

Conducta suicida

Alejandro Gómez Ch.

Introducción

El suicidio constituye un grave problema de salud pública, pero en gran medida *prevenible*. Casi la mitad de todas las muertes violentas se deben al suicidio, con cerca de un millón de víctimas anuales en todo el mundo. La OMS estima que para el 2020 las muertes por suicidio podrían bordear unos 1,5 millones de personas. El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Por ejemplo, en el año 2001 las muertes por suicidio superaron las muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000). Por eso es necesario adoptar con urgencia medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad¹, pero las pérdidas económicas y emocionales son mucho mayores. América Latina, sin embargo, está entre las regiones con menor tasa de suicidios, junto a los países musulmanes y algunos países asiáticos. Las tasas más elevadas se dan en países de Europa del este. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.

El comportamiento suicida tiene muchas causas complejas, como pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos o ruptura de relaciones, problemas laborales o jurídicos. Son relevantes los antecedentes familiares de suicidio, pero también el consumo de alcohol y otras sustancias, los maltratos en la infancia y trastornos mentales, principalmente los trastornos del ánimo y la esquizofrenia. Los trastornos orgánicos crónicos y los dolorosos incrementan el riesgo.

El suicidio es la causa principal de mortalidad en los pacientes psiquiátricos. De hecho, más de la mitad de los psiquiatras ha debido lamentar la pérdida de algún paciente.

¹ Medida de la mala salud de una población, que combina la mortalidad prematura (comparada con la esperanza de vida) y discapacidad global provocada por la condición (consultas, reposo, medicación, etc.).

El suicidio es un problema prevenible

El suicidio es un grave problema de salud pública, que representa una importante carga de morbilidad, pero su característica tal vez más relevante es que es *prevenible*.

Tabla 1. Tasa de suicidio (por 100000), por género, Chile, 1950-2003. OMS.

	1950	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2003
hombres	6,9	11,9	9,6	8,4	9,8	11,3	16,6	17,8
mujeres	1,5	3,2	2,5	1,4	1,6	1,7	2,7	3,1
total	4,2	7,5	6	4,9	5,6	6,5	9,6	10,4

Tabla 2. Tasa de suicidio (por 100000), por género y edad, Chile, 1950-2003. OMS.

edad	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
hombres	1,4	17,3	25	24,2	25,2	26,4	30,9	36,9
mujeres	0,3	4	4,4	4,2	4,4	3,9	3,4	3,9
total	0,8	10,8	14,8	14,2	14,7	14,6	15,5	16,4

Tabla 3. Número de suicidios por género y edad, Chile, 2003. OMS

edad	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	todos
hombres	20	234	306	299	223	150	102	68	1402
mujeres	4	53	53	52	40	24	14	12	252
total	24	287	359	351	263	174	116	80	1654

Se sabe que la mayoría de los potenciales suicidas ha visitado al médico en el mes previo a su muerte y que una proporción importante lo ha hecho la semana anterior, a menudo aportando indicios de su intención. Algo similar se observa en quienes han efectuado intentos de suicidio sin resultado de muerte.

Las tasas sostenidas de mortalidad por esta causa pueden deberse a falta de cobertura de servicios psiquiátricos, pero también a la escasa preparación de los profesionales de la salud. Esto es lamentable, dado que existen datos que demuestran el impacto epidemiológico de programas de educación médica en la detección y abordaje del riesgo suicida. Repitamos que el suicidio es un problema prevenible.

El presente capítulo aborda el problema de la suicidalidad desde un punto de vista esencialmente clínico, que permita identificar sujetos en riesgo e implementar medidas de resguardo, y diseñar estrategias de mediano y largo plazo en pacientes vulnerables.

El espectro suicidal

La suicidalidad puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (*ideación suicida*), las conductas suicidas sin resultado de muerte (*intentos suicidas*) y los *suicidios consumados* o completados. Si bien existen importantes diferencias demográficas entre quienes intentan suicidarse (mujeres jóvenes) y quienes lo consuman (varones mayores), se considera que estos grupos conforman un continuo de creciente severidad y riesgo. Se ha demostrado que toda forma de suicidalidad conlleva un aumento de hasta 40 veces del riesgo de morir por suicidio.

