

Conductas autolesivas

Rosendo Bugarín González ¹, M^a Jesús García Álvarez ².

Gerencia de gestión Integrada de Santiago de Compostela.

¹ Médico de familia.

² Psiquiatra.

Cad Aten Primaria
Año 2012
Volume 18
Páx. 70-72

INTRODUCCIÓN

El suicidio no es una variable dicotómica, sino que se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad que va desde la ideación hasta la gradación conductual creciente (amenazas, tentativas y suicidio consumado). Por ello, en el ámbito de la Atención Primaria, la tipología de los pacientes puede seguir diferentes variantes:

- Pacientes que acuden con ideas suicidas (ya sea como motivo de consulta o bien porque consultan por otras causas pero admiten dicha ideación o porque, no admitiendo la ideación suicida, su conducta hace sospechar a los familiares y/o al profesional).
- Pacientes que sobreviven a una tentativa suicida.
- El suicidio consumado.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

1. Entrevista clínica

Su principal objetivo es identificar la ideación suicida, valorar el riesgo suicida actual, así como realizar una proyección de la intención suicida futura inmediata. Son fundamentales la destreza y la actitud del clínico a la hora de recabar información creando, con calma y seguridad, un clima de calidez, empatía y comprensión. Se deben evitar comentarios reprobatorios y moralizantes y no se debe tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta. Es preciso contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

Además de realizar una evaluación psicopatológica, la entrevista clínica debe recoger variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y protección (algoritmo 1) que permitan un abordaje integral del riesgo. Las preguntas deberán formularse de forma gradual. Existen unas recomendaciones para Atención Primaria, elaboradas por la OMS, de cómo, cuándo y qué preguntar sobre la conducta suicida: cómo (¿se siente infeliz?, ¿se siente desesperado?, ¿siente la vida como una carga?, ¿siente que la vida no merece vivirse?,...), cuándo (después de haber establecido empatía, cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos), qué (¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?, ¿tiene pastillas, algún arma, venenos o algo similar?, ¿ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan?). Las preguntas referentes a la posible existencia de un plan son imprescindibles ya que es uno de los mejores indicadores sobre la gravedad de la situación: ¿pensó cómo hacerlo?

2. Escalas de evaluación

La SAD PERSONS (Patterson et al, 1983) si bien no ha sido validada en nuestro país, su utilización se recomienda, también en Atención Primaria, por su contenido didáctico y facilidad de aplicación.

