

El suicidio en instituciones psiquiátricas: descripción de dos casos*

Alejandro Jiménez Genchi, MD**
Concepción Ibarra Alcantar, MD**
Luis Peñaloza García, MD**
John Leonardo Díaz Galvis, MD***

Resumen

Se ha estimado que cerca del 5 por ciento de los suicidios ocurren dentro de las instituciones psiquiátricas. Este reporte describe dos casos de suicidio en un hospital psiquiátrico, los cuales ilustran, por un lado, las características de riesgo suicida en el paciente psiquiátrico hospitalizado, y por otro, las limitaciones que aún impiden evitar el suicidio. La ocurrencia de suicidios dentro de los hospitales obedece a que se trata de una conducta con una frecuencia de presentación muy baja y a la poca especificidad de la evaluación clínica del riesgo suicida. No obstante, la hospitalización en instituciones psiquiátricas evita muchos más intentos suicidas y suicidios fuera de ella que los que en su interior pueden ocurrir. [Jiménez A, Ibarra C, Peñalosa L, Díaz JL. *El suicidio en instituciones psiquiátricas: descripción de dos casos. MedUNAB 2004; 7:140-3*].

Palabras clave: suicidio, hospital psiquiátrico y paciente psiquiátrico hospitalizado.

Introducción

El suicidio es reconocido como un problema de salud pública internacional.¹ En una elevada proporción de naciones, principalmente los países industrializados, se ubica entre las primeras tres causas de muerte para el grupo de 15 a 34 años de edad. Aunque México es uno de los países con las tasas más bajas, se le encuentra ya como la novena causa de mortalidad en el grupo de 15 a 64 años.²

Los pensamientos suicidas o el haber llevado a cabo un intento suicida son, frecuentemente, motivos de hospitalización en una institución psiquiátrica. No obstante, que el sentido común hace pensar que la hospitalización garantizará la preservación de la vida; esto, desafortunadamente no siempre es verdad. En Estados Unidos e Inglaterra, el 5 por ciento a 6 por ciento del total de los suicidios ocurren en el hospital, y en Suecia se ha reportado hasta el 11 por ciento.³ En México existe muy poca información a este respecto. Villanueva revisó los suicidios ocurridos en un hospital psiquiátrico de la ciudad de México entre 1968 y 1976, y encontró que ocupaba la cuarta causa de mortalidad en dicha institución.⁴ El cuestionamiento inmediato es ¿por qué aún dentro de un hospital psiquiátrico ocurren suicidios?

* Parte de este trabajo se realizó cuando los primeros tres autores eran residentes de psiquiatría en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Tlalpan, D.F., México.

*** Residente de Psiquiatría, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Tlalpan, D.F., México.

Correspondencia: Dr Jiménez-Genchi, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco 14370, Tlalpan, D. F., México. E-mail: jimalexi@imp.edu.mx

Artículo recibido: 2 de marzo de 2004; aceptado: 7 de julio de 2004.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar dos casos de suicidio ocurridos en un hospital psiquiátrico, con el propósito de ilustrar las características de este comportamiento y revisar algunos factores de riesgo suicida en los pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Método

Se revisaron los expedientes de los suicidios ocurridos entre enero y agosto de 1996 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es la institución médica más grande en México destinada a la atención de enfermos psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados. Está ubicado en el sur de la Ciudad de México dentro de una amplia zona hospitalaria; aproximadamente a un kilómetro se encuentra una vía rápida, a dos kilómetros una estación de tren lento y a diez kilómetros una estación de un sistema del metro. Está constituido por un edificio de ocho pisos que alberga 300 camas para hospitalización, incluyendo salas de atención psiquiátrica general y una unidad de atención psiquiátrica intensiva, siguiendo un sistema cerrado. Las salas generales cuentan con dos áreas de dormitorios en donde las camas están distribuidas una al lado de otra, lo cual permite el contacto visual constante entre los pacientes y con el personal. Un pasillo separa estas áreas de la zona, también abierta, del comedor, por lo que desde el pasillo se tiene observación completa de ambas áreas. Los baños y las regaderas se encuentran dentro de un área cerrada aunque con libre acceso (sin puerta) durante el día. Las únicas áreas cerradas son las destinadas a los consultorios y el módulo de enfermería, cuyo acceso es controlado por el personal médico y paramédico. Los pacientes pueden deambular con libertad por el pasillo, dormitorios y comedor. En el caso del baño y otras actividades (por ejemplo, administración de medicamentos, horarios de visita para los familiares, salidas de la sala a interconsultas o terapia ocupacional, etcétera), se siguen rutinas preestablecidas bajo la vigilancia y supervisión del personal de enfermería.