Tanto la ideación como los intentos suicidas son heterogéneos. Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de valor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio. Las conductas de autolesión pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte hasta tentativas tan severas (“intentos abortados”) que constituyen verdaderos suicidios frustrados; estos se asocian más a pacientes psiquiátricos.

Al vincularse a diversos síntomas clínicos y psicológicos, tales como depresión, baja autoestima y abuso de alcohol entre otros, la presencia de ideas o intentos suicidas debe ser considerada como un importante indicador de psicopatología no manifiesta.

La suicidalidad puede adoptar diversos cursos, desde una *suicidalidad ocasional o aguda* (asociada a cuadros como depresión o esquizofrenia) hasta una *suicidalidad crónica* (característica de trastornos graves de la personalidad, como el límite).

Factores de riesgo suicida

Los factores de riesgo suicida más relevantes para el clínico son la existencia de antecedentes de conducta suicida previa o actual y la presencia de alguna patología psiquiátrica que confiera vulnerabilidad suicidal.

Otras características señaladas por la literatura -p.ej. sexo masculino, adultez o edad avanzada, soltería, viudez o separación, desempleo, enfermedades médicas de evolución crónica y acontecimientos vitales negativos- son inespecíficas para ser consideradas por sí mismas como indicadores útiles. Adquieren importancia, sin embargo, cuando se agregan a los atributos principales ya señalados.

El espectro suicidal o suicidalidad

Es el espectro de fenómenos clínicos que están asociados al suicidio. Comprende:

- Ideación suicida (ideas y deseos suicidas).
- Intentos suicidas (conductas suicidas sin resultado de muerte).
- Suicidios consumados.

El espectro suicidal se presenta como un gradiente de gravedad, que abarca desde ideas inespecíficas de morir hasta la planificación y la consumación. Toda forma de suicidalidad implica un severo incremento del riesgo de morir de hasta 40 veces la población normal.

Tabla 4. Factores de riesgo suicida

Factores muy relevantes:

- Antecedentes de conducta suicida previa o actual.
- Patología psiquiátrica asociada.

Factores asociados inespecíficos:

- Sexo masculino.
- Adultez o edad avanzada.
- Soltería, viudez o separación.
- Desempleo.
- Enfermedades médicas crónicas.
- Acontecimientos vitales negativos.

Los factores inespecíficos por sí mismos no son útiles como predictores de riesgo, pero cobran relevancia si se asocian a los factores relevantes.

La suicidalidad no fatal como factor de riesgo

El intento suicida

El intento de suicidio es uno de los más fuertes predictores de suicidio. Quienes lo han efectuado presentan una probabilidad de autoeliminación que alcanza al 1 a 2% al año siguiente al evento, riesgo 100 veces mayor que el de la población general. El número de tentativas está en relación directa con el riesgo. Alrededor del 30% de quienes cometen un intento lo reitera en el futuro.

Tras una tentativa, el período de mayor vulnerabilidad al suicidio es el primer año, y es aún mayor en los primeros seis meses.

Factores que se asocian a reiteración del intento incluyen: edad entre 25 y 54 años, separación conyugal, un bajo nivel socioeconómico, desempleo o inestabilidad laboral y aislamiento social. Otros indicadores importantes son abuso de alcohol y drogas, trastornos de personalidad y antecedentes psiquiátricos. Antecedentes remotos tales como exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres y una niñez estimada como infeliz también elevan el peligro. Por otra parte, el mayor riesgo de suicidio consumado lo tienen

intentadores varones, mayores de 45 años, con trastornos del ánimo y por uso de sustancias, trastorno crónico del sueño, deterioro social y de salud.

