

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA *Intervention and evaluation of suicidal risk*

M^º Ángeles Álvarez López*

**Enfermera especialista en Salud Mental.
Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Castilla y León*

RESUMEN:

Se revisan las estrategias y herramientas de evaluación e intervención en el riesgo suicida. Específicamente:

- Evaluación del riesgo suicida.
- Puntos de buena práctica clínica
- Recomendaciones sobre la seguridad de pacientes ingresados con riesgo suicida.
- Procedimiento y fases de aplicación de un Protocolo de Atención a Personas con riesgo suicida.

Palabras clave: Evaluación, Protocolo, Riesgo, Seguridad, Suicidio,

SUMMARY:

On reviews the strategies and tools, about assessment and intervention, on suicidal risk. It approaches specific issues such as:

- Suicidal risk assessment.
- Good practice items.
- Recommendations on the safety of inpatients with suicidal risk.
- Application of Protocol to care people with suicidal risk

Key words: Evaluation, Protocol, Risk, Safety, Suicide.

INTRODUCCIÓN

Los suicidios y los comportamientos suicidas causan severas consecuencias a nivel personal, social y económico.

Es la complicación más 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.

Los pacientes que realizan intentos de suicidios presentan una elevada morbilidad (más del 50% repiten el acto suicida) y también la mortalidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causas es significativamente superior a la población en general.

El manejo del riesgo representa un componente importante de la práctica psiquiátrica, especialmente en la valoración y el control de los pacientes con riesgo de suicidio.

La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002).

La OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual aprox. 1,53 millones de personas morirán de suicidio en ese año.

Entre un 2% y un 6% de los suicidios son cometidos durante la hospitalización³ y alrededor de un 50% del total de las personas que se suicidaron fueron visitadas por un profesional clínico las semanas anteriores a cometer el acto.⁴

El suicidio durante la hospitalización es la causa del 14% de los casos informados a la Joint Commission.⁵

El riesgo de suicidio no se evalúa habitualmente en aquellos pacientes que acuden a centros sanitarios por motivos médicos o quirúrgicos. Sin embargo el riesgo de suicidio debería considerarse para todos los receptores de atención sanitaria, porque durante la hospitalización y tras el alta hospitalaria hay un aumento de este riesgo.

Este cribaje inicial debe formar parte de la valoración inicial del paciente atendido en los Servicios de Salud y sirve para explorar la existencia de aquellos factores que están relacionados con la conducta suicida. En todos los pacientes en los que este filtro sugiera un posible riesgo, y en aquellos casos en los que el individuo haya indicado esta intención, se debe llevar a cabo una evaluación especializada del mismo, así como de los factores de protección.

1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La atención a una persona con riesgo suicida exige profesionales con un buen nivel de formación y de entrenamiento en el manejo de toda la conflictividad asociada al suicidio (*distress* en pacientes, impacto emocional en los familiares, resonancias personales en el equipo de profesionales, etc.).

Los profesionales deben recordar que cada intento de autolisis puede tener motivaciones diferentes, y que en personas que realizan múltiples intentos, cada uno de ellos debe ser considerado separadamente¹⁰.

La identificación del riesgo puede ser realizada por cualquiera de los profesionales de los dispositivos de Salud Mental, correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo, por lo que la evaluación y la documentación de la ideación suicida se convierten en componentes fundamentales de cualquier evaluación psiquiátrica.

La identificación de un paciente en riesgo de suicidio deberá poner en marcha una serie de estrategias de abordaje, desde el ingreso del paciente en una unidad adecuada a sus necesidades y la monitorización constante de su situación, hasta la aplicación del tratamiento adecuado por profesionales con formación al respecto.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El objetivo de la evaluación es estimar el riesgo de suicidio, para realizar un plan de intervención y tratamiento que garantice la seguridad de la vida del o de la paciente.

La valoración del riesgo suicida es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica, no sólo debido a la existencia de falsos positivos y negativos, sino también por la ansiedad que genera en el evaluador (Wasserman, 2001).

La entrevista clínica es el elemento fundamental en la valoración del riesgo de suicidio.

Afrontar una entrevista de esta índole es un reto para el profesional, tanto por los aspectos emocionales como de responsabilidad a los que se ven sometidos.

La entrevista permite:

1. Identificar factores específicos, signos y síntomas, que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio y que nos pueden ayudar a tomar decisiones.
2. Garantizar la seguridad inmediata del paciente y decidir el lugar más apropiado para su tratamiento.
3. Realizar un diagnóstico clínico y establecer un plan de tratamiento.

