

# Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio

C. Chiclana Actis<sup>a</sup> y L. Giner<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Facultad de Medicina, Universidad CEU-San Pablo, Madrid, España. <sup>b</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.



## Introducción

Según el Instituto Nacional de Estadística, en el 2008 el suicidio fue la primera causa de muerte violenta en España, por delante de las muertes causadas por accidentes de tráfico<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que más de un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo, y en los grupos de edad de 15 a 49 años es la segunda causa más común de muerte<sup>2</sup>.

El número de intentos de suicidio por cada suicidio llevado a cabo se estima en 20 y entre un 3 y un 7% de las personas que han tenido uno o más intentos de suicidio fallecen por suicidio, mientras que entre la mitad y dos tercios de los fallecidos por suicidio habían tenido intentos previos.

## Evaluación y diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio

Para poder hacer una correcta evaluación del riesgo de suicidio, se deben conocer aquellos factores que están relacionados con la conducta suicida. Sabemos que existen factores asociados a un mayor riesgo aunque, por el momento, no se han logrado separar aquellos que se asocian con un riesgo a corto o a largo plazo.

Los factores de riesgo pueden dividirse en aquellos en los que difícilmente se puede intervenir de forma clínica, y otros en los que sí hay posibilidad de intervención clínica. No obstante, todos deben ser evaluados con el propósito de hacer una mejor evaluación del riesgo (tabla 1).

La prueba diagnóstica más útil es la entrevista clínica, que ha de ser completa y contemplar diversas variables para poder tener todos los datos y saber actuar sobre aquellos factores en los que es posible intervenir (fig. 1).

Lo primero será atender a la vida del paciente si está en riesgo vital. Posteriormente le evaluaremos en condiciones de seguridad tanto para el paciente como para el profesional. Así, si está agresivo o psicótico, habrá que valorar la conveniencia de realizar contención y contar con la presencia de otros profesionales y/o del personal de seguridad, además de descartar una intoxicación/abstinencia de tóxicos o una patología orgánica<sup>3</sup>.

**Cualquier expresión de ideación autolítica ha de ser tomada en serio como situación de emergencia hasta que existan datos clínicos que permitan al profesional afirmar que el riesgo está bajo control.**

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS (II)	
<b>TABLA 1</b>	
<b>Factores relacionados con el suicidio consumado</b>	
Factores de riesgo no clínicos	Factores de riesgo clínicos
<i>Sexo</i>	<i>Trastornos</i>
Hombre: suicidio consumado	Depresión
Mujer: intento de suicidio	Consumo de tóxicos
<i>Estado civil</i>	Alcohol principalmente
Sin pareja estable	Otros tóxicos en jóvenes: opiáceos y estimulantes)
Divorcio o viudez reciente	Trastornos de personalidad
<i>Edad:</i>	Enfermedades somáticas (dolor incapacitante, grave)
Menor de 35 años	Esquizofrenia
Superior a los 65 años	Trastorno bipolar
Sin red social	
Acontecimientos vitales estresantes	
Desempleo	
Falta de creencias	
Accesibilidad a armas	
Antecedentes	Dimensiones psicológicas
Personales de abusos sexuales o físicos	Impulsividad
Personales de conducta suicida (el más importante)	Agresividad
Familiares de conducta suicida	Desesperanza
	Rigidez cognitiva
Factores protectores	
Individuales	Ambientales
Actitudes, valores y normas introyectadas	Existencia de una red social y familiar adecuada
Habilidades sociales	Responsabilidades para con los demás
Manejo de la ira	Participación social
Capacidad de resolución	Accesibilidad a los dispositivos de salud
Cuidado y búsqueda de la salud mental y somática	Ambiente estable
Creencias religiosas	Restricciones a la hora de adquirir armas o sustancias potencialmente letales
Temor al dolor y las conductas de riesgo	
Esperanza y optimismo	
Autocontrol de la impulsividad	
Alta autoestima	
Estrategias de afrontamiento adecuadas	
Alta resiliencia	

Es necesario hablar directamente del suicidio con el paciente, con delicadeza, pero sin dobles sentidos ni eufemismos<sup>4</sup>.