Estudios en nuestro país han identificado un conjunto de variables predictivas de reiteración: tentativas previas al intento índice, un intento índice severo, historia familiar de trastornos por uso de alcohol/sustancias, calificación negativa de la infancia, sentimientos de decepción por la sobrevivencia y un bajo apoyo social. Tras un seguimiento, quienes repitieron tentativas se encontraban significativamente más desesperanzados al intento índice.

La morbilidad psiquiátrica es frecuente en los intentadores. Los cuadros más frecuentes son los trastornos del ánimo y de adaptación. La gran mayoría tiene trastornos de personalidad, siendo el trastorno limítrofe el de mayor prevalencia.

La gravedad del intento suicida puede evaluarse haciendo referencia a: a) la *letalidad* del método empleado o b) a la *intención suicida* con que fue efectuado. Ambos criterios no siempre coinciden, ya que un paciente puede haber empleado un método de baja letalidad (p.ej. benzodiacepinas) con una definida intención de morir (p.ej. se aisló a fin de no ser descubierto). Intentadores con mayor riesgo son quienes han utilizado métodos más letales o quienes muestran una más definida intencionalidad suicida.

Las ideas suicidas

La ideación suicida es una expresión temprana de vulnerabilidad y abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta propósitos autodestructivos más definidos como planes suicidas. Puede adoptar una cualidad persistente y asociarse a diversas variables psicológicas como depresión, autoestima baja y sensación de no controlar la propia vida ("locus de control externo"). Habitualmente se asocia a una elevada prevalencia de patología psiquiátrica.

En Chile se ha observado una alta frecuencia de ideas suicidas. En estudiantes de medicina ha llegado hasta el 55% como prevalencia de vida.

Ideación suicida como factor de riesgo

La ideación suicida constituye un importante indicador de riesgo y debe ser explorada cuidadosamente, teniendo en cuenta que:

- Es más común entre quienes han realizado un intento.
- Se asocia a severidad del intento.
- Se asocia a mayor probabilidad de repetición.

Debe considerarse que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida han **comentado previamente su propósito**. Tales expresiones, que pueden ser verbales o no verbales (p. ej. preparativos, regalar objetos o bienes), deben ser evaluadas seriamente, considerando:

- grado de materialización (como existencia de un plan suicida).
- circunstancias clínicas y sociales en que se verifican.
- antecedentes de conducta autolítica.

Tabla 5. Factores asociados a reiteración de un intento

Una **historia de tentativas previas** es el mayor factor de riesgo de volver a realizar un intento.

Otros factores de riesgo importantes son:

- Decepción por sobrevivencia.
- Desesperanza elevada.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Trastorno de personalidad.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Edad media de la vida.
- Separación conyugal.
- Antecedentes de la infancia (infelicidad, familiares suicidas).
- Bajo nivel socioeconómico.
- Desempleo o inestabilidad laboral.
- Aislamiento o bajo apoyo social.

Otros factores de mayor riesgo de suicidio consumado:

- Sexo masculino.
- Mayores de 45 años.
- Intento severo.
- Enfermedad psiquiátrica actual.
- Deterioro de la salud.
- Deterioro social.
- Trastorno crónico del sueño.

Los trastornos psiquiátricos como factores de riesgo

La existencia de una enfermedad psiquiátrica es uno de los más sensibles predictores de suicidio. Se ha comprobado patología psiquiátrica en la casi totalidad de sujetos que han consumado el suicidio. Las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas en los suicidas son esencialmente tres: trastornos del ánimo, esquizofrenia, y alcoholismo, pero también los trastornos de personalidad.

Trastornos del ánimo. Se ha encontrado trastorno del ánimo en el 60% de los suicidados. Inversamente, una importante proporción de las muertes en depresivos es autoinflingida (10-15% aproximadamente). Las Tasas Estandarizadas de Mortalidad (proporción entre casos observados y esperados) son 30 a 40 veces mayores que para la población general. Los suicidas se concentran en los dos años próximos a un egreso hospitalario.

Un elevado riesgo se observa tanto en depresivos unipolares como bipolares. La ausencia o insuficiencia de tratamiento es un riesgo agregado, así como la presencia de síntomas psicóticos o gran cantidad de síntomas.

