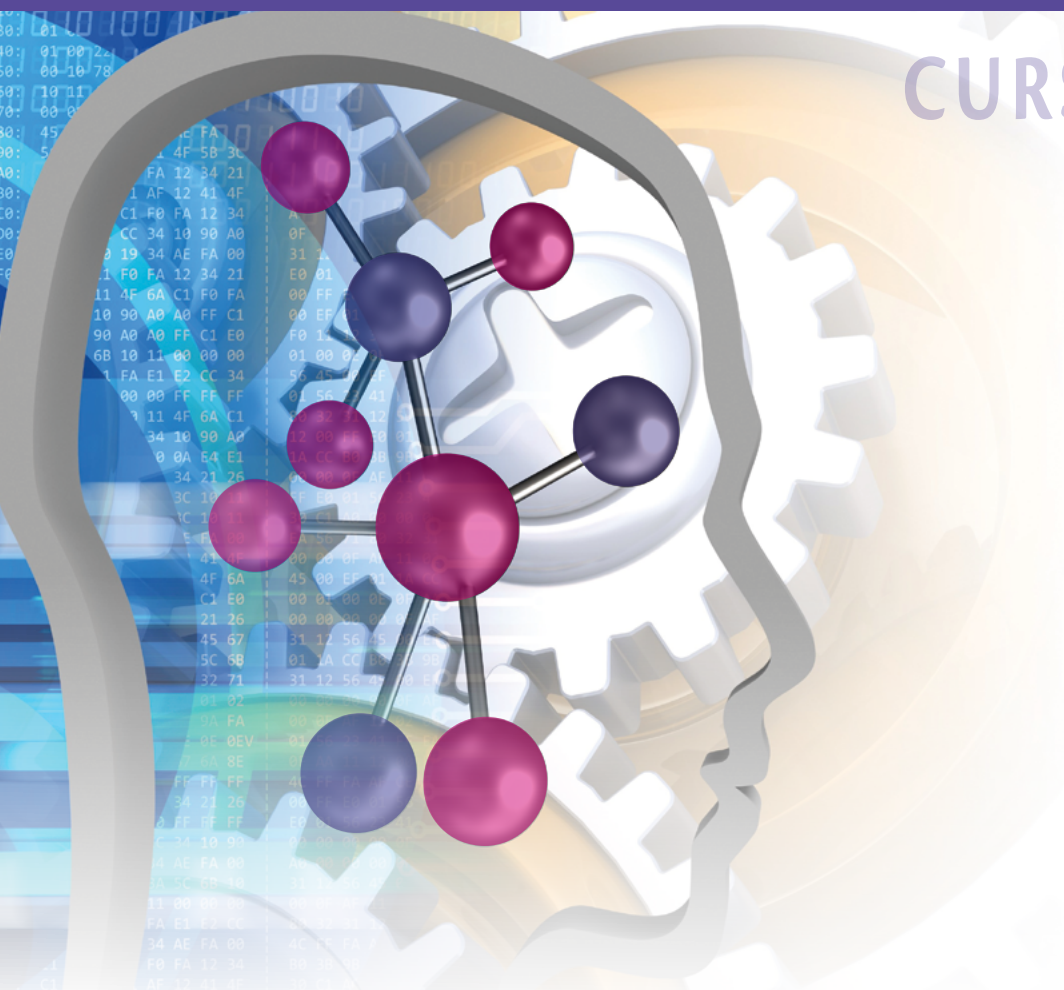


# Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE



**Módulo 4:** EL TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA CONSULTA DE A.P

## Capítulo 2 Cómo abordar la ideación autolítica en A.P.

# Capítulo 2: Cómo abordar la ideación autolítica en A.P.

Dra. Lucía Villoria Borrego

*Psiquiatra Adjunto de la Fundación Jiménez Díaz. Coordinadora del Programa de Prevención de Suicidio de la Fundación Jiménez Díaz "Código 100"*

## Introducción

La **conducta suicida** es un fenómeno complejo que resulta de la interacción de diversos factores como son:

- ▶ la enfermedad mental,
- ▶ factores psicológicos,
- ▶ biológicos,
- ▶ sociales...

La palabra suicidio deriva etimológicamente del latín "sui" (sí mismo) y "caedere" (matar), de manera que literalmente puede traducirse como la acción de matarse a sí mismo. Sin embargo, en la práctica clínica, existen múltiples términos usados para referirse a las conductas suicidas, no existiendo una nomenclatura unánimemente aceptada por los investigadores y especialistas implicados en la atención al riesgo suicida, lo que puede ser fuente de confusión.

La conducta suicida constituye un problema de salud pública de gran magnitud, siendo el **suicidio una de las causas de muerte más frecuentes**.

**1 millón** de personas fallecen cada año en el mundo por suicidio,

**1 persona** cada **40 segundos**.

**15 millones** de personas, **intentan** quitarse la vida todos los años.

Se debe tener en cuenta que en gran parte del mundo el suicidio continúa estigmatizado y rodeado de tabúes, siendo condenado por razones religiosas o culturales, constituyendo el comportamiento suicida en algunos países un delito que se castiga por la ley. Por tanto, es probable que no se reconozca, se clasifique erróneamente o se oculte de forma deliberada en las actas oficiales de defunción.

Métodos más habituales de suicidio.

- ▶ La ingestión de plaguicidas,
- ▶ el ahorcamiento y
- ▶ las armas de fuego

Aproximadamente el 78% de los suicidios, se producen en países de ingresos bajos y medios.

