



Se revisan las estrategias y herramientas de evaluación e intervención sobre el riesgo suicida.

- Evaluación del riesgo suicida.
- Puntos de buena práctica clínica
- Recomendaciones de seguridad en pacientes ingresados con riesgo suicida.
- Desarrollo Protocolo de Atención a Personas con Riesgo de Suicidio

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

- Las conductas suicidas causan severas consecuencias a nivel personal, social y económico.
 - Es la complicación mas grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente.
 - La tentativa de suicidio representa el 1% de los ingresos en los servicios de urgencias de los hospitales generales.
 - El 5% de los intentos de suicidio requiere tratamiento en la unidad de cuidados intensivos y el 2% muere tras la tentativa.
 - La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002).
 - Según la OMS 1,53 millones de personas morirán de suicidio en el 2020.
 - Entre 2% y 6% de los suicidios son cometidos durante la hospitalización y un 50% de los suicidados fueron visitadas por un clínico unas semanas antes.
-

IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

- Por profesionales entrenados
 - Cada intento de autolisis tiene motivaciones diferentes, y cada intento se considera por separado.
 - IDENTIFICACIÓN por cualquier profesional de Salud Mental, la EVALUACIÓN CLÍNICA por el psiquiatra y/o psicólogo.
 - Pone en marcha una serie de estrategias de abordaje: Desde ingreso hasta la aplicación del tratamiento ambulatorio, pasando por diversas formas de control familiar o social.
-

2. EVALUACIÓN

- Estima el riesgo de suicidio y realiza un plan de intervención y tratamiento.
 - La valoración es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica, por falsos positivos y negativos y por la ansiedad que genera en el evaluador
 - La entrevista clínica es el elemento fundamental y permite:
 - Identificar, signos y síntomas que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio.
 - Garantizar seguridad inmediata del paciente y el lugar de tratamiento.
 - Realizar un diagnóstico clínico y un plan de tratamiento.
 - Se realizará de forma respetuosa y en un ambiente de privacidad e intimidad.
-

Indicaciones

(APA 2006)

- Evaluación en urgencias o en caso de crisis.
 - Evaluación inicial (pacientes hospitalarios y ambulatorios)
 - Ante cambio en el nivel de observación o contexto de tratamiento (interrupción de la observación individualizada, alta hospitalaria)
 - Cambio brusco de estado clínico (empeora o mejora súbitamente)
 - Falta de mejoría o empeoramiento a pesar del tratamiento
 - Pérdida personal o estresor psicosocial (divorcio, pérdidas económicas, problemas judiciales, vergüenza o humillación personal)
 - Enfermedad física (Mortal, desfiguración o dolor intenso)
-

Exploración Psicopatológica

- Aspecto y comportamiento general
 - Nivel de contacto
 - Conciencia, orientación
 - Alteraciones de la atención y concentración
 - Alteraciones de la memoria
 - Capacidad de cálculo
 - Habla y lenguaje del paciente
 - Alteraciones sensorio-perceptivas
 - Expresiones del estado de ánimo y afectividad
 - Impulsos suicidas
 - Nivel de tolerancia a las frustraciones
 - Alteraciones de la forma y contenido del pensamiento
 - Alteraciones del razonamiento abstracto
 - Conocimiento que el paciente tiene de su estado actual
-

Valoración de los factores de riesgo.

1/3

- a) Enfermedades médicas crónicas
 - El riesgo se duplica cáncer y se eleva en sida.
 - Hemodiálisis una tasa de suicidio 5%, similar a las esquizofrenias.
 - Riesgo mayor de lo esperado en Delirium Tremens y enfermedades respiratorias.
 - b) Edad avanzada. Cuadruplica la tasa nacional de suicidios.
 - c) Sexo masculino: (Las mujeres lo intentan más a menudo y los hombres lo consuman con mas frecuencia)
 - d) Enfermedad psiquiátrica:
 - Depresión mayor (50%)
 - Alcoholismo crónico (20%)
 - Esquizofrenia (10%)
 - Personalidad limite (5-15%)
 - e) Tentativas de suicidio previas
 - f) Ideación suicida (Comunicada en el 60%)
-

- g) Crisis de angustia (20% tienen tentativas de suicidio)
 - h) Sueño deficiente
 - i) Soltero
 - j) Desempleo
 - k) Alta reciente de un hospital
 - l) Deseos de morir inferidos.
 - m) Verbalización deseo de morir: intención destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
 - n) Planes suicidas: Acto, método y letalidad del mismo, precauciones para no ser descubierto, búsqueda de ayuda antes y después.
 - o) Impulsividad en las tentativas.
-

2/3

- p. Sugerencias de autolesión: Fugas, caídas, convulsiones, accidentes.
- q. Fallecimientos o pérdidas recientes de familiares o amigos.
- r. Separación, divorcio o ruptura de una relación.
- s. Heridas narcisistas.
- t. Estrés crónico.
- u. Dificultades académicas o laborales.
- v. Procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima excarcelación.
- w. Abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia. Abuso y humillaciones sociales, bullying, acoso laboral, etc.
- x. Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones.
- y. Historia familiar de suicidio o autolesiones.
- z. Baja tolerancia a la frustración.
- aa. Desesperanza.
- bb. Patología somática grave
- cc. Depresión asociada al padecimiento somático y de etiología orgánica.