La evaluación se ha de realizar de forma respetuosa y en un ambiente que garantice la privacidad y la intimidad.

La *American Psychiatric Association* (APA 2006) describe las circunstancias clínicas en las que está indicada una evaluación del riesgo de suicidio:

- Evaluación en el servicio de urgencias o en caso de crisis.
- Evaluación inicial (tanto en pacientes hospitalarios como ambulatorios)
- Ante un cambio en el nivel de observación o el contexto de tratamiento (interrupción de la observación individualizada, alta hospitalaria)
- Cambio brusco en el estado clínico (tanto si empeora con rapidez como si mejora de forma súbita e inesperada)
- Falta de mejoría o empeoramiento progresivo a pesar del tratamiento
- Previsión o experimentación de una pérdida personal o un estresor psicosocial importante (divorcio, pérdidas económicas, problemas judiciales, vergüenza o humillación personal)
- Inicio de una enfermedad física (En particular cuando sea potencialmente mortal, cause desfiguración o se asocie con un dolor intenso)

La evaluación tiene un carácter exhaustivo y utiliza información relativa a los factores de riesgo específicos del paciente, su historia clínica, el desarrollo psicopatológico, etc.

El resultado de la evaluación es necesario registrarlo por escrito en la Historia clínica e incluye la adopción de las medidas pertinentes.

2.1 Exploración Psicopatológica

- Aspecto y comportamiento general del paciente (apariencia, higiene, vestimenta, expresión facial, actividad motora, reacciones o comportamientos, actitud ante la entrevista, etc.).
- Nivel de contacto: visual, suficiente o insuficiente, abordable o inabordable.
- Nivel de conciencia, orientación en el tiempo y el espacio.
- Alteraciones de la atención y concentración.
- Alteraciones de la memoria y del fondo de conocimientos apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Capacidad de cálculo apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Habla y lenguaje del paciente (rapidez, ritmo, estructura, etc.).
- Rapidez de movimientos y presencia o no de movimientos o posturas involuntarias, repetitivas o poco comunes.
- Alteraciones sensorio-perceptivas: alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis, ilusiones, etc.
- Expresiones del estado de ánimo y afectividad del paciente incluidas las manifestaciones no verbales: tristeza patológica, ideas de muerte, expresión facial, tono de voz, actividad motora en las relaciones o interacciones con otras personas, suspiros, llantos, risas, expresión de dolor, expresión de angustia o tristeza, rabia o expresión de

agresividad, cambios frecuentes de humor sin aparente desencadenante, dificultad o incapacidad para experimentar o desear placer, abatimiento, desinterés por lo habitual ó falta de concordancia de la afectividad expresada con el contexto.

- Impulsos suicidas.
- Nivel de tolerancia a las frustraciones.
- Alteraciones de la forma y contenido del pensamiento; especialmente ideas de muerte, suicidas, pesimistas, sobrevaloradas, de minusvalía, de culpa, de autolesión. Delirios, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, etc.
- Alteraciones en el razonamiento abstracto, funciones ejecutivas y capacidad de juicio.
- Conocimiento que el paciente tiene de su estado actual.

2.2 Valoración de los factores de riesgo.

Los factores de riesgo ofrecen un contexto general para una evaluación. Cada paciente requiere una evaluación individual y no solo una "puntuación" en una escala numérica de factores de riesgo.

- a) Enfermedades médicas crónicas
 - El riesgo de suicidio se duplica prácticamente en los pacientes con cáncer y se eleva de manera significativa en los afectados por sida.
 - Los pacientes en hemodiálisis presentan una tasa de suicidio superior a la esperada (llega al 5%) y es tan alta como la de los pacientes con esquizofrenia.
 - Otros enfermos con un riesgo mayor de lo esperado son los que presentan Delirium Tremens y enfermedades respiratorias.
- b) Edad avanzada. Los ancianos de raza blanca presentan una incidencia rápidamente creciente de suicidio consumado, cuatro veces mayor que la tasa nacional.
- c) Sexo masculino: (Las mujeres lo intentan más a menudo y los hombres lo consuman con mas frecuencia)
- d) La existencia de una enfermedad psiquiátrica:
 - Depresión mayor (50%)
 - Alcoholismo crónico (20%)
 - Esquizofrenia (10%)
 - Personalidad límite (5-15%)
- e) Tentativas de suicidio previas
- f) Ideación suicida (Comunicada en el 60%)
- g) Crisis de angustia (el 20% de los sujetos con trastorno de angustia tiene antecedentes de tentativas de suicidio en algún momento de su vida)
- h) Sueño deficiente
- i) Soltero
- j) Desempleo
- k) Alta reciente de un hospital
- l) Deseos de morir inferidos.
- m) Verbalización del deseo de morir, que puede responder a motivaciones diversas: intención de destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
- n) Existencia de planes suicidas: Planificación del acto, método a emplear y grado de letalidad del mismo, precauciones para no ser descubierto, intento de búsqueda de ayuda antes y después.
- o) Impulsividad en las tentativas.
- p) Conductas sugerentes o indicativas de autolesión tales como 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, acoso escolar o laboral, etc.
- x) Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones. El intento de suicidio es el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos (Retterstol y Melum, 2001).
- y) Historia familiar de suicidio o autolesiones.
- z) Baja tolerancia a la frustración.
- aa) Desesperanza.
- bb) Patología somática grave (dolor no tratado, pérdida de movilidad, desfiguración física), con pérdidas de relación o rol y problemática asociada a la enfermedad
- cc) Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) y depresiones de etiología orgánica.

