

Título:

Las conductas suicidas.

Autores:

Pablo Cano Domínguez, Jose Miguel Pena Andreu, Manuel Ruiz Ruiz.

Institución:

Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Málaga. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario. Málaga.

Pablo Cano Domínguez.
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.
Universidad de Málaga. Campus de Teatinos s/n. Málaga.
Tfo. : 952514768. E-mail: pablo@costanet.es.

Indice

- I. Introducción.
- II. Epidemiología.
- III. Factores asociados.
 - 1. Sexo.
 - 2. Edad.
 - 3. Raza.
 - 4. Estado civil.
 - 5. Religión.
 - 6. Ocupación.
 - 7. Distribución geográfica.
 - 8. Estacionalidad, día de la semana y hora del día.
 - 9. Métodos.
 - 10. Conducta suicida previa.
 - 11. Salud física.
 - 12. Salud mental.
- IV. Teorías sobre el suicidio.
 - 1. Modelos biológicos.
 - A/ Hipótesis genéticas.
 - B/ Hipótesis neurobioquímicas.
 - 2. Modelos psicológicos.
 - A/ Teorías psicoanalíticas.
 - B/ Teorías existenciales.
 - 3. Teorías psicosociales.
 - 4. Modelos actuales.
- V. Valoración del paciente suicida.
 - 1. Anamnesis y exploración.
 - 2. Valoración del riesgo suicida.
- VI. Actitud terapéutica.

I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud¹ define la expresión “acto suicida” como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil”. El término “parasuicidio” fue introducido por Kreitman² para referirse a toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte.

Probablemente el suicidio ha existido desde siempre y en muchas sociedades, pero a lo largo del tiempo ha cambiado la actitud hacia él. Anteriormente a la era cristiana, en la Roma clásica, el suicidio era entendido de una forma favorable. Se entendía que la vida merecía la pena ser vivida en términos de cualidad más que de cantidad. Con el advenimiento del cristianismo, el suicidio es considerado un acto contrario a la razón y pecaminoso. San Agustín en el siglo IV y, más tarde, en el XIII, Santo Tomás de Aquino dan cuerpo teórico a esta posición. Esta idea ha sido fundamental en el mundo occidental hasta casi nuestros días y ha penetrado la sociedad a través de generaciones. Baste recordar para ilustrar este aspecto el tratamiento legal que la mayoría de los países occidentales han dado al suicidio (hasta el año 1961 el suicidio estaba penado en Inglaterra, por ejemplo). El siglo XVIII trae nueva luz con la aparición de Rousseau quién parece desplaza a la sociedad el pecado, y con Hume, el cual trata de descriminalizar el acto suicida. El estudio moderno del suicidio comienza con el siglo XX y de las diversas teorías propuestas nos ocuparemos más adelante.

II. Epidemiología

Los estudios estadísticos sobre conductas suicidas arrastran importantes dificultades metodológicas, ello ha hecho sospechar siempre a los estudiosos de la materia que los datos obtenidos minusvaloran el peso del problema³. Con todo, el suicidio fue identificado ya en 1970 por la Organización Mundial de la Salud⁴ como un problema mayor de salud pública y como fuente de un enorme gasto de recursos en todos los niveles de la asistencia sanitaria. El suicidio es la novena causa de muerte en los Estados Unidos, pero sube hasta la primera en algunos países del norte de Europa en el rango de edad entre 25 y 34 años⁵.

En nuestro país, tradicionalmente situado entre los países con tasas de suicidio más bajas, la equiparación cultural y social con los países del norte de Europa, y el incremento en la expectativa de vida, explican el crecimiento de estas tasas y hacen sospechar un comportamiento en este sentido en los años venideros⁶. El Instituto Nacional de Estadística⁷

publica anualmente datos sobre el suicidio en España. En el año 1976 el coeficiente de suicidio por 100000 habitantes fue de 3,57 llegando en 1991 al 5,27. Trabajos probablemente más cercanos a la realidad ofrecen coeficientes alrededor de 10^{8,9}. El estudio más serio del que tenemos noticia fue realizado por un equipo europeo de la Organización Mundial de la Salud¹⁰ entre los años 1989 y 1992. En él, el coeficiente de intentos de suicidio por 100000 habitantes medio europeo fue de 136 para hombres y 186 para mujeres. En España los datos obtenidos fueron de 45 para los hombres y 69 para las mujeres, los más bajos entre los países participantes en el trabajo.

III. Factores asociados

El suicidio no tiene “causas”, pero sí existen factores que se asocian a él.

III.1. Sexo

Los hombres consuman el suicidio más frecuentemente que las mujeres. Este dato varía en función de la localización geográfica, ratio varón/mujer desde 1,3 en Asia a 4,1 en América, pero no en relación con la edad⁵. El intento de suicidio es, sin embargo, más frecuente entre mujeres como queda ilustrado con los datos para Europa anteriores. Se detecta una tendencia a disminuir esta diferencia de sexos en los intentos de suicidio¹⁰.

III.2. Edad

La tasa de suicidio crece con la edad, siendo muy baja por debajo de los 12 años (aunque con tendencia a subir) y llegando hasta el punto más alto en los varones mayores de 75 años, en los que llega a ser más de 3 veces mayor que la de los jóvenes¹¹. Los intentos de suicidio son más frecuentes entre los jóvenes que entre los ancianos. Así las tasas más elevadas de conductas parasuicidas pertenecen al grupo de edad entre 15 y 24 años en las mujeres y al situado entre 25 y 34 años en el caso de los varones¹⁰.