EVALUACIÓN Y MANEJO

1. Abordaje de la ideación suicida

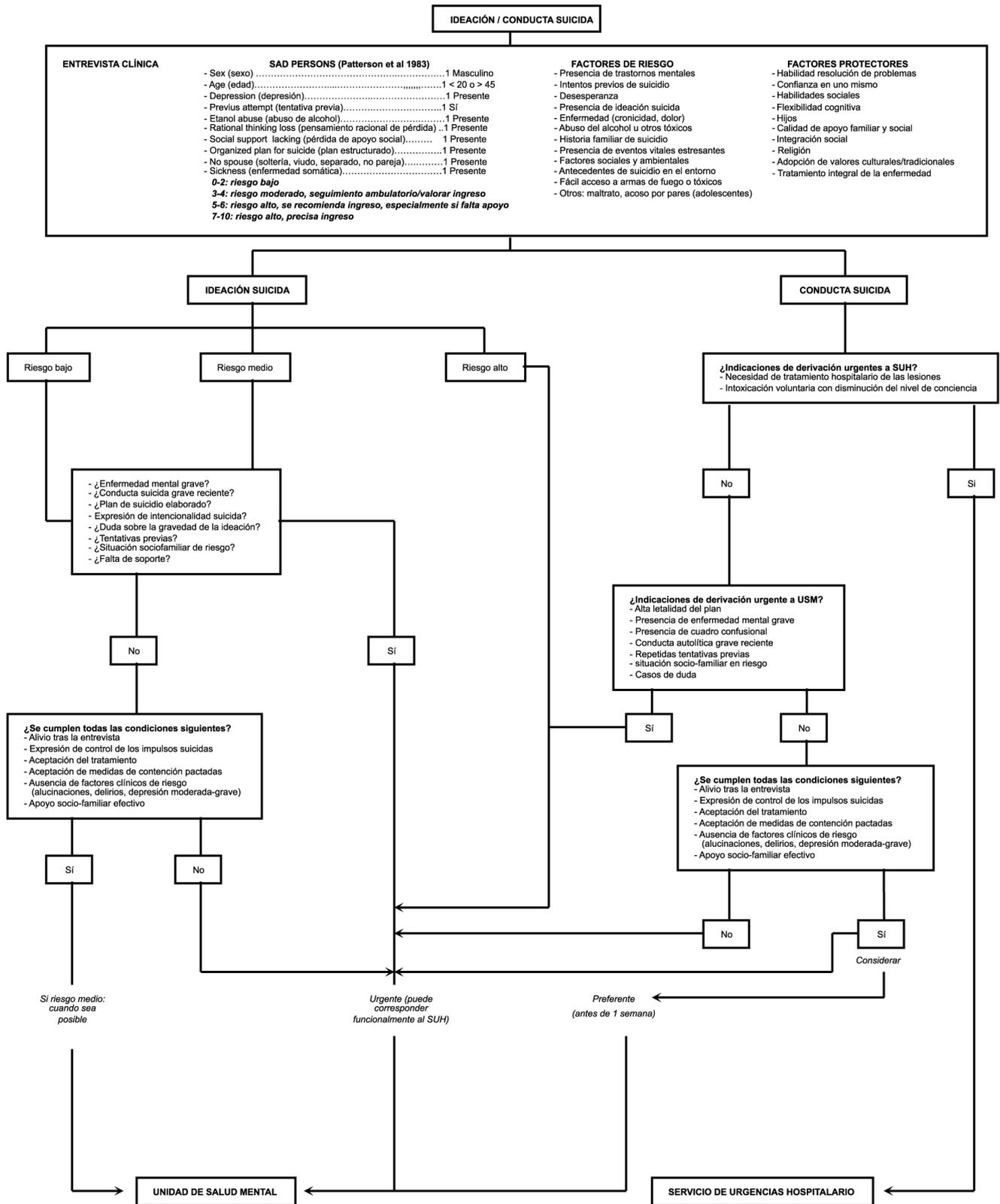
- Riesgo bajo: el paciente manifiesta, en la entrevista, pensamientos suicidas pero no ha elaborado un plan.
- Riesgo medio: el paciente sí tiene un plan de suicidio pero no ha pensado en realizarlo de forma inmediata.
- Riesgo alto: el paciente tiene un plan elaborado para realizarlo ya.

Las recomendaciones, en función del riesgo, de derivación ordinaria, preferente (en el plazo de una semana) o urgente se detallan en el algoritmo 1.

2. Abordaje de la conducta suicida

Se debe pedir al paciente que entregue todo objeto potencialmente lesivo como cinturones, gafas, cordones o navajas. Hay que evitar la presencia de medicamentos a su alcance.

Es imprescindible considerar todos los siguientes aspectos: antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social y familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento. El grado de letalidad del intento es un importante predictor. La utilización de métodos diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, tiene una relación muy potente con un posterior suicidio consumado. Además de la peligrosidad objetiva, también es importante valorar la percibida por el paciente, así como el objetivo de la conducta, la rescatabilidad y si se trata de un acto impulsivo o premeditado. Las personas impulsivas tienen un mayor riesgo de ejecutar el suicidio que las reflexivas. Es importante ayudar a controlar la impulsividad: "siempre puedes suicidarte mañana". Las indicaciones y forma de derivación se detallan en el algoritmo 1. Los traslados deben realizarse con la presencia de un familiar o allegado y en ocasiones es necesario el transporte sanitario medicalizado. Cuando hay elevado riesgo, se valorará la contención química y/o mecánica y la necesidad de traslado involuntario.



ALGORITMO 1. Actitud ante la ideación y conductas suicidas

Elaborado a partir de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad y Avalia-t, 2010. (Tener en cuenta que es orientativo por lo que su cumplimiento no es obligado)

BIBLIOGRAFÍA

- Bautista S, Olivares D, Torres L. Evaluación del riesgo de suicidio. En: Chamorro L. Guía de Manejo de los trastornos mentales en atención primaria. Barcelona: Ars Medica; 2003. p. 181-9.
- Bernstein J, Shellenberger S. El paciente con ideación suicida. En: Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Buenos Aires: Interamericana; 2006. p. 324-7.
- Cartimil B, Varela C, Arrojo M. Valoración del intento de suicidio. En: Moya MS, Piñera P, Mariné M. Tratado de Medicina de Urgencias. Madrid: Ergon; 2011. p. 1433-7.
- Crespo JM. Urgencias psiquiátricas. En: Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 272-82.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 6 dic 2011]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medicins/es/index.html
- Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983;24(4):348-9.
- Rodríguez ML. Intento de suicidio. En: Semfyc. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª ed. Semfyc ediciones: Barcelona; 2011. p. 509-13.