2.3 Valoración de los factores de protección.

Las conductas suicidas son el resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los de protección.

- El sentimiento de valor personal y autoestima, de tener relaciones y actividades significativas, de confianza en los propios logros, así como la búsqueda de ayuda cuando se precisa, la apertura a las experiencias de los demás y al aprendizaje, y la capacidad para comunicarse, son factores protectores ante el suicidio.
- La religiosidad es un conocido factor protector. Se sabe que el grado de desaprobación del suicidio es tanto mayor cuanto mayor es el grado de práctica religiosa de los encuestados (Stack y Lester, 1991). El efecto de la religiosidad sobre el riesgo de suicidio es independiente del sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo.
- También las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto tienen un riesgo de suicidio bajo, a pesar de la elevada tasa de morbilidad psiquiátrica que presentan (Appleby, 1991).
- Disponer de una red social de apoyo, relaciones estables y figuras de vinculación segura. El volver a disfrutar de relaciones, trabajos, ocupaciones y hábitos que fueron significativos en el pasado es un importante factor protector para el sujeto.
- Establecer o redescubrir lazos con la familia, los padres, los hermanos, los hijos, los nietos, la pareja, los amigos, etc.
- Construir vínculos significativos con grupos sociales, culturales, religiosos o políticos.
- La integración social a través de la participación y el trabajo.
- El haber disfrutado de una parentalización infantil dedicada y consistente.
- Poseer o desarrollar un estilo cognitivo flexible, recopilar información sobre los problemas vitales, encontrar soluciones alternativas, relativizar los aspectos negativos de la vida, buscar ayuda cuando se necesita, desarrollar esperanza, etc. (Wasserman, 2001). (Esta autora también cita algunas condiciones ambientales protectoras tales como iluminación natural apropiada, hábitos higiénicos de sueño, dieta, ejercicio físico, no consumo de drogas o de tabaco, etc.)
- Hijos en el hogar
- Satisfacción con la vida
- Capacidad de control de la realidad*
- Habilidades de afrontamiento positivas*
- Relación terapéutica positiva*

* Asociado a una disminución del riesgo de suicidio a partir de la experiencia clínica y no de resultados de investigaciones formales

En cuanto se hayan identificado estos factores, se puede determinar si es posible modificarlos. Algunos ejemplos de factores que no pueden modificarse son los antecedentes personales, los antecedentes familiares y las características demográficas. Es posible también que sea difícil modificar las dificultades económicas y el desempleo, por lo menos a corto plazo.

2.4 Perfil de alto riesgo suicida.

La evaluación nos permitirá la identificación de un grupo de pacientes considerados de **Alto Riesgo Suicida**, en el que se da la presencia o combinación de algunas de las siguientes características (Retterstol y Mehlum, 2001):

- Depresión clínica o trastorno psiquiátrico mayor con o sin otros trastornos mentales comórbidos.
- Mayor de 45 años.
- Estado civil de separación, divorcio o viudedad.
- Desempleo o jubilación.
- Enfermedad somática crónica.
- Trastornos de la personalidad.
- Antecedentes de tentativas de suicidio, especialmente cuando se han utilizado métodos violentos.
- Verbalización de deseos manifiestos de muerte, ideas o planes de suicidio.
- Intento previo.
- Alcoholismo o abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o depresión.
- Esquizofrenia con depresión.
- Falta de soporte psicosocial y aislamiento interpersonal.
- Existencia de trastornos confusionales tipo delirium.

3. ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

A partir de los años cincuenta y sesenta se elaboraron diversas escalas de evaluación, utilizando variables sociodemográficas y clínicas observadas con mayor frecuencia en las poblaciones suicidas. La mayoría de las escalas se realizaron con estudios retrospectivos y los resultados son escasamente generalizables para otros grupos, por lo que no tienen la fiabilidad necesaria para utilizarse en la práctica clínica habitual pues el porcentaje de falsos positivos es muy alto. Por esta razón, las escalas de evaluación del riesgo de suicidio pueden utilizarse para complementar la evaluación pero nunca sustituyendo a una evaluación clínica exhaustiva. (APA 2006)

Se han utilizado otros métodos más formales de evaluar el riesgo suicida en el campo de la investigación, con diferentes grados de éxito. Una de las mejores escalas desarrolladas es la Escala de estimación del riesgo de suicidio (*Risk Estimator Scale for Suicide*) (Motto y cols., 1985). Esta escala es el resultado de un estudio prospectivo de 2 años realizado con 2753 pacientes con depresión o tendencias suicidas en quienes se observaron suicidios consumados. Se incorporaron 15 variables en una escala que proporcionaba una estimación del riesgo de suicidio en un intervalo de 2 años. Se incluyeron variables demográficas, antecedentes psiquiátricos y factores estresantes, así como factores de interpretación como la reacción del entrevistador frente al paciente. (Carroll- Ghost y cols., 2004)

Otras escalas para determinar la ideación suicida incluyen la escala de ideación suicida (*Escafe for Suicidal Ideation*) y la escala de tentativa suicida (*Suicide Intent Scale*) ambas desarrolladas por Beck y cols. (1975)

Así mismo, dado que el grupo de Beck identificó la desesperanza como variable central de la tentativa de suicidio, se ha considerado la utilidad clínica de la escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*) (Beck y Steer, 1988)

No existe ninguna prueba de cribado para el riesgo de suicidio que haya demostrado capacidad predictiva fiable. A pesar de ello existen algunas escalas que se han desarrollado para este propósito:

La Guía clínica de Australia sobre suicidio (New Zealand Guidelines Group, 2003) recomienda (grado B) el uso de la escala de desesperanza de Beck (Aliaga Tovar, 2006).

Las escalas *Suicide Intent Scale* (Beck, 1974) y la *Scale for Suicide Ideation* (Beck, 1979) han sido usadas a modo de screening.

Todas ellas pueden ser aplicadas por el psiquiatra o enfermera. (Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; Escala de Actitudes disfuncionales de Beck; Escala de Impulsividad de Plutchick).

3.1 Preguntas clínicas para evaluar el potencial de suicidio (Goldberg RJ 2008)⁵

Resulta obligatorio hacer todas aquellas preguntas que consideremos necesarias, demostrando preocupación, interés y empatía, para llegar a tener una idea lo más clara posible de las ideas o intenciones del o de la paciente.

Es un error pensar que no debemos ser intrusivos, para no herirle o para no «inducir ideas» que no tenía.

Al final de la entrevista, se ha de tener lo más claro posible si la persona atendida piensa en la muerte, de qué manera y, en su caso, si ha elaborado planes sobre ello, catalogando las ideas de suicidio según el grado de gravedad o de peligrosidad.

No es fácil preguntar a los o las pacientes sobre sus ideas suicidas. Es útil adentrarse en el tema gradualmente, una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada y procurar que la persona se sienta cómoda expresando sus sentimientos, especialmente aquellos negativos.

Es importante permitir que exprese sus sentimientos con sus propias palabras. El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el profesional no sienta que los sentimientos le inundan, pero con la comprensión y acercamiento suficiente para generar confianza. (Junta de Andalucía 2010)

No cabe esperar que el entrevistador le lea la mente al paciente ni obtenga una confesión a la fuerza.

Sin embargo si cabe esperar que formule preguntas y documente las respuestas que permitan hacer un juicio acerca del riesgo de suicidio

En el cuadro siguiente se ofrece una serie de preguntas que acaban en preguntas directas acerca de la ideación y planificación suicida

Cuadro 1: **Protocolo de entrevista para evaluar la ideación suicida** (Goldberg RJ 2008)⁵

- 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 toda evaluación del suicidio se registrará como mínimo lo siguiente:

- Ideación y plan suicida
 - Se considerará que los pacientes con ideas o un plan definido presentan un riesgo elevado, con independencia de otras cosas que sucedan.
 - La presencia de ideación o planificación suicida no supone que el paciente deba ser hospitalizado; no obstante deben idearse planes alternativos con cuidado.
- Lo que le impediría quitarse la vida en este momento
 - La ausencia de un motivo para vivir o de planes futuros implica un mayor riesgo.
 - Los motivos para vivir (p.ej., hijos, religión o póliza de seguros) o signos de planes futuros (no desea perder demasiado trabajo) mitigan el riesgo.
- Presencia o ausencia de deterioro cognitivo significativo.
 - El delirium y otros tipos de deterioro cognitivo hacen que la entrevista sea menos fiable
 - La evaluación del riesgo de suicidio debe demorarse hasta que el paciente esté exento de un estado alterado por fármacos u otros tipos de delirium
- Presencia o ausencia de psicosis
 - Las alucinaciones que ordenan suicidarse son una mala señal
 - Cualquier síntoma psicótico aumenta el riesgo de suicidio.
- Presencia de pródromos depresivos. La depresión mayor con pensamientos suicidas cada vez más intensos conlleva un riesgo importante.
- Lo que el paciente dice que tiene sentido hacer.
 - Una de las mejores preguntas para la evaluación clínica del riesgo de suicidio es: ¿Qué cree que tiene sentido hacer ahora?
 - Los pacientes con un alto riesgo de suicidio suelen ofrecer respuestas como “realmente no importa lo que me pase” o “Creo que nada puede ayudarme”.
 - Los signos de orientación futura pueden indicar que la planificación suicida no es inminente

4. PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Estas sugerencias de buena práctica clínica fueron seleccionadas de las siguientes guías:

- *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, of New Zealand Guidelines Group (New Zealand Guidelines Group, 2003).*

Factores decisivos para la selección de estas guías fueron su aplicabilidad en nuestro medio, el grado de evidencia y la relevancia clínica.

4.1 Evaluación

- Cualquier persona que busque ayuda en un servicio de urgencias tras una tentativa de suicidio, independientemente del tipo de intento y método utilizado, deberá ser evaluado por un facultativo o facultativa con entrenamiento adecuado en salud mental.
- La evaluación se realizará en una habitación separada que facilite a la persona expresarse en un ambiente tranquilo y de intimidad.
- La ideación suicida debe ser un aspecto evaluado de forma explícita, calmada y directa, porque no existe evidencia científica de que preguntar directamente sobre estas ideas favorezca su aparición en pacientes que no las tengan, ni las empeore en quienes las presenten.
- Los y las pacientes tienden a minimizar las cantidades de fármacos consumidas. Por lo tanto, se debe mantener un alto índice de sospecha en pacientes que presenten sobredosis de medicamentos.
- Cuando se lleva a cabo una entrevista para valorar el riesgo de suicidio, hay que evaluar cuidadosamente la presencia de enfermedades mentales concomitantes, rasgos, características sociodemográficas y psicosociales asociadas a un incremento del riesgo.
- Durante la evaluación, se debe proveer de apoyo emocional y ayuda, si es necesaria, a los o las familiares de la persona atendida por el alto impacto emocional que el acontecimiento supone.
- En el caso de que sujetos con conducta suicida, quieran abandonar el servicio de Urgencias antes de su valoración o en aquellos en que se establezca una capacidad mental disminuida o una enfermedad mental intercurrente, deben adoptarse las medidas necesarias para evitar que abandone el servicio de Urgencias antes de que sea valorado/a por los servicios de salud mental.
- En individuos con conducta suicida, cuya valoración psicosocial esté dificultada como resultado de una intoxicación o en aquellos en los que el soporte externo puede ser perjudicial, será conveniente un ingreso temporal en el servicio de Urgencias hasta ser evaluados. La evaluación deberá hacerse lo antes posible (preferentemente al día siguiente del ingreso).

4.2 Personas mayores

- Todos los actos de autolesión en mayores de 65 años deben ser considerados como un intento de suicidio hasta que se compruebe lo contrario, ya que el porcentaje de suicidios consumados es mucho mayor en esta franja de edad.

4.3 Hospitalización

- Para reducir el riesgo de suicidio la duración del ingreso debe ser superior a 4 días.
- Tras la hospitalización, los y las pacientes a quienes no se conozca bien, deben recibir un mayor nivel de vigilancia durante la primera semana.
- Para personas con ideación suicida crónica, puede ser suficiente con ingresos entre 1 y 4 días (corta duración).
- Si la persona no es ingresada, se debe derivar de forma adecuada, garantizando una asistencia con algún servicio de salud dentro de las 24 horas siguientes.

