

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA

Por doctor Sergio Ignacio Molina
Médico Psiquiatra

La mayoría de los suicidios se dan en personas que presentan una enfermedad mental de cualquier etiología.

Un intento de suicidio, no importa las características o magnitud del mismo, siempre se considera una URGENCIA GRAVE.

El médico desempeña un papel fundamental en la identificación y el tratamiento del paciente suicida. Estudios realizados demuestran que un 75% de las personas que ulteriormente cometieron un suicidio habían consultado a un médico en el curso de las 6 semanas previas a la muerte, y un 60% de estos había consultado en el curso del mes previo.

La ideación suicida en cualquier paciente es una señal de estado extremo de desespero y descompensación de su cuadro clínico de base o situación actual y requiere una evaluación, diagnóstico e intervención con una adecuada confidencialidad y apoyado en el sistema legal vigente.

Principales Causas de Suicidio Asociados a Enfermedad Mental:

- Depresión.
- Abuso de sustancias.
- Esquizofrenia.
- Estados psicóticos de cualquier etiología.
- Trastornos de personalidad severos.

Factores de riesgo asociados al suicidio:

- Edad avanzada.
- Historia de violencia.
- Historia de conductas o riesgo de suicidio.
- Historia familiar de suicidio.
- Sexo masculino.
- Pérdida de la salud física o enfermedad médica seria.
- Episodios depresivos mayores.
- Depresión de larga duración.
- Negativa a recibir ayuda.
- Alcohólicos que continúan tomando.
- Comunican su intención.
- Pobre soporte social.
- Desempleo.
- Viven solos.

Factores de riesgo agudos:

- Disolución de una relación amorosa u otra pérdida significativa.

- Modificación de una condición clínica.
- Iniciación o interrupción de una medicación psicotrópica.
- Intoxicación por alcohol u otras sustancias.
- Mejoría repentina de un cuadro depresivo.

Estos hallazgos sugieren firmemente que el médico cuenta con la oportunidad de anticipar la posibilidad de un suicidio y de derivar al paciente a un profesional de la salud mental para un manejo especializado.

Es imposible predecir con certeza quién va a cometer un suicidio.

La evaluación clínica y la intención comunicada por el paciente son las dos principales herramientas para predecir que persona puede estar en riesgo. No debe temerse interrogar a los pacientes acerca de pensamientos o conductas suicidas, el interrogatorio no les dará la idea de suicidarse.

20 a 30% de los pacientes con un trastorno afectivo exhiben comportamientos suicidas no fatales, incluyendo pensamientos de suicidio; 15% de los hospitalizados por trastornos afectivos llegan por intentos de suicidio; 15% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor de un mes de evolución eventualmente cometen suicidio; 2-3% de los pacientes con trastorno de pánico y si este está asociado a un trastorno depresivo.

El abuso de sustancias o trastorno límite de personalidad incrementa el riesgo. En ancianos se da 4 veces más que en adultos. En adolescentes se debe pensar en riesgo de suicidio:

- comorbilidad
 - depresión.
 - conducta antisocial.
 - abuso de sustancias y alcohol.

El SIDA se convirtió en un factor de riesgo:

En la Depresión:

- uno de cada 7 pacientes con depresión recurrente comete suicidio.
- 70% de los suicidios tienen una enfermedad depresiva.
- 70% de los suicidas consultaron por sus síntomas en las 6 semanas previas.

En Colombia:

La prevalencia a lo largo de la vida de ideación suicida es:

Sexo	Ideación	Intento
Masculino	3.6%	1.5%
Femenino	5.6%	1.9%
Total	4.7%	1.7%

Frente a un paciente con ideación suicida se debe:

- Ganar la confianza (un abordaje empático y no crítico).
- Tranquilizar al paciente.
- Es más probable que el paciente comunique sus pensamientos y sentimientos más sinceros si se encuentra solo con el médico sin la presencia de familiares o amigos.
- Dirigir la ayuda hacia un centro especializado.
- Considerar esta amenaza como una urgencia médica por lo que debe recibir ayuda profesional.

La actitud y los valores morales del médico que evalúa a un paciente con tendencias suicidas pueden influir sobre la probabilidad futura de un intento de suicidio. Se ha visto que en pacientes con depresión el riesgo es mayor cuando se tuvo una reacción negativa frente al médico que lo entrevistó, por esta razón durante la entrevista de un paciente potencialmente suicida se debe evitar juicios o críticas morales.

