predecir el riesgo basado en factores de riesgo no han tenido éxito.

¿Existen factores protectores?

Los factores de protección pueden reducir el riesgo de que alguien se muera por suicidio.¹³ Los ejemplos incluyen²

- Una fuerte fe religiosa
- Apoyo familiar para encontrar soluciones alternativas a sus problemas
- Tener hijos en casa
- Un sentido de responsabilidad por los demás
- Habilidades para resolver problemas

La base de evidencia es generalmente débil. La importancia relativa de estos factores protectores varía mucho entre individuos. Tenga en cuenta que los factores de protección

pueden cambiar. La pérdida de factores protectores debe alertar al profesional de la salud de un mayor riesgo para el paciente, por ejemplo, si un compañero y los niños abandonan al paciente.

¿Qué pueden observar y sentir los clínicos?

Preste atención a cómo se comporta el paciente y a las emociones que proyecta sobre usted, ya que esto puede ayudar en el diagnóstico y a la evaluación del riesgo. Por ejemplo, los pacientes que están muy deprimidos pueden evocar sentimientos de aburrimiento en el clínico o la sensación de que no son merecedores de su atención. Los pacientes que están en abstinencia, agitados, o simplemente muy sin esperanza, pueden estar en alto riesgo.

Esté alerta ante cualquier desajuste entre lo que los pacientes informan y su instinto clínico. En una pequeña serie de casos en Estados Unidos, tres cuartas partes de los pacientes que murieron por suicidio negaron pensamientos suicidas en su último contacto clínico.¹⁴ Los clínicos deben usar su juicio sobre si sus pacientes están reteniendo esa información.

¿Cómo podría explorar los pensamientos de suicidio?

En aquellos pacientes que reporten pensamientos de poner fin a su vida, y como parte de la evaluación general de los problemas de salud mental, explorar estos pensamientos de daño propio con mayor atención. Hay poca guía o evidencia sobre la mejor manera de hacer esto; las sugerencias a continuación se basan en nuestra práctica y la observada por otros.

Explorar los pensamientos de auto-daño es quizás mejor hecho una vez que se ha establecido una relación con el paciente. Considere la posibilidad de introducir el tema del suicidio suavemente, en lugar de preguntar directamente "¿quieres morir?" Considere la posibilidad de enmarcar la pregunta en términos de: "algunas personas encuentran ...", que puede ayudar a poner a los pacientes a gusto. Por ejemplo:

- ¿Cómo estás de humor?
- A veces las personas que se sienten mal pueden empezar a sentirse sin esperanza sobre el futuro. ¿Te ha pasado esto?
- ¿Alguna vez has tenido algún pensamiento en tu cabeza acerca de que la vida no vale la pena ser vivida?
- ¿Qué clase de pensamientos has tenido?
- ¿Alguna vez has pensado en cómo podrías terminar con tu vida?
- ¿Ha hecho algo para prepararse para terminar con su vida, por ejemplo, escribir un testamento?
- ¿Alguna vez has intentado hacerte daño de alguna manera?
- ¿Hay algo que haga en la vida valga la pena vivir?

Hablar de suicidio puede ser perturbador, por lo que debe volver a temas menos emotivos, como el apoyo disponible para el paciente, antes de terminar una consulta.

¿Qué decisiones debo tomar?

Utilice la información que ha reunido para formar un juicio más exacto acerca del riesgo de daño. Vuelva a reunir cualquier información adicional y haga preguntas específicas si es necesario.

Las cuestiones clave a tratar incluyen:

- El nivel de riesgo basado en el equilibrio entre factores protectores y factores de riesgo y una comprensión de cuáles podrían ser modificables.
- Hasta qué punto el paciente está dispuesto y es capaz de comprometerse con un plan de manejo.
- Si el paciente está seguro para irse a casa.
- Si se necesita asesoramiento urgente o voluntario o remisión a la psiquiatría^{21,5}
- Si una evaluación psiquiátrica es apropiada, en discusión con los servicios de salud mental.

¿Cómo se genera un plan de gestión?

El plan de manejo será impulsado por la evaluación del riesgo y también por los servicios locales disponibles.²¹⁵

Independientemente de qué médico o equipo clínico cuida al paciente, o si el paciente conducirá su autocuidado, podría ser útil tocar las siguientes áreas al formar un plan de manejo para los pacientes con pensamientos de terminar con su vida:

- ¿Existen factores de riesgo dinámicos que sean susceptibles de tratamiento -por ejemplo, enfermedad mental, uso de alcohol / drogas ilícitas?
- ¿Qué medidas se pueden tomar para mejorar la seguridad y reducir el acceso a los métodos de auto-daño?
- ¿Está el apoyo social disponible para el paciente?
- Proporcionar información sobre los servicios no institucionales pertinentes, como

los samaritanos.

- Proporcionar información sobre dónde se puede obtener apoyo práctico, por ejemplo, vivienda o finanzas.
- Ayudar a los pacientes con la resolución de problemas que pueden afectar gravemente a los pacientes en crisis.

Es importante trabajar con pacientes y cuidadores para identificar un plan de manejo con el que estén de acuerdo.

<http://www.intramed.net/log.asp?retorno=/contenidover.asp?contenidoID=90626&uid=508461&fuente=inews>