

Actuación del personal de enfermería ante la conducta suicida

Rafael Sales Orts, Isabel Leal Cercos, F. J. Santolaya Ochando, Juanjo Alarcón Polo
Prof. Titular de Enfermería Psiquiátrica, Prof. Titular de Enfermería Psiquiátrica, Colaborador Docente,
Prof. Encargado de Curso

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE VALENCIA

El término «conducta suicida» engloba en realidad dos conceptos que se debe diferenciar, nos referimos al suicidio consumado y a la tentativa de suicidio.

Las diferencias entre ambos conceptos son preferentemente epidemiológicas, pudiéndose decir que los suicidios consumados se dan preferentemente en varones con problemas psiquiátricos y cursan con una preparación cuidadosa del acto suicida y con la utilización de medios realmente peligrosos.

En cambio, las tentativas de suicidio se dan más en mujeres con problemas no psiquiátricos, a través de un comportamiento impulsivo y no premeditado, utilizando medios no tan peligrosos como en el suicidio consumado.

A pesar de estas diferencias globales, no se puede olvidar que se da un solapamiento entre ambos grupos y que una parte de las personas que hacen tentativas de suicidio mueren; de hecho, la O. M. S. establece una relación de 1/10 entre el suicidio y la tentativa.

Vamos a ver de un modo más específico las diferencias, tanto a nivel epidemiológico como causal, que existen entre ambos conceptos.

Con respecto al suicidio, los datos epidemiológicos deben analizarse con gran precaución, ya que los datos oficiales son de dudoso valor, debido a las diferencias que se dan entre las defunciones «legales» y las «clínicas», quedando muchos suicidios encubiertos por diversas razones, como son la ocultación deliberada de los familiares o los accidentes mortales motivados «inconscientemente».

Otra razón para cuestionarse la validez de los datos oficiales y la metodología utilizada es la diferencia tan grande que existe en la prevalencia del mismo de un país a otro; así, en España,

Italia e Irlanda los porcentajes no superan el 5/100.000 habitantes, mientras que en Hungría se da un porcentaje de 40 suicidios por cada 100.000 habitantes.

En nuestro país las tasas son de las más bajas de Europa, pero si estudiamos el problema de un modo minucioso estas tasas se elevan de un modo significativo; así, Estruch y Caldús observan una tasa de suicidios de 15,3/100.000 h. en la isla de Menorca entre los años 1977 y 1979, mientras las cifras oficiales daban aproximadamente un 7,6/100.000 h.

Igualmente en Valencia, Asensio Arana confirma que los casos reales de suicidio eran en 1982 tres veces superiores a los declarados oficialmente.

Todo esto indica lo poco fiables que son los datos oficiales sobre la prevalencia del suicidio y confirma las dificultades que aparecen al intentar establecer tasas reales de la incidencia del suicidio.

Más fiables y conocidos son los factores de riesgo y causalidad. Así, se sabe que se dan más suicidios en primavera y verano, más en hombres que en mujeres en cualquier edad, que las tasas más elevadas se dan entre los 15 y 29 años (actualmente se va aumentando la tasa en niños menores de 14 años) y que es más frecuente en personas divorciadas y viudas que en casados con hijos.

En cuanto a su relación con el *status* social, se da un mayor porcentaje entre las profesiones liberales y trabajadores no cualificados. En cuanto a su relación con la religión, se da una tasa más alta de suicidios entre los protestantes.

En cuanto a los factores causales, se pueden dividir en dos grandes grupos: los factores sociales y los factores médicos.

Dentro de los factores socia-

les y siguiendo a Durkeim, se distinguen entre el suicidio egoísta (el sujeto se separa del grupo y deja de sentir el valor de las normas sociales), el suicidio animico (que suele aparecer al entrar en crisis los valores de una sociedad) y el suicidio altruista.

Entre los factores médicos se debe distinguir entre la enfermedad mental: por ejemplo, en la depresión aumenta el riesgo de suicidio 30 veces en relación a la población general, y las enfermedades orgánicas, por ejemplo las enfermedades crónicas dolorosas.

A continuación veremos cómo los factores epidemiológicos y de causalidad, exceptuando la edad, son diferentes para las tentativas de suicidio, también denominadas autoagresiones deliberadas o parasuicidios.

Así, estos intentos se realizan preferentemente con ingesta de drogas (analgésicos y tranquilizantes) o mediante autolesiones. En cuanto a las motivaciones que inducen al intento, suelen ser confusas y difíciles de identificar, abarcando desde el deseo de morir a intentar influir sobre alguna persona en particular o, simplemente, «quedar a merced del destino».

Estos intentos se dan más en los jóvenes, es más frecuente en mujeres que en hombres y en personas divorciadas y con clase social baja.

En cuanto a los factores causales, se puede distinguir entre factores predisponentes (problemas matrimoniales, desempleo, enfermedades orgánicas, etc...) y factores precipitantes (se ha comprobado que las personas con tentativas de suicidio presentan 4 veces más experiencias estresantes en los últimos 6 meses que la población general).

