

## CAPÍTULO V

# Intento de suicidio

Javier León Silva, MD  
Sección de Psiquiatría  
Fundación Santa Fe de Bogotá

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “*un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica*”.

Criterios operativos de un suicidio:

- a. Un acto con resultado letal;
- b. Deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto.
- c. El sujeto sabe o espera el resultado letal, y
- d. Busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y/o en el medio social”.

## EPIDEMIOLOGÍA

En el mayor estudio realizado hasta la fecha en los Estados Unidos (llamado ECA) sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en la comunidad general en 18.000 sujetos mayores de 18 años, 2,9% reportaron que habían intentado suicidarse en algún momento de sus vidas. Todos ellos presentaban alguna forma de patología psiquiátrica. Otros factores de riesgo identificados fueron el género femenino, el ser separados, divorciados o viudos y un nivel socioeconómico bajo.

Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años.

De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente.

En Colombia, el suicidio representa el 5,3% de las muertes violentas de acuerdo con los informes del Instituto de Medicina Legal. Sesenta de las 1.492 víctimas de suicidio en 1994 fueron estudiadas por medio de extensas entrevistas a familiares y relacionados (“autopsia psicológica”) y se encontró presencia muy significativa de trastornos psiquiátricos.

## CUADRO CLÍNICO, AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El mayor número de casos suele presentarse, como es obvio, en el servicio de urgencias. No existe una coincidencia significativa entre la gravedad médica del intento y el riesgo vital a que se expone quien lo ejecuta. Por ejemplo, un acto autolesivo interpretado como breve producto de impulsividad emotiva, con pocas consecuencias inmediatas, puede tener consecuencias médicas de mucha trascendencia. De la misma manera, un intento de alta intencio-

nalidad premeditada, puede presentarse como ingesta de una sustancia de baja toxicidad, debida a la mala información del paciente.

La apariencia, el porte y la actitud del paciente pueden ser igualmente engañosos. Algunos pacientes con intención suicida altamente estructurada pueden mostrarse al examen médico como calmados, reflexivos y demostrando un “gran control”, ocultando elementos fundamentales para la anamnesis y con una actitud y apariencia aparentemente tan adecuadas como para evitar la intervención médica de emergencia. Esta intervención puede ser salvadora, no solamente por el control de heridas o de toxicidad, sino por la adopción de medidas que puedan preservar la salud y la vida del paciente.

Ante todo intento de suicidio, el comportamiento del médico debe seguir los siguientes lineamientos:

1. Manifestar una empatía que exprese serenidad y que tienda permanentemente a mantener un clima de respeto explícito, lo que implica no emitir juicios apresurados con respecto a la conducta del paciente.
2. Tener siempre presente que los pacientes pueden presentar reacciones muy intensas y de inicio rápido frente al médico, que pueden ir desde franco rechazo hasta un compromiso emocional marcado.
3. Asegurar la participación activa de la familia en la atención y el tratamiento. Se debe informar a la familia, tanto sobre los hallazgos en el paciente, como sobre cada paso que se va a seguir y los peligros implícitos que haya podido tener el intento. Muchas familias perciben alivio al iniciarse la atención médica. No es raro que éste alivio se siga de una despreocupación que lleva a que se omitan otras medidas, como interconsultas a psiquiatría o valoraciones neurológicas o psicológicas, de las que puede depender en el futuro la vida del paciente.

La valoración inicial debe centrarse en la gravedad del intento. Es necesario tener en cuenta:

1. La violencia del mismo. Aquellos métodos especialmente violentos pueden ser indicativos de patología psiquiátrica grave (esquizofrenia, por ejemplo) o de circunstancias que comprometan las funciones corticales del paciente (cuadros neurológicos).
2. Condiciones de planeación: ¿es el intento el resultado de un plan bien reflexionado por el paciente?
3. ¿Cuál era la situación del paciente antes del intento? Esto incluye una apreciación breve de las circunstancias emocionales y cognitivas predominantes en dicho período. ¿Es acaso síntoma de un trastorno psiquiátrico previamente diagnosticado?