El acto o ideación suicida suele darse en un contexto de grave sufrimiento para la persona, en relación con una patología psiquiátrica, con una patología médica grave o con

acontecimientos vitales estresantes que le han hecho entrar en crisis, y desde esta perspectiva ha de ser atendido.

Puede ocurrir que nos genere dificultades en la entrevista porque no quiere ser atendido (esto es ya mi indicativo de que necesita atención y/o ingreso) o porque nos parece que es “una llamada de atención”, por eso es importante preguntarse sobre qué está llamando la atención, para darle lo que necesita, pues a lo mejor no sabe expresarlo de otra manera.

Cuando se ha producido un acto suicida que se ha frustrado, lo exploraremos con detalle para obtener información que nos permita valorar el riesgo de suicidio y la intencionalidad, además del proceso psicopatológico que subyace, para diseñar un plan terapéutico muy personalizado. Para esto también nos ayudará poder entrevistarlos, de acuerdo con el paciente, con su familia o personas de referencia que nos amplíen y contrasten la información recogida<sup>3,4</sup>.

Será necesario saber si consume tóxicos o presenta una patología médica o psiquiátrica ya diagnosticada, para actuar en consecuencia (fig. 1). En cualquier caso, se ha de explorar con detalle el acto suicida, si lo ha habido, y las ideas autolíticas que estén presentes (fig 1)

Interesa conocer y explorar los factores de riesgo (tabla 1) asociados con el individuo, como la asociación familiar de la conducta suicida no explicada por la propia agregación de patología psiquiátrica<sup>5</sup>, con un riesgo entre tres y diez veces mayor para realizar intentos de suicidio o suicidios que la población general<sup>6,7</sup>. *Las tasas de suicidio son mayores en hombres\* y los intentos en mujeres*<sup>9</sup>. Los varones suicidas presentan una mayor prevalencia de trastornos relacionados con tóxicos, trastornos de personalidad y trastornos de la edad infantil, mientras que las mujeres presentaban una mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo la depresión<sup>10</sup>. Entre los factores protectores, destaca en la mujer la presencia de hijos<sup>11</sup>.