**España es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio** (7,87/10.0000 habitantes en 2017). A pesar de ello, **4.000 personas se suicidan anualmente**, siendo el suicidio la **primera causa** externa de muerte y la principal causa específica de mortalidad **en Salud Mental**.

El suicidio produce muchas más muertes que los accidentes de tráfico o la violencia de género. Es **la segunda causa de muerte en el grupo de edad entre 15 y 29 años de edad**.

Además, no debemos olvidar que el suicidio **afecta profundamente** la vida de las **personas allegadas al fallecido** (familiares, amigos, colegas y cuidadores).

En más del **90% de los suicidios existe una enfermedad mental de base** que adecuadamente diagnosticada y tratada puede evitar el desenlace fatal.



En muchos casos la tragedia del suicidio se puede prevenir, siendo la Atención Primaria un escalón fundamental en este sentido.

## ¿Qué es la conducta suicida y cómo se clasifica?



La **conducta suicida es un continuo** que abarca desde:

- ▶ Ideas pasivas de muerte,
- ▶ Ideación suicida activa,
- ▶ Autolesiones,
- ▶ Gestos suicidas o parasuicidios,
- ▶ Intentos de suicidio y
- ▶ Suicidio consumado.

Ello no significa que las personas con conducta suicida tengan que pasar obligadamente por todos estos escalones. Así, hay personas que consuman el suicidio en el primer intento, personas que intentan suicidarse varias veces (consiguiéndolo o no), personas que mantienen ideas de suicidio crónicas durante la mayor parte de su vida pero no llegan a intentarlo en ningún momento, etc.

## Ideas pasivas de muerte:

Son pensamientos sobre la muerte o esperar estar muerto sin planificación o intencionalidad.

Las ideas pasivas de muerte son pensamientos que aparecen en casi todas las personas en algún momento de la vida.

## Ideación suicida activa:

Son pensamientos que tiene la persona acerca de poner fin a su vida, incluyendo: identificación de método, planificación e intención de actuar.

Los pensamientos suicidas también se presentan en muchos individuos a lo largo de la vida, el **16,3% de la población general**.

Un porcentaje aún inferior llevará a cabo un suicidio consumado.

## Gesto suicida o parasuicidio:

No existe la voluntad de morir, sino que es más bien una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario.

No olvidemos que a veces, hay conductas parasuicidas que acaban en suicidios consumados.

Un subgrupo sería el de las autolesiones no suicidas: conductas autolesivas sin intención de morir, en las que **el dolor físico permite al menos momentáneamente evadirse del intenso dolor emocional que tienen estos pacientes**. Son un potente predictor de pensamientos y conducta suicida, con mayor riesgo cuanto más graves sean las autolesiones.

## Intento de suicidio:

Actos en los que **hay intención** de quitarse la vida, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado.

- ▶ **Incluye:** actos interrumpidos por otros antes de que el daño ocurra (por ej., ser apartado de la vía de tren antes de que éste llegue,...).
- ▶ **No incluye:** actos realizados por personas que no alcanzan a comprender el significado o consecuencias de su acto (por ej., retraso mental severo).

Sólo una pequeña parte de la población general efectuará en algún momento de su vida una **tentativa de suicidio (5,5% de la población)**.

## Suicidio o suicidio consumado:

Acto deliberado por el que un sujeto se causa la muerte, **con conocimiento** o expectativa **de un desenlace fatal**, a través del cual el fallecido pretende realizar cambios deseados.

El suicidio consumado **no incluye:** actos realizados por personas que no entienden la

potencial letalidad de sus actos (por ej., paciente psicótico que se precipita desde un 6º piso pensando que puede volar).

Es la punta del iceberg de la conducta suicida:

**por cada suicidio consumado se producen 5 hospitalizaciones y 22 visitas a urgencias por tentativas de suicidio.**

## **¿Cuáles son las causas de la conducta suicida?**

El suicidio es un fenómeno complejo en el que influyen múltiples factores.

Las razones por las que las personas deciden quitarse la vida son múltiples, y los factores de riesgo que están asociados con la conducta suicida tienen una gran variedad de orígenes.

La conducta suicida plantea un gran desafío para la medicina en general, y para la Psiquiatría en particular, pues según los estudios epidemiológicos realizados en adultos, **la enfermedad mental es el factor de riesgo suicida más importante:**

**entre un 90 y un 98% de los sujetos suicidas tienen un trastorno mental.**

Más del **50%** de los suicidios ocurren en el contexto de un episodio de depresión mayor.

## **¿En qué consiste el modelo estrés-diátesis de Mann?**

*Mann* propone uno de los modelos de la conducta suicida más aceptados en la actualidad. Considera que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés y la predisposición o vulnerabilidad a la conducta suicida (diátesis), postulando un **modelo estrés-diátesis**.

Es preciso, por tanto, para que se desencadene la conducta suicida, la presencia una diátesis o vulnerabilidad para los pensamientos suicidas, y de un factor precipitante o "gatillo".

Los factores de riesgo para el suicidio pueden afectar a la diátesis o actuar como estresores o precipitantes.

# Modelo diátesis-estrés de comportamiento suicida: Componentes



J John Mann, 2002

## ¿Cuáles son los factores de riesgo de la conducta suicida?

Los factores de riesgo (FR) hacen referencia a las características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida.

La relación estadística entre diferentes factores de riesgo, está ampliamente documentada, pero su valor predictivo en los casos individuales es muy limitada.