El diagnóstico más frecuente entre adolescentes suicidados es trastorno del ánimo, a lo que se agrega el abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias. Es frecuente una historia familiar de depresión, abuso de sustancias, conducta suicida, y estrés familiar (discordia con los padres, abuso físico). Otro factor de riesgo importante es la disponibilidad de armas de fuego.

En la edad avanzada, los intentos suicidas alcanzan mayor severidad, con una definida intención letal.

Tabla 6. Factores de riesgo suicida en trastornos del ánimo

- Conducta suicida previa; ideación suicida
- Historia familiar de suicidio
- Desesperanza elevada; anhedonia; ausencia de reactividad
- Ansiedad severa y agitación; ataques de pánico; insomnio
- Comorbilidad psiquiátrica (en especial uso de sustancias)
- Ausencia o insuficiencia de tratamiento
- Acontecimientos de pérdida
- Depresión secundaria o no endógena
- Depresión psicótica
- Ausencia o insuficiencia de tratamiento

Factores de relieve son deterioro de la salud, estrés familiar, intentos previos, un episodio depresivo no remitido, desesperanza elevada, y ausencia de tratamiento antidepresivo.

Esquizofrenia. La ideación y conducta suicida es frecuente entre los esquizofrénicos, fluctuando entre un 18 y el 55,1%. Alrededor del 10% de los esquizofrénicos consuma suicidio, mayoritariamente sujetos jóvenes. La muerte autoprovocada es temprana, se produce antes de los diez años de evolución de la enfermedad y de los 45 años de edad. Con frecuencia ocurre a los pocos meses después del alta.

Caracteriza a los esquizofrénicos que se suicidan un curso clínico más severo, el vivir solos o fuera del hogar y presentar sintomatología adicional de depresión, desesperanza, desvalorización, hostilidad, obsesivo-compulsiva e insatisfacción vital. Más frecuentemente han presentado ideación e intentos suicidas. Mostraban un alto nivel de funcionamiento premórbido y elevadas aspiraciones personales.

El suicidio parece afectar preferentemente a los subtipos paranoides o indiferenciados. El origen alucinatorio del suicidio es aparentemente raro y se encuentra presente en no más que la décima parte de las víctimas.

Tabla 7. Factores de riesgo suicida en esquizofrenia

- Intento(s) suicida(s) previo(s), ideación suicida actual.
- Sexo masculino; joven; solo.
- Enfermedad severa.
- Síntomas de depresión, desesperanza, desvalorización, hostilidad.
- Buen funcionamiento previo, elevadas aspiraciones personales.
- Insatisfacción vital.

Trastorno por uso de sustancias. El riesgo vital de muerte por suicidio es 60-120 veces mayor en pacientes con abuso/dependencia al alcohol que en la población general, llegando a un 7% en estudios de seguimiento.

El suicidio afecta a pacientes entre la 4ª y 5ª década de la vida, que presentan concurrentemente síntomas depresivos y disfóricos. Tanto una historia de intentos como una personalidad de tipo inestable, con descontrol emocional, criminalidad e invalidez social elevan el riesgo.

También son relevantes las pérdidas (reales o fantaseadas) y la impulsividad. El suicidio en estos casos es rara vez premeditado. En mujeres suele existir muchos otros comportamientos de autolesiones, violencia, promiscuidad sexual y trastornos alimentarios.

Tabla 8. Factores de riesgo suicida en trastornos por uso de alcohol/sustancias

El consumo de alcohol y cocaína son por sí mismos factores de alto riesgo suicida. Gran parte de los suicidas han ingerido alcohol inmediatamente antes del intento.

- Intento(s) suicida(s) previo(s)
- Episodios o síntomas depresivos
- Comorbilidad psiquiátrica múltiple
- Trastornos o rasgos anormales de la personalidad
- Evento reciente de pérdida
- Múltiples sustancias
- Salud comprometida

Otros trastornos. Existe una elevada prevalencia (sobre el 20%) de intentos suicidas entre sujetos de la población general en que se diagnosticó *trastorno de pánico*, sobre todo si además muestran rasgos de personalidad limítrofe y otras patologías, como depresión. Las tasas son mayores si se asocia con consumo de alcohol.