3/3

Valoración de los factores de protección.

- Sentimiento de valor personal y autoestima.
- Religiosidad.
- Mujeres embarazadas y el primer año tras el parto.
- Red social apoyo y relaciones estables.
- Lazos con la familia extensa. Hijos en el hogar.
- Vínculos significativos con grupos.
- Trabajo.
- Parentalización infantil dedicada y consistente.
- Estilo cognitivo flexible.
- Satisfacción con la vida
- Capacidad de control de la realidad*
- Habilidades de afrontamiento positivas*
- Relación terapéutica positiva*

Perfil de alto riesgo suicida

- Depresión clínica o trastorno psiquiátrico mayor
 - Mayor de 45 años
 - Estado civil: separado, viudo o divorciado
 - Desempleo o jubilación
 - Enfermedad somática crónica
 - Trastorno de la personalidad
 - Antecedentes de tentativas de suicidio
 - Verbalización de deseos manifiestos de muerte
 - Intento previo
 - Alcoholismo o abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o depresión
 - Esquizofrenia con depresión
 - Falta de soporte psicosocial y aislamiento
 - Existencia de trastornos confusionales tipo delirium
-

3. ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

- Estimación del riesgo de suicidio (*Risk Estimator Scale for Suicide*) (Motto y cols., 1985).
 - Ideación suicida (*Escale for Suicidal Ideation*) y Tentativa suicida (*Suicide Intent Scale*) ambas desarrolladas por Beck y cols.(1975)
 - Desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*) (Beck y Steer, 1988)
-

Cómo preguntar

- No se espera que el entrevistador lea la mente, ni obtenga una confesión a la fuerza.
 - Obligatorio hacer todas las preguntas necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para tener una idea clara de las intenciones del entrevistado.
 - Error pensar no ser intrusivos para no herir o «inducir ideas» que no tenía.
 - Progresar gradualmente, procurando que se sienta cómodo expresando sus sentimientos.
 - Permitir que exprese sus sentimientos con sus propias palabras. Incluso los negativos
 - Catalogar las ideas de suicidio según gravedad o peligrosidad.
-

Cuadro 1: Protocolo de entrevista para evaluar la ideación suicida (Goldberg RJ 2008)

- Ha dicho que se encuentra deprimido. ¿Podría decirme que significa eso para usted?
- ¿Hay veces en que tiene ganas de llorar?
- Cuando se siente así ¿qué tipo de pensamientos le pasan por la mente?
- ¿Ha llegado al punto de sentir que no merece la pena continuar en caso de que esta sea la manera en que van a ir las cosas?
- ¿Ha llegado a pensar en quitarse la vida?
- ¿Ha hecho algún plan en este sentido?
- ¿Tiene medios para llevar a cabo este plan?
- ¿Hay algo que le impida llevar a cabo este plan?

En la evaluación del suicidio se registrará:

- Ideación y plan suicida
 - Lo que le impediría quitarse la vida en este momento
 - Presencia o ausencia de deterioro cognitivo significativo
 - Presencia o ausencia de psicosis
 - Pródromos depresivos.
 - Lo que el paciente dice que tiene sentido hacer.
-

4. PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Se seleccionaron de:

- *Self Harm: The short- term physical and psychological management and secondary prevention of self- harm in primary and secondary care del National Institute of Clinical Excellence (NICE, 2004).*
- *The assessment and management of people at risk of Suicide, del New Zealand Guidelines Group (New Zealand Guidelines Group, 2003).*

Porque estas guías son aplicables en nuestro medio y por su grado de evidencia y la relevancia clínica.

Evaluación

1/2

- Cualquier persona que busque ayuda en un servicio de urgencias tras una tentativa de suicidio, debe ser evaluado por un facultativo con entrenamiento en salud mental.
 - En habitación separada que facilite su expresión emocional y en un ambiente tranquilo y de intimidad.
 - La ideación suicida se evaluará de forma explícita, calmada y directa.
 - En sobredosis de medicamentos, el paciente suele minimizar su ingesta.
 - Valorar la presencia de enfermedades mentales concomitantes, rasgos, características sociodemográficas y psicosociales asociadas a un incremento del riesgo.
-

- Proveer de apoyo emocional y ayuda, si es necesaria, a los familiares.
- Evitar que abandone Urgencias antes de ser valorado por salud mental.
- En intoxicados o soporte externo perjudicial, es conveniente un ingreso temporal hasta ser evaluados lo antes posible (preferentemente al día siguiente del ingreso).