Hay que tener en cuenta que la ideación suicida generalmente es transitoria y es debido a un proceso patológico que responde a causas biológicas y psicológicas las cuales pueden ser tratadas si se logran detectar a tiempo.

El que un paciente niegue su intención de cometer un suicidio, debe ser evaluado con precaución, pues esto no libera al médico de la responsabilidad medicolegal, por esto todo paciente debe tener una evaluación cuidadosa y detallada. Es preferible ser conservador en el manejo de un paciente con riesgo suicida y ante la duda dejar en observación, muchos de estos pacientes son ambivalentes o están muy deprimidos como para participar en una decisión terapéutica.

Pacientes que tengan un riesgo alto deben ser hospitalizados bajo observación permanente las 24 horas.

Pacientes que pueden ser Manejados Ambulatoriamente:

- Bajo nivel de ansiedad y perturbación anímica.
- Ideas suicidas en ausencia de un plan.
- Ausencia de síntomas psiquiátricos.
- Presencia de un familiar comprensivo y responsable que pueda vigilar al paciente.
- Deseo del paciente de iniciar un tratamiento médico.

Remitir para evaluación y manejo especializado. De no ser posible, realizar seguimiento con evaluaciones periódicas, incluir y educar miembros de la familia confiables para que participen del tratamiento, no prescribir medicamentos en cantidades letales y que este sea supervisado por la persona encargada de cuidarlo.

Siempre se debe buscar la seguridad del paciente y de las personas a su alrededor.

Algunos pacientes requieren una restricción medioambiental dependiendo de la gravedad del cuadro que los aqueja la cual siempre debe ir acompañada de una intervención farmacológica o psicoterapéutica, según sea el caso. Esta restricción es definida por la persona encargada del caso clínico.

Rango de Restricción Medioambiental:

Ambulatoria:

- En su hogar solo.
- En su hogar acompañado.
- En su hogar con familiares o amigos cercanos.
- Residencia comunitaria.

Hospitalaria:

- Servicio de urgencias.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Servicio intrahospitalario.

- Servicio intrahospitalario psiquiátrico abierto.
 - Psiquiátrico cerrado.
 - Psiquiátrico de observación permanente.
- Sala de aislamiento abierta vigilada.
- Sala de aislamiento cerrada con observación permanente.

Lo más importante es evaluar si el paciente puede ser manejado:

- Manejo ambulatorio.
- Manejo en servicio de urgencias medicas.
- Si requiere manejo y ayuda voluntaria o involuntaria de urgencia.
- Si requiere una acción legal para realizar manejo involuntario.

Generalmente se requiere el consentimiento del paciente para realizar cualquier tipo de intervención. Existen casos excepcionales en los que sin el consentimiento se realiza la intervención como son:

- Alteración de la esfera mental que no permite tener un juicio acorde a la realidad.
- Esta alteración o cualquier otra que lleva a la persona a ponerse en riesgo a si mismo o a las personas a su alrededor.

Esto sucede en pacientes que presentan:

- Estados psicóticos de cualquier etiología.
- Negación marcada de su condición.
- Personas sometidas a abuso de autoridad
- Abuso, maltrato o negligencia con menores o ancianos.

En estos casos se puede intervenir la urgencia, incluso en contra de la voluntad del paciente.

Cuando se trata de cuadros con alteración de la esfera mental que no aceptan ningún tipo de ayuda y que no representa un riesgo inmediato pero que a juicio de un especialista debe recibir algún tipo de tratamiento se debe acudir a las autoridades para obtener un consentimiento y realizar la intervención. Por lo general a través de una buena aproximación psicoterapéutica los pacientes acceden a recibir su tratamiento.

Frente a un Paciente que realizó una maniobra o acto suicida:

- Ganar la confianza.
- Tranquilizar.
- Dar el manejo que estabilice las secuelas clínicas del acto suicida y posterior a esto realizar evaluación, diagnóstico y manejo apropiado para el cuadro clínico de base.

Exploración de la Ideación Suicida:

El médico debe asumir que esta es más común en situaciones de estrés agudo o crónico o en cuadros depresivos especialmente no tratados por lo que se debe preguntar activamente en estos casos. Solamente con una discusión detallada y activa con el paciente alrededor de las ideas, pensamientos, métodos, herramientas, conductas, medio ambiente etc., alrededor de la ideación o acto suicida se puede evaluar realmente la gravedad y letalidad del mismo. Evaluar si se trata de una ideación pasiva o un acto deliberado.