4.4 Alta

- El seguimiento a nivel comunitario debe realizarse en la primera semana tras el alta, ya que es el periodo de máximo riesgo, y esto ocurrirá incluso si la persona falta a la cita (especialmente si lo intentó en otra ocasión en los últimos tres meses).
- Si la persona no acude a la cita postalta y se piensa que tiene un riesgo elevado de suicidio, el personal debe realizar una búsqueda activa para ponerse en contacto con ella.
- El equipo responsable del seguimiento debe disponer al menos de información verbal del o de la paciente, de manera previa al alta hospitalaria.

4.5 Planes o programas de seguridad.

Los puntos siguientes deben ser tomados en cuenta a la hora de elaborar planes o programas de seguridad en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización de Salud Mental (Junta de Andalucía 2010):

- La valoración inicial de riesgo de suicidio debe ser realizada en cada paciente que ingresa en una unidad de hospitalización, haciendo especial énfasis en quienes tienen antecedentes.
- La mayoría de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados en pacientes que ingresan en el hospital, se realiza a través del ahorcamiento.
- La observación, el chequeo rutinario por parte del personal, así como la colaboración de otros u otras pacientes son intervenciones claves en la prevención del suicidio.
- Actuar con lógica en la reducción de acceso a métodos letales (presencia de cortinas, cordajes, objetos lesivos, etc.). En el documento al que se hace referencia en este apartado se contemplan las siguientes recomendaciones:
 - Implementación de auditorias anuales para detectar riesgos ambientales y realizar acciones preventivas.
 - Desarrollo de ambientes terapéuticos de confianza, para que las personas que tienen ideas de suicidio puedan hablar abiertamente de cómo se sienten.
- Notificación de los intentos de autolesión y de suicidio para aumentar la vigilancia y el control externo. Es imprescindible implementar registros epidemiológicos adecuados y detallados, ya que las limitaciones actuales en las notificaciones, impiden mejorar las medidas de seguridad y conocer el número de casos reales.

5. PLAN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO

Los objetivos de tratamiento deberían incluir una estrategia exhaustiva que hiciera especial hincapié en reducir el riesgo.

Para disminuir el riesgo de suicidio de un paciente, el plan de tratamiento y cuidados debería tener como finalidad mitigar o reforzar los factores de riesgo o protectores que pueden modificarse.

Como en todas las patologías, es necesaria la implicación de la persona en el proceso terapéutico, lo que exige facilitar a cada paciente información adecuada y comprensible acerca de las diferentes posibilidades de tratamiento.

Después de una adecuada valoración del paciente, habrá que determinar si es necesario realizar el tratamiento en régimen de ingreso o ambulatorio.

En general los pacientes deberían tratarse en el contexto que sea menos restrictivo y que se demuestre más seguro y eficaz. Además el contexto de tratamiento óptimo y la capacidad del paciente de beneficiarse de un nivel de asistencia distinto deberían reevaluarse de forma continua durante todo el tratamiento.

5.1 Contexto ambulatorio

La evaluación inicial de un paciente en el contexto ambulatorio debe ser exhaustiva e incluir la evaluación del riesgo suicida.

La intensidad y la profundidad de esta evaluación del riesgo de suicidio dependen del estado clínico del paciente.

En el caso de que se decida que el tratamiento se lleve a cabo en el contexto ambulatorio, necesitaremos un acuerdo tanto con la familia, para realizar una estrecha supervisión, como con el paciente, para que solicite ayuda en el caso de no poder controlar sus ideas e impulsos autolíticos. A cambio ofreceremos la posibilidad de una atención permanente, en caso de necesidad (Servicios de Urgencias).

Los cambios bruscos en el estado clínico, como los empeoramientos o las mejoras rápidas e inesperadas de los síntomas observados, indican que es necesario volver a evaluar la intencionalidad de la conducta suicida. Además el riesgo también se incrementa cuando no hay una alianza terapéutica fiable, el paciente se niega a participar en la psicoterapia o cumplir las pautas de medicación y cuenta con apoyos familiares o sociales inapropiados. (APA 2006)

Cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio por falta de apoyo sociofamiliar, alta impulsividad, intentos previos, plan estructurado y con elevada letalidad o síntomas psicóticos, entonces es necesario un ingreso psiquiátrico.

5.2 Hospitalización

En caso de que el facultativo estime que la vinculación terapéutica es insuficiente como para garantizar la estabilidad del contrato de no suicidio formulado por el paciente, o que no existen condiciones ambientales suficientes como para confiar la seguridad del paciente a las personas de su entorno, será necesario hospitalizarlo.

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.