También hay riesgo suicida en pacientes con *trastornos de la conducta alimentaria*, mayor para la anorexia y con comorbilidad o historia de abuso sexual en la infancia.

Trastornos de la personalidad. La presencia de un trastorno grave de la personalidad es un potente factor de riesgo suicida. Se encuentra trastorno de la personalidad en el 30 - 50% de los suicidas consumados. La presencia de TP aumenta seis veces el riesgo suicida. La mayor frecuencia la tendrían los subtipos limítrofe y antisocial. El tipo limítrofe parece ser especialmente frecuente entre jóvenes suicidados, especialmente si abusan de alcohol o presentan depresión mayor. En pacientes con múltiples intentos presencia de TP es casi de regla.

Se ha sugerido que es la *impulsividad* el rasgo más directamente vinculado con suicidalidad a lo largo de la vida, pero también la *elevada y sostenida desesperanza*.

Indicadores psicológicos de riesgo suicida

La desesperanza y la conducta suicida

La *desesperanza* (expectativas negativas sobre el futuro) es uno de los principales factores psicológicos asociados a la suicidalidad y su reconocimiento es parte importante de la evaluación del riesgo. La desesperanza es un indicador más poderoso de intención suicida que el nivel global de depresión. La ideación suicida, igualmente, es más elevada entre quienes manifiestan mayor desesperanza.

Por otra parte, la desesperanza ha demostrado valor predictivo de suicidio a largo plazo y caracteriza a quienes son repetidores de intentos.

La desesperanza determinaría una vulnerabilidad cognitiva persistente a la conducta suicida y se observa en suicidales crónicos como un rasgo habitual y estable.

Otros factores cognitivos

Entre éstos se puede mencionar: mayor rigidez cognitiva, déficits en la capacidad de resolver problemas, y una tendencia a percibir las situaciones en términos bipolares extremos (pensamiento dicotómico o blanco-negro). Puede encontrarse una percepción de "insolubilidad" de los problemas de la vida en jóvenes y niños suicidales. Declaran escasas razones para vivir, y tienden a visualizar el suicidio como un modo efectivo para solucionar los problemas.

Eventos vitales y apoyo social en la conducta suicida

Los actos suicidas son desencadenados frecuentemente por eventos adversos, los cuales se han acumulado en los meses anteriores. Una temática común son las dificultades en las relaciones personales (crisis de pareja o familiares). La mayoría cita un desencadenante inmediato, ocurrido en las 24 horas antes del intento, consistente por lo general en una discusión con la pareja o familiares.

Los adolescentes suicidales frecuentemente han vivido experiencias desfavorables desde la infancia, como abuso físico y sexual, iniciando a partir de la pubertad un período de especial vulnerabilidad.

Las separaciones o rechazos son más frecuentes en suicidas jóvenes. En la edad media lo son las dificultades económicas y en la edad avanzada las enfermedades.

La ausencia o pérdida de apoyo social, definido como la capacidad de sentirse perteneciente a una trama de relaciones personales que proveen estimación y ayuda se asocia a afectos y cogniciones presuicidas, y a tentativas más severas. En intentadores se constata una red social más débil, tanto en términos objetivos como subjetivos. Muchos suicidios se producen al concurrir acontecimientos adversos y una disminución importante de apoyo, por ejemplo tras separación conyugal.

El apoyo social percibido es un poderoso factor que incide sobre el riesgo suicida.

Evaluación del riesgo suicida

La evaluación de la suicidalidad actual o potencial debe formar parte del estudio rutinario de *todo paciente psiquiátrico*. Ella permite reconocer las variables que colocan al paciente en la "zona suicida" (estado mental proclive a cometer el suicidio), donde el riesgo de actuar en forma autodestructiva es mayor. Dado que muchos pacientes a lo largo del tiempo ingresan y salen de esta área

Información relevante. Preguntar por el suicidio

Es frecuente que los médicos y otro personal de salud eviten preguntar dirigidamente por la ideación suicida, por el temor a que hablar del tema pudiera desencadenar un intento suicida.