Personas mayores

- La autolesión en mayores de 65 años como intento de suicidio hasta que se compruebe lo contrario, porque tienen mayor porcentaje.
-

2/2

Hospitalización

- Duración ingreso superior a 4 días disminuye el riesgo.
- En la hospitalización los pacientes deben recibir el mayor nivel de vigilancia en la primera semana
- En ideación suicida crónica, ingresos entre 1 y 4 días (corta duración).
- Si no ingreso, proveer asistencia en las 24 horas siguientes.

Alta

- Seguimiento comunitario en la primera semana tras el alta, ya que es el periodo de máximo riesgo
- Si no acude a la cita y alto riesgo, búsqueda activa del contacto.
- Equipo seguimiento debe disponer al menos de información verbal de la unidad hospitalaria.

Planes o programas de seguridad.

- Valoración inicial riesgo suicidio en cada ingreso psiquiátrico, especialmente si tiene antecedentes.
- Mayoría de intentos por ahorcamiento.
- Observación, chequeo rutinario del personal, y colaboración de pacientes son claves en la prevención..
- Reducción acceso a métodos letales (cortinas, cordajes, objetos lesivos, etc.)
- Notificación tentativas para aumentar la vigilancia y el control. externo.

Tabla 1: Evaluación e intervención del riesgo suicida

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLES	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación del riesgo suicida	En cualquier momento a lo largo del tratamiento ambulatorio u hospitalario	Identificación de conductas autolesivas o suicidas	Cualquier profesional	•Entrevista clínica	Establecer un nivel de observación y vigilancia Registro en la Hª Clínica
Evaluación del riesgo de suicidio y autolesiones	En cualquier momento a lo largo del tratamiento ambulatorio u hospitalario	Evaluación psicopatológica Evaluación de los factores de riesgo. Evaluación de los factores protectores. Establecer una relación terapéutica.	Psiquiatra/Psicólogo	•Entrevista clínica •Examen mental. •Recopilación de antecedentes personales y familiares. •Escala específicas	Juicio diagnóstico y pronóstico Estimación del riesgo suicida. Elaboración de un plan de tratamiento. Adopción de medidas de seguridad. Registro en la Historia Clínica

Conclusiones

Intervención en pacientes con riesgo de suicidio. Plan de protección, tratamiento y cuidados

Contexto ambulatorio

- Evaluación inicial debe ser exhaustiva e incluir el riesgo suicida.
 - Intensidad y profundidad del riesgo suicida depende del estado clínico del paciente.
 - Se necesita acuerdo con la familia, supervisión, y el paciente (control ideas e impulsos autolíticos). Se ofrece atención permanente, en caso de necesidad (Servicios de Urgencias).
 - Los cambios bruscos la clínica, reevaluar.
 - El riesgo se incrementa con: Alianza terapéutica no fiable, negativa a psicoterapia o medicación. Apoyos familiares o sociales inapropiados.
 - Si falta el apoyo sociofamiliar, alta impulsividad, intentos previos, plan estructurado con elevada letalidad o síntomas psicóticos, precisa un ingreso psiquiátrico protector.
-

Contexto hospitalario

- Se pone en cuestión la seguridad del paciente
 - En EEUU se estima que ocurren 1500 suicidios por año en un contexto hospitalario, y una tercera parte de estos ocurren mientras los pacientes se hallan en observación continua o con comprobaciones cada 15 minutos.
 - No existen factores de riesgo específicos únicos para el contexto hospitalario
 - los síntomas y los trastornos que típicamente conducen a la hospitalización psiquiátrica, se relacionan con un mayor riesgo de suicidio
 - La evaluación rigurosa al ingreso de todos los pacientes, identificará los riesgos, incluso en los que no comunican sus intenciones, y establecer la urgencia, el tratamiento y el plan de cuidados.
-

Indicaciones

- Protección para el paciente.
 - Antecedentes personales o familiares de suicidio.
 - Estresores sociales recientes graves, pérdidas o traumas emocionales.
 - Trastorno psiquiátrico grave.
 - Desesperanza y/o impulsividad.
 - Angustia intensa.
 - Edad avanzada.
 - Asegurar ingesta medicamentosa y minimizar el riesgo de abuso de fármacos.
-

