



PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA PREVENTION, TREATMENT AND REHABILITATION OF SUICIDAL BEHAVIOR

Jesús Guerra; Mikel Haranburu

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70, 28018 San Sebastián (España).

jesus.guerra@ehu.es

Suicidio, Prevención del suicidio, Tratamiento y rehabilitación del suicidio.
Suicide, Prevention, Treatment and rehabilitation of suicide.

RESUMEN:

La conducta suicida empieza a ser un problema emergente en la sociedad actual. El número de intentos y de suicidios consumados es mayor que el número de muertes por accidentes de tráfico y mayor que el número de muertes por violencia de género.

Las instituciones sanitarias han hecho un esfuerzo encomiable en desarrollar estrategias de detección de ideaciones y conductas prosuicidas en Atención primaria y Servicios de Urgencias hospitalarias, así como de tratamientos en los servicios especializados.

También, poco a poco, va surgiendo la concienciación de tener protocolos de actuación en los servicios de Emergencias, ya que muchas veces es la primera vez que se tiene conciencia de la intencionalidad fatal de la persona. En este contexto, altamente estresante, es necesario actuar con la máxima eficacia posible, sabiendo lo que se puede y no se puede hacer, y lo que se puede y no se puede decir. Si el resultado es positivo, el pronóstico es muy esperanzador, ya que los datos indican que el porcentaje de personas rescatadas que lo volverán a intentar cae drásticamente.

ABSTRACT:

Suicidal behavior is becoming an emerging problem in today's society. The number of attempts and completed suicides is greater than the number of deaths from traffic accidents and greater than the number of deaths from domestic violence.

Health institutions have made a commendable effort to develop detection strategies of suicidal ideation and suicidal behaviors in primary care and hospital urgency services and treatment in specialized services.

Also, little by little, awareness is emerging to take action protocols in the emergency services, as is often the first time that they are aware of the fatal intent of the person. In this context, highly stressful, it is necessary to act effectively as possible, knowing what can and can not be done, and what can and can not say. If the result is positive, the outlook is very encouraging, since the data indicate that the percentage of persons rescued will try again it drops drastically.

INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos, hechos públicos en el 2011 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el 2009 se suicidaron en nuestro país 3429 personas (más de nueve personas al día). De los cuales 2666 (77,74%) fueron varones y 763 (22,25%) mujeres.

En el mismo período de tiempo el número de víctimas mortales en accidentes de tráfico en España fue de 2588, 2010 hombres y 578 mujeres (lo que supone unas 7 personas al día), y el número de víctimas mortales por violencia de género fue de 55 mujeres (1). Debido a varias causas (endurecimiento de sanciones, mayores controles y concienciación, carnet por puntos, incluso la crisis económica (2), etc.) han bajado las muertes en carretera un 60% en la última década. Aunque las muertes por violencia de género no han bajado en la misma proporción se ha conseguido una cierta estabilización. Sin embargo, la tasa de suicidios, junto con el aumento de trastornos psiquiátricos y psicológicos, ha seguido aumentando, superando las tasas de otras problemáticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año se suicida un millón de personas en el mundo, y es una de las tres principales causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes, y la décima en la población general habiendo aumentado su tasa en los últimos 50 años el 60%.

Aunque todavía queda mucho por hacer, esta mayor preocupación ha promovido el establecimiento de protocolos de actuación en casi todos los estamentos del Sistema Nacional de Salud en España (SNS) (3).

Por otro lado, al ser el suicidio una conducta socialmente estigmatizada, altera de forma importante el entorno de los allegados, que se convierten, así también, en víctimas y dependiendo de otras muchas circunstancias, el *añadido de una cierta voluntariedad*, lo hace especialmente doloroso y culpabilizante para las personas cercanas y familiares. Las repercusiones no sólo son emocionales, sino que también pueden llegar a ser sociales y económicas. Dependiendo de la cercanía de la relación, las secuelas de haber sufrido el suicidio de un allegado pueden llegar a considerarse como un *Trastorno de Estrés Postraumático* (4). Las muertes por suicidio de niños y adolescentes, afortunadamente, no son muy frecuentes, pero son especialmente dolorosas para la sociedad, más allá de la propia familia (5). También la muerte de ancianos y de enfermos mentales, y, en general, de cualquier persona, estigmatiza a su entorno más cercano. El lugar y la situación donde se suicida una persona queda *marcado*, si es una casa ya no se puede vivir en ella y nadie la quiere comprar cuando se entera de lo sucedido, además de que puede ser un acontecimiento potencialmente peligroso para otras personas, un suicida puede ser un homicida, y el suicidio puede ser la culminación de otras agresiones mortales.

El suicidio, pues, ya ocupa un lugar importante en las causas de muerte no natural. Además, si aplicamos una aproximación del *índice Dunbar*, se podría multiplicar por cuatro o por cinco los allegados cercanos a ese millón que calcula la OMS, que van a estar influidos de forma importante con estos acontecimientos hasta el punto de necesitar algún tipo de tratamiento médico y psicológico. Actualmente, el número de suicidios tiende a estar entre las quince primeras causas de

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

muerte en el mundo, a veces ocupa un lugar más alto en este macabro ranking, y su tendencia es ascendente, aunque no siempre se detecta con nitidez y su casuística queda muchas veces oculta en el registro de defunciones (6), estimándose que por cada muerte por suicidio se producen entre 10 y 20 intentos.

Por todo esto, es necesario que los profesionales sanitarios y otros agentes implicados en los servicios sociales, policías, bomberos, profesores, cuidadores, incluso ciudadanos de la calle, se vayan dotando de protocolos y herramientas en todos los niveles de actuación: Primario, secundario y terciario, para en la medida de sus posibilidades paliar la incidencia al alza de la conducta suicida. En el siguiente cuadro nº 1 se establece un esquema de las pautas de actuación en los tres niveles.

Cuadro nº 1: Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la Conducta Suicida: Actuaciones a nivel primario, secundario y terciario.			
	PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA
	Antes de conocerse tentativas	Al ser rescatado de una tentativa	Después de ser rescatado de una tentativa
PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> . Detectar conductas y pensamientos de riesgo . Diagnóstico de enfermedades y trastornos de riesgo: Depresión, personalidad, etc. . Programas educativos . Medios de comunicación . Screening 	<ul style="list-style-type: none"> . Adherencia y seguimiento del tratamiento médico y psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> . Seguimiento . Acompañamiento . Ayuda emocional
INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> . Cursos formativos para profesionales y agentes implicados . Modificar o eliminar conductas patógenas o de riesgo: Ideaciones, autolesiones, conductas de riesgo detectadas . Instaurar conductas saludables . Abordaje casos detectados y de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> . Técnicas de rescate . Tratamiento en fase aguda <ul style="list-style-type: none"> Médico Psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> . Secuelas . Estrés Posttraumático . Rehabilitación (En supervivientes y allegados)
Objetivos generales	Aumentar la calidad de vida y el bienestar en general de poblaciones riesgo Prevención del suicidio	Anular la posibilidad de intentos futuros	Cuidar/ Consolar/Recuperar
Objetivos clínicos	Disminución de la incidencia de intentos (casos nuevos)	Disminución de la prevalencia de los intentos (duración/ tasa)	Disminución de las secuelas y posibles intentos
Enfoque/ Actuación	Colectivo/Individual	Individual	Individual

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN PRIMARIA

¿Se puede predecir la conducta suicida? ¿Se puede evitar? Aunque esta conducta, como toda conducta humana, es compleja e intervienen muchas variables con distinta importancia, hay algunos indicadores que nos pueden orientar hacia su detección y prevención. Algunas poblaciones pueden considerarse como de riesgo y algunas circunstancias como factores, o posibles desencadenantes, de futuras conductas suicidas.

Entre ellas destacan las enfermedades mentales, especialmente la *depresión* y la *esquizofrenia*. Los trastornos de personalidad, especialmente el *trastorno límite* y el *antisocial*, y enfermedades físicas crónicas invalidantes, que producen vulnerabilidad biológica y/o psicológica.

También desde el punto de vista contextual algunas circunstancias estresantes en las relaciones personales y familiares (divorcios, separaciones, pérdidas de pareja, etc.), en aspectos laborales y económicos (pérdida de estatus, paro, etc.), crisis vitales, cambios repentinos de residencia y bienestar, etc., pueden disparar la conducta suicida.

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

De forma imprevista, muchas veces, la tendencia suicida se detecta con la primera tentativa. Si queda en grado de frustración o tentativa, con mayor o menor letalidad, al menos existe la posibilidad de intervenir para que no vuelva a ocurrir.

Por lo general, siempre hay señales anteriores. Otra cosa es que el receptor esté capacitado o preparado para detectarlo. La señal más importante es la *ideación suicida*. Por sí misma, ya merece toda una serie de estrategias para su detección o cribado (screening). Simón y Sanchis (7), utilizando el Inventario Clínico para Adolescentes (MACI) de Millon, encontraron 65 casos en una población de 1194 adolescentes (5,44%) con índices significativos de ideación suicida. Estas personas también puntuaron significativamente en *introversión, pesimismo, inhibición, baja autoestima, impulsividad, afecto depresivo e inclinación al abuso de sustancias*. Estos autores señalan el marco escolar como uno de los más apropiados, junto con los servicios de atención primaria sanitarios, para detectar de forma preventiva las ideaciones y las conductas suicidas, y, asimismo, se le ha indicado como el contexto más idóneo para instaurar programas educativos en relación con conductas en general más saludables.

Por sí misma la *ideación suicida*, aunque siempre se debe tener en cuenta, puede ser sólo un indicador del intento del manejo del sufrimiento que siente el sujeto por múltiples motivos y señalaría un riesgo bajo, si no va acompañada de algún otro gesto. En la cadencia suicida la ideación puede ir seguida de algún otro tipo de conducta, que ésta ya sí, si la detectamos, nos tiene que preocupar más. Por lo general, se tratará de algún preparativo de material, acopio de sustancias, escritos de despedida o explicando sus motivos e intencionalidad, etc. Estas conductas suelen ir acompañadas de manifestaciones verbales sobre la intencionalidad de una posterior autolisis.

Como medidas preventivas se aconseja *hablar* de las preocupaciones, de la muerte; *acompañar*, y vigilar. El poner nombre a las emociones las desactiva. Freemann y Reinecke (4) señalan que la diferencia entre un riesgo alto, medio o bajo de suicidio depende del número de opciones que encuentre el sujeto para manejar su sufrimiento. Obviamente, la muerte es una opción, pero no es la única. Al fin y al cabo siempre la tenemos y puede esperar. Es tarea del terapeuta encontrar otras opciones que sean más atractivas que la inevitable muerte, y que pueda retrasar y postergar la autolisis.

También a nivel preventivo es muy importante el eco que tengan las conductas suicidas en los medios de comunicación (8). Es conocida la tendencia de los medios a centrarse principalmente en acontecimientos negativos mejor que positivos, especialmente si generan algún tipo de *morbo*. Los suicidios de personas importantes o populares, así como las noticias sensacionalistas pueden tener una consecuencia imitativa en personas vulnerables, es lo que se conoce como *Efecto Yukiko*, estrella japonesa de rock que con su suicidio arrastró a numerosos adolescentes. Por esto, los suicidiólogos han elaborado una serie de pautas para los periodistas para que, sin coartar la libertad de expresión, informen con responsabilidad de estos sucesos traumáticos.

En general, en todo tipo de medio de comunicación, se recomienda informar sobre suicidios de

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

forma discreta, breve y sin profusión de detalles. Si es prensa escrita no debe ocupar la noticia un lugar destacado, insertada en hojas interiores, nunca portada ni en la última página, sin fotografías, no detallar métodos o sustancias utilizadas, no atribuir a la persona cualidades meritorias por lo que ha hecho, y tratar el acontecimiento con condolencia para la familia y para la sociedad en general, si es una persona conocida.

En la sección de *salud* de la prensa se puede publicar con cierta periodicidad los factores de riesgo, los factores protectores, así como las conductas de seguridad a desarrollar por las personas y los allegados ante la posibilidad de la conducta suicida.

Como pautas de intervención primaria se recomienda el entrenamiento y formación de los agentes sociales y sanitarios implicados (policías, bomberos, emergencistas, médicos, psicólogos, etc.) para afrontar y detectar los gestos y conductas suicidas en todos sus niveles de actuación (rutinarios, urgencias, emergencias). Así, en 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Prevención del suicidio) dirigido a todos aquellos profesionales relevantes en la prevención, detección y tratamiento de la conducta suicida (9), para que sepan proceder en términos de negociación dialogada.

INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN SECUNDARIA: TRATAMIENTO

La intervención terapéutica comenzará en el nivel asistencial (Atención primaria, Servicio de Urgencias, Servicio especializado) en el que se detecte la intencionalidad suicida. Por lo general, la persona se presenta acompañada por un allegado, aunque también es posible que la persona haya sido rescatada de un intento frustrado por los servicios de emergencias (policía, bomberos, sanitarios), ya que suelen ser los primeros en enfrentarse con esta situación. La situación de rescate puede ser muy peligrosa para la persona y para el equipo de rescate, y puede frustrarse muy fácilmente. Es una situación altamente estresante y angustiosa que puede descoordinar la ayuda y hacerla fracasar. Es necesario reaccionar eficientemente en una situación muy poco amigable y con un tiempo muy escaso. Conscientes de ello nuestro equipo ha desarrollado una serie de herramientas y protocolos de actuación para poder manejar con el mayor éxito posible la amenaza de un intento de suicidio (10, 11).

En el sistema sanitario, la Atención Primaria es muy importante para la detección temprana de la conducta suicida. Se sabe que el 75% de las personas que han intentado suicidarse contactaron con su médico en el año anterior y que el 45% lo visitó en el mes precedente. En Atención primaria básicamente se trata de ser capaces de detectar las ideaciones y factores de riesgo para poder derivar adecuadamente a los servicios especializados de psiquiatría y psicología clínica. Para ello se trata de ir elaborando protocolos de detección del suicidio que en este nivel se establece con unas pocas preguntas clave sobre ideaciones y posibles preparativos de autolisis que sean capaces de detectar el posible riesgo (13), no se aconseja aquí el uso de cuestionarios o inventarios específicos ya que por su complejidad y necesidad de tiempo desbordaría el servicio, dejando esta tarea para los servicios especializados. Además, es recomendable una exploración clínica para detectar posibles autolesiones. La tarea fundamental es saber derivar en función del nivel de riesgo (bajo, medio,

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

alto) y de las secuelas detectadas. También con una escucha activa se puede aliviar la ansiedad dando sentido a las ideaciones en una fase leve. Hablar sobre la muerte y el suicidio no elimina su riesgo de forma total, pero no lo aumenta y puede disminuirlo. Se puede llegar a dar un nombre a la emoción negativa, que está provocando la desesperanza y el desconsuelo, dándole sentido y desactivándola, se puede también ganar tiempo, establecer un contrato de postergación de la autolisis y negociar un compromiso con la vida.

En el siguiente nivel sanitario se encontrarían los servicios de urgencias, que por lo general en nuestro país, están sobrecargados debido al excesivo uso inapropiado que se hace de ellos. Se han convertido en una especie de *ambulatorio express* donde el paciente espera recibir la atención de su enfermedad o dolencia de una manera rápida y completa sin tener que esperar su turno en los ambulatorios. Esto hace que resulte a veces difícil discriminar las verdaderas urgencias de las que no lo son. En este sentido, en estos servicios es especialmente difícil detectar conductas y cogniciones suicidas. Por lo general, aparecerá el paciente acompañado de un allegado o en una ambulancia después de un intento o de un episodio preocupante en relación al suicidio. Se deberá establecer un triaje para valorar el nivel de gravedad y priorizar su atención.

En los servicios de urgencias hospitalarios se pueden seguir manteniendo los objetivos planteados en los servicios de atención primaria, además del de curar las secuelas si ha habido intento de suicidio, y derivar adecuadamente a los servicios especializados médicos y/o quirúrgicos generales, o especializados de salud mental, ya que muchos intentos de suicidio cursan con dolor y enfermedades crónicas y terminales (cáncer, sida, etc.), asimismo, las discapacidades y la pérdida de autonomía son aspectos vulnerabilizantes que predisponen al suicidio, especialmente importante en las personas mayores de 65 años.

Ya en los servicios especializados el abordaje debe ser multidisciplinar, psiquiátrico y psicológico. El primer objetivo es *estabilizar* al paciente mediante el manejo farmacológico de la disfunción del sistema serotoninérgico central, si se detecta. En la fase aguda es necesario el tratamiento médico especializado, para posteriormente abordar el problema con intervenciones psicoterapéuticas. Dentro de los distintos modelos o acercamientos psicoterapéuticos generales, ya que estamos considerando episodios de crisis, se aconsejan las intervenciones breves de tiempo limitado (entre 15-20 sesiones de 50 minutos, con frecuencia semanal) que decidirá el psicólogo clínico o el psiquiatra dependiendo de sus habilidades y entrenamientos específicos. Los niveles de evidencia utilizados por el SNS recomiendan las intervenciones provenientes del modelo cognitivo-conductual, y, posteriormente, en todo caso, profundizar la terapia con otros modelos según las necesidades del paciente de forma más particular.

La aplicación del modelo cognitivo conductual es inversamente proporcional al grado de deterioro, de patología o de dificultad cognitiva del paciente, así en niños o personas cognitivamente limitadas se tenderá a utilizar técnicas de modificación de conducta y en sujetos más complejos intelectualmente se puede hacer el abordaje con técnicas de intervención cognitivas.

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TERCIARIA: REHABILITACIÓN

Aunque para muchos sujetos la superación de una crisis suicida les inmuniza a largo plazo, sin embargo, la conducta suicida puede convertirse en crónica. Pueden seguir presentándose en el futuro ideaciones y gestos suicidas, por lo que en la rehabilitación es necesario planificar fases de seguimiento y evaluación, sobre todo si se mantienen antiguas conductas, que como las adicciones, pueden ser nuevamente disparadores de conducta autodestructiva. En este sentido es importante darle al sujeto un repertorio de conductas que pueda utilizar como *balsa de salvamento o kit de supervivencia* en caso necesario. Entre todas las medidas destaca el ser capaz de detectar ideaciones disfuncionales y también ser capaz de activar una serie de conductas de apoyo y ayuda como tener preparados una serie de números de teléfono (emergencias: 112, teléfono de la esperanza Atención en crisis: 902 500 002, centros de salud más cercanos, etc.)

La implicación de familiares y allegados es fundamental. La culpa y la vergüenza son las emociones dominantes en los supervivientes y allegados de los intentos de suicidio. Para ello, se tiene que desestigmatizar y desculpabilizar la conducta suicida en el entorno más cercano, considerando que es un riesgo cierto pero que puede estar controlado.

También cada vez son más frecuentes las asociaciones y redes sociales de apoyo a víctimas y allegados, que como Alcohólicos Anónimos, reducen la vulnerabilidad, reducen la soledad, mejoran el estado de ánimo, crean actividades alternativas y nuevas amistades.

Se han descrito las secuelas del suicidio en supervivientes y allegados como un episodio de *Estrés Postraumático*, equivalente al descrito en otros tipos de victimización, por lo que se recomienda en los casos necesarios medidas psicoterapéuticas. Una de las características más importantes de este síndrome es la instauración de un sentido de vulnerabilidad que no formaba parte anteriormente del bagaje cognitivo de la persona. Un nuevo cambio de creencias que les hace especialmente sensibles a situaciones y contextos que anteriormente controlaban porque creían en una predictibilidad mayor de los acontecimientos. Por esto, se produce un aumento de fobias y de ansiedad generalizada, junto con otra sintomatología que incluye depresión, insomnio, aislamiento social, baja autoestima, ideación suicida, mayor agresividad, reverberación de los recuerdos traumáticos, y la incorporación de patrones de abuso de sustancias y alcoholismo, que necesitarán un abordaje terapéutico específico.

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Defunciones según la causa de muerte 2009. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2009. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- (2) Stuckler D, et al.: Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. The Lancet 2011; 378: 124-125.
- (3) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010.
- (4) Freemann A, Reinecke MA. Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, 1995.
- (5) Pérez Barrero SA. ¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes? Revista Futuros; 2006.
- (6) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias; 2010. Disponible en: http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- (7) Simón A, Sanchis F. Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. Revista Apuntes de Psicología 2010; 28 (3): 443-455.
- (8) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2000. Disponible en: http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- (9) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abusos de Sustancias; 2009. Disponible en: http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- (10) Guerra, J.; Lerma, A.; Haranburu, M.: Técnicas Psicológicas de rescate en intentos de suicidio, Emergencias 2010; 22: 301-306.

PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

(11) Guerra, J.; Lerma, A.; Haranburu, M.; Escalante, M.: Psicología de emergencias: ¿Qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio? Protocolo psicológico de actuación, INTERPSIQUIS. -1; (2010) En: psiquiatria.com.

(12) Tejedor MC, Díaz A, Masip C. Programa de prevención de la conducta suicida. Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Centre Psicoteràpia Barcelona-Serveis Salut Mental. [Internet] (consultado 27-04-2009). Disponible en: <http://www.suicidioprevencion.com/>