No obstante, la identificación de estos factores de riesgo va a ser clave por su estrecha relación con el aumento del riesgo.

Además, el riesgo es proporcional al número de FR presentes.

Algunos tendrán más peso específico que otros.

## Factores de riesgo sociodemográficos:

### ► Edad y sexo:

- El riesgo de suicidio consumado aumenta con la edad.
- Proporción de suicidios consumados/tentativas:
  - 1:20 en menores de 40 años
  - 1:4 en mayores de 60 años

- Los varones mayores de 65 años son los que tienen mayores tasas de suicidio consumado. Las mujeres jóvenes son las que tienen mayores tasas de intentos de suicidio.
  - En los últimos años se ha registrado en todo el mundo un aumento de suicidios consumados en jóvenes de 15 a 25 años, siendo la segunda causa de muerte entre adolescentes.
- ▶ Origen étnico: en USA dos de cada tres suicidas son varones de raza blanca.
- ▶ Nivel socioeconómico y cultural: población desempleada y bajo nivel cultural. Aproximadamente el 78% de los suicidios se producen en países con ingresos bajos y medios.
- ▶ Estado civil:
- Intentos de suicidio: más frecuentes en solteros y divorciados.
  - Suicidio consumado: más frecuentes en divorciados y viudos.
  - Mujeres: la situación de mayor riesgo es la viudedad.
  - Hombres: la situación de mayor riesgo es el divorcio.
- ▶ Factores geográficos y estacionales:
- En Europa el suicidio consumado es más frecuente en los países del norte y del este de Europa (Dinamarca y Hungría).
  - Las tasas más bajas se encuentran en los países mediterráneos (Grecia, España e Italia) y en Irlanda.
  - Estacionalidad: primavera y verano.
- ▶ Medio rural o urbano:
- Mayor tasa de intentos de suicidio en zonas urbanas.
  - Mayor letalidad en el medio rural: métodos más mortíferos y menor accesibilidad al sistema sanitario.
- ▶ Orientación sexual:
- La tasa de tentativas en homosexuales es hasta 5-10 veces superior que en heterosexuales.
  - Principal causa de muerte en jóvenes homosexuales.
  - Importancia de los factores sociales (discriminación, homofobia) en el aumento de riesgo de suicidio.



▶ Enfermedad médica:

- Factores que aumentan la suicidabilidad: dolor, ansiedad anticipatoria en relación a la cronificación de la enfermedad, miedo a la dependencia y a ser una carga.
- Enfermedades que más se asocian a aumento del riesgo de suicidio: cáncer terminal, infección por VIH y SIDA, epilepsia, e. renal asociada a diálisis, enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, e. Huntington y epilepsia).

▶ Estrés y acontecimientos vitales:

- Elevada incidencia de acontecimientos vitales estresantes en los meses previos.
- Estrés crónico y acumulativo.
- Crisis económicas: se relacionan con aumento de las tasas de suicidio (crack de 1929 en USA).

**Factores de riesgo clínicos:** enfermedades mentales, intentos de suicidio previos, impulsividad y agresividad, desesperanza.

▶ Enfermedad mental:

- Es el factor de riesgo suicida más importante. El 90% de los adultos que se suicidan presentan una enfermedad mental, fundamentalmente depresión, alcoholismo, esquizofrenia y trastornos de personalidad.
- Es importante tener en cuenta que la enfermedad mental es una condición necesaria pero no suficiente para el suicidio: la mayoría de los suicidios consumados se presentan en el contexto de una enfermedad mental, pero aún así, la mayoría de las personas con una enfermedad mental no intenta suicidarse.
- Por tanto, la principal estrategia de prevención del suicidio es la detección y tratamiento de la patología psiquiátrica que con tanta frecuencia subyace en el sujeto.
- Depresión y conducta suicida:
  - Los trastornos del estado de ánimo son los principales responsables de la mayor parte de los suicidios consumados, en todas las franjas de edad (adolescentes, adultos, y ancianos) y tanto en pacientes depresivos primarios como en pacientes con síntomas depresivos comórbidos.
  - Los pacientes con trastorno del estado de ánimo presentan un riesgo de suicidio a lo largo de la vida del 15%:

- Especialmente en las depresiones bipolares.
- Riesgo de suicidio de 30 a 50 veces mayor que la población general.
- Tasa de mortalidad 2-3 veces superior a la de la población general.
- Uno de cada 2 suicidios consumados padecía un trastorno depresivo.
  - Es el factor de riesgo suicida más determinante.

▶ Alcoholismo y conducta suicida:

- Abuso de alcohol: es tanto un factor de riesgo como un precipitante de la conducta suicida.
- El consumo de alcohol se ha objetivado en el 20%-58% de los suicidios consumados.
- La presencia de abuso de alcohol en intentos autolíticos aumenta 5 veces la probabilidad de muerte por suicidio.
- La mortalidad incrementada entre alcohólicos se ha atribuido al suicidio hasta en un 20-33%.
- Se relaciona estrechamente con la presencia de sintomatología depresiva, y ambos (alcohol+depresión) forman una combinación de especial riesgo suicida.

▶ Esquizofrenia y suicidio:

- Más del 10% de pacientes esquizofrénicos se suicida.
- Los síntomas depresivos y el alcoholismo están estrechamente relacionados con esta conducta.
- La mayoría lo hace durante los primeros años de la enfermedad.
- Habitualmente los pacientes que se suicidan son jóvenes con un buen funcionamiento premórbido y grandes expectativas de rendimiento.
- Dos de las variables más importantes que se citan como determinantes del suicidio son los antecedentes personales y familiares de suicidio y vivir solo.

