



El 10 de septiembre se celebra el Día Mundial para la prevención del suicidio con lo que se busca fomentar en todo el mundo compromisos y prácticas que permitan prevenir el suicidio. A nivel mundial el suicidio representa la segunda causa principal de muerte en el grupo de personas de 15 a 29 años de edad.

En el 2012 se registraron en el mundo aproximadamente una 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial ajustada según la edad de 11,4 por 100.000 habitantes; lo que significa que aproximadamente cada 40 segundos muere una persona por esta causa, aunque debe tenerse en cuenta que en algunos países el suicidio es ilegal y puede que se presente un sub registro sobre el mismo.

Comportamiento del suicidio en Colombia:

- En Colombia el suicidio es la cuarta forma de muerte violenta, con una tasa de 4,08 por 100.000 habitantes, en el 2012 se practicaron 1.901 necropsias asociadas a lesiones auto infligidas, 12 casos más que en el año inmediatamente anterior, lo que corresponde a un incremento del 0,64%.
- El grupo etario predominante es el que corresponde a las personas entre los 20 y 24 años, con el 16,35% del total de casos conocidos; lo que equivale a 15.462 años perdidos de vida potencial.
- El 81% de los se presento en personas de sexo masculino y el 19% en del sexo femenino, para una razón hombre a mujer de 4 a 1, tendencia que se ha mantenido en los últimos 5 años.
- El mecanismo causal más utilizado por los hombres fue el ahorcamiento (685 casos, 44,98), seguido por el proyectil de arma de fuego (16,87%) y la intoxicación (16,61%). En el sexo femenino, el método más frecuente lo constituyó la intoxicación (138 casos, 37,70%), seguido del ahorcamiento (35,24).
- Dentro de las causas, el conflicto con la pareja presento (205 casos, 23,4) y en segundo lugar, padecer una enfermedad física o mental represento el 23,17%.
- A pesar de las cifras mencionadas anteriormente el estado conyugal más predominante es el soltero debido al rango de edad en que predominan los episodios de suicidio.

Registros de violencia auto infligida en afiliados de Salud Total EPS

Desde la Gerencia Nacional de Riesgos en Salud, se realizó un estudio de caracterización de uso de servicios de salud mental en el año 2012:

- Se evidenció que la atención por intento suicida se concentra en grupos de adolescencia y adultos jóvenes.
- El mismo estudio registro que las mujeres manifiestan una mayor proporción de diagnósticos por trastorno mental, intento de suicidio, lesiones auto infligidas y por violencias.
- Respecto al medio de intento suicida se observaron atenciones principalmente por envenenamiento auto infligido intencional para ambos sexos; se registraron para hombres exposiciones a plaguicidas, seguido por analgésicos no narcóticos, otras drogas, así como anti epilépticos, sedantes, hipnóticos y otros psicotrópicos; en el caso de las mujeres las exposiciones se relacionaron con drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo y analgésicos no narcóticos.

Iniciativas orientadas a la prevención e intervención de la conducta suicida:

- En 1999 la OMS implementa el Programa SUPRE que tenía como iniciativa la disminución a nivel mundial de las tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con las conductas suicidas.
- Programa de Acción Mundial para superar brechas en Salud Mental, el cual prioriza las conductas suicidas junto a otros eventos y trastornos mentales.
- En el 2012 el "Public Health Action for the Prevention of Suicide", el cual brinda recomendaciones a los gobiernos para la creación e implementación de estrategias para la prevención e intervención de las conductas suicidas.
- En el 2013 la 66 Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la OMS, que tiene como propósito reducir un 10% la tasa de suicidio para el 2020.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada, como en cualquier patología la historia clínica juega un papel vital en la evaluación del riesgo suicida.

Conceptos importantes para la evaluación del paciente:

- **Ideación suicida:** pensamientos o cogniciones sobre el suicidio como por ejemplo (pensamientos sobre acabar con la vida propia, con diversos grados de intensidad y elaboración, creencia de que la vida propia no es valiosa, cansado de esperar algo de la vida), estos pensamientos pueden o no ser comentados con otras personas.
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por si mismo una conducta suicida.

La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
 - **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligidas, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
- La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
 - La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera como conducta suicida:

- **Autolesión/gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
 - **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
 - **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **Suicidio:** Muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte.

Historia clínica: deberá realizarse una evaluación psicopatológica, además de evaluarse variables sociodemográficas, factores de riesgo y factores protectores. Teniendo en cuenta lo anterior la evaluación psicopatológica y social debe incluir:

- Evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen por qué el paciente ha tenido una conducta suicida.
- Características de la conducta suicida, con lo que se busca identificar los elementos que podrían predecir su repetición.

La tipología de los pacientes que se evalúan en este ámbito puede ser de tres tipos:

1. Aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio.
2. Los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida.
3. Los que tienen ideación suicida pero aun no la han manifestado verbalmente.

Factores de riesgo:

- **Edad:** es más frecuente en la juventud y tercera edad.
- **Sexo:** es mayor la mortalidad en hombres que en mujeres, siendo los intentos a la inversa
- **Factores genéticos y biológicos**
- **Trastornos Psiquiátricos:**
 - **Depresión Mayor:** Entre el 65 y 90% de las conductas suicidas parecen asociadas.
 - **Trastorno Bipolar:** 25-50% de pacientes con este trastorno intentan suicidarse.
 - **Trastornos Psicóticos:** El 25- 50% de personas con este diagnóstico tendrán un intento de suicidio a lo largo de la vida.
 - **Trastornos de Ansiedad:** se asocian con tasas elevadas de conductas suicidas, aunque no es claro si independientes o por comorbilidad con los trastornos afectivos.
 - **Trastornos de la Conducta Alimentaria:** la anorexia nerviosa presenta mayor riesgo, especialmente mujeres en juventud tardía.
 - **Abuso de Alcohol y de otras Sustancias Psicoactivas (SPA):** se ha calculado que uno de cada cuatro suicidas tiene abuso de alcohol o de otras SPA.
 - **Trastornos de Personalidad (TP):** Los más asociados con suicidio son el antisocial y el límite; este último con un riesgo 4-8% mayor al de población general.
 - **Trastornos de Inicio en Infancia y Adolescencia:** Los trastornos , alta comorbilidad con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), ansiedad y consumo de SPA en adolescencia.
- **Acontecimientos vitales estresantes:** pérdidas afectivas por muerte o ruptura, pérdidas financieras, problemas legales y laborales, relaciones conflictivas en el entorno laboral y escolar. En niños y adolescentes, conflictos con maestros y pérdida de años escolares. La exposición al suicidio de familiares o personas cercanas y la difusión de suicidios en los medios también se describe dentro de los desencadenantes, especialmente en jóvenes ("efecto contagio", "imitación" o "síndrome de Werther").
- **Apoyo socio familiar escaso o nulo:** la conducta suicida es más frecuente en personas sin apoyo social, que viven solas, sin pareja, separadas o divorciadas; en especial, hombres en los meses inmediatamente siguientes a pérdidas afectivas.
- **Maltrato y abuso:** ser víctima de violencia física y sexual, especialmente durante la niñez y adolescencia, aumenta la probabilidad de conductas suicidas. Así mismo, la violencia de género incrementa el riesgo de trastornos psiquiátricos y de suicidio en mujeres.
- **Acceso a elementos letales:** armas de fuego, plaguicidas y otros tóxicos que puedan ser utilizados para acabar con la propia vida.
- **Pobreza y desempleo:** las dificultades económicas que afectan la economía individual o familiar tienen impacto significativo en la autopercepción.
- **Inadecuados servicios de salud:** insuficiencia de recursos y la inequidad en su distribución como razones principales; pero además con la pobre información acerca de los trastornos y su posibilidad de tratamiento, desconocimiento de recursos disponibles y estigma sobre este tipo de conductas.

- **Inequidades e injusticias:** que establecen ideales inalcanzables de belleza y posesiones llevando a frustración y desesperanza.
- **Mitos y creencias:** que generan equívocos en la atención de personas con conductas suicidas como “el que lo dice no lo hace” o “todo el que se suicida es un enfermo mental”.

Factores protectores: son factores de que disminuyen la probabilidad de un suicidio en personas con factores de riesgo para el mismo.

➤ **Personales:**

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas.
- Alta autoestima y autoconfianza.
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
- Flexibilidad cognitiva.
- Receptividad hacia la experiencia y soluciones de otras personas.
- Tener hijos, con predominio en las mujeres.

➤ **Sociales o medioambientales:**

- Apoyo familiar y social, no solo su existencia sino su fuerza y calidad.
- Integración social.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales.
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.
- Participación en deportes, clubes y otras actividades.

ABORDAJE DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se ha sugerido que la reducción de la tasa de suicidio podría mejorar si se realizara una capacitación de los médicos de atención primaria con el fin de que estos puedan reconocer y realizar un abordaje diagnóstico y psicoterapéutico a través de la historia clínica de aquellos pacientes con trastornos mentales.

Es importante señalar que hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que si el paciente habla sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa.

Principales acciones que la OMS propone realizar o evitar ante una situación de ideación suicida	
¿QUÉ HACER?	¿QUÉ NO HACER?
-Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma -Mostrar apoyo y preocupación -Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo -Preguntar acerca de los intentos previos -Explorar posibilidades diferentes al suicidio -Preguntar acerca del plan de suicidio -Ganar tiempo, pactar un “pacto de no suicidio”	-Ignorar la situación -Mostrarse consternado -Decir que todo estará bien -Retar a la persona a seguir adelante -Hacer parecer el problema como algo trivial -Dar falsas garantías -Jurar guardar secreto -Dejar a la persona sola.

- Identificar otros posibles apoyos
- Restringir el acceso a medios letales
- Comunicación entre profesionales
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.

No resulta fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Las preguntas deberán formularse de forma gradual y no ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática; un ejemplo de algunas preguntas que pueden realizarse son:

Recomendaciones de cómo, cuando y qué preguntar sobre la conducta suicida

Cómo preguntar:

- ¿Se siente feliz?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseo de suicidarse?

Cuándo preguntar:

- Luego de establecer una comunicación empática
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando su sentimientos

Qué preguntar:

- ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
- ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
- ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan para acabar con su vida? Ó ¿Cuándo lo va a hacer?

Los puntos mas importantes a evaluar en un paciente con ideación suicida son:

- Evaluación de los factores sociodemográficos.
- Trastornos mentales asociados.
- Intentos previos.
- Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastorno mental.

Si el paciente tiene ideación y/o planificación suicida es necesario graduar el nivel de riesgo de que este paciente pueda presentar conducta suicida. También debe tenerse en cuenta que en muchas ocasiones, los pacientes que desean suicidarse pueden negar deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud de la persona evaluada (por ejemplo, un paciente agitado que súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo, etc.) habrá que considerar que pueda tratarse de una mejoría engañosa o falsa y que haya tomado la decisión de suicidarse.

En la siguiente tabla se recogen algunas recomendaciones del programa SUPRE de prevención del suicidio de la OMS acerca de los principales aspectos a tener en cuenta cuando un paciente tiene ideación y/o planificación suicida. Están dirigidas al personal de atención primaria en general, aunque no exclusivamente para médicos o personal de enfermería, y se gradúan según el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida.

Recomendaciones de actuación en atención primaria según el nivel de riesgo de suicidio	
Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer apoyo -Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida -Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado -Derivación a salud mental -Seguimiento regular.
Medio (ideación y planificación suicida, pero no inmediata)	<ul style="list-style-type: none"> -Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona -Explorar alternativas al suicidio -Pactar un contrato "no suicidio" (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> • sin contactar previamente con el personal de salud • por un periodo específico de tiempo -Derivación a salud mental -Contactar con la familia y allegados.
Alto (plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo)	<ul style="list-style-type: none"> -Acompañamiento -Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio -Haga un contrato de "no suicidio" -Derivación inmediata del paciente a un hospital especializado.

Tras un **intento de suicidio** se deberá valorar, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones. Si la derivación por este motivo no es necesaria, es preciso evaluar la capacidad mental, la existencia de enfermedades mentales graves, el estado de ánimo y realizar una valoración psicosocial que incluya la evaluación de la (identificación de factores de riesgo psicológicos y del entorno que puedan explicar dicho intento) y el riesgo de futuros episodios (identificación de una serie de factores predictores de la conducta suicida).

Los puntos más importantes a evaluar luego de un intento de suicidio serian los siguientes:

- Características del intento: peligrosidad objetiva y percibida por el paciente, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, deseos de morir, apoyos externos, actitud postintento.
- Intentos previos.
- Evaluación de factores sociodemográficos.
- Trastornos mentales asociados.
- Antecedentes familiares (intentos de suicidio y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares).

Riesgos para suicidio inminente:

- Persistencia o aumento de intensidad de la ideación o plan suicida sobre todo en el ultimo mes o ultimo año y que en el momento de la evaluación el paciente presente agitación, violencia, incomunicación activa (negativismo).

Tenga en cuenta que la información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede ser proporcionada por el propio paciente o por familiares, amigos, cuidadores u otros médicos.

ASPECTOS A RECOGER EN LA EVALUACIÓN DE UN PACIENTE CON IDEACIÓN Y/O CONDUCTA SUICIDAS		
DATOS PERSONALES		
Sexo Edad	País de origen Grupo étnico	Estado civil Ocupación
FACTORES DE RIESGO		FACTORES PROTECTORES
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA		CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> -Planificación -Evolución -Frecuencia -Valoración de la Intencionalidad y determinación 		<ul style="list-style-type: none"> -Valoración de la Intencionalidad -Letalidad de la conducta -Método <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación medicamentosa • Intoxicación por otro producto químico • Daño físico -Actitud ante la conducta suicida actual -Medidas de evitación de rescate -Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA		TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none"> -Alteración del nivel de conciencia -Afectación de la capacidad mental -Intoxicación por alcohol u otras drogas -Enfermedades mentales -Estado de ánimo -Planes de suicidio -Capacidad de otorgar un consentimiento informado -Necesidad de valoración por parte de especialista 		<ul style="list-style-type: none"> -Ideación suicida -Comunicación suicida -Conducta suicida

CRITERIOS DE REMISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

En el paciente con ideación suicida, ciertos signos de alarma pueden ser relevantes para la toma de decisiones. Así, se procederá a realizar una remisión de forma urgente desde atención primaria a una institución de salud mental, en los siguientes casos :

- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta suicida grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida
- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato
- Presencia de tentativas previas
- Situación socio-familiar de riesgo o falta de soporte.

Ante un episodio de conducta suicida, la urgencia de la derivación dependerá de las características clínicas del cuadro y de la historia clínica del paciente. Es importante recordar que la gravedad o la trivialidad aparente de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones no se relaciona necesariamente con la gravedad del trastorno mental.

- La remisión será urgente, desde atención primaria al servicio de urgencias de la red hospitalaria, en los siguientes casos:
 - Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
 - Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente).
- Podrá contemplarse la remisión de forma prioritaria a salud mental (en el plazo de una semana) de aquellos pacientes con ideación o conducta suicida en los que No estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:
 - Alivio tras la entrevista
 - Expresión de intención de control de impulsos suicidas
 - Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
 - Ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada/grave
 - Apoyo socio-familiar efectivo.

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la remisión a la unidad de salud mental y concertar una cita de seguimiento en atención primaria, para asegurar que la relación con el paciente continúe.

Bibliografía:

- International Association Suicide Prevention (IASP); Guidelines for Suicide Prevention.
- Organización Mundial de la Salud. Preventing Suicide: A global imperative; Executive Summarie. 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. 2013.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2011.
- Muñoz, I., Bernal, J., Guarín, N., Arevalo, H. Caracterización de la demanda de servicios de salud mental en una aseguradora en salud en Colombia, 2012. Salud Total EPS. 2014.