La conducta suicida es un tema de máxima importancia para todos los profesionales de la sa-

lud (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, etc...) por diversas razones, entre las que cabe destacar:

- que es una de las 10 primeras causas de muerte en los países desarrollados.
- que se da una frecuencia cada vez mayor en personas muy jóvenes (niños).
- que, según la O. M. S., se da un mínimo de 1.000 suicidios diarios y unos 10.000 intentos.

Para Catalán y cols., los profesionales de la salud deben actuar a un triple nivel:

a) Valorando el riesgo de suicidio y viendo si es más conveniente su ingreso en un centro psiquiátrico o quedar en su núcleo familiar, cuidado por una persona especializada en el tema.

b) Asesorando y estimulando al paciente para que pida ayuda y acuda a nosotros cuando nos necesite.

c) Y buscando y aprovechando al máximo los apoyos y recursos tanto sociales como personales de que se disponga.

Vamos a continuación a ver de un modo más específico cuál debe ser la actuación del personal de enfermería ante la conducta suicida, y en particular cómo aplicar el P. A. E.

En primer lugar, el personal de enfermería debe tener en cuenta si su actuación incide sobre un individuo sano, sin conducta suicida previa, y cuando incide sobre un individuo que ha llevado a cabo «intentos previos de suicidio». Así, con el individuo sano el DUE debe saber detectar los factores de riesgo, valorarlos y si el individuo presenta un riesgo superior a lo normal remitirlo a un centro de Salud Mental u Hospital.

A partir de esto, el DUE debe encuadrar su actuación dentro

del PAE y adecuarla a sus 5 etapas:

- Recogida y valoración de datos.
- Diagnóstico de enfermería (jerarquización de necesidades).
- Planificación del plan de actuación.
- Ejecución del plan.
- Evaluación de los resultados.

En la **Primera etapa**, es muy importante que los datos sean recogidos de un modo objetivo, ya que nos darán una valoración global del estado en que se encuentra el paciente.

Con el fin de que dicha valoración sea lo más eficaz posible, Catalán presenta una lista de datos que deben ser recogidos y que se agrupan en 5 apartados. El primero de ellos recoge las circunstancias del intento, e incluye: los hechos que llevaron al mismo, el método que se utilizó, los avisos y precauciones tomadas, la historia previa de suicidios, etc.

En el segundo apartado se recoge el estado mental del paciente, teniendo en cuenta las ideas de suicidio en el momento actual y cuando hizo el intento, el estado de humor, la pérdida de sueño, de apetito o de peso, etc...

En el tercer apartado se recogen las posibles áreas problemáticas, como son: matrimonio, padres, hijos, alcohol, trabajo, aislamiento social, etc... En el cuarto apartado las necesidades a cubrir, aquí se debe contar con los soportes externos y los recursos personales que tiene el paciente.

En el quinto apartado, plan de acciones posteriores, se debe clarificar lo que quiere o necesita el paciente y hacer la propuesta de ayuda.

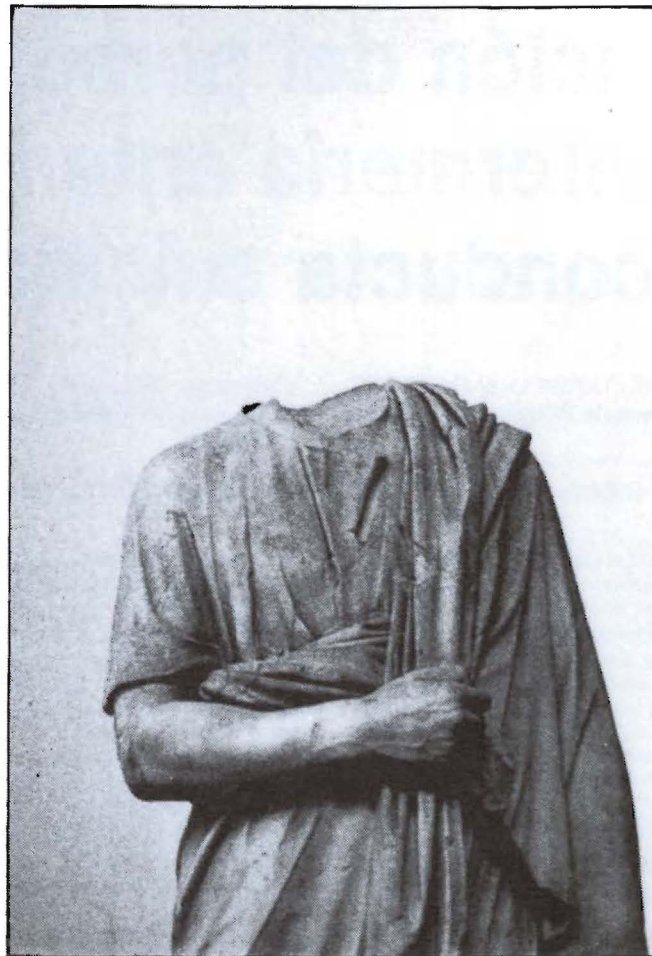
En la **segunda etapa** del PAE es donde se realiza el diagnóstico de enfermería, jerarquizando las necesidades del paciente y estableciendo metas a corto y largo plazo.