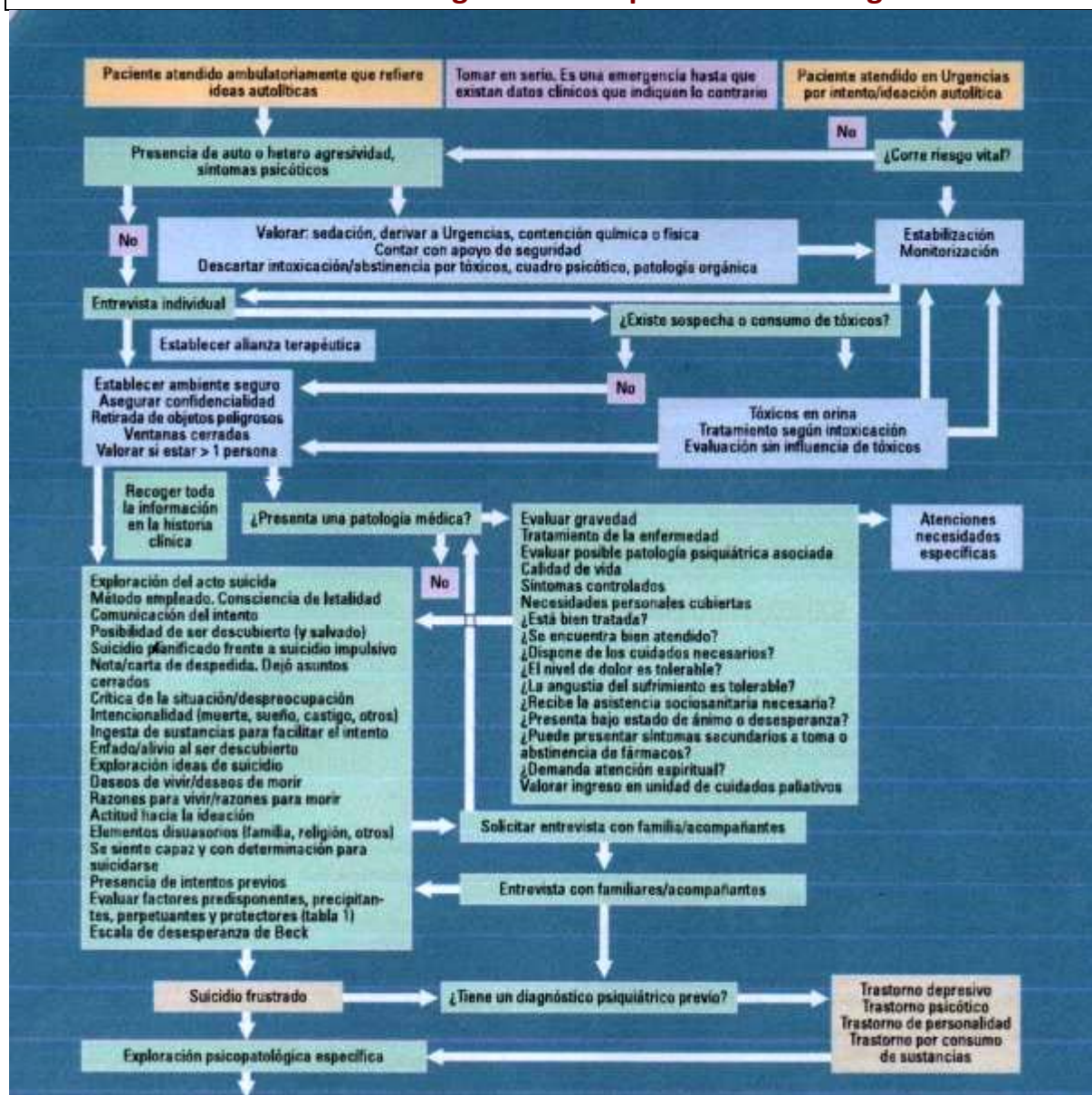
Tanto las tasas de suicidio, como el cociente suicidio/intento de suicidio van aumentando conforme aumenta la edad<sup>11</sup>. En cuanto a la patología psiquiátrica asociada de mayor prevalencia, en todos los grupos etarios es la de los trastornos afectivos. En los mayores, se encuentran los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, la enfermedad somática, el aislamiento o la viudez en varones<sup>1</sup>. En la población juvenil, las patologías más relacionadas, después de los trastornos afectivos, son el consumo de sustancias y los trastornos de la conducta<sup>13,14</sup>. Se ha observado que tras un suicidio se producen un mayor número de suicidios (efecto Werther), y es de 2 a 4 veces mayor en la población entre 15 y 19 años<sup>15</sup>.

El matrimonio o pareja estable parece ser un factor protector frente al suicidio<sup>11</sup>. En más del 75% de los suicidios se identifica un acontecimiento vital estresante previo, que suele estar relacionado con las pérdidas personales, los conflictos interpersonales, y los problemas de disciplina o legales<sup>7</sup>. El desempleo se relaciona con las tasas de suicidio en distintos países<sup>18</sup>. Las tasas de suicidio son mayores en los protestantes, seguidos por los judíos, los católicos y, en último lugar, los musulmanes<sup>19</sup>. Una red social adecuada supone un factor protector y el aislamiento social, real o percibido, confiere mayor riesgo de conducta suicida en todas las edades<sup>20-1</sup>. *Casi todos los autores coinciden en señalar el intento de suicidio previo como el factor de riesgo que más predice el suicidio consumado*<sup>9</sup>. No obstante, este factor se considera poco sensible, ya que dos tercios de los varones y un tercio de las mujeres que se suicidan

no tienen intentos previos<sup>22</sup>. El porcentaje de sujetos que fallece tras realizar un intento de suicidio se estima entre un 1 y un 6%<sup>21</sup>.

