

Más de la mitad de los suicidas habían avisado de sus intenciones

Expertos reclaman una sensibilización del médico de atención primaria, puerta de entrada de las personas con ideas de quitarse la vida, que le permita identificarlas

Más de la mitad de las personas que han tratado de suicidarse, o lo han conseguido, habían contactado, en el mes previo a la realización del acto suicida, con los servicios médicos de atención primaria, e incluso uno de cada cinco lo habían hecho con los servicios de salud mental.

Las cifras, según la mayoría de estudios y expertos, son superiores, reconocen tanto María Jesús Cerecedo, médico de Atención Primaria de la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria (Semfyc) como Luis Agüera, psiquiatra del hospital Doce de Octubre de Madrid, y, de alguna manera, plasman que algo está fallando en la prevención de esta conducta que, **en la mayoría de los casos (90-95%), se asocia con antecedentes por enfermedades mentales.**

Los médicos de cabecera son la "atalaya", la puerta de entrada de las personas con ideas suicidas.

Por eso, resulta "inexcusable" la valoración del riesgo de autolesión en todo paciente que acude a los servicios de salud, sobre todo si presentan antecedentes de enfermedades psiquiátricas –depresión, consumo de alcohol o drogas, esquizofrenia, etcétera-, o tienen condicionantes sociales como asilamiento (divorciados, viudos, parados..), son personas mayores, etcétera.

ESPECIALMENTE RELEVANTE ES LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN.

La tasa de suicidio entre las personas con depresión es del 15%, y empeora en las personas de mayor edad, los que viven solos y aquellos que han realizado intentos de suicidio previos. "La mitad de los pacientes con depresión tienen ideas suicidas. Es un síntoma, una complicación grave. Por eso es tan importante identificar a las personas con depresión".

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente un millón de personas fallece por suicidio en el mundo, y el número de tentativas suicidas es unas 10-20 veces mayor.

Es decir, **se produciría una muerte por suicidio cada 40 segundos y una tentativa cada 3 segundos.**

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), **durante el año 2007 se suicidaron 3.263 personas, un número similar al de personas fallecidas en accidentes de tráfico.**

Sensibilizar al médico de atención primaria para detectar el riesgo de suicidio es una necesidad.

Un estudio publicado este año en la revista *The Lancet* demostraba que programas de intervención en atención primaria realizados en Suecia y Hungría tuvieron efectos positivos en la reducción de suicidios. Y así lo manifestó Pilar Saiz, psiquiatra de la Universidad de Oviedo, en el congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado el mes pasado en Madrid. Porque, reconoció, existen muchos mitos sobre el suicidio.

Por ejemplo, **"una gran parte de los pacientes suicidas verbalizan de modo directo o indirecto sus intenciones", y ahí "es donde el médico de cabecera debe estar sensi-bilizado para identificarlas".**

Sin embargo, no parece tan sencillo desde la visión de los médicos de atención primaria.

Es lo que opina María José Cerecedo, para quien **"la mayoría estamos preparados", pero también se trata de un asunto que causa "miedo e inseguridad" en muchos profesionales, que pueden no haber recibido la formación necesaria en salud mental. Los "temores", podrían estar relacionados con creencias erróneas sobre el suicidio.**

Así, explica que, **"no por preguntar al paciente por el suicidio, se están dando ideas o induciendo al suicidio. Hablar de ello no es un factor precipitante; es más, sabemos que el paciente, más que angustiarse, agradece poder compartir sus pensamientos".**

Por eso el médico de cabecera es tan importante en la prevención del suicidio.

Porque, aunque no se puede predecir el riesgo de suicidio individual, sí es eficaz explorar los factores de riesgo y la ideación suicida, especialmente siempre que exista una enfermedad psiquiátrica o se sospeche que hay intención de suicidarse por otra causa.

En principio, los médicos de familia disponen de la herramienta clave para identificar a estas personas, como es **la entrevista clínica. Si bien es poco tiempo, "apenas cinco minutos por paciente, seguimos al paciente de una forma longitudinal en el tiempo, lo que nos permite detectar posibles procesos depresivos y cambios".**

Aún así, harían falta más de cinco minutos porque **"la palabra necesita tiempo", "En cinco minutos no hay tiempo; no se nos pueden pedir milagros", denuncia. Porque aunque el paciente va dejando "pequeñas pistas", el médico "no puede en tan poco tiempo empatizar con el paciente, sobre**

todo si no le conoce". Y, desde luego, requiere de una experiencia y una pericia especial, "que nos permite reconocer rápidamente los síntomas y saber relacionarnos con el paciente". La empatía, flexibilidad, lectura de signos no verbales dan la clave de los síntomas clínicos, señala.

Perder el miedo, quitar el estigma del suicidio resulta fundamental para poder prevenirlo adecuadamente. **Hay que explorar el riesgo de suicidio poco a poco. Preguntas como "¿piensa a veces que la vida no merece la pena o no tiene ningún sentido?"; "¿se le viene a la cabeza la idea de la muerte últimamente?"; "¿ha pensado alguna vez en hacerse daño?", o frases del paciente como "supongo que no nos vamos a ver más" o "no sé si voy a volver aquí" sirven para localizar al paciente con ideas suicidas.**

Y si se identifican posibles ideas suicidas, **"los médicos debemos conseguir el compromiso de un no suicidio del paciente. Al expresarlo verbalmente y al comprometerse a no hacerlo mientras trabaja con el profesional médico, se desactivan dichas ideas"**

En caso de la que situación sea grave, se recomienda que sea tratado por los servicios de salud mental.

PREVENCIÓN DESDE LA COMUNIDAD

El análisis publicado este año en *The Lancet* por **Keith Hawton y Kees van Heeringen, del hospital de Oxford (Reino Unido)**, advertía sobre el incremento en el número de suicidios que se estaba produciendo en los países desarrollados, **especialmente entre los jóvenes, y promovía la necesidad de mejorar las estrategias de prevención para reducir el número de suicidios.**

En este sentido, explica Pilar Saiz, psiquiatra de la Universidad de Oviedo, **las estrategias de prevención del suicidio pueden implementarse, básicamente, de dos modos:**

- **"Desde la ATENCIÓN SANITARIA, mejorando los cuidados de salud, las actitudes de los profesionales hacia la prevención del suicidio y los trastornos mentales;**
- **y desde la SALUD PÚBLICA, haciendo hincapié en la promoción de políticas centradas en el bienestar social, educación, promoción de la salud mental, implementando el nivel de conocimiento de la población general sobre un reconocimiento temprano y una prevención de los trastornos mentales y disminuyendo el estigma de los trastornos mentales".**

En 2005, la Unión Europea aprobó acciones para prevenir el suicidio al disminuir el acceso a métodos letales, concienciar y mejorar la formación de profesionales de salud y comunitarios, y reducir los mayores factores de riesgo.

Ese proyecto fue recogido en la Estrategia Nacional de Salud española del 2007.

Los objetivos son asegurar la supervivencia, vincular al paciente con la red asistencial y sensibilizar a la sociedad para que colabore en la identificación de personas con riesgo de suicidio, pueden servir para prevenirlo.

RAFAEL P. YBARRA

Publicado en El País de Madrid el 02 noviembre de 2009