Desde la década de los 1950 se inició el estudio de algunas variables presentes en los pacientes que han consumado el suicidio, resumidas en la Tabla No. 1.

### *CONTROL DE IMPULSOS*

El término “control de impulsos” se refiere a tener un conocimiento clínicamente operativo de la capacidad que tiene el paciente para reprimir deseos y necesidades de naturaleza sexual, agresiva y/o narcisista y la forma como estos se expresan en acción. No puede basarse en una primera impresión; requiere información que se obtiene durante la entrevista con el paciente y sus familiares o por medio de preguntas dirigidas, precisando y confrontando hasta obtener la información que sea útil. A continuación se describen cuatro niveles de acuerdo al estudio sueco llamado KPP. Mientras mayores sean los antecedentes de pobre control, mayor es el peligro de repetición inmediata del intento.

**TABLA No. 1**

VARIABLE	
Edad	Especial atención a los pacientes mayores de 60 años, pues presentan mayor letalidad. En adolescentes averiguar exhaustivamente el antecedente de intentos de suicidio en el grupo de pares, pues a esta edad existe cierto "contagio" imitativo. Se han descrito formas epidémicas.
Género	La proporción entre intentos y consumación del suicidio en el sexo masculino es más alta.
Estado civil	Se ha observado mayor frecuencia de consumación en pacientes solteros o separados.
Familiares con quien vive	Permite conocer la disponibilidad de compañía que tiene el paciente, la ausencia de seres especialmente significativos y sobre quién va a cuidar al paciente en caso de que se decida un tratamiento ambulatorio o una hospitalización breve.
Alcohol y sustancias	Su presencia incrementa muy significativamente el riesgo.
Pérdidas significativas en los últimos seis meses	Los procesos de adaptación a las pérdidas (duelos) suelen acompañarse de estados de ánimo bajo; sentimientos de futilidad y desesperanza también pueden empeorar algunos cuadros psiquiátricos
Antecedentes de suicidio	La repetición de la conducta autolesiva, independientemente del tiempo entre los dos episodios empeora la posibilidad letal. La presencia de antecedentes familiares de suicidio es un indicativo de alerta y ante su presencia se debe actuar muy conservadoramente en lo referente al cuidado posterior a la solución de la urgencia médica que se dé al paciente.
Diagnóstico	Los trastornos del estado de ánimo (Trastorno Depresivo Mayor, especialmente si forma parte de un trastorno bipolar –psicosis maniaco-depresiva–) causan la mayor parte de los suicidios. La esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Algunas enfermedades crónicas, especialmente de naturaleza neurológica (esclerosis múltiple, enfermedades de Parkinson y Huntington) o algunos tumores malignos se relacionan con un incremento en la letalidad autoinflingida.

1. Buen control de impulsos:  
Puede expresar y manejar afectos urgentes, deseos y necesidades de manera adaptativa. Puede lograr un balance basado en la realidad entre deseos y necesidades por una parte y la posibilidades y limitaciones del ambiente por otra.  
Puede experimentar conscientemente sensaciones fuertes, deseos y necesidades, sin permitir que se expresen en la acción.
2. Control medio de impulsos:  
Los efectos urgentes, deseos y necesidades son manejados a través de un balance no adaptativo entre deseos y necesidades, por una parte, y las posibilidades y limitaciones de la realidad por la otra.
3. Control exagerado de sentimientos e impulsos:  
Dificultad en establecer límites. Dificultades generalizadas para afirmar deseos y necesidades haciendo demandas o vociferando críticas, lo cual puede llevar a inhibición en situaciones de necesidad. Dificultad "innecesaria" al hacer una solicitud. Sus necesidades pueden ser desplazadas hacia personas o situaciones "equivocadas", bajo circunstancias especiales. Los deseos y necesidades pueden a veces ser expresadas bajo influencia de alcohol o drogas o en estados regresivos causados por crisis.
4. Pobre control de impulsos:  
Manifiesta dificultad en posponer la satisfacción de necesidades y deseos urgentes y en controlar los efectos a que ellos pue-

den dar lugar: comportamiento impulsivo, generalizado de palabra y obra.