▶ Trastornos de personalidad y conducta suicida:

- Riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en población general.
- La presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es límite, antisocial, narcisista, se considera un factor de riesgo suicida comparable a la depresión mayor.

- Hasta 1/3 de los suicidios consumados presentan diagnósticos de TP, y hasta un 77 % de los intentos de suicidio.
- ▶ Intentos de suicidio previos
  - Es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio.
  - Las personas con intentos de suicidio previos tienen 25 veces más riesgo de morir por suicidio que la población general.
  - El riesgo es especialmente alto en el primer año después del intento. Entre el 15 y el 25% de las personas que realizan intentos repiten en el plazo de un año.
- ▶ Impulsividad y agresividad
  - Son rasgos psicológicos asociados con los intentos de suicidio y los suicidios consumados.
  - Especialmente en sujetos jóvenes.
- ▶ Desesperanza
  - Es un estilo atribucional que consiste en la tendencia a hacer inferencias negativas sobre los sucesos vitales negativos.
  - La forma en la que se interpretan los sucesos negativos influye en la aparición de problemas emocionales, como la ansiedad y la depresión.
  - Una elevada desesperanza se asocia a repetición de intentos, mayor gravedad y mayor premeditación.

## Marcadores neurobiológicos

- ▶ Neurotransmisores (serotonina): parece existir una relación entre la disminución de serotonina y las tentativas suicidas impulsivas y violentas.
- ▶ Colesterol: se detectan niveles más bajos de colesterol sérico en pacientes con trastorno de personalidad y antecedentes de intentos de suicidio. Se ha sugerido que esta disminución podría deberse a una alteración del metabolismo de la serotonina.
- ▶ Eje HHA: hay datos consistentes de que la no supresión con dexametasona es un fuerte predictor de suicidios consumados.

## Marcadores genéticos: estudios familiares, en gemelos y de adopción.

- ▶ La conducta suicida es genéticamente compleja.
- ▶ No presenta un patrón de herencia que se ajuste al modelo mendeliano.
- ▶ Se considera que hay genes de susceptibilidad y factores ambientales.
- ▶ Estudios familiares:
  - Heredabilidad del suicidio de forma independiente a la transmisión de los trastornos psiquiátricos.
  - Frecuencia 3 veces mayor de las conductas suicidas en familiares de primer grado.
- ▶ Estudios en gemelos
  - Existen genes que pueden explicar la transmisión de los actos suicidas: mayor concordancia entre gemelos monocigóticos.
- ▶ Estudios de adopción: corroboran que el suicidio está influenciado por factores genéticos.

## Valoración del riesgo suicida

### ESCALA SAD PERSONS (Patterson y cols. 1983)

**S** sexo: los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos

**A** edad: el riesgo aumenta con la edad

**D** depresión especialmente con desesperanza

**P** intentos previos especialmente si han sido potencialmente letales

**E** etilismo

**R** pérdida del pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones

**S** soporte social deficiente

**O** plan organizado

**N** ausencia de pareja

**S** enfermedad

**Cada respuesta positiva se considera 1 punto**

**0 a 2:** poco riesgo

**3 a 4:** debe hacerse seguimiento

**5 a 6:** considerar hospitalización psiquiátrica

**7 a 10:** alto riesgo debe hospitalizarse

## ¿Cuáles son los factores de protección de la conducta suicida?

Se ha constatado que existen también características, habilidades y situaciones personales o ambientales que disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos o conductas suicidas. Por tanto, de cara a la prevención es importante promover y reforzar estos factores protectores.

Los factores de protección de la conducta suicida son los siguientes:

- ▶ Actitudes, valores y normas en contra del suicidio (creencias culturales y religiosas en contra del suicidio, sentido trascendente de la vida).
- ▶ Actitudes y valores positivos (respeto, solidaridad, cooperación, justicia y amistad).
- ▶ Red sociofamiliar: el apoyo familiar y los amigos constituyen factores de protección efectivos en prevención de conducta suicida.
- ▶ Habilidades sociales, de comunicación, para encarar y resolver los problemas de forma adaptativa
- ▶ Estrategias de afrontamiento adecuadas de la ira.
- ▶ Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades. Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas.
- ▶ Esperanza y optimismo; buena autoestima; confianza en uno mismo; autocontrol.
- ▶ Pertenecer a una familia estable, cohesionada y con canales de comunicación abiertos.
  - Participación social.
  - Identidad cultural.
  - Presencia de una atención clínica eficaz, con fácil accesibilidad.
  - Restricción en la adquisición de armas de fuego o medicamentos potencialmente letales.

## ¿Por qué formar a los médicos de atención primaria en detección y prevención de la conducta suicida?

Estas son algunas de las razones más importantes para dedicar una parte del esfuerzo en prevención de conducta suicida a la formación de los médicos de Atención Primaria.

## DATOS:

- ▶ Casi la mitad de las personas que intentan suicidarse ven a su médico de cabecera (MAP) el mes antes del intento.

En cambio, sólo 1 de cada 5 contactos con el Especialista en el mes previo al fallecimiento.

Según algunos estudios, el 40% de los individuos de la muestra visitaron a su médico de cabecera en la semana previa al intento, y el 18% había visitado al médico de familia el mismo día.

- ▶ Sólo 1/3 de los suicidas habían contactado con Salud Mental en el año previo al fallecimiento, mientras que 3 de cada 4 víctimas de suicidio lo había hecho con su MAP.
- ▶ Las personas que se suicidan visitan 3 veces más a su MAP comparados con otros pacientes no suicidas.