Los pacientes en quienes se identifica un riesgo suicida elevado mediante la evaluación psiquiátrica habitual, son admitidos en la unidad de atención psiquiátrica intensiva, en la cual se mantiene una vigilancia más estrecha de su comportamiento. A diferencia de la sala general, existe una mayor proporción de personal médico y de enfermería por paciente, cuenta con un módulo de enfermería desde donde se observan todas las camas, por lo que la vigilancia es aún más estrecha, la deambulación está restringida y el acceso al baño es vigilado.

Reporte de los casos

Caso 1. Femenino de 23 años, estudiante, soltera. Inició su padecimiento dos meses previos a su admisión hospitalaria

teniendo como desencadenante las presiones escolares, período durante el cual comienza a presentar irritabilidad, labilidad afectiva, llanto frecuente, insomnio y estado de ánimo depresivo. Ante esto acude a pedir ayuda a un grupo religioso y pocos días después desarrolla ideas delirantes erotomaniacas, de culpa, de daño, de minusvalía, así como hiporexia, desesperanza, aislacionismo y ansiedad intensa. Las ideas delirantes de culpa rápidamente se intensificaron e intenta suicidarse seccionándose las venas del antebrazo, seguido horas más tarde por la ingesta de una cantidad no especificada de múltiples medicamentos. Los familiares le llevan al hospital donde es admitida en una unidad de atención psiquiátrica intensiva y recibe tratamiento farmacológico consistente en amitriptilina 125 mg/día, alprazolam 2 mg/día y haloperidol 10 mg/día. A los diez días de estancia intrahospitalaria consuma el suicidio mediante asfixia, al colocarse una bolsa de plástico en la cabeza. Se había establecido el diagnóstico de depresión mayor severa con síntomas psicóticos. A esta paciente le fueron aplicados instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el nivel de depresión, impulsividad y desesperanza, registrando en todos ellos calificaciones elevadas.

Caso 2. Femenino de 39 años, separada, sin ocupación, con historia de abuso de múltiples sustancias psicoactivas y rasgos de personalidad limítrofes y antisociales. Inició su padecimiento a los 34 años en forma insidiosa y con evolución continua hacia el empeoramiento. Tuvo como desencadenante aparente el trasladar su residencia a Estados Unidos, presentando al poco tiempo de ello ideas delirantes de daño, referencia, persecución, celotípicas, de control, de transmisión del pensamiento y bizarras, alucinaciones auditivas, soliloquios, así como errores de juicio y conducta. En los primeros dos años, esta sintomatología se exacerbaba y remitía pero en los tres años previos a su última admisión había sido constante, y se agregó agresividad verbal y física heterodirigida. Debido a esta última fue hospitalizada durante 30 días y egresó con mejoría parcial; sin embargo, no se apegó al tratamiento psicofarmacológico (trifluoperazina 20 mg/día, carbamazepina 600 mg/día, levomepromazina 25 mg/día, biperiden 2 mg/día) y un mes después fue admitida nuevamente. A los dos días de su reingreso hospitalario y habiendo sido reinstalado el tratamiento previo, consuma el suicidio mediante asfixia, al introducirse una sábana por la boca. El diagnóstico que se estableció fue de esquizofrenia paranoide.

Discusión

Se ha identificado que los pacientes psiquiátricos son una población con elevado riesgo suicida. Hirschfeld y Davidson mencionan que las tasas de presentación en este grupo se elevan desde cinco hasta cuarenta veces en comparación con la población general estadounidense.⁵ Pokorny ha reportado en población norteamericana una tasa de suicidio de 279/100.000 habitantes para pacientes psiquiátricos, en contraste con una tasa de 12/100.000 habitantes para la población general.⁶ Este riesgo fluctúa

de acuerdo con variables como el diagnóstico, la edad, el sexo, la ocupación y el ser paciente ambulatorio u hospitalizado. Sin embargo, es importante señalar que aun cuando un sujeto presente todas las características de alto riesgo, lo más probable -afortunadamente-, es que no se suicide.

El suicidio dentro de los hospitales psiquiátricos es un tema del que se dispone de poca información y la existente es muy heterogénea. Aunque podría parecer poco relevante que el 5 por ciento de la mortalidad por suicidio ocurra en instituciones de atención psiquiátrica, se ha señalado que la tasa de suicidio ajustada a la población hospitalizada es mayor que la presente en la población general.⁷ En el estudio llevado a cabo por Roy, quien evaluó retrospectivamente a 90 pacientes psiquiátricos suicidas comparándoles con un grupo control apareado por edad, sexo y fecha de admisión hospitalaria, encontró que el 17 por ciento del primer grupo consumió el suicidio cuando se encontraba hospitalizado.⁸