Entre los factores sobre los que el clínico sí puede actuar se encuentra principalmente la presencia de patología psiquiátrica<sup>10</sup>. *En al menos un 90% de los suicidios se identifica algún trastorno psiquiátrico<sup>23</sup>*, los trastornos afectivos son los más frecuentes<sup>24,25,26</sup> (algo más del 40%), seguidos del abuso de sustancias (sobre el 40%). El abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios<sup>27</sup>.

### Toma de decisiones en el diagnóstico del paciente con riesgo de suicidio



Los trastornos de personalidad pueden relacionarse con la conducta suicida por la mayor predisposición a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, o por su asociación a problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando



acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental<sup>28</sup>. Los factores de riesgo específicamente asociados a la esquizofrenia son el ser joven, el mayor número de episodios psicóticos, un alto número de ingresos psiquiátricos, el deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad o la baja adherencia al tratamiento<sup>29,30</sup>. También se relacionan con un mayor riesgo de suicidio el trastorno por déficit de atención<sup>31</sup> y los trastornos de la conducta alimentaria<sup>32</sup>.

Como ya se ha comentado, la salud física es un factor asociado a la conducta suicida. Así la presencia de enfermedades somáticas, especialmente cuando suponen discapacidad o dolor crónico o intenso<sup>33</sup>, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. No obstante, la presencia de cuadros depresivos es un factor determinante en dicha asociación<sup>24,25,34,35</sup>.

Tras realizar la evaluación del acto y/o ideas autolíticas y la exploración psicopatológica del momento actual deberíamos ser capaces de decidir si el paciente necesita o no ingresar en una unidad de hospitalización de agudos o si puede ser dado de alta con todas las indicaciones precisas

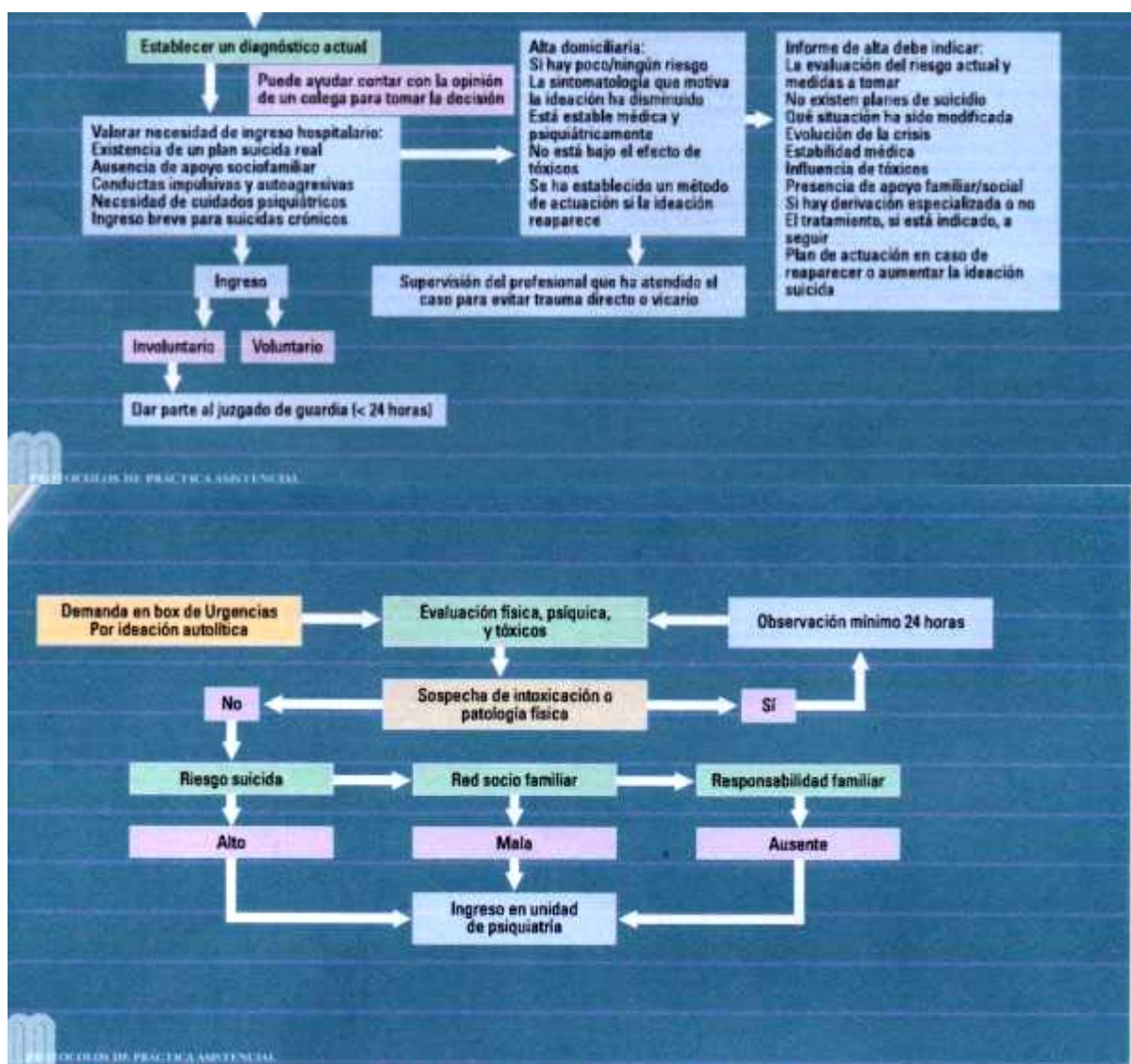


Fig. 2. Esquema básico de actuación en Urgencias ante la ideación autolítica.

## Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Estadística del suicidio en España. Disponible en: <http://www.ine.es>. (Consultado 10 de marzo de 2010).
2. Organización Mundial de La Salud. Depression. Disponible en: <http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/definition/en/index.html> (Consultado 12 de marzo de 2010).
3. The assessment and management of people at risk of suicide. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health. Wellington, New Zealand. 2003.
4. Brendel RW, Wei MH, Edersheim JG. An approach to the patient in crisis: assessments of the risk of suicide and violence. *Med Clin North Am*. 2010;94(6): 1089-102.
5. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 2009;65(7):556-63.
6. Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD, et al. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5): 1017-9.
7. von BA, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R, Hjerm A. Familia! factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol Med*. 2010;1-10.
8. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorders and suicide among young rural chinese: a case-control psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):731-3.
9. Stack S, Wassenaar I. Gender and suicide risk: the role of wound site. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(1):13-20.
10. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-28.
11. Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. *CMAJ*. 2010;182(6):569-72.
12. Zanni GR, Wickliff JY. Understanding suicide in the elderly. *Consult Pharm*. 2010;25(2):93-102.
13. Spirito A, Esposito-Smythers C. Attempted and completed suicide in adolescence. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:237-66.
14. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand*. En prensa 2010.
15. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Tiutshina B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010;197(3):234-43.
16. Corcoran P, Nagar A. Suicide and marital status in Northern Ireland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(8):795-800.
17. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.
18. Crawford MJ, Kuforiji B, Ghosh P. The impact of social context on socio-demographic risk factors for suicide: a synthesis of data from case-control studies. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(6):530-4.
19. Lizardi D, Gearing RE. Religion and suicide: buddhism, native american and african religions, atheism, and agnosticism. *J Relig Health*. 2010;49(3): 377-84.

20. Harrison KE, Doinbro\ski AY, Morse JQ, Houck P, Schlemitzauer M, Reynolds CF, DI, et al. Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(3):445-54.
21. Greenfield B, Henry M, Weiss M, Tse SM, Guile JM, Dougherty G, et al. Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(4):197-201.
22. Isometsa ET. Psychological autopsy studies—a review. *Eur Psychiatry*. 2001;16(7):379-85.
23. Suokas J, Suominen K, Isometsa E, Gostamo A, Lonnqvist J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide—findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(2):117-21.
24. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60Suppl2:57-62.
25. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):412-7.