III.3 Raza

Los datos provenientes de Estados Unidos describen una tasa de suicidio entre los blancos casi 2 veces superior a la de otros grupos¹¹.

III.4. Estado civil

Es conocido que el suicidio es más frecuente en las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas¹². El matrimonio parece proteger del suicidio, especialmente si se tienen hijos y si se es mujer. Como excepción se presenta el rango más joven de edad, en el que el matrimonio incrementa el riesgo de suicidio. Entre los intentos de suicidio también están más presentes que en la población general los solteros y los divorciados.

III.5. Religión

Aunque tradicionalmente se ha considerado el suicidio menos frecuente entre los católicos que entre los protestantes o los judíos, el estudio de la OMS no encontró una distribución de la afiliación religiosa diferente a la de la población general entre las personas que habían intentado el suicidio¹⁰.

III.6. Ocupación

La relación entre conducta suicida y desempleo ha sido comprobada en numerosas ocasiones. Entre los individuos activos, un 32% de los varones y un 23% de las mujeres se encontraban desempleadas en el estudio referido¹⁰. Entre las diversas profesiones, las liberales son las más propensas al suicidio y, entre éstas, los médicos han sido considerados como los de más alto riesgo¹¹. También se ha hallado relación significativa entre un nivel bajo de educación y suicidio¹⁰. Así mismo entre los suicidas existe un porcentaje elevado de personas provenientes de una clase social muy baja e igualmente de las más elevadas, ejecutivos por ejemplo¹².

III.7. Distribución geográfica

Existen grandes diferencias entre las tasas de los diversos países. En general, puede decirse que las tasas de América latina son inferiores a las de Estados Unidos, y que las del sur de Europa son menores a las del norte y el este⁵. Tanto las tasas de suicidio como las de intento de suicidio son mayores en las áreas urbanas y, entre las ciudades, en las de mayor tamaño. Es más frecuente el suicidio en zonas urbanas en las que la población es cambiante, sin hogar fijo o de mayor edad, y en los barrios más pobres. Es menos frecuente en las zonas residenciales.

III.8. Estacionalidad, día de la semana y hora del día

La mayor parte de los estudios estadísticos disponibles coinciden en señalar un descenso en las tasas de suicidio en los meses de invierno, incrementándose gradualmente a medida que se acerca la primavera y con picos en Mayo y Junio¹³. Vuelven a caer las tasas a partir de Agosto. Parece establecido que los días medios de la semana y las horas de la tarde y la noche son las más frecuentadas por los suicidas.

III.9. Métodos

A pesar de las diferencias entre países, relacionadas con la disponibilidad o la aceptación social, parece claro que los hombres suelen optar por métodos más violentos y las mujeres por otros menos agresivos¹⁴. Esta es la causa final de que los hombres consumen el suicidio con más frecuencia que las mujeres. En nuestro país los métodos más habituales son la precipitación y la suspensión¹⁵. Entre los intentos de suicidio el método más frecuente es la intoxicación, el 64% de los hombres y el 80% de las mujeres lo hicieron de esta manera en el estudio europeo¹⁰.

III.10. Conducta suicida previa

El indicador más fidedigno de riesgo de suicidio es el intento autolítico previo¹⁶. El 42% de los hombres y el 45% de las mujeres que intentaron el suicidio habían hecho un intento previo. El 16% de los hombres y el 17% de las mujeres repetirán el acto en los siguientes 12 meses¹⁰.

III.11. Salud física

Las enfermedades orgánicas tienen una relación indudable con el suicidio, principalmente las crónicas e incapacitantes. En conjunto, los estudios postmortem muestran que entre el 25 y el 75% de las personas que se han suicidado padecían algún tipo de afección somática¹¹. La mayoría de los autores están de acuerdo en que es excepcional que los enfermos orgánicos, incluso los terminales, intenten acabar con su vida en ausencia de alguna perturbación psíquica y, los que lo hacen tienen un bajo riesgo de repetición del intento tras un año de seguimiento^{16,17}.

Una gran cantidad de enfermedades se ha relacionado con el suicidio. La presencia de trastornos del sistema nervioso central como la epilepsia, la esclerosis múltiple, el traumatismo craneal, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad de Huntington, las demencias o el SIDA aumentan el riesgo de suicidio¹⁸. El cáncer está presente en mayor

medida que en la población general entre los pacientes suicidas. El riesgo es más importante en los momentos inmediatamente posteriores al diagnóstico y en los pacientes tratados con quimioterapia¹⁹. Enfermedades digestivas como la úlcera péptica y la cirrosis²¹, endocrinas como el Cushing, el Síndrome de Klinefelter o la porfiria, o urológicas como en personas que han sufrido una prostatectomía o que se someten a diálisis, se asocian a un mayor riesgo de suicidio¹⁶.

La enfermedad orgánica contribuye a la consecución del suicidio a través de diversos mecanismos^{19,21}: mediante la exacerbación de una enfermedad psiquiátrica presente, por la limitación en la movilidad, la desfiguración, el dolor crónico o el trastorno social causado; la precipitación de un trastorno mental orgánico; por el efecto fisiopatológico que la propia enfermedad puede tener sobre el estado de ánimo, u otra área de la psicopatología que facilite el intento de suicidio; o por el efecto colateral psiquiátrico de algún fármaco.