Así, en el plano:

Biológico. Las metas a corto plazo serían el restablecimiento del paciente de las lesiones debidas al intento. A largo plazo, el evitar lesiones permanentes que le recuerden el intento y mediten su tipo de vida.

Psicológico. A corto plazo, ayudar a la expresión apropiada de los sentimientos del enfermo. A largo plazo, entre otras, aumentar la autoestima y autovalía del individuo, ayudarlo a aumentar el control de sus sentimientos y su capacidad para enfrenar sus impulsos suicidas.

Social. A corto plazo, proporcionar un ambiente de seguridad,



informar a los familiares del comportamiento a seguir con el paciente, etc... A largo plazo, evitar las recriminaciones de la familia hacia el enfermo y ayudar a su integración social.

En la **Tercera etapa** del PAE, se hará una planificación, marcándose unos objetivos concretos a conseguir, mediante unas acciones también concretas. Entre dichos objetivos sobresalen:

- Proporcionar un ambiente de seguridad que proteja al paciente de sus tendencias autodestructivas.
- Evitar las conductas manipulativas del paciente.
- Observar y registrar los patrones de conducta del paciente, para prevenir un nuevo posible intento.
- Elevar el nivel de autoestima del paciente.
- Ayudar al paciente a que se proyecte al futuro, realizando planes a corto, medio y largo plazo.

Las acciones a utilizar para conseguir estos objetivos son muy variadas, pudiéndose señalar, siguiendo a Schultz y Dark, las siguientes: explicar al paciente las medidas que se toman para evitar el que se suicide (contacto personal en todo momento con algún miembro del equipo, li-

mitar sus desplazamientos, no utilizar nada con lo que se pueda hacer daño, etc...); controlar las demandas de atención del paciente, registrar las relaciones diarias con su familia, si aumenta el número de conversaciones sobre el tema de la muerte o si hay un retraimiento y resignación súbita, reforzar la expresión de los sentimientos y estimular la planificación de su vida futura.

Otras acciones de enfermería serían: evitar el retraimiento del paciente, potenciar la comunicación y aliviar la ansiedad y sentimientos de culpa que se derivan del intento de suicidio.

La **Cuarta etapa** del PAE se refiere a la ejecución del plan y consiste en llevar a cabo las acciones antes mencionadas y que sean pertinentes a cada caso en particular. La **quinta etapa**, la evaluación, nos indicará si dicho plan es el más idóneo o si por el contrario deberá irse modificando al aparecer nuevas situaciones.

Para terminar, recordar que el hecho de ingresar un paciente en un centro psiquiátrico no es sinónimo de que desaparezca el riesgo de suicidio, aunque dicho ingreso se efectúe de una forma voluntaria por parte del paciente.

Así. Henifz distingue entre dis-

tintos grupos de enfermos que intentan suicidarse estando en el hospital; uno de dichos grupos es bastante homogéneo (gente joven, sin intentos previos, con buenas relaciones sociales, etc...) y hace su intento inmediatamente después de ser ingresados. Otro segundo grupo, menos homogéneo, lo intenta poco antes de ser dado de alta o aprovecha los permisos semanales (cuando un paciente está muy mejorado se le permite salir los fines de semana con el fin de mejorar la integración).

Además, las tentativas reiteradas de suicidio se dan entre un 15, y un 25% durante el primer año siguiente al primer intento; esto quiere decir que la función de enfermería no termina con la salida del paciente del centro, sino que debe seguir a nivel comunitario, ya sea a nivel ambulatorio o domiciliario, siendo esta segunda forma preferible a la primera, ya que disminuye la probabilidad de abandonar el tratamiento y mejorar la integración socio-familiar.

RESUMEN

En el presente artículo se diferencia entre los conceptos de suicidio e intento de suicidio; asimismo, se describe los factores epidemiológicos y de causalidad que se conoce y se resalta la actuación del personal de enfermería en el tratamiento de este problema.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ GONZÁLEZ, M. T. «La metodología en Enfermería: Una meta necesaria.» *En Rol*, pp.22-28, n. 101, Enero 1987.
- CATALÁN, J. et al. «Comparison of Doctors and Nurses in the Assessment of Deliberate Self-Poisoning.» *Psychol. Med.* 10: 10:483-491. 1981.
- HARTON, KETAL. «Domiciliary and ant-patient treatment of Self-Poisoning Patients by Medical and non Medical Staff.» *En Psychol. Med.* 11:169-177. 1981.
- JURA, H., WASH, M. *El Proceso de Enfermería, Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.* Ed. Century-Crofts. Appleton, 1973.
- MASLOW, A. *El hombre autorrealizado.* Ed.: Kairos, Barcelona 1983.
- SALES, R. LEAL, I. BENAVENT, A. «Campo de actuación de la enfermería Psiquiátrica.» *En Enfermería Integral* p.: 30-32, n.2, vol. (1). 1986.
- SCHULTZ, M. DARK, S. L. *Enfermería Psiquiátrica, Planes de Cuidados.* Ed.: Interamericana. México, 1984.