En realidad ocurre exactamente lo contrario. Los pacientes agradecen la posibilidad de conversar con un profesional acerca de su sufrimiento psíquico y sobre la alternativa del suicidio. Esto hace particularmente relevante la disposición a hablar del tema por parte del médico, sobre todo en una situación de urgencia, en que el paciente ya realizó un intento.

de peligro, la evaluación debe considerarse como un proceso continuo, cuyo resultado debe traducirse en respuestas apropiadas y coherentes por parte del clínico. Quiénes comparten mayor número de indicadores presentan mayor peligro. Ejemplo de ello es el paciente que cursa un episodio depresivo comórbido con abuso de alcohol, con antecedentes de suicidalidad, elevada desesperanza y rasgos de impulsividad e inmadurez.

La evaluación de la suicidalidad incluye como primer punto el *diagnóstico psiquiátrico*. Ello implica identificar la(s) patología(s) presente(s) (frecuentemente comórbidas), los síntomas que pueden ser indicadores de riesgo (p.ej. insomnio pertinaz), la historia de tratamientos previos y su resultado, y la historia familiar (trastornos psiquiátricos y suicidios). Deben evaluarse las expresiones de *suicidalidad* (ideas e intentos suicidas), tanto actuales como pasadas y sobre todo la existencia de un plan suicida. Debe estudiarse la *situación psicosocial* del paciente, en términos de la crisis desencadenante y su significado para el paciente, así como su percepción de apoyo social. Los *factores psicológicos* incluyen rasgos de personalidad, factores cognitivos (p.ej. desesperanza) y la capacidad para resolver problemas, entre otros. Fuentes de información relevantes son el propio paciente, pero también otros significativos (fuentes corroborativas). Dado el carácter evolutivo y cambiante de la crisis suicida, el clínico debe disponerse a evaluaciones y reevaluaciones seriadas.

Las ideas suicidas se evalúan de modo tentativo y gradual, interrogando inicialmente acerca de los deseos y razones para vivir y morir, así como de la presencia de deseos activos y pasivos de suicidarse, el grado de preparación, la sensación de capacidad y "coraje" para llevarlas a efecto, o si ha hecho preparativos presuicidas o escrito una nota suicida. Aunque no exista un intento en marcha, la presencia de ideas o deseos autodestructivos intensos y persistentes, con incapacidad de autocontrol, junto a una ausencia o debilidad de motivos para vivir o para no cometer suicidio, debe llevar a indicar la hospitalización. La existencia de un plan suicida es de la mayor gravedad.

Al evaluar los intentos suicidas, debe evitarse el empleo de categorizaciones absolutas y peyorativas, tales como "intento genuino/real o manipulativo/histórico". Estas ignoran el hecho que en los actos suicidas participan motivaciones múltiples. La tentativa persigue funciones

Evaluación de los pacientes suicidales

La evaluación de la suicidalidad actual o potencial debe formar parte de las rutinas para los pacientes psiquiátricos. Debe determinarse si el paciente se encuentra o no en la "zona suicidal". Hay que considerar que esta es una situación dinámica, en que los pacientes entran y salen a lo largo del tiempo.

Los elementos clínicos que deben evaluarse en un paciente psiquiátrico son:

- **Diagnóstico psiquiátrico**, síntomas relevantes, indicadores de riesgo. Comorbilidad. Historia de tratamientos; historia familiar psiquiátrica y suicidal.
- **Manifestaciones presentes o pasadas de suicidalidad** ((ideas e intentos suicidas, actuales y pasados).
- **Situación psicosocial**: caracterización de la crisis y su significado; eventos adversos y apoyo social percibido.
- **Factores psicológicos**: rasgos de personalidad, factores cognitivos.