La hospitalización debería considerarse siempre como una posible intervención a la que habría que recurrir cuando estuviese en cuestión la seguridad del paciente. La hospitalización en sí misma no es ningún tratamiento. Al contrario, es un contexto de tratamiento que puede favorecer la evaluación y el tratamiento de una persona con intenciones suicidas.

En pacientes que han sido ingresados repetidas veces a causa del grado de intencionalidad de su conducta suicida, conviene tratar todas las crisis suicidas como si fueran la primera en cada ingreso y evaluarlas en correspondencia.

Las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada.

La Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales (Sacyl 2010), incluye un ***Protocolo de Atención a Personas con Riesgo de Suicidio y Autolesiones***, en el que se recogen las indicaciones para el ingreso de los pacientes con este riesgo:

- Necesidad de protección para el paciente.
- Existencia de antecedentes personales o familiares de suicidio.
- Estresores sociales recientes graves, pérdidas o traumas emocionales.
- Existencia de un trastorno psiquiátrico grave.
- Existencia de desesperanza y/o impulsividad.
- Angustia intensa.
- Edad avanzada.
- Necesidad de asegurar la ingesta medicamentosa y minimizar los riesgos del uso de fármacos.

A menudo se ingresa a los pacientes en las unidades hospitalarias en plena crisis aguda, tanto con conducta suicida explícita como con ideaciones suicidas intensas. Incluso cuando se hospitaliza a un paciente que no experimenta una crisis suicida aguda, los síntomas y los trastornos que típicamente conducen a la hospitalización psiquiátrica, se relacionan con un mayor riesgo de suicidio.

No existen factores de riesgo específicos que sean únicos para el contexto hospitalario. (APA 2006)

Una evaluación rigurosa al ingreso de todos los pacientes, permitirá el reconocimiento de los riesgos, incluso en aquellos pacientes que no comunican sus intenciones, así como establecer la urgencia de las intervenciones terapéuticas y el plan de cuidados adecuados a cada caso.

Procedimiento y fases de aplicación

5.2.1 Eliminación de objetos potencialmente lesivos.

Bajo la supervisión de la enfermera, el personal auxiliar con la colaboración del celador y personal de seguridad, retirará al ingreso todos los objetos peligrosos (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, etc.) y fármacos. Es útil disponer de una lista de verificación de objetos peligrosos. Se valorará la oportunidad de realizar registros periódicos sobre las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.), y se darán instrucciones a familiares y cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre seguridad, no accediendo a peticiones del paciente para conseguir objetos potencialmente peligrosos. Los objetos peligrosos serán depositados en las dependencias establecidas al efecto por la dirección de cada centro. En la historia clínica se registrará el tipo de objetos a los que el paciente no puede acceder durante su estancia en el centro al efecto de salvaguardar su seguridad personal.

5.2.2 Restringir el acceso a espacios de riesgo.

Mediante sistemas de seguridad (bloqueo de apertura de ventanas o puertas) y restricción de uso de determinadas dependencias o salas. La enfermera y personal auxiliar identificarán riesgos ambientales y valorarán la necesidad de modificar la estructura, uso y funcionamiento de las instalaciones atendiendo a las necesidades de seguridad de cada paciente. Es útil a estos efectos contar con una lista de comprobación y pactar con el paciente la utilización de espacios seguros alternativos para hacer su estancia más confortable.

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

Las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a 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 en que será preciso mantener al paciente bajo observación y vigilancia, 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: Habitación, sala común, cámaras de vigilancia, etc.
- 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) en base a la disponibilidad y características de los controles.

5.2.4 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.

5.2.5 Valorar la necesidad de reorganización del personal de la unidad mientras persistan las necesidades de monitorización del paciente, teniendo en cuenta los periodos de máxima actividad de la unidad, turno de noche, relevos y otros periodos, etc., de modo que se garantice la vigilancia de los pacientes.

5.2.6 Aplicación en caso de necesidad de medidas de contención más restrictivas, para garantizar la seguridad del paciente: Esto incluye la aplicación de medidas apropiadas según lo establecido en Protocolo de aplicación de medidas restrictivas.

5.2.7 Toma controlada de la medicación: al objeto de garantizar la ingesta, monitorizando efectos deseados y no deseados. Verificar la ingesta permitirá minimizar los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos (incumplimiento o acumulación de fármacos que podrían ser utilizados para una ingesta masiva).

