

El paciente suicida

Fecha de la última revisión: **04/05/2012**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Creencias erróneas](#)
3. [Factores de riesgo de suicidio](#)
4. [Evaluación del riesgo de suicidio](#)
5. [La entrevista clínica](#)
6. [Criterios de ingreso](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

Actualmente se considera que existe un espectro o *continuum* de conductas suicidas de diferente naturaleza y gravedad, que oscila desde la ideación suicida y planificación, hasta lo conductual: amenazas, gestos, intento de suicidio y suicidio consumado. Conviene diferenciar estos conceptos:

- **Ideación suicida:** deseos y pensamientos sobre el suicidio.
- **Comunicación suicida:** punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida y en ella podemos encontrar: amenaza suicida que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano, y plan suicida: ya existe un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conductas suicidas.** Incluyen:
 - **Suicidio consumado.** Acto de matarse de un modo consciente, considerando la muerte como un medio o como un fin.
 - **Tentativa de suicidio.** Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
 - **Autolesión o gesto suicida.** Conducta autolesiva no mortal realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas "manipulativas".

El suicidio representa el 1,3% de todas las muertes, aunque es un hecho bien conocido el problema de la infradeclaración, con tendencia ascendente. Constituye la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años, después de los accidentes de tráfico. Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los familiares y amigos se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico.

Creencias erróneas

Es necesario conocer y evitar las creencias e ideas erróneas sobre el suicidio:

- *Preguntar por las ideas de suicidio incrementa el riesgo de suicidio.* No hay evidencia de que preguntar directamente por ideas de suicidio aumente el riesgo en los que ya lo tienen, o proporcione la idea en los que no la tienen. Lo más probable es que la persona se sienta reconfortada por poder hablar de estos pensamientos
- *El que amenaza con suicidarse no lo hace.* El 80% de los pacientes que se han suicidado han expresado sus ideas de suicidio. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.
- *Si el paciente se compromete a no suicidarse no lo va a hacer.* Hacer un "pacto de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar. Este pacto puede darle al profesional una falsa sensación de seguridad.

Factores de riesgo de suicidio

Una serie de factores han sido relacionados con el incremento del riesgo de suicidio:

- Antecedentes familiares de suicidio.
- Factores sociodemográficos:
 - Sexo: los hombres tienen una mayor tasa de suicidios consumados y las mujeres de tentativas.
 - Edad: la adolescencia o tener más de 65 años. En el caso de los adolescentes es importante explorar el acoso por parte de los iguales.
 - Estar soltero, viudo, desempleado o jubilado.
 - Vivir solo.
 - La ausencia de creencias religiosas.
- Antecedentes personales:
 - Intentos de suicidio previos. Haber tenido intentos previos es un factor de riesgo.
 - Tener una enfermedad crónica con dolor, pérdida de movilidad, desfiguración, así como una discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad.
- La presencia de enfermedad psiquiátrica, sobre todo depresión mayor, abuso de sustancias (alcoholismo o toxicomanías), esquizofrenia y trastorno límite de personalidad. Más del 90% de los pacientes que se han suicidado tenían un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte, sobre todo depresión.
- Rasgos psicológicos como desesperanza, impulsividad, perfeccionismo. La desesperanza se considera entre éstos el factor más influyente.

Sobre los factores de riesgo es frecuente encontrar acontecimientos vitales estresantes que actúan como desencadenantes: las pérdidas personales, separación, muertes, problemas financieros y otros acontecimientos negativos.

Resumiendo, podemos considerar como factores de riesgo mayores los trastornos psiquiátricos, sobre todo la depresión, la desesperanza y los intentos previos. La alta impulsividad y el abuso de alcohol o de otras sustancias pueden también incrementar el riesgo.

Evaluación del riesgo de suicidio

La evaluación del riesgo de suicidio y su predicción es una parte fundamental en el manejo y la prevención de dicha conducta. El médico de atención primaria tiene un papel clave en la identificación y el tratamiento del riesgo de suicidio; así, entre el 10 y el 40% de los pacientes que se han suicidado habían estado en la semana previa en la consulta médica.