A partir de estos elementos debe definirse:

- Nivel de cuidado requerido (hospitalización o al cuidado de personas responsables).
- Diseño terapéutico (qué se va a hacer; puede ser nada más que derivar a psiquiatra).

La evaluación de la suicidalidad es seriada, con una orientación prospectiva.

Incluir fuentes corroborativas

instrumentales (empeño de interrumpir un sufrimiento mental intolerable) y *expresivas* (expresar rabia, provocar un cambio en los otros, activar una red social). En muchos suicidios hay una historia de tentativas "manipulativas".

En casos de suicidalidad aguda, muchas veces asociada a la agravación del cuadro de base del paciente, la decisión de hospitalizar debe ser considerada seriamente. Es conveniente discutir tal decisión abierta y empáticamente con el paciente. De cualquier forma, ante la presencia de una suicidalidad elevada la conducta del médico general es derivar a un nivel secundario, procurando que exista un cuidado preciso de parte de gente responsable (amigos o familiares).

Todos los pacientes que han acudido a un servicio asistencial por un intento de suicidio deben ser evaluados psiquiátricamente antes de ser enviados a su domicilio. Esta permitirá una observación más prolongada, la estabilización psiquiátrica y el manejo de factores psicosociales involucrados.

Manejo clínico del paciente suicidal

Cuando el médico detecta un elevado riesgo suicida, su obligación es informar a la red inmediata del paciente (habitualmente su familia) y concordar con ella las medidas a tomar. Esto a su vez le permitirá detectar la dinámica familiar que rodea la suicidalidad, y, al involucrarla en el manejo del caso, incrementar su efectividad terapéutica.

La primera decisión se refiere a cuál es el encuadre más seguro para el paciente. En la Tabla 9 se señala un conjunto de indicaciones de hospitalización. La seguridad

Tabla 9. Indicaciones de hospitalización perentoria en intento de suicidio

- A. Características del intento
 - Elevada intención suicida, elevada letalidad, método violento
 - Más de un método simultáneamente
 - Seguidilla de intentos
 - Intento de suicidio ampliado
 - Motivación altruista
 - Ideación suicida post intento, con reafirmación de la intención, decepción ante la sobrevivencia, o rechazo de ayuda
- B. Contexto
 - Sexo masculino
 - Mayor de 45 años
 - Enfermedad psiquiátrica
 - Abuso de sustancias
 - Ausencia de sistemas de apoyo o contención
 - Contexto de violencia
 - Pérdida reciente de figura clave
 - Salud deteriorada
 - Elevada desesperanza
- C. Antecedentes
 - Historia suicidal previa
 - Impulsividad y violencia

del encuadre debe ser evaluada continuamente, dado que los suicidios pueden producirse aún en unidades de hospitalización supuestamente seguras. El alta precoz debe evitarse, para poder garantizar tanto la estabilidad del paciente como la del medio familiar y social inmediato. Tras el alta el paciente debe ser controlado frecuentemente; en caso de inasistencia debe ser recontactado activamente.

Si se decide no hospitalizar, debe asegurarse la cooperación de uno o más miembros del grupo familiar, en orden a cautelar la seguridad del paciente, retirando o impidiendo el acceso a medios potenciales de suicidio, acompañándolo, manejando los medicamentos de mayor letalidad potencial y monitorizando el cumplimiento de las indicaciones médicas.

El manejo integral de la suicidalidad requiere la combinación de diferentes tipos de intervenciones: *psicológicas*, *médicas* y *ambientales*. Las primeras se refieren a establecer (y mantener) una sólida alianza terapéutica, que permita generar un vía no suicidal de resolución. El estilo de intervención debe ser empático, validando las emociones del paciente (habitualmente de un tono doloroso y desesperado) pero obviamente no su elaboración autodestructiva. Algo así como: "Puedo entender que usted no soporta vivir un día más, pero creo que puedo ayudarlo a sentirse mejor y encontrar una salida menos destructiva". Una actitud de este tipo contribuye a propiciar sentimientos de mayor esperanza. A lo mismo puede contribuir una actitud terapéutica dirigida a la resolución de los problemas más acuciantes (o a tolerar que no se disponga de soluciones inmediatas). Se le puede mostrar que evalúa su situación empleando generalizacio-

nes arbitrarias y excesivas, predicciones catastróficas, visiones dicotómicas o excesivamente inmediatistas. Puede explorar el significado de la crisis y cómo la interpreta (“¿Por qué cree que esto lo transforma en una persona que no vale nada?”).