Cabe destacar aquí que el médico de familia o el general debe estar alerta ante el paciente afecto de enfermedad somática crónica, y especialmente atento a la aparición de psicopatología depresiva y a la prescripción de fármacos potencialmente peligrosos, para valorar el posible riesgo de suicidio e instaurar el tratamiento adecuado¹⁶.

III.12. Salud mental

Cerca del 95% de los que consuman el suicidio padecen un trastorno mental²². De ellos la mayoría sufren trastornos depresivos, también esquizofrenia, alcoholismo y demencia o delirium. Existe pues, aunque es excepcional, el suicidio entre las personas sin enfermedad mental. En los adultos que intentan el suicidio las patologías psiquiátricas más frecuentes son los trastornos distímicos, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias²³; y los trastornos de conducta, el trastorno depresivo, las fobias simples y la ansiedad generalizada, entre los adolescentes²⁴. En los días posteriores al alta hospitalaria el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos aumenta considerablemente. También tienen un mayor riesgo aquellos que acuden a los Servicios de Urgencia, especialmente los que lo hacen por crisis de ansiedad²³.

En los trastornos afectivos el riesgo de suicidio es mayor en los primeros meses desde el diagnóstico²⁵, es más elevado en depresiones psicóticas que en las neuróticas, y en los trastornos bipolares que en los unipolares²⁶. Los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo mayor y personalidad borderline son los que más probablemente realicen tentativas de suicidio repetidas y graves²⁷.

Entre el 10 y el 15% de los esquizofrénicos mueren por suicidio. Sucede más habitualmente en los primeros años de la enfermedad y se relaciona con psicopatología depresiva más que con fenómenos alucinatorios²⁸.

El alcoholismo como cualquier otra forma de toxicomanía ha sido considerado como una “muerte parcial”, un suicidio crónico. El riesgo de suicidio para un alcoholico a lo largo de su vida se sitúa en el 15%²⁹. Un grupo especialmente vulnerable es el de los alcoholicos con diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.

Los trastornos de personalidad se asocian más a intentos de suicidio que a suicidio consumado. Los diagnósticos más presentes son el trastorno límite y el antisocial¹⁶.

IV. Teorías sobre el suicidio

IV.1. Modelos biológicos

A/ Hipótesis genéticas

Casi la mitad de los pacientes en cuyas familias han existido suicidios realizan un intento³⁰. Además de los mecanismos psicológicos que pueden explicar el fenómeno (la identificación con el pariente suicida, por ejemplo) se han postulado factores genéticos en el suicidio. El mecanismo hereditario de la conducta suicida podría incluir la transmisión de la enfermedad psiquiátrica de base o la existencia de una herencia del mismo comportamiento suicida^{31,32}. Los trabajos realizados, sobretodo los de gemelos, los hechos sobre la población Amish en Estados Unidos o los de adopción, no han logrado disipar la duda entre la herencia y la imitación para explicar los resultados.

B/ Hipótesis neurobioquímicas

El principal neurotransmisor implicado en las conductas suicidas es la serotonina. Se ha constatado un déficit de esta sustancia mediante gran número de estudios: postmortem, medición del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, estudios plaquetarios y pruebas neuroendocrinas. La disminución de 5-HIAA en LCR se relaciona con la violencia del acto suicida y, para algunos autores, con un escaso control de impulsos, lo que concuerda con hallazgos similares en otros diagnósticos relacionados³³.

Otra línea fecunda de investigación biológica en suicidio viene del estudio del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal. Así se han medido 17-hidroxycorticoesteroides y cortisol libre en orina, o cortisol en sangre o LCR.

En el momento actual se trabaja, sin conclusiones firmes aún, en la relación entre los niveles séricos de colesterol y las conductas suicidas.

IV.2. Modelos psicológicos

A/ Teorías psicoanalíticas

Freud colocó en el interior del alma humana el problema del suicidio. En *Duelo y melancolía*³⁴ considera los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacia otras personas, dirigidos hacia el objeto amado previamente introyectado. Karl Menninger³⁵ reeditó los conceptos de Freud sobre el suicidio. Él habló de 3 componentes de la pulsión hostil presente en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Litman³⁶ incluye entre los aspectos a resaltar en la dinámica del paciente suicida otros además de la hostilidad: la culpa, la ansiedad, la dependencia.

B/ Teorías existenciales

Wittgenstein mantuvo que el tema ético principal del hombre es el suicidio. Existen acercamientos que se alejan de la concepción patológica del suicidio que, si bien no ofrecen pautas de actuación para el médico o el psiquiatra, son indispensables para todo aquel que desee estudiar seriamente la cuestión.

IV.3. Modelos psicosociales

Aunque no han sido las únicas dentro del modelo social, las teorías de Emile Durkheim suponen la contribución decisiva desde la sociología a la comprensión del fenómeno suicida. Inauguran además, al final del siglo XIX, los estudios modernos sobre el tema. Suponen una influencia capital en todos los estudios posteriores, incluso desde posiciones diferentes.

Durkheim³⁷ relaciona el suicidio con la interacción entre la sociedad y el individuo. Así estableció 3 tipos fundamentales de suicidio, resultados de la relación del hombre con su sociedad. En el suicidio altruista la persona acaba con su vida como consecuencia de las reglas sociales que así lo piden bajo unas determinadas circunstancias, continuar con vida sería lo inaceptable (el “hara-kiri”, por ejemplo). El suicidio egoísta es el decidido por el individuo en contra de su sociedad, cuyas normativas no le alcanzan (explicaría, por ejemplo, porqué el suicidio es más frecuente entre los solteros). El suicidio anómico tiene que ver con la ruptura brusca de la forma en que la persona se integra con su sociedad, la pérdida de las reglas habituales (suicidios tras catástrofes económicas, por ejemplo).