En la práctica nos podemos encontrar diferentes situaciones:

- Pacientes que, aunque se les interroge adecuadamente y tengan una ideación suicida, no la expresan.
- Pacientes que manifiestan la ideación suicida sólo si se dan las condiciones adecuadas para ello y el profesional lo sospecha y sabe interrogarle.
- Pacientes que expresan directamente ideas de suicidio.
- Pacientes que han realizado un intento de suicidio.

El abordaje varía en cada una de estas situaciones. Los pacientes en los que sospechemos un riesgo de suicidio deben ser preguntados por la intencionalidad y, si existe, debemos evaluar el grado de elaboración y la posible letalidad del método.

Identificar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio es muy importante, ya que dicha conducta se produce en relación con la existencia de dichos factores. Una vez identificados, hay que determinar cuáles son modificables, para incidir sobre ellos.

Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y el contexto del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.

La entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento fundamental en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, posibilita el inicio de una relación terapéutica que puede suponer, ya, un importante papel en su prevención. La entrevista permite:

1. Facilitar que el paciente verbalice sus ideas y planes de suicidio.
2. Identificar tanto los factores de riesgo como los protectores, que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones.
3. Garantizar la seguridad inmediata del paciente y decidir el lugar más apropiado para su tratamiento.
4. Realizar un diagnóstico clínico y establecer un plan de tratamiento.

Se recomienda que al preguntar sobre la ideación suicida se realice de forma gradual, de preguntas más abiertas a más cerradas, planteadas de forma empática y que exploren desde la idea a la intención y al plan ya establecido. Ejemplos podrían ser: “¿Cómo se encuentra de ánimo? ¿Pero tan triste como para pensar que no merece la pena vivir? ¿Qué preferiría, estar muerto? ¿Piensa hacer algo, como hacerse daño? ¿Ha pensado cómo lo haría? ¿Qué le ayuda a no hacerlo?”.

A pesar del correcto abordaje no tenemos ninguna prueba de cribado que nos permita predecir con la sensibilidad y fiabilidad suficientes la probabilidad de que un sujeto cometa un acto suicida. En principio, todas las personas con ideación suicida o intento de suicidio deben ser tratadas como una urgencia potencial, hasta que el clínico esté convencido de lo contrario.

En resumen, la estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.

Criterios de ingreso

En función del riesgo detectado por el profesional y de los apoyos externos del paciente, el tratamiento podrá ser ambulatorio o será necesario el ingreso hospitalario.

Derivaremos al paciente a urgencias hospitalarias ante un intento que tiene como consecuencia lesiones o riesgo médico. En urgencias, habitualmente, después de ser estabilizado, deberá ser valorado por un equipo de salud mental.

El médico tiene la responsabilidad legal de proteger a los pacientes suicidas, incluso hospitalizándolos en contra de su voluntad, cuando se cumplan los criterios de ingreso.

Entre los criterios propuestos de derivación urgente a Salud Mental, para valoración de la necesidad de ingreso, se encuentran:

- Que el paciente refiera un plan de suicidio muy elaborado.
- Ante la presencia de un trastorno mental grave.
- La persona persiste en su ideación suicida después de la entrevista.
- Exista falta de soporte socio-familiar del paciente.

Cuando no se cumplan las condiciones anteriores y si el paciente se encuentra aliviado después de la entrevista, lo que supone la intención de control de los impulsos suicidas, la aceptación del plan de tratamiento establecido y el apoyo familiar adecuado, se podría considerar la derivación preferente a salud mental. Si no cumple criterios de ingreso, debe quedar claramente recogido en la historia clínica. En este caso, es importante el apoyo de los servicios de salud mental y el seguimiento conjunto, hasta que el riesgo de suicidio desaparezca.