El estudio de suicidios durante el periodo de hospitalización ha mostrado que con más frecuencia se trata de sujetos jóvenes, mujeres u hombres, sin pareja, desempleados y que viven solos; generalmente presentan esquizofrenia crónica o un trastorno depresivo recurrente, ambos en sus primeros cinco años de evolución, y han realizado intentos suicidas previos. Aunque se ha identificado que en algunos pacientes psicóticos la conducta suicida es en obediencia a alucinaciones auditivas, este dato no se puede generalizar y su fundamento aún se encuentra en niveles empíricos. Más relevante ha resultado el hallazgo de Roy en cuanto a que una elevada proporción de pacientes psicóticos cursan además con depresión cuando consuman el suicidio.⁸ Con respecto a las características de la hospitalización se ha identificado que los suicidios ocurren temporalmente en dos picos: en el primer mes y en el periodo posterior al primer año de estancia hospitalaria.^{3, 4, 7-12} El método empleado para el suicidio parece estar más influenciado por la presencia de un trastorno psicótico que por el sexo, y la violencia del mismo guarda relación estrecha con la disponibilidad de métodos, jugando un papel importante la ubicación geográfica (cercanía con instalaciones de sistemas del metro, autopistas, puentes y ríos o lagos), estructura arquitectónica y "medidas antisuicidio" del hospital en cuestión.^{3, 4, 7-13} Un aspecto importante probablemente relacionado con el acceso a métodos, es que se ha observado que hasta en el 75 por ciento de los casos los suicidios han ocurrido fuera del hospital, durante los días de un permiso de salida terapéutico, por lo que algunos autores han señalado la necesidad de investigar las diferencias entre los eventos que suscitan dentro y fuera del hospital.¹³

En los dos casos que revisamos se trató de mujeres, sin pareja y sin una ocupación. Ambas presentaban síntomas psicóticos, la duración del padecimiento era menor a los cinco años y murieron en los primeros diez días de hospitalización. Otras características que se presentaron, aunque no en las dos pacientes, pero que se han mencionado como

factores de riesgo son la presencia de intentos suicidas previos, la historia de abuso de sustancias y conducta agresiva, la desesperanza y la impulsividad.

Estos casos, por separado, ilustran las limitaciones que aún se tienen con la evaluación del riesgo suicida. En el primer caso, quizá más cercano al perfil del suicida, aunque se identificó un elevado riesgo que condujo a su admisión en una unidad de cuidados especiales con vigilancia más estrecha, no pudo evitarse su muerte.

El segundo caso, en el que posiblemente encontraríamos que sus características no difieren del paciente que con gran frecuencia se admite a un hospital psiquiátrico, ingresó a una sala general de atención psiquiátrica y también se suicidó. Esto quiere decir que la atención intensiva y general para pacientes con mayor y menor riesgo suicida, respectivamente, no impidió el suicidio.

No obstante que se pueden hacer numerosas especulaciones, resulta patente la afirmación de Pokorny en cuanto a que la predicción certera del suicidio es imposible.⁶ Este autor propone una explicación para la ocurrencia del suicidio que puede aplicarse a los que suceden dentro de un hospital. Explica que muchos de los procedimientos que se utilizan para evaluar el potencial suicida correlacionan con la presentación posterior de esta conducta cuando se estudian poblaciones numerosas; sin embargo no son útiles para identificar sujetos en específico. En otras palabras, la evaluación clínica del riesgo suicida da como resultado un gran grupo de sujetos en elevado riesgo (falsos positivos) pero no permite identificar el caso particular de un sujeto que consumará o intentará el suicidio. Esta situación se debe a que es una conducta de muy baja frecuencia en su presentación y a que los instrumentos con los que disponemos son de baja sensibilidad y especificidad; esto último ha sido comprobado en un estudio reciente de casos y controles.¹³

La hospitalización ejerce su acción preventiva del suicidio a través de tres mecanismos: a) induciendo la mejoría del padecimiento mediante su adecuado tratamiento; b) reduciendo la disponibilidad de métodos; y c) manteniendo vigilancia continua del comportamiento. Es probable que la ocurrencia de suicidios (e intentos suicidas) dentro de los hospitales psiquiátricos sea producto de una combinación de insuficiencias en alguno(s) de estos tres mecanismos por lo que consideramos que una mejor aproximación a su prevención deberá contemplarlos de manera conjunta y simultánea, principalmente durante el primer mes de hospitalización.

En algunos hospitales se han implementado medidas dirigidas a la reducción en la disponibilidad de métodos (por ejemplo, la construcción de hospitales de una sola planta, evitar o impedir el acceso a ventanas de cristal y a medicamentos u otras sustancias psicoactivas, impedir la introducción de objetos que potencialmente puedan ser utilizados en el intento de suicidio, etcétera) y se ha reco-

mendado que se tome en cuenta el consejo médico en la ubicación geográfica y diseño arquitectónico de los hospitales.⁷ Algunos de los suicidios registrados entre 1968 y 1976 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez fueron llevados a cabo mediante el salto de grandes alturas,⁴ lo cual condujo a que las ventanas fueran protegidas desde el interior impidiéndose cualquier acceso al exterior, eliminándose desde entonces los suicidios por este método, pero aparecieron nuevos métodos, algunos insospechados como lo ilustra el segundo caso. De tal forma que aún objetos de uso cotidiano en el hospital pueden ser empleados para intentar y consumir el suicidio. En Inglaterra, el número de suicidios (por salto) que se suscitaron en un hospital ubicado en un quinto piso condujo al cierre de la unidad de atención psiquiátrica intrahospitalaria.¹⁴ Sin duda, esta no es una solución que pueda generalizarse. Otras instituciones han optado por redistribuir a los pacientes con mayor riesgo suicida hacia áreas de hospitalización con mayor vigilancia.¹⁰

Con el objetivo de tener una vigilancia constante de los pacientes, y como parte de las medidas tomadas ante la conducta suicida y otro tipo de eventos, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez recientemente se ha equipado a la unidad de atención intensiva con un sistema de circuito cerrado de vídeo. La limitante ante estas medidas puede ser entre otras, la baja especificidad de la evaluación clínica del riesgo suicida, por lo que estos eventos podrían trasladarse a las salas generales.

Finalmente es importante resaltar que, en general, se ha prestado menos atención a otras variables que podrían estar interviniendo, como es el ambiente hospitalario, las relaciones interpersonales entre el personal, entre los pacientes y personal-pacientes. Crammer ha hecho referencia a aspectos relacionados con la atmósfera humana del hospital.⁸ Afirma que una unidad hospitalaria es para el paciente, en comparación con su comunidad, un sitio de calma con rutinas tranquilas dirigidas por un personal estable y despreocupado por el futuro inmediato; de acuerdo con esta hipótesis los suicidios ocurrirían al alterarse alguna de estas características (por ejemplo, el cambio de turnos, cambios masivos e imprevistos en el personal, entre otros). Una segunda hipótesis enfatiza en la importancia de las relaciones del paciente con el personal y otros pacientes, de tal forma que el suicidio puede ocurrir al fracasar estos vínculos (por ejemplo, fallas de comunicación entre el personal con respecto al riesgo suicida de un paciente en particular y la inexperiencia o falta de entrenamiento del personal).¹⁰ Sin embargo, hasta donde sabemos, no existe algún estudio que se haya enfocado sistemáticamente en estos aspectos.

Aunque seguramente seguirán ocurriendo suicidios durante la hospitalización de algunos pacientes, también es un hecho que la admisión a una institución psiquiátrica evita esta conducta en una proporción comparativamente mayor.

Summary

Suicidal attempts in psychiatric institutions: a report of two cases. It has been estimated that 5% of suicides occur inside of the psychiatric institutions. This report describes two cases of suicide inside of a psychiatric hospital which illustrate, on one hand, the characteristics of suicidal risk among psychiatric inpatients, and on the other hand, the limitations, we may have, to prevent suicide. The rate of suicides inside psychiatric hospitals are explained by the very low presentation of this behavior, among patients and the poor specificity for suicidal risk, that may provide the clinical evaluation with standard clinical criteria. Nevertheless, hospitalization in psychiatric institutions avoids more suicide attempts and suicides than those are committed inside of them.

Key words: Suicide, psychiatric hospital, psychiatric inpatient.

Referencias

1. Mosciki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life-threat behav* 1995; 25:22-35.
2. SSA. Mortalidad 2001. México, 2001.
3. Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz HM. Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatr Ann* 1993; 23:256-62.
4. Villanueva M. Suicidio en pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. México, 1977.
5. Hirschfeld RMA, Davidson L. Risk factors for suicide. En: Frances AJ, Hales RE (eds). *Review of psychiatry*, vol. 7. Washington DC: American Press, 1988.
6. Pokorny A. Prediction of suicide in psychiatric patients: Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249-57.
7. Crammer JL. The special characteristics of suicide in hospital in-patients. *Br J Psychiatry* 1984; 145:460-76.
8. Roy A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1089-95.
9. Berglund M, Krantz P, Lundqvist G, Therup L. Suicide in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76:431-7.
10. Langley GE, Bayatti NN. Suicide in Exe Vale hospital, 1972-1981. *Br J Psychiatry* 1984; 145:463-7.
11. Morgan HG, Priest P. Assessment of suicide risk in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 1984; 145:467-9.
12. Appleby L. Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. *Br J Psychiatry* 1992; 161:749-58.
13. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldcare M, Hawton K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 266-72.
14. Salmons PH. Suicide in High Buildings. *Br J Psychiatry* 1984; 145:469-72.