IV.4. Modelos actuales

Existen modelos “multidimensionales” que intentan sustituir a las teorías clásicas integrando aspectos tradicionalmente incompatibles. Los fundamentales son: el modelo arquitectónico de Mack³⁸, el modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio de Silverman y Felner³⁹, el modelo basado en el estado de la mente de Bonner y Rich⁴⁰, el modelo cúbico del suicidio de Shneidman⁴¹ y el modelo de sobreposición de Blumenthal¹⁶.

V. Valoración del paciente suicida

El enfrentarse a una persona con ideas suicidas o que ha intentado suicidarse provoca un malestar psíquico en el profesional que éste ha de manejar en lo posible porque la mayoría de las veces resulta contrario al tratamiento. En este sentido nos parece de importancia destacar una serie de errores muy habituales en el manejo de los pacientes con conducta suicida a fin de intentar evitarlos. Se exponen en la tabla adjunta.

Tabla I

A pesar de la dificultad habitual para conseguir un ambiente propicio para un diálogo en el espacio de un Servicio de Urgencias o de un centro de Atención Primaria, es necesario señalar aquí la importancia de procurar un “setting” adecuado, un ambiente tranquilo, sin interrupciones, y en el que el paciente pueda sentirse confiado y seguro.

V.1. Anamnesis y exploración

Una vez correctamente tratado el problema orgánico consecuencia de la conducta suicida, y estando el paciente en condiciones de conciencia y atención que posibiliten la entrevista, se procederá a la exploración psicopatológica. Es conveniente dejar hablar al enfermo utilizando para ello preguntas abiertas y no hirientes, pero sin evitar profundizar en la ideación o el acto suicida. Los siguientes párrafos suponen los pasos razonables a dar.

El clínico deberá obtener del paciente la historia médica convencional prestando atención a la recogida de datos considerados indicadores de riesgo suicida (enfermedades orgánicas crónicas e incapacitantes, por ejemplo).

Es necesario realizar así mismo una historia psiquiátrica detallada, buscando con interés los diagnósticos psiquiátricos más relacionados con los actos suicidas, sobretodo la depresión.

La conducta o la ideación suicida tienen lugar en el seno de algún tipo de crisis psíquica, existencial, o familiar-social, cuando no de un trastorno psiquiátrico. Es indispensable explorar qué tipo de circunstancias ha precipitado el intento. Así mismo, tiene mucho interés conocer con detalle la conducta suicida producida, si ésta ha tenido lugar.

Interés particular tiene identificar la existencia de crisis psicosociales que con tan alta frecuencia se presentan en los intentos autolíticos, especialmente crisis “diádicas” (con la pareja o uno de los padres, por ejemplo) que actúan como precipitantes del acto.

La exploración psicopatológica, en el caso de personas suicidas, tiene, naturalmente, el objetivo principal de explorar la ideación autolítica. Mucho habría que hablar de ello pero, para ofrecer un esquema claro, seguiremos el trabajo de Clark y Fawcett⁴². Estos autores llegan a clasificar a los pacientes suicidas en función a la inminencia del acto suicida: quienes no presentan ideación suicida tienen el riesgo más bajo; mayor los que la presentan de forma pasiva (desear morir); los que presentan ideación activa (querer matarse), riesgo más alto; los pacientes con un riesgo más elevado son quienes piensan en un método para llevar a cabo la idea.

Nos parece de interés incluir aquí las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud⁴³ hace en la CIE-10 para asistencia primaria, para la correcta evaluación del paciente suicida:

1. Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:
 - a) Ideación suicida (esporádica frente a persistente).
 - b) Determinación (el suicidio es una posibilidad o el paciente lo ha decidido ya).
 - c) Plan suicida (mayor riesgo cuanto mayor elaboración del plan y, más aún, si existe disponibilidad de medios).
 - d) Soledad (mal apoyo familiar o social).
 - e) Alcohol (limita el propio control).
 - f) Dificultades sociales (marginalidad, desempleo, la anomia de Durkheim).
2. Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:
 - a) ¿Fue peligroso el método elegido?.
 - b) ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método?. ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?.
 - c) ¿Había posibilidades de ser descubierto?.
 - d) ¿Sintió alivio al ser salvado?.

- e) ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o solo quería morir?.
- f) ¿Se trató de un intento impulsivo o planeado?.
- g) ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?.

Una valoración correcta de todo paciente suicida debe incluir la entrevista con la familia o con las personas significativas para él. El objetivo de la entrevista será la recogida de datos acerca de la historia previa del paciente, su psicopatología y los detalles del intento si éste se ha producido. Además se intentará conseguir la colaboración de la familia con vistas a un posible tratamiento ambulatorio.

V.2. Valoración del riesgo suicida

Desde un punto de vista dinámico, todos tenemos de forma consustancial a nuestra naturaleza deseos suicidas en mayor o menor grado. Por ello, casi todas las personas han pensado en la posibilidad de matarse o han realizado actos que han puesto en peligro su vida de alguna forma. No por ello debemos considerar que todas estas personas llegarán a matarse.