Procedimientos y fases de aplicación

1. Eliminación de objetos potencialmente lesivos

- Objetos peligrosos (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, etc.) y fármacos.
 - Lista de verificación de objetos peligrosos.
 - Registros periódicos sobre las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.).
 - Deposito en las dependencias establecidas al efecto por la dirección de cada centro.
 - Registro en la H^a Clínica del tipo de objetos a los que el paciente no puede acceder.
-

2. Restringir el acceso a espacios de riesgo.

- Sistemas de seguridad (bloqueo de apertura de ventanas o puertas) y restricción de uso de determinadas dependencias o salas.
 - Identificación de riesgos ambientales.
 - Lista de comprobación y pactar con el paciente la utilización de espacios seguros alternativos para hacer su estancia más confortable.
-

3. Establecer el nivel de vigilancia, control de permanencia y/o observación continuada.

- Necesidad de vigilancia continuada.
 - Para ello es necesario protocolizar individualmente y anotar en la historia clínica el nivel requerido y aplicar de manera específica el Protocolo de observación y vigilancia intensiva:
 - Tiempo y momentos del día, incluyendo las actividades de aseo y acceso a servicios higiénicos.
 - Necesidad de mantener o no contacto visual.
 - Lugar, espacio y modo decidido para el control
 - Persona o personas responsables de la observación y controles periódicos.
 - Generalmente, la enfermera designará a la persona indicada para cada uno de los controles (auxiliar o celador
-

4. Estructuración de las actividades del paciente

- Con el objeto de disminuir la ansiedad y ayudar a estructurar la experiencia durante la hospitalización se puede invitar al paciente a participar en actividades terapéuticas. Con este objeto se puede informar sobre las actividades existentes y solicitar la colaboración y participación del paciente.
-

5. Valorar la necesidad de reorganización del personal de la unidad

6. Aplicación en caso de necesidad de medidas de contención más restrictivas

7. Toma controlada de la medicación

8. Protección mediante el establecimiento de una relación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente

- Facilitación de la expresión de emociones y sentimientos.
 - Realizar una escucha activa
 - Mostrar disponibilidad de ayuda
 - Facilitar la identificación de emociones y sentimientos Autoobservación contratransferencial
 - Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima
 - Buscar la interacción
 - Promover actividades que favorezcan la autonomía, confianza y control de si mismo
-

9. Intervenciones para el control de síntomas psicóticos

- Valoración de la capacidad para identificar e interpretar el entorno inmediato.
 - Identificación de alteraciones sensorceptivas relacionadas con la conducta suicida.
 - Exploración de la existencia y contenido de ideas delirantes y otros síntomas psicóticos y clarificación de la realidad.
 - Identificación de factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.
-

10. Elaboración de un plan de alta.

- Pacientes hospitalizados por un intento de suicidio están expuestos a un riesgo alto de consumir el suicidio durante el primer año tras el alta (Hawton y Fagg, 1988).
 - Aproximadamente un 10% de los que han sido hospitalizados tras un intento de suicidio lo consumarán en el futuro (Retterstol y Mehlum, 2001).
 - Un porcentaje adicional, que varía entre el 10 y el 50% repetirá los intentos de suicidio, siendo el riesgo mayor en los tres meses siguientes y la tasa de suicidios consumados más elevada en la primera semana tras el alta.
 - El plan postalta debería prever la manera de equilibrar el sistema de factores de riesgo y de protección.
 - Esto es especialmente importante para los pacientes que no cumplimentan las prescripciones o que tienen dificultades en buscar ayuda cuando la necesitan.
-

- Los mejores resultados en términos de reducción de nuevas tentativas están asociados a la provisión de contacto continuado, disponibilidad para los momentos de crisis, pautas de seguimiento intensivo, psicoterapia de resolución de problemas o dialéctica conductual, etc. (Hawton y cols., 1999)
 - El plan de alta ha de prever la intensidad y frecuencia del seguimiento del paciente que puede requerir consultas frecuentes o visitas domiciliarias si es preciso.
 - Coordinación entre los equipos de AP y ESM.
 - Se considerará la oportunidad de contactar telefónicamente con los profesionales de ambos equipos antes del alta o derivación.
-

11. Evaluación de acontecimientos indeseados

- Tanto en los casos de autolesiones dentro del hospital como de tentativas de suicidio o suicidio consumado, el equipo de la unidad requiere aprender de la experiencia mediante la realización de una sesión específicamente destinada a entender mejor las variables que han determinado el resultado indeseado.
 - Esta sesión habría de traducirse en la adopción de medidas o cambios en los procedimientos existentes con la finalidad de prever nuevos acontecimientos indeseados.
 - Es necesario identificar el impacto emocional en los trabajadores y miembros del equipo y adoptar las medidas de apoyo necesarias
-

Gracias por su atención