5.2.8 Protección mediante el establecimiento de una relación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente:

- Facilitación de la expresión de emociones y sentimientos. Algunos pacientes, son capaces de comunicar de forma activa su intención, pero son incapaces de transmitir los sentimientos y emociones que le llevan a esta idea. La clave para facilitar la expresión es:
 - Realizar una Escucha Activa sin juzgar, sin polemizar con las creencias, demostrando interés y transmitiendo confianza.
 - Mostrar Disponibilidad de Ayuda, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa.
 - Facilitar la Identificación de las Emociones y Sentimientos para relacionar su aparición con el problema raíz.
 - Autoobservación contratransferencial. El profesional ha de ser capaz de reconocer sus propias reacciones emocionales al paciente (ansiedad, remordimiento, culpabilidad, enfado o ira), que si no son elaboradas pueden provocar interferencias en la relación.
- Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima. El paciente suicida suele realizar evaluaciones extremadamente negativas sobre si mismo, sobre el mundo y sobre su futuro, llegando a interpretar los sucesos como el resultado de su derrota. Percibe su entorno como amenazante y se valora a si mismo incapaz para afrontar las exigencias o adaptarse a las necesidades, haciendo que aparezcan sentimientos de inutilidad y minusvalía, además del miedo a la desaprobación y temor a las repercusiones sociales o familiares. Es necesario ayudar al paciente a identificar sus aspectos positivos, así como señalar los progresos obtenidos.
- Buscar la interacción. La interacción es la clave para que el paciente restablezca lazos consigo mismo y con los otros, por lo es útil promover la

interacción con otras personas mediante actividades de grupo (juegos de mesa, pasatiempos, etc.).

- Promover actividades que favorezcan la autonomía, confianza y control de sí mismo, haciendo al paciente partícipe del proceso de tratamiento y autocuidados, aumentando la responsabilidad sobre sí mismo y estimulándole para la toma de decisiones.

5.2.9 Intervenciones para el control de síntomas psicóticos. A veces subyace a la conducta suicida un síndrome psicótico o confusional sobre el que es preciso actuar para mejorar la seguridad del paciente mediante:

- Valoración de la capacidad para identificar e interpretar el entorno inmediato.
- Identificación de alteraciones sensorio-perceptivas 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.

5.2.10 Elaboración de un plan al alta

El momento del alta es de especial significación para el paciente que vuelve a su entorno sin la protección del equipo terapéutico. Diversos estudios longitudinales muestran que los pacientes hospitalizados por un intento de suicidio están expuestos a un riesgo particularmente alto de consumir el suicidio durante el primer año tras el alta (Hawton y Fagg, 1988).

Según diversas investigaciones 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.

Por ello es muy importante planificar el alta cuidadosamente y disponer de un programa de tratamiento y seguimiento postalta organizado en torno a las necesidades del paciente.

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.

En diversos estudios de seguimiento (Hawton y cols., 1999) se ha encontrado que 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.

Así pues, 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. Es precisa una planificación coordinada entre los equipos de Atención Primaria y Equipo de Salud Mental para realizar un Plan de alta individualizado en el que se tenga en cuenta la posibilidad de intervención inmediata en crisis o recaída, tiempo máximo de consulta o primera cita tras el alta y posibilidad de valoración del caso en la siguiente reunión de Área.

Se considerará la oportunidad de contactar telefónicamente con los profesionales de ambos equipos antes del alta o derivación.

Después de un intento de suicidio, el riesgo de consumación o recidiva es máximo entre 1 y 6 meses después de éste, para ir disminuyendo a partir del primer año

6 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. Por otra parte es necesario identificar el impacto emocional en los trabajadores y miembros del equipo y adoptar las medidas de apoyo necesarias.

Bibliografía

¹ Crosby AE, Chentelham MP, Sacks JJ: Incidence of suicidal ideation and behaviour in the United States, 1994. *Suicide life Threat Behav* 1999, 29: 131-140

² Minimo AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL: Deaths: Final Data for 2000 National Vital statistics Report, vol 50.

³Busch K.A et al: Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals* 23(5): 256-262, 1993

⁴Blunenthal S.J: Suicide: A guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 72: 937-971, Jul 1988

⁵Joint Commission Resources. Reducing the Risk of Suicide. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.2005

⁶Goldberg RJ: Guía Práctica para la Asistencia del paciente Psiquiátrico. Masson. Barcelona 2008.

⁷Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de Psiquiatría clínica. Masson. Barcelona 2004

⁸Centro de Investigación para la Seguridad Clínica del Paciente de la Fundación Avadis Donavedian (2006). Alertas de Seguridad en atención sanitaria

⁹Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. Sacyl 2010

¹⁰ Junta de Andalucía 2010. Recomendaciones sobre la detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida

¹¹Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales