



EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN

SUICIDE RISK EXPLORATION. NEED TO IMPLEMENT VALUATION SCALES

Morant Luján Y, Mayor Vara SA, García Valls JM, García Povedano L, Alcántara Gutiérrez M, Sánchez Pavesi AL.

yolimorantlujan@gmail.com

Suicidio, prevención, escalas.

Suicide, prevention, scales.

RESUMEN

El suicidio representa un problema de salud mundial y su prevención una prioridad para la Organización Mundial de la Salud y los sistemas de salud nacionales. Cada año se producen más de 3000 suicidios consumados en España, con una tasa de mortalidad de 5,8/10000 habitantes.

Es la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos, y la valoración de la conducta suicida una de las tareas más difíciles del facultativo especialista en Psiquiatría.

En relación a esta problemática surge la idea de llevar a cabo el presente estudio de tipo observacional y transversal, que tiene como principal objetivo el definir la metodología empleada por especialistas en psiquiatría para la valoración del riesgo suicida, así como valorar la necesidad de desarrollar e implantar un protocolo específico de actuación en el área. Se selecciona para ello una muestra compuesta por 17 psiquiatras del departamento Arnau de Vilanova-Lliria (Valencia) a los que se entrega un cuestionario que deberán cumplimentar de forma anónima. El cuestionario, que se diseña en base al modelo propuesto por el grupo de Julio Bobes, consta de 19 preguntas organizadas en 5 ítems de respuesta múltiple. En cuanto a los resultados, destaca la falta de homogeneidad en la actuación de los psiquiatras ante el paciente suicida, pudiendo contribuir a ello la falta de protocolos de evaluación e intervención en el área. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de desarrollar iniciativas estandarizadas que ayuden a los facultativos a prevenir el riesgo suicida y mejorar el manejo de estos pacientes.

ABSTRACT

Suicide represents a global health problem and its prevention a priority for the World Health Organization and national health systems. Each year there are more than 3000 completed suicides in Spain, with a mortality rate of 5.8 / 10,000 inhabitants.

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

It is the most important complication of psychiatric disorders, and the assessment of suicidal behavior is one of the most difficult tasks of the specialist in Psychiatry.

In relation to this problem arose the idea of carrying out the present observational and cross-sectional study, whose main objective is to define the methodology used by specialists on the topic for the assessment of suicidal risk, as well as to assess the need to develop implement a specific protocol for action in the area. For this purpose, a sample composed of 17 psychiatrists from the Arnau de Vilanova-Lliria department (Valencia) is selected, to whom a questionnaire is sent, which must be completed anonymously. The questionnaire, which is designed based on the model proposed by Julio Bobes'group, consists of 19 questions organized into 5 multiple response items. Regarding the results, the lack of homogeneity in the performance of the psychiatrists before the suicidal patient stands out, being able to contribute to this the lack of protocols of evaluation and intervention in the area. This leads us to think about the need to develop standardized initiatives that help physicians to prevent suicide risk and improve the management of these patients.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, las causas de defunción que más preocupan a la sociedad son las muertes por enfermedad oncológica, muertes por tráfico y muertes por enfermedad cardiovascular. Pero por otro lado, la información disponible en el Instituto Nacional de Estadística (INE), deja evidente que en los últimos 10 años las muertes por accidentes de tráfico han ido descendiendo de forma progresiva y las muertes por suicidio han ido aumentando, de manera que en la actualidad este tipo de muertes doblan a las muertes por accidente de tráfico¹.

Así pues, el suicidio representa un problema de salud mundial y su prevención una prioridad para la Organización Mundial de la Salud² y los sistemas de salud nacionales como el español³. El suicidio es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico¹, y la magnitud de la problemática es una cuestión que nos preocupa y nos debe preocupar tanto a los clínicos como a los investigadores.

Cada año se producen más de 3000 suicidios consumados en España, con una tasa de mortalidad de 7,69 por cada 10000 habitantes¹ según los últimos datos del INE. En la Comunidad Valenciana, el número de suicidios es de 400 al año, siendo la tasa de mortalidad de 6,8 por cada 10000 habitantes¹. En el caso concreto del departamento Arnau de Vilanova-Lliria, según los datos más recientes analizados (mediante programa de registro informático de pacientes Abucasis), durante el año 2012 se realizaron 48 ingresos en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por ideación o intento autolítico. De esta muestra, un 70% tenían un diagnóstico previo incluido en el epígrafe de Trastorno Mental Grave⁴.

Una de las formas de conocer la importancia del suicidio en un país es a través de las cifras de fallecimientos por dicha causa, información que en España procede de las cifras oficiales del

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

Instituto Nacional de Estadística desde 1906⁵. Por un lado, la incidencia de intentos de suicidio se suele hacer extrapolando los datos de un área y periodo concreto, normalmente mediante los servicios de urgencias. No obstante esta metodología de recogida de datos puede conllevar una infraestimación de los casos, dado que algunos no llegan a dichos servicios de urgencias, otros son abortados en último momento, etc. Por otro lado, las muertes por suicidio no son siempre identificables. En el caso de España, ante una muerte violenta se procede al levantamiento de cadáver, en el que participan la comisión judicial compuesta por el juez, secretario judicial y médico forense. Es el médico forense (que desarrolla su función e el Instituto de Medicina Legal) quien emite un informe tras la realización de la autopsia en el que establece la naturaleza de la muerte y la etiología médico-legal de la misma, remitiéndolo al Juzgado de Instrucción que atiende el caso. Para inscribir la defunción y datos estadísticos correspondientes, el Juzgado de Instrucción comunica los datos facilitados por el médico forense al Órgano de Registro Civil (ORC) del municipio en el que se ha encontrado el cadáver. Un funcionario de este ORC es el encargado de cumplimentar el Boletín Estadístico de Defunción, cuyos resultados constan en el INE y conforman la información disponible respecto a suicidio, y sobre la que se trabaja en los planes estratégicos de prevención de salud.

Por tanto, debido a fuentes de información en paralelo respecto a intentos autolesivos y suicidios consumados, y por otros motivos ya señalados (la compleja red por la que viajan los datos desde el adelanto de autopsia del Médico Forense hasta el INE, por la falta de una homogeneidad en el boletín en el que aparecen los datos de causa de la muerte, y también porque algunos suicidios se catalogan como accidentes de tráfico, ahogamiento, cuando en realidad son suicidios) existen las discrepancias entre las cifras de suicidio en estudios realizados con médicos forenses y las realizadas a través del Instituto Nacional de Estadística⁶. El Diccionario de la Real Academia Española⁷ define el suicidio desde un punto de vista etimológico del latín *sui*, si mismo, y *caedere*, matar: acción y efecto de suicidarse. El diccionario introduce también el concepto de conducta suicida, que incluye, no sólo la muerte autoprovocada, sino también cualquier acción perjudicial para el que la realiza.

Durante varios siglos, el término suicidio ha pasado por distintos significados, evolucionando hacia concepciones más funcionales y afinando la concepción de la conducta suicida como un espectro que va de la ideación al suicidio consumado.

Las clasificaciones son innumerables. A lo largo de la historia se han realizado desde clasificaciones teóricas, hasta otras para los clínicos aplicables a la práctica laboral. Durkheim fue el primero que propuso una diferenciación entre la conducta suicida de otras en las que el resultado es también la muerte, basándose fundamentalmente en las características de la intencionalidad final y la autoprovocación. El grupo de investigación de O'Carroll^{8,9} realizó una clasificación muy completa, en la que proponen una nomenclatura y definición clara de los fenómenos básicos de la Suicidología. Inicialmente propusieron tres grupos: ideación suicida,

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado. En revisiones posteriores, se incluyeron las lesiones autoinflingidas, conductas cuya intencionalidad no se conoce y las conductas con intencionalidad de morir. Dentro de cada grupo distinguen el resultado de cada conducta según existencia y gravedad de las lesiones. La clasificación de las conductas suicidas va a permitir al clínico evaluar el riesgo suicida en cada caso específico que se presenta en la práctica habitual. Es por ello que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V¹⁰ ha incluido la conducta suicida como "trastornos para ser propuestos" reconociendo su importancia clínica para profundizar en su estudio de cara a ser introducida en futuras versiones del DSM.

El suicidio es la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos, y la valoración de la conducta suicida es una de las tareas más difíciles del facultativo especialista en Psiquiatría. Esta dificultad la entrañan diversos factores: sabemos que la conducta suicida es un continuum que abarca desde la ideación hasta la tentativa y finalmente el suicidio consumado; por la dificultad que implica la verbalización del deseo de morir, bien por pobreza cognitiva o por los discursos disgregados; por la implicación en esta conducta de factores de riesgo estables y conocidos pero de otros totalmente imprevisibles; y también por ese concepto erróneo que en ocasiones aparece como es el "miedo" a explorar este área pensando que podemos potenciar la idea de morir.

La valoración de la conducta y riesgo suicida deben realizarse mediante entrevista clínica y nada la puede sustituir. El juicio clínico debe prevalecer a otros resultados que puedan obtenerse mediante otros instrumentos, entre ellos las escalas de evaluación específicas de conducta suicida. La mayoría de éstas han sido desarrolladas para investigación, por lo que la aplicación en la práctica clínica es muy limitada, llegando estar desaconsejada por guías clínicas como las de la American Psychiatric Association (APA)¹¹. Se suma otra limitación, y es que aunque suelen estar traducidas al español, no todas están adaptadas y validadas para la población española.

No por ello debemos dejar de utilizar todas las herramientas de las que disponemos para la evaluación y/o cribado de la población en posible riesgo suicida, riesgo que debe ser valorado de forma profunda durante la entrevista con el paciente. Por ello, las escalas pueden ser de utilidad tanto en servicios de emergencias y urgencias como en atención primaria y especializada ayudándonos en una mayor y precoz detección del riesgo suicida, con las consecuentes implicaciones para la prevención y disminución de suicidios.

Se exponen a continuación los instrumentos más utilizados para la evaluación psicométrica de la conducta suicida que existen en la actualidad, tanto autoaplicados como heteroaplicados por un entrevistador¹²:

- Escalas de evaluación específicas de conducta suicida.
 - Escalas de evaluación de la ideación y riesgo suicidas.

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

- Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI).
- Escala de Valoración de Gravead de la Conducta Suicida de la Universidad de Columbia (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS).
- InterSePT (International Suicide Prevention Trial Scale for Suicidal Thinking).
- Escala SAD PERSONS (SAD PERSONS Scale).
- Escala IS PATH WARM.
- Escala de Impresión Clínica Global para la Gravedad de Riesgo Suicida (Clinical Global Impression for Severity of Suicidality, CGI-SS).
- Índice de Potencial Suicida (Risk of Suicide Scale, ROSS).
- Cuestionario de Riesgo de Suicidio de Horowitz (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ).
- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS).
- Escala de Ideación Suicida de Paykel (Paykel Suicide Scale, PSS).
- Cuestionario de Conducta Suicida de Linehan (Suicidal Behavior Questionnaire, SBQ).
- Escalas de evaluación del acto suicida.
 - Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS).
 - Escala de Gravedad Médica de la Tentativa (Medical Damage Scale, MDS).
 - Escala de Riesgo-Rescate (Risk Rescue Rating Scale, RRRS).
 - Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy, SSIPA).
 - Escalas de evaluación del riesgo de repetición del acto suicida.
- Escalas no específicas de conducta suicida.
 - Escalas de evaluación de la psicopatología general.
 - MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).
 - Escalas de evaluación de la depresión la desesperanza o el estrés vital.
 - Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS).
 - Escala de la Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS).
 - Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory, BDI-II).
 - Inventario de Razones para vivir (Reasons for Living Inventory, RFL).

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

- Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS).
- Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha (List of Threatening Experiences, LTE).
- Escalas de evaluación de la impulsividad, la hostilidad o la agresividad.
 - Historia de Agresión de Brown-Goodwin (Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression, BGLHA).
 - Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).
 - Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI).
 - Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV).

OBJETIVOS

En relación a esta problemática surge la idea de llevar a cabo este estudio de tipo observacional y transversal, que tiene como principal objetivo el definir la metodología empleada por especialistas en psiquiatría para la valoración del riesgo suicida, así como objetivar la necesidad de desarrollar e implantar un protocolo específico de actuación en el área.

METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Se selecciona para ello una muestra compuesta por 17 psiquiatras del departamento Arnau de Vinalova-Llíria a los que se entrega un cuestionario que deberán cumplimentar de forma anónima. El cuestionario, que hemos diseñado en base al modelo propuesto por el grupo de Julio Bobes¹³, consta de 19 preguntas organizadas en 5 ítems de respuesta múltiple.

En el primer ítem se recogen datos sociobiográficos de la población a estudio: tipo de centro de trabajo y años de ejercicio de la psiquiatría. En el segundo, se pregunta sobre el contexto y la frecuencia con que se realiza la valoración del riesgo suicida: en urgencias, en Unidad de Hospitalización, en Unidad de Salud Mental, ante enfermedad grave, ante experiencias negativas, ante empeoramiento, si el paciente está en tratamiento con antidepresivos o anticonvulsivantes, en contexto de consumo de drogas, de forma rutinaria, o ante una mejoría repentina del paciente. El tercer ítem se pide a los encuestados responder respecto al modo en que realizan la exploración: preguntas directas, indirectas o aplicando escalas de evaluación. Además se pregunta si existe o no protocolos específicos de evaluación en su centro de trabajo. En el último apartado se aborda el manejo que se tiene sobre este tipo de paciente, siendo las opciones: tratamiento farmacológico, aumento de la frecuencia de visitas, entrevista con el entorno, uso de psicoterapia o bien derivación a hospitalización.

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

Las posibles respuestas a cada una de las preguntas eran: siempre, a menudo, rara vez, no consta.

RESULTADOS

Respecto al perfil de la población a estudio, destacar que el 88% desempeñan su trabajo en área ambulatoria (USM), y el 76,6% llevaba más de 10 años de ejercicio de la profesión.

En cuanto al contexto en que se realiza la valoración, apenas un tercio de los encuestados realizan siempre la exploración de este síntoma.

Incluso en situaciones consideradas como "de riesgo" para llevar a cabo un gesto autolesivo, como son enfermedad grave, experiencias negativas, empeoramiento de la sintomatología, no se pregunta ni en el 50% de las ocasiones. Llama la atención que solo un 11% exploran la conducta suicida ante mejoría repentina, debiendo estar alerta en pacientes que pueden manipular la "puesta en escena" para pasar al acto.

Decir que de forma rutinaria, únicamente el 12% lo incluye en la exploración psicopatológica siempre.

Todos los encuestados utilizan las preguntas directas para preguntar sobre la idea o plan.

La otra cuestión importante es cómo abordar a este paciente. Los resultados indican que la medida utilizada con mayor énfasis es el aumento de la frecuencia de visitas a consulta, así como entrevistar al entorno.

Finalmente el 100% de los psiquiatras del área respondieron que NO a la existencia de protocolos específicos de actuación, puesto que no existe en el área.

CONCLUSIONES

Destaca la falta de homogeneidad en la actuación de los psiquiatras ante el paciente suicida, pudiendo contribuir a ello la falta de protocolos de evaluación e intervención en el área. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de desarrollar iniciativas estandarizadas que ayuden a los facultativos a prevenir el riesgo suicida y mejorar el manejo de estos pacientes.

El suicidio es la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos, y la valoración de la conducta suicida es una de las tareas más difíciles del facultativo especialista en Psiquiatría, es imprescindible una adecuada formación en la entrevista, abordaje y manejo de la exploración de este síntoma de alarma.

Como limitaciones del estudio, señalar el pequeño tamaño de la muestra, y el carácter generalista del cuestionario diseñado ad-hoc y con objetivo meramente exploratorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2016 (base de datos on line).

EXPLORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA. NECESIDAD DE IMPLANTAR ESCALAS DE VALORACIÓN.

2. World Health Organization. Suicide prevention and special programmes.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de las líneas estratégicas. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Centro de Publicaciones; 2011. P. 31-8.
4. Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía Práctica Clínica de intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid. 2009.
5. Instituto Nacional de Estadística. Seguridad y Justicia: estadística del suicidio en España (página web). 2008.
6. Guija JA, Giner L. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.) 2014; 7 (3):139-146.
7. Real Academia Española. Diccionario Histórico de la Lengua Española. Madrid; 1992.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale and methodology. Suicide Life Threat Behav, junio 2007; 37 (3): 248-63
9. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide Life Threat Behav, junio 2007; 37 (3): 264-77
10. Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders.
11. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. AM J Psychiatry. 2003; 160 (11 Suppl): 1-60.
12. Fernández RM. Escalas de evaluación de la conducta y riesgo suicidas (Cap. 7). Manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental España Para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio (fsme.es).
13. Bobes J, Giner J, Sáiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Editorial Tricastela; 2011.