Siguiendo a Shneidman⁴⁴, consideramos el objetivo principal de la evaluación de una persona con ideas suicidas, haya o no efectuado un intento, determinar cual es su "letalidad", lo que viene a ser sinónimo de la mortalidad de las ideas o del acto suicida. Aunque existe un acuerdo general en el hecho de que todo el que se suicida o lo intenta no se encuentra en un estado "normal", es posible el suicidio con un grado mínimo de perturbación psíquica y, desde luego, sin que ningún diagnóstico psiquiátrico pueda establecerse. Por otro lado, enfermos psiquiátricos en el seno de graves crisis psicopatológicas pueden realizar intentos autolíticos de muy escasa letalidad. La naturaleza y el grado de perturbación psíquica no son, por tanto, necesariamente proporcionales al grado de letalidad, e interesa tener presente este punto a la hora de la evaluación del riesgo suicida de estas personas.

Para valorar esta llamada letalidad, el riesgo suicida, es necesario tener en cuenta la presencia de un perfil sociodemográfico y conductual que se relaciona con mayor riesgo, en función de los factores asociados de más arriba. En la tabla adjunta se exponen con mayor claridad los factores principales relacionados con alto riesgo de suicidio en nuestro medio.

Tabla II

Sin embargo, aunque el clínico debe considerar los datos presentes en el paciente que estadísticamente se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, siempre tendrá presente que los factores intrapsíquicos son los fundamentales a la hora de evaluar la vulnerabilidad

del enfermo. Como dice Rives⁴⁵, "la evaluación de los pacientes suicidas sigue siendo un arte y no puede ser reducida a una lista".

Desde este punto de vista⁴⁶, la persona con ideación suicida de mayor peligrosidad suele haber meditado la decisión largamente y ofrece indicios que el médico, con mucha frecuencia de Atención Primaria o de Servicios de Urgencia, deberá reconocer. Lo habitual es que esta persona esté profundamente alterada y, a menudo, deprimida. Verbalizará en un alto porcentaje sus intenciones, echando por tierra la creencia presente en muchos médicos de que quién lo anuncia no lo hace. Aparecerán cambios de conducta en lo que respecta a conducta alimentaria, sexual o en el sueño. Especialmente alarmante es el desprenderse de objetos de gran valor para el paciente.

Es de interés valorar el grado de intencionalidad suicida. Frente a la determinación inequívoca de matarse que algunas personas presentan y que, evidentemente, se asocian con un elevado riesgo, se sitúan una gran parte de los intentos de suicidio en los que el deseo principal parece ser el de cambiar la vida propia o la de personas significativas más que el de acabar con ella.

Las características psicológicas presentes en la ideación suicida más peligrosa son: la corta duración de la "crisis suicida", un enfermo tal vez estará muy perturbado durante un largo periodo, pero raramente mantendrá una ideación suicida de alta peligrosidad mucho tiempo sin que se agote o bien la lleve a cabo; la ambivalencia hacia el hecho de la muerte, a menudo deseando morir y ser salvado al tiempo; la presencia de "otra persona", el suicidio como hecho diádico.

VI. Actitud terapéutica

El objetivo preliminar ante un paciente que se ha autolesionado es tratar el efecto de esta agresión. Este aspecto incluye el tratamiento de la intoxicación cualquiera que sea, la sutura de la herida en el antebrazo, etc. Resuelto lo anterior, el objetivo inmediato de cualquier intervención tras un intento de suicidio es conseguir la seguridad del paciente.

La actitud ante el paciente suicida puede ser diferente a la tradicional entre el terapeuta y el enfermo⁴⁷. El médico podrá mostrarse más empático, más activo, haciendo ver su intención de comprender la situación del paciente. No es momento para parecer frío, neutral o crítico, y merece la pena implicarse más de lo habitual. Esto, sin embargo, no excluye mantener una actitud firme que inspire confianza.

El médico deberá haber hecho un primer diagnóstico de la enfermedad psiquiátrica del paciente si ésta existe. Por tanto resulta obvia la idoneidad de iniciar, recuperar o corregir el tratamiento psicofarmacológico de la enfermedad psiquiátrica. En este sentido los antidepresivos serán los fármacos más empleados, en especial los de acción serotoninérgica⁴⁸ en cuanto son capaces de disminuir la impulsividad y la agresividad además del humor depresivo. También conviene elegir antidepresivos cuya peligrosidad en el caso de una intoxicación sea menor, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, sobretodo. Será necesario contar con la colaboración de la familia a la hora de almacenar y administrar correctamente la medicación.

En general, toda persona que presenta ideación suicida o ha realizado algún tipo de conducta suicida debería ser valorada por un psiquiatra. El plazo en el que el médico procurará la valoración psiquiátrica dependerá de las características clínicas del paciente y de las posibilidades asistenciales.

En una cantidad grande de casos, el acto suicida no tiene la intencionalidad de la muerte y es de muy baja letalidad, entrando a formar parte de los llamados “parasuicidios”. Puede, además, suponer un acto catártico que mejore el estado del paciente o dar lugar a una situación familiar o de pareja más favorable. En esas ocasiones el médico deberá entender que la urgencia de la evaluación especializada no existe.

En los casos en los que la letalidad es mayor, el enfermo deberá ser valorado por un psiquiatra de forma urgente. Entonces, la decisión más importante a tomar es la de hacer o no el ingreso hospitalario. En general, se diría que la hospitalización de un paciente suicida provocará problemas asociados y, además, el médico no puede ser ajeno al hecho de que nunca habrá suficientes camas como para ingresar a todo el que presenta ideas suicidas. Además de la evaluación del riesgo suicida presente en el paciente en función de todo lo anterior, el principal factor a tener en cuenta a la hora de mantener un tratamiento ambulatorio es la capacidad del paciente de comprometerse a pedir ayuda si llega a un punto crítico. También es fundamental contar con el apoyo de la familia o de personas importantes para el enfermo.