## Desde ATENCIÓN PRIMARIA:

- ▶ **La Atención Primaria es un medio ideal para la detección precoz de factores de riesgo de suicidio**, y para valorar al paciente que acude con ideas de suicidio o bien se sospecha que pueda haberlas (cuadros depresivos, etc).
- ▶ Es muy importante tener en cuenta que en AP muchos pacientes no consultan por síntomas psicológicos, aunque presenten una depresión primaria o secundaria.  
El **69% de los pacientes con depresión sólo comunican síntomas somáticos** (fatiga, anorexia, dolor inespecífico) y el 93% tiene al menos un síntoma doloroso.
- ▶ En Atención Primaria puede iniciarse la prevención y tratamiento de la psicopatología subyacente.
- ▶ Desde Atención Primaria se puede realizar la **coordinación con Atención Especializada**.
- ▶ Los médicos de Atención Primaria pueden tomar decisiones para **derivar al paciente a las instituciones adecuadas**: si ideación suicida reiterada u organizada, derivación del paciente a Urgencias o Centro de Salud Mental.
- ▶ Los médicos de Atención Primaria pueden **informar a los familiares del riesgo** suicida y de la necesidad de supervisión, y de los pasos a seguir en caso de no observar mejoría.

## ¿Cómo establecer el vínculo y valorar al paciente suicida?

### ¿Cómo hacer una buena entrevista clínica?:

La **comunicación, verbal y no verbal**, es la herramienta principal con la que se va a hacer la intervención en el paciente con riesgo suicida. Por ello es muy importante tener, aprender y desarrollar buenas habilidades y estrategias en este sentido.

Clásicamente los médicos nos hemos relacionado con los pacientes desde una posición paternalista, autoritaria (el médico dispone las acciones a realizar y genera dependencia), y técnica (el médico no se vincula afectivamente con el paciente).

Progresivamente el modelo relacional, de manera paralela al aumento de autonomía de los pacientes, ha ido cambiando hacia lo que podemos llamar la relación basada en el paciente, en el vínculo con el mismo.

Es fundamental que como profesionales sanitarios, seamos capaces de realizar una buena entrevista clínica centrada en el paciente, que demanda ser atendido de forma cordial y empática con una escucha activa, teniendo en cuenta su opinión para alcanzar una óptima alianza terapéutica.

### ¿En qué consiste la relación basada en el paciente?

- ▶ Permite a los pacientes expresar sus creencias, preocupaciones y expectativas.
- ▶ Facilita la expresión emocional del paciente.
- ▶ Los pacientes realizan preguntas concretas.
- ▶ Proporciona información a los pacientes.
- ▶ Permite llegar a acuerdos sobre la atención al paciente (alianza terapéutica).

### Recomendaciones:

- ▶ Contacto visual: mirar a los ojos, sin incomodar, demostrando interés.
- ▶ Intervenciones puntuales: sobre todo al inicio de la entrevista realizar preguntas abiertas, y dejar al paciente hablar y expresarse.
- ▶ Particularización: ir derivando desde preguntas muy generales a otras concretas.
- ▶ Progresión: orden de preguntas desde las menos personales a las más íntimas y difíciles de responder para las personas.
- ▶ Evitar las seguridades prematuras acerca de la enfermedad del paciente.
- ▶ Facilitar la expresión emocional del paciente, evitando minimizar los sentimientos.
- ▶ Evitar tópicos y clichés: "la vida es muy bonita", "de todo se sale", etc.

## **Objetivos de la entrevista**

- ▶ Establecer una comunicación suficiente.
- ▶ Evaluar el estado mental del paciente.
- ▶ Evaluar la ideación, planes o intentos de suicidio.
- ▶ Determinar factores de riesgo de suicidio.
- ▶ Establecer el grado de intencionalidad.
- ▶ Valorar recursos internos y externos (factores de protección).
- ▶ Elaborar una lista de problemas.
- ▶ Realizar una historia clínica lo más completa posible.

## **¿Cuáles son los principales errores que se cometen en la valoración de la ideación suicida?**

- ▶ El principal error es no preguntar por ideas suicidas cuando tengamos la más mínima sospecha de que pueda haberlas.

No vamos a generar ideas de suicidio en un paciente que no las tiene por el hecho de preguntar, al contrario, que el médico de familia pregunte a un paciente por ideas de suicidio disminuye de entrada la angustia que esa persona presenta ante una sintomatología que hoy en día todavía está impregnada de vergüenza y culpabilidad.

- ▶ Si un paciente no manifiesta espontáneamente ideas suicidas, pero pensamos que puede haberlas (presencia de sintomatología depresiva o malestar emocional comunicado verbal y/o no verbalmente, etc), debemos evitar preguntar acerca de ideación suicida de modo muy invasivo.

En estos casos en los que el paciente no comunica directamente ideas suicidas haremos preguntas relacionadas con ideas pasivas de muerte (“¿tiene ganas de morirse o no le importaría?... ¿ha tenido pensamientos feos, malas ideas...?”). Si el paciente responde afirmativamente a estas preguntas, entonces preguntaremos por las ideas activas de suicidio (“¿ha pensado usted en hacer algo para quitarse la vida?”).