Los deseos y necesidades son de carácter compulsivo y tienen que ser efectuados inmediatamente con poca o ninguna consideración hacia las consecuencias.

## TRATAMIENTO INICIAL Y CRITERIOS DE REFERENCIA

El punto inicial es asegurar la supervivencia del paciente. El segundo es la prevención de nuevos intentos, inmediatos o a largo plazo.

Como la etiología más frecuente del intento de suicidio son los estados depresivos en general, sus síntomas suelen ser los más evidentes. Desde el punto de vista farmacológico el control de los mismos suele aparecer entre dos y tres semanas después de iniciado el antidepresivo. Por lo tanto, la inmediata prescripción de antidepresivos no tiene efecto práctico para el momento en el cual se deben tomar determinaciones.

La ansiedad y el insomnio tienen efectos altamente negativos sobre el control de impulsos y sobre la determinación suicida en particular. La intervención farmacológica más importante en urgencias es el control de estos dos síntomas. La elección del tipo de medicamento depende de las características de impulsividad del paciente.

1. En caso de historia de pobre control de impulsos, las benzodiazepinas pueden incrementar dicha impulsividad. En tal sentido, se debe elegir un antipsicótico atípico a dosis muy bajas: clozapina 6,25-25mg por día, risperidona 0,25-1mg por día, u olanzapina 1,25-5 mg por día. Tanto la clozapina como la olanzapina pueden inducir somnolencia, efecto secundario que debe tenerse en cuenta para así prescribir el total

o la mayoría de la dosis a la hora de dormir.

2. En el resto de los pacientes deben utilizarse benzodiazepinas de alta potencia: alprazolam o lorazepam. Las variaciones individuales en la respuesta son muy amplias y la dosificación debe tener en cuenta la respuesta inicial, valorada a las dos horas de administrada por vez primera.

Una vez controlada la ansiedad, se plantea el problema de la continuidad del tratamiento, ya que éste debe seguirse en forma ambulatoria. Es prudente iniciarlo por medio de una hospitalización general breve (24-48 horas).

1. En el caso de excelente respuesta a la sedación, con un ambiente familiar estructurado y responsable, una patología psiquiátrica leve y una historia de buen control de impulsos, el paciente podrá continuar su tratamiento ambulatoriamente.
2. Si algunos de esos puntos no se cumplen, es prudente optar por una hospitalización breve que garantice control adecuado tanto del sueño como del control de la ansiedad, y que permita un tiempo para que algunas circunstancias ambientales puedan ser reflexionadas y en consecuencia controladas por el paciente.
3. Si la patología psiquiátrica es evidente, o si el intento de suicidio ocurrió bajo efecto de tóxicos y existe historia de uso frecuente, abuso o adicción, el tratamiento debe hacerse en clínica u hospital especializado, pues las posibilidades de recurrencia son altas.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Borges G, Rosovsky H, Gómez C. Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Mex* 1996; 38:197-206.
2. Conwell Y, Henderson R. Neuropsychiatry of suicide. En: *Neuropsychiatry*. B Fogel (ed). Williams & Wilkins. Baltimore, 1996.

3. Flórez F. Conducta suicida. En: Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos. Editado por C Gómez-Restrepo. Centro Editorial Javeriano. Bogota, 2002.
4. Haver B, Svanborg P, Lindberg S. Improving the usefulness of the Karolinska Psychodynamic Profile (KPP) in research: proposals from a reliability study. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:132-137
5. Jimenez I. Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Rev. Col Psiquiatría* 1998; 27:197-206.
6. Soler PA, Gascon J. RTM-II. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Masson. Barcelona, 1999.