Resumen

Como reconoce la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es un problema mayor de salud pública. En nuestro país, la tasa de suicidio, tradicionalmente baja, se incrementa con el paso del tiempo.

Existen datos sociodemográficos relacionados estadísticamente con un mayor riesgo de suicidio. El suicidio es más frecuente entre los hombres y el intento entre las mujeres. El suicidio tiene lugar más habitualmente entre las personas mayores y el intento entre los jóvenes. Tienen más riesgo estadístico de suicidio las personas solteras, separadas, divorciadas o viudas. También tienen más riesgo los desempleados o las personas con menor formación. El suicidio es más frecuente en los originarios del norte de Europa y en los que viven en ciudades. El dato que mejor predice el suicidio es la presencia de intentos autolíticos previos. En un alto porcentaje, los suicidas padecen enfermedades orgánicas y suponen un riesgo importante las crónicas o incapacitantes.

Toda persona que intenta el suicidio se encuentra en una situación de dificultad psíquica y/o social. Sin embargo, muchos de ellos no padecen ningún trastorno mental. Si la mayoría de los que se suicidan. El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de depresión mayor.

Al fenómeno suicida se han acercado investigadores pertenecientes a todos los paradigmas científicos. Han sido realizadas investigaciones biológicas: genéticas de diversos tipos o neurobioquímicas, sobre todo en relación con la serotonina; psicoanalíticas que centran el problema en la agresividad inconsciente; o psicosociales, sobretodo las influyentes teorías de Durkheim. Hoy, se proponen modelos “multidimensionales” que intentan integrar varias teorías.

En la valoración de un paciente suicida es básico controlar la angustia que provocan a menudo estos enfermos para evitar actuaciones erróneas. Será necesario recoger los antecedentes físicos y psiquiátricos, indagar sobre la posible psicopatología previa al intento, conocer los detalles del acto suicida si se ha producido y realizar una buena exploración psicopatológica, haciendo hincapié en la presencia y peligrosidad de la ideación suicida.

Para valorar el riesgo suicida y prevenirlo el médico tendrá en cuenta la presencia de datos sociodemográficos y conductuales que se asocian estadísticamente con alto riesgo, pero no olvidará considerar la letalidad de la ideación o del intento en función de los factores intrapsíquicos del paciente. Para ello se servirá de los indicios del posible suicidio ofrecidos por el paciente, del grado de intencionalidad suicida o de la existencia de las características

psicológicas típicas de la ideación suicida. Para la valoración así como para el tratamiento, resulta muy importante la participación de la familia.

La actitud terapéutica ante el enfermo suicida será empática, comprensiva y firme. Tratado el daño orgánico si existe, el objetivo inmediato es conseguir la seguridad del paciente. Muchos actos autolesivos no suponen verdaderas urgencias psiquiátricas y no deben tratarse como tales. Si existe una enfermedad psiquiátrica deberá ser tratada, a medio o largo plazo. En los intentos autolíticos de alta letalidad, un psiquiatra decidirá si se indica el ingreso hospitalario o se realiza un tratamiento ambulatorio.

Bibliografía comentada

1. Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs.: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A.; 1997.

Se trata de un libro de autores de españoles que cubre desde aproximaciones teóricas al suicidio, estudio de los factores de riesgo suicida, intervención terapéutica y estrategias preventivas. Es un texto conciso y claro que tiene además la ventaja de ofrecer datos provenientes de nuestro país.

2. Shneidman ES. Suicidio. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. Tratado de Psiquiatría, tomo 2. Salvat editores, S.A.; 1982.

Edwin S. Shneidman, importante suicidólogo de orientación analítica, escribe el capítulo dedicado al suicidio de la segunda edición del Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock. Es un buen lugar al que dirigirse para encontrar en pocas páginas una revisión general sobre el suicidio desde un punto de vista clásico y dinámico, ausente hoy en muchos de los manuales actuales pero necesario siempre para el clínico.

3. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P y cols. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.

Este es un estudio multicéntrico sobre el intento de suicidio en Europa auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en el que participa nuestro país. Es una fuente rigurosa y actualizada de datos epidemiológicos acerca de los factores de riesgo suicida.

4. Sarró B, de la Cruz B, dirs.: Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca S.A.; 1991.

Este volumen es un buen texto para consulta en el que se compilan los aspectos generales del fenómeno suicida.

Tablas

Tabla I Errores sobre el suicidio
Todos los suicidas son enfermos mentales
Los que hablan de matarse no lo hacen
Es bueno tomar una actitud paternal o moralista
No es malo contagiarse del pesimismo del enfermo
No se debe preguntar sobre la ideación suicida
No se deben tomar en serio los intentos manipuladores

Tabla II Perfil sociodemográfico y conductual del paciente con alto riesgo de suicidio	
Sexo	Hombre
Edad	Mayor de 75 años
Estado civil	Soltero, separado, divorciado o viudo
Ocupación	Desempleado
Nacionalidad	Originario del norte de Europa
Método	Intentos con métodos violentos
Conducta suicida	Intentos autolíticos previos
Salud física	Enfermedad física crónica
Salud mental	Depresión mayor, esquizofrenia, demencia o toxicomanías
Recursos sociales	Mal apoyo familiar
Pródromos	Expresión de la idea, cambios conductuales
Intencionalidad	Deseo de matarse