El trabajo sobre la red de apoyo es crucial, orientado a fortalecerla o repararla (algunas veces a generarla), mediante, por ejemplo, intervenciones familiares o de pareja. Algunas veces sirve mostrar que la solución suicida es claramente inconsistente (“¿De verdad cree que su suicidio solucionará problemas?”). Una estrategia importante es la generación conjunta de estrategias para la prevención o el manejo de sintomatología suicidal (ideas o impulsos suicidas), de modo que el paciente pueda adquirir mayor control sobre ella. En algunos casos podrá llegar a un acuerdo no suicidal, en otros casos generará un plan de acción para su manejo.

Las intervenciones médicas incluyen el control del consumo de alcohol/sustancias, el tratamiento de los síntomas de riesgo y el monitoreo de la respuesta terapéutica y del cumplimiento de las indicaciones. Los síntomas de riesgo incluyen la angustia severa y el insomnio, la impulsividad, la agitación y la disforia, y las ideas e impulsos suicidas. Debe considerarse el empleo de antipsicóticos (típicos y atípicos), benzodiazepinas (clonazepán), anticonvulsivantes (p.ej. ácido valproico), antidepresivos (para el tratamiento de los cuadros depresivos), y el carbonato de litio. Se ha acreditado que este último fármaco disminuye significativamente el riesgo autolítico. En casos extremos la terapia electroconvulsiva puede reducir dramáticamente las ideas e impulsos suicidas, al menos temporalmente. Debe reiterarse que los pacientes suicidas deben ser seguidos cercanamente, evaluando estado clínico (incluyendo suicidalidad) y la efectividad de las medidas terapéuticas. Ante la resurgencia de suicidalidad, deberá evaluarse la conveniencia de rehospitalizar al paciente. En relación a la supervisión del paciente, un familiar o amigo puede ser un valioso colaborador. Otras intervenciones ambientales se dirigen a aliviar o resolver la conflictiva familiar o de la pareja, e intervenciones laborales o académicas. Estas últimas pueden resultar de inesperada importancia.

El manejo adecuado de la suicidalidad permitirá que las ideas suicidas decrezcan gradualmente y el paciente pueda continuar con el tratamiento de su condición de base, habitualmente en forma ambulatoria. Es conveniente, sin embargo, que el clínico asuma que la suicidalidad puede reemerger ante recurrencias o agravaciones de la condición basal, o ante crisis o pérdidas interpersonales. El manejo a largo plazo de pacientes con riesgo suicida se asemeja al de las enfermedades crónicas, requiriendo seguimientos a largo plazo. Por esta razón el clínico debe definir un plan de seguimiento individualizado, concordante con la condición clínica de sus pacientes.

Por desgracia, a pesar de los mejores esfuerzos del equipo tratante, algunos pacientes terminan su vida suicidándose. Cuando ello ocurre, una serie de medidas, conocidas como *posvención*, son entonces relevantes. El médico debe contactar los sobrevivientes (habitualmente

familiares), evaluar la necesidad de ayuda o apoyo psicológico, y facilitar su acceso a ella. En algunos casos los sobrevivientes pueden requerir atención especializada para la elaboración de un duelo especialmente complejo, o el tratamiento de un trastorno psiquiátrico desencadenado por el suceso.

Alejandro Gómez Ch.
Médico psiquiatra.

Colaboración editorial de

Juan M Pérez F.

Médico psiquiatra.

Apuntes para uso exclusivo de docencia.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur.

Universidad de Chile.

2008.