En cualquier caso, ante una situación de duda, es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de la ideación suicida. Hay que prestar especial atención a los pacientes dados de alta de las unidades de psiquiatría, ya que durante las primeras semanas presentan un mayor riesgo de suicidio.

Existe una escala, la **SAD PERSONS**, que incluye determinados indicadores de riesgo. Se puntúa su ausencia o su presencia y la puntuación total nos ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario.

- **S: Sexo** masculino
- **A:** Edad (**age**) < 20 o > 45 años
- **D: Depresión**
- **P:** Tentativa suicida **previa**
- **E:** Abuso alcohol (**etanol**)
- **R:** Falta de pensamiento **racional** (psicosis o trastornos cognitivos)
- **S:** Carencia de soporte **social**
- **O:** Plan **organizado** de suicidio
- **N:** No pareja o cónyuge
- **S:** Enfermedad **somática**

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

- **0-2:** alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.
- **3-4:** seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.
- **5-6:** recomendado el ingreso, sobre todo, si ausencia de soporte social.
- **7-10:** ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Bibliografía

- Álvarez Moital I, Fontela Vivanco E. ¿Cómo detectar el riesgo suicida? FMC. 2010;17(5):305-6.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. APA; 2003. [Texto completo](#)
- Bautista Ibáñez S, Olivares Zarco D, Torres Buisan L. Evaluación del riesgo de suicidio. En Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.. p. 181-9.ISBN 13: 978-84-9706-068-4.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing suicide. Program activities guide. CDC; 2010. [Texto completo](#)
- Gaynes BN, West SL, Ford C, Frame P, Klein J,Lohr KN. Screening for suicide risk: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. 3rd. ed. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); May 2004.
- Hirschfeld RM, Russell JM.Assessment and treatment of suicidal patients.N Engl J Med. 1997;337(13):910-5.PubMed [PMID: 9302306](#)
- Lastra I. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 821-39. ISBN 13: 978-84-7885-441-7.
- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL.Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence.Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-16.PubMed [PMID: 12042175](#) [Texto completo](#)
- National Institute of Mental Health [Internet]. Suicide prevention. [acceso 11/02/2012]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention/index.shtml>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. [Internet]. Wellington (NZ): NZGG; 2003 [acceso 11/02/2012]. Disponible en: <http://www.nzgg.org.nz>
- Organización Mundial de la Salud. Prevencion del suicidio.Un instrumento para trabajadoresde Atención Primaria de salud,2000. [Texto completo](#)
- Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la Detección, prevención e intervención sobre la conducta suicida.Servicio Andaluz de Salud; 2011.[Texto completo](#)
- Zametkin AJ, Alter MR, Yemini T. Suicide in teenagers: assessment, management, and prevention. JAMA. 2001;286(24):3120-5. PubMed [PMID: 11754678](#)

Más en la red

Guías Clínicas sobre Suicidio en MEDLINE. [Buscar](#)

Canales R. Adult suicide. Early recognition of risk factors is key to prevention. Adv NPs PAs. 2011 Sep;2(9):33-6. PubMed [PMID: 21928752](#)

Daigle MS et al. Suicide attempts:prevention of repetition. Can J Psychiatry. 2011 Oct;56(10):621-9. PubMed [PMID: 22014695](#)

van der Feltz-Cornelis CM et al. Best practice elements of multilevelsuicide prevention strategies: a review of systematic reviews. Crisis. 2011;32(6):319-33.PubMed [PMID: 21945840](#) [Texto completo](#)

Autores

Pablo Pascual Pascual	Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (1)
Alejandro Villena Ferrer	Especialista en MFyC (2)
Susana Morena Rayo	Especialista en MFyC (3)
Juan Manuel Téllez Lapeira	Especialista en MFyC. Miembro del Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SemFYC (2)
Carmen López García	Especialista en MFyC (2)

- (1) Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona. España.
(2) Centro de Salud Zona V-B Albacete. España.
(3) Centro de Salud de Hellín-2. Albacete. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