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud: Prevención del suicidio. Geneva: O.M.S.; 1969.
2. Kreitman N: Parasuicide. London: Wiley Sons; 1977.
3. Aranda J. Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Latina 1984; 16: 517-520.
4. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 97-104.
5. Organización Mundial de la Salud: World health statistics annual. Geneva: O.M.S.; 1994.
6. Lastra I, Rodríguez Pulido F, González de Chaves González F, Vázquez-Barquero JL. Prevención de las conductas suicidas. En: Vázquez-Barquero JL, dir. Psiquiatría en Atención Primaria. Grupo Aula Médica, S.A.; 1998.
7. Instituto Nacional de Estadística: Estadística del suicidio del año 1994. Madrid: I.N.E.; 1995.
8. Estruch J, Cardús S: Los suicidios. Barcelona: Herder; 1982.
9. Asencio AP, Gómez-Beneyto M, Llopis V. Epidemiology of suicide in Valencia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1988; 23: 57-59.
10. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P y cols. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand 1996; 93: 327-338.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, dirs.: Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1999.
12. González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. Factores sociodemográficos. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Masson, S.A.; 1997.
13. Buda M, Tsuang MT. The epidemiology of suicide: implications for clinical practice. En: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, dirs. Suicide over life cycle. Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. American Psychiatric Press; 1990.
14. Sarró B, de la Cruz B, dirs.: Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca S.A.; 1991.
15. Arranz Estévez FJ. Epidemiología de la conducta suicida. En: Ros Montalbán, dir. La conducta suicida. Editorial libro del año; 1997.

16. Blumenthal SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clin Med Norteam* 1988; 4: 99-1026.
17. Stenager EN, Stenager E, Jensen K. Attempted suicide, depression and physical diseases: a 1-year follow-up study. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 65-73.
18. Marzuk DM, Tierney H, Tardeff K. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1988; 259: 1333-1337.
19. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 3-22.
20. Knop J, Fisher A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 346-355.
21. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Psychiatric and cognitive aspects of multiple sclerosis. *Sem Neurol* 1990; 10: 254-261.
22. Cheng ATA. Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 594-603.
23. Tanney BL. Mental disorders, psychiatric patients, and suicide. En: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit IR, dirs. *Assesment and prevention of suicide*. The Guilford Press; 1992.
24. Trautman PD, Rotheram-Borus MJ, Dopkins S. Psychiatric diagnoses in minority female adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(4): 617-622.
25. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-185.
26. Brent DA, Kupfer DJ, Bromer EJ. Assesment and treatment of patients at risk for suicide. En: Frances AJ, Hales RE, dirs. *American Association Annual Review*; 1988.
27. Corbitt EM, Malone KM, Hass GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 39: 61-72.
28. Westermeyer JF, Harrow M. Early phases of schizophrenia and depression: prediction of suicide. En: Williams R, Dalby JT, dirs. *Depression in schizophrenia*. Plenum press; 1989.
29. Frances R, Franklin J, Flavin D. Suicide in alcoholism. *Ann NY Acad Sci* 1986; 487: 316-326.
30. Roy A. Familiy history of suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 971-974.
31. Egeland J, Sussex J. Suicide and familiy loading for affective disorders. *JAMA* 1985; 254: 915-918.
32. Kety SS. Genetic factors in suicide. En: Roy A, dir. *Suicide*. Williams & Wilkins; 1986.

33. Asberg M. Biología de las conductas suicidas. En: Mendelewicz J, dir. *Psiquiatría biológica*. Masson, S.A.; 1990.
34. Freud S. Traner und melancholie. *Int Z Psychoanal* 1917; 4(6): 288-301.
35. Menninger K: *Man against himself*. New York: Harcourt Brace and World; 1938.
36. Litman RE. Sigmund Freud on suicide. En: Shneidman ES, dir. *Essays in self-destruction*. Science House; 1967.
37. Durkheim E: *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Alcan; 1897.
38. Mack JE. Adolescent suicide: an architectural model. En: Klerman GL, dir. *Suicide and depression among adolescent and young adults*. American Psychiatric Press; 1986.
39. Silverman MM, Felner RD. Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropriateness. En: Silverman MM, Maris RW, dirs. *Suicide prevention. Toward the year 2000*. The Guilford Press; 1995.
40. Bonner RL, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide Life-Threatening Behavior* 1988; 17(1): 50-63.
41. Shneidman ES. A conspectus of the suicidal scenario. En: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, dirs. *Assesment and prediction of suicide*. Guilford Press; 1992.
42. Clark DC, Fawcett J. Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. En: Bongar B, dir. *Suicide: guidelines for assessment, management, and treatment*. Qxford University Press; 1992.
43. Organización Mundial de la Salud: CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y e actuación en Atención Primaria*. Madrid: Meditor; 1996.
44. Shneidman ES. Perturbation and lethality as precursors of suicide in a gifted group. *Suicide Life-Threatening Behavior* 1971; 1: 23-35.
45. Rives W. Emergency department assessment of suicidal patients. *Pschyatr Clin North Am* 1999; 22(4): 779-787.
46. Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE: *The Psychology of Suicide*. New York: Science House; 1970.
47. Shneidman ES. Suicidio. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. *Tratado de Psiquiatría*, tomo 2. Salvat editores, S.A.; 1982.
48. Bousoño García M, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez PA, dirs. *Prevención de las conductas suicidas y parasicidas*. Masson, S.A.; 1997.