- ▶ Creer que el que manifiesta ideas de suicidio no las va a llevar a cabo. En la mayoría de los casos la verbalización de ideas suicidas es indicativa de que la persona está pasando por un momento de sufrimiento y debe ser tomada absolutamente en serio por el riesgo que conlleva, realizándose una cuidadosa evaluación del riesgo suicida.



- ▶ Banalizar el riesgo de suicidio en pacientes manipuladores, con tentativas previas o con gestos más comunicativos y menos letales.

Las personas que recurren a poner en riesgo su integridad para conseguir algo (que su pareja no les deje, comunicar o aliviar el enfado que sienten tras una discusión, etc), son personas especialmente vulnerables y necesitadas de ayuda profesional. Además son personas con especial riesgo suicida: se estima que en torno al 10% de estas personas (la mayoría pueden encuadrarse en los trastornos de personalidad del grupo B, histriónicos, límites, narcisistas. . .) terminan muriendo por suicidio.

- ▶ Discutir o tratar de convencer al paciente. Discutir con el paciente intentando convencerle de que no se suicide, suele ser una intervención abocada al fracaso, que suele conllevar que el paciente se mantenga aún más afianzado en su posición.

Lo que tenemos que hacer es valorar el riesgo suicida en ese momento y tomar una decisión acerca del plan de tratamiento y actuación con la persona. Progresivamente, en esa o en sucesivas intervenciones, se trataría de intentar generar con el paciente alternativas al suicidio o enganches a la vida.

- ▶ Realizar promesas de curación a corto plazo. A veces, el suicidio genera tanta angustia en los profesionales que caemos en la tentación de asegurar al paciente que se va a poner bien. Es preciso evitar este tipo de afirmaciones salvo que tengamos la certeza (y no la tendremos). Si el paciente nos pregunta si se va a curar, explorar primero qué entiende por curación, y ser sinceros (no sabemos el futuro, pues depende de múltiples factores, pero por nuestra parte estamos dispuestos a trabajar con el paciente para aliviar su malestar).
- ▶ Adoptar una actitud moralizadora. Es fundamental que el paciente no se sienta juzgado por el profesional que lo atiende.
- ▶ Creer que si una persona toma la decisión de matarse, nada podrá impedirlo. No debemos adoptar actitudes nihilistas ante pacientes que aseguran que se van a suicidar.

En muchos casos el abordaje y tratamiento adecuados de la enfermedad mental de base enmarcados en una relación terapéutica positiva produce cambios radicales en el estado anímico del paciente desapareciendo las ideas suicidas.

- ▶ No contar con el entorno como fuente de información. Siempre que sea posible, debemos contar con la información de la familia, pareja y/o amigos del paciente.

## ¿Cuándo, cómo y qué preguntar? (Guía SNS, 2012)

¿Cuándo preguntar?	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Después de haber establecido una empatía y de que la persona se sienta comprendida.</li><li>▶ Cuando la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos.</li><li>▶ Cuando la persona está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad e impotencia.</li></ul>
¿Cómo preguntar?	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ <i>¿Se siente infeliz o desvalido?</i></li><li>▶ <i>¿Se siente desesperado?</i></li><li>▶ <i>¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?</i></li><li>▶ <i>¿Siente la vida como una carga?</i></li><li>▶ <i>¿Siente que la vida no merece vivirse?</i></li><li>▶ <i>¿Siente deseos de quitarse la vida?</i></li></ul>
¿Qué preguntar?	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Para descubrir la existencia de un plan suicida: <i>¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?</i> <i>¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?</i></li><li>▶ Para indagar sobre el posible método utilizado: <i>¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?</i></li></ul>

## ¿Cómo se trata la conducta suicida?

### ¿Cuáles son los principios del tratamiento farmacológico?

- ▶ El tratamiento farmacológico debe enmarcarse en una estrategia multiintervencionista y de seguimiento intensivo para la prevención del riesgo suicida: medidas psicoterapéuticas, ambientales, de control, contrato terapéutico etc.
- ▶ Debe ir dirigido a la patología subyacente: depresión, alcoholismo, etc.
- ▶ Tras el tratamiento causal, los antidepresivos son los fármacos antisuicidio por excelencia y su uso es obligado cuando existe depresión en el paciente suicida.
- ▶ Tratamiento de la depresión con riesgo suicida:
  - Usar antidepresivos que no sean letales en sobredosis.
  - Hasta que se consolide la mejoría, control de la medicación por un familiar responsable.

- Usar fármacos para el control de la ansiedad o el insomnio cuando sea necesario.
- El tratamiento preventivo con litio está indicado en aquellos pacientes con trastornos afectivos con un elevado riesgo de suicidio (depresiones severas, con pensamientos suicidas persistentes o con intentos de suicidio en el pasado).
- El tratamiento de mantenimiento de los trastornos afectivos mayores con litio reduce el riesgo suicida, sobre todo en los trastornos unipolares.
- Además de su eficacia profiláctica, el litio ha demostrado efectos antisuicidas específicos reduciendo la excesivamente alta mortalidad de los pacientes con trastornos afectivos.

## ¿Con qué herramientas contamos para el tratamiento psicoterapéutico?:

### **Intervención en crisis:**

- ▶ En la crisis suicida se distinguen cuatro tipos de pacientes:
  - Los que han sobrevivido a un intento de suicidio.
  - Aquellos cuyo motivo de consulta es ideación o impulsos suicidas.
  - Los que consultan por otras quejas, a veces somáticas, pero que admiten tener ideación suicida a lo largo de la entrevista.
  - Pacientes que a pesar de una conducta patológica potencialmente suicida niegan tener intenciones suicidas.
- ▶ Principios de la intervención en la crisis suicida
  - Identificar el problema y establecer un primer contacto.
  - Diagnóstico psiquiátrico, o al menos aproximación sindrómica.
  - Evaluar el riesgo suicida.
  - Establecer una alianza terapéutica.
  - Elección del tratamiento y dispositivo de seguimiento.

