

Evaluación del riesgo de suicidio

J. Á. Arbesú Prieto

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama de Langreo. Asturias

El papel del médico de Atención Primaria es fundamental tanto en la prevención primaria (prever un posible intento de suicidio en pacientes sin antecedentes del mismo) como en la prevención secundaria (prever la posible repetición del intento), pues el 80% de las personas que se suicidan ofrecen algún tipo de aviso y más de dos tercios de los suicidios consumados se dan en pacientes que habían consultado con el médico el mes anterior.

Se calcula que entre el 0,5-2% de las muertes son causadas por suicidio, siendo una de las causas principales de muerte en el mundo occidental. En España la tasa de suicidio está en torno a 9 de cada 100.000 habitantes/año. Aproximadamente el 7% de los jóvenes tendrán un intento de suicidio antes de los 25 años, aumentando con la edad, especialmente a partir de los 65 años, y de hecho las mayores tasas de suicidio se recogen en mayores de 75 años en todos los países que suministran datos a la OMS.

Asimismo en el anciano puede haber un comportamiento de "suicidio silencioso" con rechazo a los alimentos o la falta de adherencia al tratamiento.

FACTORES DE RIESGO (tabla 1)

A diferencia del suicidio consumado, los intentos de suicidio son más habituales en la primera mitad de la vida, según se desprende del estudio WHO/EURO, en edades entre los 15 y 44 años.

El aislamiento social, que suele ser creciente en los últimos años de la vida, parece ser un factor importante en la conducta suicida.

En relación al sexo, las mujeres presentan tasas de ideación y comportamiento suicidas más altas que los varones (3 ó 4 veces), pero el suicidio consumado es tres veces mayor en los varones.

Las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, en especial las crónicas, terminales o discapacitantes que

Tabla 1. Factores de riesgo asociados a suicidio.
Variables ordenadas según riesgo

Edad mayor de 45 años
Alcoholismo
Irritación, ira, violencia
Conducta suicidada previa
Sexo: varón
Rechazo de ayuda
Mayor duración del episodio de depresión
Tratamiento psiquiátrico previo
Pérdida o separación reciente
Depresión
Pérdida de salud física
Desempleo o jubilación
Estado civil: soltera, viudo o divorciado

Modificada de: La conducta suicida de Ros Montalbán (modificada de Beck H, et al, 1974).

suelen acompañarse de dolor crónico, así en los pacientes considerados los índices de suicidio y/o el suicidio consumado llega a ser 21 a 36 veces más altos que en la población general.

El factor de riesgo más importante es el padecimiento de una enfermedad mental (90% de los suicidios), siendo la primera causa de muerte en las enfermedades psiquiátricas, sólo entre los trastornos afectivos y el alcoholismo suman el 70% de los suicidios.

Los trastornos del ánimo están asociados con la mitad de todos los suicidios, se estima que entre un 9-15% de los pacientes con trastornos afectivos mueren por suicidio.

FACTORES DE PROTECCIÓN (tabla 2)

Las creencias religiosas, especialmente en aquellos países de religión católica, con fuerte arraigo popular, y la estructura familiar con apoyo al paciente, en el que éste sienta la necesidad de responsabilizarse de la misma con miedo a la desaprobación social, puede ser también un importante factor protector.

ENTREVISTA CLÍNICA CON EL PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA

Debemos mantener una escucha empática, no es recomendable realizar comentarios acerca del daño que el suicida pro-

Correspondencia: J. Á. Arbesú Prieto
Centro de Salud de Sama de Langreo
C/ Alejandro Ballesteros, 1.
33900 Sama de Langreo, Asturias.
Correo electrónico: jarbesuprieto@hotmail.com

Tabla 2. Principales factores de protección

Apoyo social, matrimonio
Práctica activa o fe religiosa
Hijos pequeños que dependan del paciente
Ausencia de trastorno mental
Vivir cerca de servicios médicos
Tener conciencia de que el suicidio es producto de una enfermedad
Capacidad de afrontamiento para resolver problemas y superar situaciones difíciles

vocaría a su familia, pues incrementa la sensación de culpa con aumento de la desesperanza del paciente, tampoco es aconsejable minimizar los riesgos del suicidio.

Cuando sospechamos ideación autolítica debemos preguntar por ella, ya que, aunque algunos pacientes nos la pueden sugerir, la mayoría no lo hace. Es aconsejable comenzar con preguntas poco comprometedoras como: ¿ha pensado alguna vez en tirar la toalla?, ¿ha pensado que le agradaría acostarse y no despertar jamás?, para pasar luego a preguntas más directas como: ¿ha pensado en hacerse daño de alguna manera?, ¿tiene algún plan concebido de cómo hacerlo?, ¿cree que sería capaz de hacerlo?

Se debe preguntar por la intensidad de la ideación suicida mediante la exploración de la situación vital del paciente, grado de satisfacción, pensamientos en torno a la muerte y el posible acceso a medios de autodestrucción, evitando caer en los tópicos falsos (tabla 3).

No debemos minimizar las conductas parasuicidas, que son llamadas de atención, especialmente en personas jóvenes o inmaduras, en relación a algún acontecimiento vital adverso, como ruptura afectiva, en las que los pacientes pueden ingerir fármacos a dosis no letales o autolesionarse sin riesgo real para la salud.

Este tipo de consultas suelen generar malestar en el profesional, ya que se siente manipulado por el paciente con la sensación de que está chantajeando a su familia/pareja, por lo que nos puede producir rechazo o hastío. Lo adecuado en estos casos es valorar que el paciente nos puede estar transmitiendo una situación de malestar intenso o una ausencia de solución a sus problemas.

MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA

El médico de Atención Primaria puede manejar a un paciente que haya tenido un intento suicida si:

- 1) Hay ausencia de enfermedad mental grave.
 - 2) Cuando la situación precipitante se haya solucionado.
 - 3) No existen complicaciones físicas derivadas del intento de suicidio.
 - 4) Crítica adecuada del suicidio (siente culpa, remordimiento, etc.) y ausencia de ideación autolítica actual.
 - 5) Adecuado apoyo socio-familiar con apoyo para el seguimiento y tratamiento del paciente.
- Es recomendable que el médico de Atención Primaria derive al paciente tras un intento de suicidio cuando hay:
- 1) Presencia de patología mental grave.
 - 2) Presencia de lesiones y/o intoxicación secundarias al intento de suicidio que precisen de cuidados no disponibles en el centro de salud.
 - 3) Ausencia de crítica y persistencia de ideación suicida.
 - 4) Amenazas suicidas, aunque parezcan manipulativas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Vega-Piñero M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. Salud Global. Grupo Aula Médica, año 2, número 4-2002

Tabla 3. Tópicos falsos

Hablar del suicidio induce a cometerlo: los pacientes se suelen sentir aliviados cuando hablan del mismo pues se sienten comprendido y aceptados
La gente que habla de suicidarse nunca lo hace: los estudios demuestran que el 80% sí lo hace
Tras un acto parasuicida disminuye el riesgo real de suicidio: cerca del 50% de los parasuicidas se suicidaron en los 90 días posteriores al intento parasuicida
El suicidio nunca puede ser preventivo, pues siempre es impulsivo: la mayoría de los suicidios consumados se dan tras largo tiempo de meditación, es decir, son planificados
Los suicidios nunca avisan: en el parasuicidio y en algunos suicidios se pueden dar avisos, pistas, notas, etc.
Las personas tenemos el derecho a quitarnos la vida: el suicidio suele ser consecuencia de enfermedades mentales o disminución de la capacidad cognitiva ya sea por enfermedad o por consumo de drogas

Basada en: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid; 1998.