Evaluación

1. El "parasuicidio" es:
 - a) Toda conducta autolesiva sin intencionalidad suicida y con resultado de muerte.
 - b) Sinónimo de intento de suicidio.
 - c) Toda conducta autolesiva con intencionalidad suicida sin resultado de muerte.
 - d) Toda conducta autolesiva no mortal sin considerar esencial la intencionalidad hacia la muerte.
 - e) Un intento de suicidio de bajo grado.

2. Señale la falsa:
 - a) La tasa de suicidio en España crece en los últimos años.
 - b) España es tradicionalmente considerado un país con una tasa baja de suicidio.
 - c) Los países del norte de Europa sufren tasas de suicidio muy altas.
 - d) Los intentos de suicidio son más frecuentes entre los ancianos que entre los jóvenes.
 - e) Los hombres consuman el suicidio más frecuentemente que las mujeres.

3. ¿Cuál de estas personas tiene un perfil con mayor riesgo de suicidio?:
 - a) Hombre de 23 años, casado.
 - b) Mujer de 56 años, viuda.
 - c) Mujer desempleada de 65 años.
 - d) Hombre divorciado de 75 años.
 - e) Hombre casado de 67 años.

4. El coeficiente de intentos de suicidio por 100000 habitantes medio en Europa y para hombres es:
 - a) 51.
 - b) 27.
 - c) 206.
 - d) 136.
 - e) 5.

5. ¿Cuál es en España el método de suicidio más usado?:
 - a) Precipitación.

- b) Inmersión.
 - c) Intoxicación.
 - d) Arma de fuego.
 - e) Suspensión.
6. Respecto a la enfermedad orgánica en el suicidio, ¿qué afirmación es verdadera?:
- a) En raras ocasiones aparece algún trastorno orgánico en el paciente suicida.
 - b) En los enfermos de cáncer el riesgo de suicidio es más alto en los momentos lejanos al diagnóstico.
 - c) Enfermedades digestivas como la úlcera péptica o la cirrosis se asocian con un mayor riesgo de suicidio.
 - d) Es habitual que un enfermo terminal tenga ideas de suicidio aún en ausencia de algún trastorno psiquiátrico.
 - e) La limitación de la movilidad no es importante en la contribución de la enfermedad física al riesgo de suicidio.
7. Respecto a la enfermedad mental y el suicidio, ¿qué afirmación es verdadera?:
- a) Un 95% de los suicidios tienen lugar en enfermos mentales.
 - b) Es imposible el suicidio en una persona sin diagnóstico psiquiátrico.
 - c) La enfermedad psiquiátrica que más se relaciona con el suicidio es la esquizofrenia.
 - d) En los intentos de suicidio el trastorno psiquiátrico más frecuente es la esquizofrenia.
 - e) Los trastornos afectivos unipolares tienen mayor riesgo de suicidio que los bipolares.
8. El neurotransmisor más estudiado en las conductas suicidas es:
- a) La noradrenalina.
 - b) La serotonina.
 - c) La dopamina.
 - d) El glutamato.
 - e) La adrenalina.
9. Entre los tipos de suicidio descritos por Durkheim, ¿cuál explicaría la mayor frecuencia de suicidio entre los solteros?:
- a) Anómico.
 - b) Diádico.

- c) Egoísta.
- d) Altruista.
- e) Frustrado.

10. ¿Cuál de estas afirmaciones es verdadera?:

- a) El médico debe mantener una actitud crítica ante el paciente suicida.
- b) Debe actuar de forma paternal.
- c) No debe preguntar de forma abierta sobre la ideación suicida.
- d) Los suicidas suelen avisar antes de realizar el acto.
- e) No hay que tomar en serio los intentos considerados manipuladores.

11. Respecto a la ideación suicida, ¿cuál de las siguientes engendra mayor riesgo?:

- a) Ideación suicida vaga y transitoria.
- b) Ideación suicida con un método para llevarla a cabo.
- c) Ideación suicida pasiva.
- d) Ideación suicida activa.
- e) Sin ideación suicida.

12. ¿Cuál es el mejor predictor de riesgo de suicidio?:

- a) Ser viudo.
- b) Estar parado.
- c) Tener intentos autolíticos previos.
- d) Tener un mal apoyo familiar.
- e) Ser hombre.

13. ¿Qué fármaco elegiría para tratar una depresión con riesgo suicida?:

- a) Neurolépticos atípicos.
- b) Benzodiacepinas.
- c) Antidepresivos tricíclicos.
- d) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- e) IMAOs.

14. Respecto al ingreso del paciente suicida, ¿cuál afirmación es falsa?:

- a) Es la decisión más importante a tomar en el tratamiento de estos pacientes.

- b) Todos los pacientes con ideación suicida deben ser ingresados.
- c) El nulo apoyo familiar obliga al ingreso.
- d) Es fundamental el compromiso del paciente con el médico, de petición de ayuda si llega a un punto crítico.
- e) En los casos de alta letalidad deberá intervenir un psiquiatra.

15. ¿Cuál es el porcentaje de esquizofrénicos que muere por suicidio?:

- a) 1-5%.
- b) 10-15%.
- c) 20-30%.
- d) 40-50%.
- e) 60-70%.

Respuestas: 1.d; 2.d; 3.d; 4.d; 5.a; 6.c; 7.a; 8.b; 9.c; 10.d; 11.b; 12.c; 13.d; 14.b; 15.b.