### **Psicoeducación:**

- ▶ En la mayoría de los programas llevados a cabo para la prevención del suicidio se señala como factor de gran importancia la psicoeducación, dirigida tanto al paciente como al médico de atención primaria.

- ▶ Es importante reducir la percepción negativa que el sujeto tiene hacia la enfermedad psiquiátrica, para mejorar y facilitar su acercamiento hacia los dispositivos de salud mental, de forma que pueda ser tratado de forma adecuada.
- ▶ Asimismo, es preciso mejorar el adiestramiento del médico de atención primaria en el reconocimiento de una posible depresión y de pensamientos relacionados con la muerte y el suicidio.

### **Terapia cognitiva:**

- ▶ La terapia cognitiva, especialmente la centrada en la resolución de problemas, podría desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio.

### **¿En qué casos se debe valorar la hospitalización?**

- ▶ Riesgo suicida persistente o inminente.
- ▶ Aumento en la gravedad de los pensamientos suicidas (expresión de decidida intencionalidad letal, plan suicida letal).
- ▶ Trastornos psiquiátricos de alto riesgo:
  - Depresión mayor
  - Psicosis aguda
  - Dependencia de alcohol
- ▶ Pobre apoyo familiar y social.
- ▶ Múltiples factores de riesgo suicida.
- ▶ Individuos valorados como de alto riesgo, intentos graves.
- ▶ Necesidad de un breve alejamiento de los problemas.
- ▶ Expectativas inmodificables de hospitalización.

### **¿Qué ventajas tiene el ingreso?**

- ▶ Protege de un aumento del riesgo de suicidio.
- ▶ Permite un examen exhaustivo de los factores de riesgo suicida.
- ▶ Permite una exploración psicopatológica más completa y un diagnóstico más preciso.
- ▶ Limita el acceso a métodos violentos.
- ▶ Proporciona al paciente un mecanismo de retraso en el tiempo que puede salvarle la vida.

- ▶ Disminuye la mortalidad.
- ▶ Posibilita una valoración somática más completa.
- ▶ Puede hacerse un tratamiento más específico de la patología individual.
- ▶ El tratamiento se hace con mayor intensidad y menor morbilidad.
- ▶ Disponibilidad de tratamiento las 24 horas del día.
- ▶ Hace posible entrevistar a todas las personas significativas del entorno.
- ▶ Se produce una mejor derivación, lo que favorece el seguimiento posterior.

## ¿Cómo ayudar a las familias de las personas con conducta suicida?

### (Guía para familiares de la Comunidad de Madrid sobre la detección y prevención de la conducta suicida)

#### ¿Cuáles son las señales de alerta?

Muchas personas, antes de intentar suicidarse, evidencian una serie de signos y síntomas que hacen posible la detección del riesgo suicida.

Es muy importante que las familias conozcan estas señales de alerta para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida en su familiar.

Estas son algunas de las señales que pueden indicarnos que alguien está pensando en acabar con su vida:

#### Señales de alerta verbales:

- ▶ Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida:  
*“No valgo para nada”, “Esta vida es un asco”, “Mi vida no tiene sentido”, “Estaríais mejor sin mí”, “Soy una carga para todo el mundo”, “Toda mi vida ha sido inútil”, “Estoy cansado de luchar”.*
- ▶ Comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro:  
*“Lo mío no tiene solución”, “Quiero terminar con todo”,  
 “Las cosas no van a mejorar nunca”.*

- ▶ Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte:  
*"Me gustaría desaparecer", "Quiero descansar",*  
*"No deseo seguir viviendo", "Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto",*  
*"Quiero quitarme la vida pero no sé cómo", "Nadie me quiere y es preferible morir",*  
*"No merece la pena seguir viviendo", "Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio".*
- ▶ Despedidas verbales o escritas:  
*"Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho..."*

### **Señales de alerta no verbales:**

- ▶ Cambio repentino en su conducta. Este cambio puede ir en dos sentidos:
  - Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.
  - Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. Considerar esta situación como una mejoría de su familiar podría ser un error, y puede constituir una señal de peligro inminente.
- ▶ Aparición de laceraciones recientes en alguna de parte del cuerpo.
- ▶ Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.
- ▶ Cerrar asuntos pendientes.
- ▶ Preparación de documentos para cuando uno no esté (testamento, seguro de vida...)

## ¿Qué estrategias preventivas pueden poner en marcha las familias ante las señales de alerta?

Cuando una persona detecta en su familiar una o más de las señales de alerta referidas, o piensa que su familiar se encuentra en una situación potencial de riesgo suicida, deberá poner en marcha distintas estrategias preventivas igualmente importantes.

### **ESTRATEGIA 1: Tener disponibles unos teléfonos de emergencias o ayuda**

Es muy importante que contemos con el apoyo de los distintos agentes preventivos: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, familiares y amigos.

En caso de riesgo:

- ▶ Llamar a los Servicios de Emergencias Médicas a través del 112 (SAMUR, SUMMA) para atención de emergencias a situaciones de riesgo inminente o de suicidio consumado.  
Acudir a Urgencias del Hospital más cercano.
- ▶ En caso de que reciba tratamiento psiquiátrico, ponerse en contacto inmediato con su especialista de referencia, bien llamándole por teléfono, bien personándose en el centro de atención correspondiente.
- ▶ Informar a las personas más cercanas de la situación que está atravesando su familiar y de la importancia de darle apoyo.