En personas que ya cometieron un acto deliberado de intoxicación debe mirarse sus objetos personales con el fin de obtener información sobre la posible sustancia y la cantidad de la misma. Igualmente preguntar por los tratamientos que se han prescrito últimamente. La evaluación del paciente da un nivel de gravedad y siempre se debe indagar si ya hubo un intento activo, si hay un plan o método específico y acceso al mismo.

También es importante preguntar por la frecuencia de los pensamientos, aceleración o aumento en intensidad y lo poco cambiante que puedan ser. Adicionalmente se debe observar si el paciente tiene signos de ansiedad, enlentecimiento psicomotor, agitación o temor, algunos estudios han mostrado que la disminución del temor y la ansiedad repentinamente se dan previo a un acto suicida. Es importante preguntar que cree el paciente ha evitado que el cometa el acto ejm. Ideas religiosas, temor a la muerte o el dolor, sensación de responsabilidad hacia hijos o familiares o buscar signos de alarma inmediatos como es tener una fecha específica o un método definido.

El médico no se debe abstener de preguntar por la ideación suicida por temor a introducir una idea o un pensamiento, siempre debe hacerse una entrevista directa acerca de esta preocupación y los síntomas que la acompañan. Obtener información sobre intentos previos, el uso actual o pasado de sustancias de abuso e historia psiquiátrica del paciente. Frente a la ideación suicida se puede romper la confidencialidad y alarmar a los familiares o personas cercanas pues el paciente puede no estar muy conciente de su

enfermedad actual o por temor a una hospitalización en muchos casos no dan una información real y pueden minimizar los síntomas o enmascarar su desespero. Obtener de familiares información sobre cambios en el comportamiento o actitud o comunicación de la intención pues muchos pacientes no colaboran con la evaluación por las características de su cuadro actual lo cual es fundamental para determinar el riesgo del paciente.

Finalmente, se debe hacer un diagnóstico y definir la conducta acerca del mismo. Las autopsias psicológicas han mostrado de manera consistente la asociación de una enfermedad mental con el acto suicida, las dos enfermedades psiquiátricas más comunes asociadas con el suicidio son la depresión y el alcoholismo y ambas son potencialmente tratables.

En la evaluación inicial del paciente es vital definir la letalidad del pensamiento o acto y los síntomas asociados, el medio ambiente y familiar pues esto definirá el rango de restricción medioambiental al que debe someterse y el tipo de intervención a definir.

En un paciente que se presenta en un servicio de emergencia luego de un acto suicida lo primero es estabilizar su condición física, intoxicación, heridas, etc., antes de intervenir desde el punto de vista psiquiátrico, obtener la información necesaria para realizar la desintoxicación etc.

Pacientes que presentan agitación debido a la intoxicación o por la enfermedad de base pueden requerir una contención física y una sedación la cual se puede hacer con un medicamento sedativo tipo benzodiazepina o con un antipsicótico. Determinar cuál debe ser la medicación a escoger depende de las condiciones clínicas del paciente.

En general, en pacientes que no presentan síntomas psicóticos y no tienen intoxicaciones con alcohol o depresores del sistema nervioso central puede usarse una benzodiazepina oral o intramuscular. Pacientes con síntomas psicóticos deben recibir dosis de un antipsicótico tipo haloperidol entre 5 y 10 mg vo o IM. Un paciente que presente un acto suicida debe ser dejado siempre en observación por 24 horas, sin importar las características del mismo y en este lapso recibir una adecuada evaluación para determinar la conducta.

Algunos pacientes pueden requerir períodos de observación de dos a tres días para determinar la conducta a seguir y el tratamiento del mismo. Ante la duda es preferible dejar en observación especialmente si se determina que el medio ambiente en que se desenvuelve el paciente no es el adecuado. En pacientes en que se determina un deterioro en su funcionamiento en las semanas o meses previos o que se evidencian síntomas depresivos claros o psicóticos debe ser hospitalizado.

Si el paciente se niega a ser hospitalizado se puede realizar una hospitalización involuntaria si se determina que no está en capacidad de evaluar la realidad por su condición clínica de base o por que presenta un riesgo inminente de hacerse daño a sí mismo.

Bibliografía

- Textbook of psychopharmacology second edition, Alan F. Schatzberg, Charles B. Nemeroff.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV)
- Psiquiatría Diagnostico y Tratamiento, Josegh A. Flaherty, Robert A. Channon, John M. Davis.
- Manual of Psychiatric Therapeutics, Second Edition, Richard I. Shader
- Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition, Kaplan and Sadock.
- Clínicas Psiquiátricas de Norte América, Emergency Department Assessment of Suicidal Patients, 2000.