### **ESTRATEGIA 2: Limitar el acceso a posibles medios lesivos**

Tener siempre presente que las personas suelen utilizar aquellos medios letales que son accesibles y más conocidos.

Retirar de su entorno todo tipo de material susceptible de ser utilizado potencialmente con intencionalidad suicida.

Pensar que si ha fracasado en un intento previo, puede utilizar un método más letal al previamente usado.

La ingesta medicamentosa es uno de los métodos más utilizados en las tentativas autolíticas. Es por ello, que deberá mantener un control sistemático en el acceso que el familiar pueda tener a cualquier tipo de fármacos. No deberá tomar más medicación que la pautada por su médico.

### **ESTRATEGIA 3: No dejarle solo: involucrar a las familias y a los amigos**

Los sentimientos de desesperanza, la impulsividad y el aislamiento social son factores que combinados multiplican el riesgo de suicidio y sincronizan la acción. Además sabemos que la recuperación tiene su propio tiempo y que ésta muchas veces no es percibida cognitivamente por la persona afectada.

El aislamiento es incompatible con la oportunidad que pueda tener una persona para expresar su estado emocional a otra que le pueda proporcionar una visión más realista y ajustada sobre sí mismo y sus circunstancias. Un estilo de vida aislado también priva a las personas de la comprensión y el cuidado que podrían recibir de la familia y de los amigos. A veces, los amigos llegan allí donde las familias no pueden; hay que pedir su colaboración.

Ante el riesgo de suicidio es muy importante no dejar solo al familiar y ponerlo pronto en contacto con los Servicios de Salud Mental. Y una vez valorados por estos servicios, acompañar a nuestro familiar, manteniendo un contacto emocional cálido, sin ser invasivos, atender las posibles señales críticas, transmitir esperanza como resultado del contacto terapéutico, y ayudar a descender el nivel de estrés de las situaciones interpersonales, flexibilizando las percepción de las cosas.

Hay que recordar que, una vez dado de alta de la hospitalización, el riesgo de suicidio puede continuar. Continuar con el seguimiento por los profesionales sanitarios es muy importante.

### **ESTRATEGIA 4: Mejorar las habilidades: preguntar y escuchar**

Preguntar sobre la existencia de las ideas suicidas no incrementa el riesgo de desencadenar este tipo de acto y puede ser la única oportunidad, tal vez la última, de iniciar las acciones preventivas.

Es muy importante:

- ▶ No juzgarle. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- ▶ Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos.
- ▶ Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- ▶ No entrar en pánico.
- ▶ Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- ▶ Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, nuestro familiar está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- ▶ Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto

*“Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”*



- ▶ Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que le vamos a dar la idea de suicidarse).
- ▶ Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- ▶ Estar atento a las señales de alarma.

## **ESTRATEGIA 5: Autocuidado de la familia y el entorno**

Esta estrategia debería estar presente durante todo el proceso de ayuda al familiar. No podemos dejar a un lado el cuidado o autocuidado de la familia o entorno de la persona con riesgo suicida.

Debemos ser conscientes de que, a pesar de que identifiquemos las señales de alerta y pongamos en marcha todas las medidas preventivas recomendadas, es posible que no podamos controlar a nuestro familiar las 24 horas del día, no debiendo tampoco adoptar el papel de profesionales de la salud.

En caso necesario, los familiares y el entorno de la persona con riesgo suicida también deben solicitar ayuda especializada.

### **¿Cómo es el duelo por suicidio?**

El suicidio de un familiar o ser querido conlleva uno de los duelos más complicados que pueden darse a lo largo de la vida. Los tabúes culturales, religiosos y sociales que rodean el hecho y las propias características de la muerte autoinflingida hacen que el camino a recorrer sea muy difícil.

### **Cuáles son las características específicas del duelo tras suicidio de un ser querido?:**

- ▶ Vergüenza por el estigma asociado al suicidio.
- ▶ Culpa, que puede invadir la vida de la persona.
- ▶ Enfado y rabia por el abandono.
- ▶ Miedo intenso a que su destino sea el suicidio, a heredar la tendencia a la autodestrucción, especialmente en hijos de víctimas de suicidio.
- ▶ Pensamiento distorsionado: necesitan creer que la muerte fue accidental o natural, de manera que se crea un mito respecto a lo que realmente le ocurrió a la víctima.

## **¿Cómo se realiza el abordaje psicoterapéutico de los supervivientes?**

- ▶ Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros.
- ▶ Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones.
- ▶ Explorar las fantasías de los supervivientes respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro.
- ▶ Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.
- ▶ La OMS recomienda como tratamiento de elección el desarrollo de grupos de apoyo con la asistencia de otras personas que han pasado una situación similar.

## BIBLIOGRAFIA

- Lucía Villoria Borrego. Tesis doctoral: "Evaluación del tratamiento psiquiátrico en pacientes con intentos de suicidio". Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá. Dirigida por los Dres J. Sáiz Ruiz y E. Baca García. Fecha de lectura: 17 de diciembre de 2004.
- Javier Jiménez Pietropaolo et al. "Guía para familiares de la Comunidad de Madrid sobre la detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental". Disponible en Madrid.org.
- Francisca Rueda López: "Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. SAS. Consejería de Salud. 2010. ISBN 978-84-693-0493-8.



Patrocinado por:

