



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la
Especialidad en Psiquiatría para optar por el grado y título de Especialista en
Psiquiatría

“Análisis de guías de riesgo suicida en pacientes en el servicio de emergencias.”

Candidata: Natalia De La Cruz Villalobos

Hospital Nacional de Salud Mental

Pavas, San José, Costa Rica

2024

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a mi familia. Y al doctor Rolando Ramírez, quien fue el que sembró en mí la espinita de la psiquiatría y me inspira a ser mejor profesional.

Agradecimientos

Primero quiero agradecerme a mí, por no rendirme y por salir adelante.

También quiero agradecer a mi familia por el apoyo brindado. A Sope por ayudarme desde el día uno, a memorizar los criterios diagnósticos, entre otros.

A mi esposito, por impulsarme a ser mejor persona y profesional cada día.

A mis compañeros de residencia, por sobrevivir a todo esto proceso juntos.


En especial a Karla por todas las horas de estudio.

A los doctores psiquiatras, quienes han tenido la paciencia de compartir un poco de lo que saben con nosotros.

A mis amigos, por apoyarme siempre.


Hoja de aprobación

"Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en **Psiquiatría** de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en el Programa de Posgrado de **Psiquiatría**"



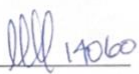
Rolando Ramírez Gutiérrez

Dr. Rolando Ramírez Gutiérrez
Tutor/Profesor Guía



Dra. Amanda Castro Montenegro

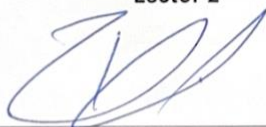
Dra. Amanda Castro Montenegro
Lector 1



Kathy Fowler M.

Dra. Kathy Fowler Montero

Lector 2



Dr. Roberto Chavarría Bolaños

Dr. Roberto Chavarría Bolaños
Coordinador Programa de Posgrado en la Especialidad en Psiquiatría



Natalia De La Cruz Villalobos

Natalia De La Cruz Villalobos
Sustentante

Lista de abreviaturas

GWAS: genome-wide association study

SNP: single nucleotide polymorphism

TBX20: T-box transcription factor 20

COL6A6: Collagen Type VI Alpha 6 Chain

GNAL: Guanine nucleotide-binding protein G

BACE 1: Beta-Amyloid precursor protein-Cleaving Enzyme

CDC34: Cell division cycle 34

API: agresividad en la primera infancia

ADN: ácido desoxirribonucleico

HPA: hypothalamic-pituitary-adrenal axis

TDM: transtorno depresivo mayor

LGBT+: lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales, queer o asexuales

CAT: Computer-aided translation

MSHR: Manchester Self-Harm Rule

DE: departamento de emergencias

ASQ: Ask-suicide screening question

SAMSHA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

PHQ-9: Patient Health Questionnaire

ECA: ensayos controlados aleatorios

Lista de tablas, gráficos y figuras

Tabla 1. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio en Costa Rica en los últimos 8 años

Tabla 2. Clasificación de los factores de riesgo en modificables y no modificables

Tabla 3. Clasificación de los niveles de riesgo de muerte por suicidio

Tabla 4. Poblaciones vulnerables que se deben evaluar a profundidad la conducta suicida

Gráfico 1. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según sexo

Gráfico 2. Incidencia global de casos notificados de intentos de suicidio según sexo

Gráfico 3. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según edad 2024

Gráfico 4. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según provincia

Figura 1. Modelo biopsicosocial

Tabla de contenido

RESUMEN	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	2
OBJETIVOS	2
OBJETIVO GENERAL:	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	2
JUSTIFICACIÓN	3
INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	6
EPIDEMIOLOGÍA	6
<i>Estadística nacional</i>	8
Intentos de Suicidio	8
Mortalidad por suicidio	12
DEFINICIONES	12
MITOS Y REALIDADES	13
FACTORES DETERMINANTES	15
<i>Factores de riesgo</i>	16
TEORÍAS DEL SUICIDIO	22
<i>Modelo de Reacción Catalítica del Suicidio</i>	24
<i>Modelo de estrés-diátesis</i>	25
<i>Modelo biopsicosocial para el suicidio</i>	26
Factores distales o predisponentes	26
Factores de desarrollo o mediadores	27
Factores precipitantes o proximales	28
FACTORES PROTECTORES	31
ESTRATEGIAS DE ABORDAJE	32
<i>Prevención</i>	32
<i>Evaluación y determinación del riesgo en el servicio de emergencias</i>	33
<i>Historias clínicas electrónicas</i>	35
<i>Estrategias de comunicación</i>	36
ESCALAS DE EVALUACIÓN	37

CALIDAD DE VIDA.....	41
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	45
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS.....	54
ANEXO1. ESCALA SAD PERSONS	54
ANEXO 2. TEST DE AUTOLESIÓN DE MANCHESTER	55
ANEXO 3. ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK.....	56
ANEXO 4. ESCALA IS PATH WARM.....	57
ANEXO 5. ESCALA ASK-SUICIDE SCREENING QUESTIONS	58
ANEXO 6. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE- 9 (PHQ-9)	59
ANEXO 7: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE- 2 (PHQ-2)	60
ANEXO 8. VERSIÓN AL CASTELLANO DEL SUICIDAL BEHAVIORS QUESTIONNAIRE-REVISED..	61
ANEXO 9. ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)	62
ANEXO 10. PATIENT SAFETY SCREENER-3 (PSS-3) ESPAÑOL.....	64
ANEXO 11. SUICIDAL IDEATION QUESTIONNAIRE (SIQ) EN ESPAÑOL	65
ANEXO 12. ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE LA OMS (PROYECTO SUPRE)	67
ANEXO 13. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA ERS.....	68
ANEXO 14. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE RIESGOS DE LINEHAN (LRAMP)	69

Resumen

Antecedentes: El suicidio es reconocido como un importante problema de salud pública y la fuente principal de muertes prevenibles a escala mundial.

Según la OMS, anualmente se quitan la vida cerca de un millón de personas, y muchas más intentan hacerlo. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo de 15 a 29 años en todo el mundo. Este no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo (OMS, 2019).

Métodos: Se realizó un análisis de los protocolos y guías encontradas a nivel nacional e internacional de personas con riesgo de suicidio. Las cuales se investigaron y se compararon los abordajes y manejos iniciales de estos protocolos. Además, se realizó una revisión de las escalas más utilizadas para valoración del riesgo.

Resultados y conclusiones: Se documentó que la principal estrategia en el abordaje es mediante la entrevista clínica, valorando los factores de riesgo y factores protectores, así como antecedentes patológicos y no patológicos. No se encontró ninguna escala que sea totalmente efectiva en la detección del riesgo suicida, por lo que estas se deben de usar de forma complementaria.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el abordaje clínico más recomendado en los pacientes con riesgo suicida en servicios de emergencias?

Objetivos

Objetivo general:

- Orientar el abordaje inicial clínico óptimo y efectivo en el manejo de los pacientes con riesgo suicida en el servicio de emergencias

Objetivos específicos:

- Revisar y analizar guías y protocolos tanto a nivel nacional como internacional de abordaje de suicidio
- Recopilar e identificar las escalas útiles en el abordaje de estos pacientes
- Determinar elementos claves que deben integrarse en el abordaje inicial de los pacientes con ideación suicida

Justificación

A nivel mundial cerca de un millón de personas mueren por suicidio al año (*World Health Organization, 2023*). En Costa Rica la mortalidad ha ido en aumento, hasta el mes de julio se documentaron 429 personas fallecidas por esta causa. Por cada persona fallecida, 20 personas lo intentan (*Ministerio de Salud, 2024*).

Nuestro deber como personal de la salud mental es conocer el abordaje correcto de estas personas para así poder brindarles la ayuda necesaria.

Un gran porcentaje de la consulta del médico psiquiatra incluye personas con diferentes posiciones del continuum del suicidio, por lo que el abordaje de la ideación suicida es primordial para evaluar el riesgo de esta causa de muerte.

En varias revisiones de los registros médicos de personas que murieron por suicidio, se encontró que un mes antes de fallecer al menos la mitad de ellos recibieron atención médica y un 24% aproximadamente se dio en servicios de salud mental (*King et al., 2017*).

Se desarrollará en este tema, tratando de romper el tabú que gira en su entorno, por ejemplo, un mito comúnmente escuchado es que al preguntar acerca de ideas de muerte en los pacientes los impulsa a tener estos pensamientos, con múltiples estudios se ha demostrado que esto no es así, sin embargo, mucho personal de salud, así como la población en general, desconoce la realidad.

En este trabajo se abordará el manejo clínico inicial de los pacientes dentro del espectro suicida, excluyendo el manejo farmacológico y estudios complementarios.

Introducción

Las urgencias psiquiátricas se definen como cambios de conducta que ponen en riesgo la vida, tanto del paciente como de terceros, por lo que requieren atención inmediata (ya sea en pocos minutos u horas), para evitar que el desenlace sea fatal. Entre ellas, se encuentran la conducta suicida, los episodios de alteración del estado de ánimo, la automutilación, el deterioro grave del juicio, el abandono grave de uno mismo, la intoxicación o abstinencia y la agitación psicomotora (Baldaçara et al., 2021).

La Organización Mundial de la Salud (2022) informa que, a nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. Cada año, más de 800.000 personas mueren por esta causa: una persona cada 40 segundos (World Health Organization, 2014). A su vez, se documenta una probabilidad de que por cada suicidio consumado existen 20 intentos que incluso no son reportados (Castro Vargas, 2022).

La prevención del mismo es una de las prioridades importantes. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. Además, los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad más propensos a abrigar ideas de suicidio o autolesionarse. En general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de algunos de estos a causas accidentales, así como a la criminalización del mismo en algunos países (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Se valora el acto suicida (tentativa o consumado), como un fenómeno multifactorial, pluridimensional que remite a causas o razones diversas, lo cual incluye múltiples factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para llevar a una persona a tener una conducta suicida, pero el estigma asociado a los trastornos mentales y al suicidio significa que muchas personas se sienten incapaces de buscar ayuda. (World Health Organization, 2014, García et al, 2020)

El suicidio trunca la vida de las personas y deja a los sobrevivientes –aquellos que quedan atrás– luchando con su dolor y sus esfuerzos por comprender (King et al., 2017).

Marco Teórico

Epidemiología

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que casi 1 millón de personas mueren por suicidio cada año, por lo que se ha determinado como un grave problema de salud pública (*World Health Organization, 2023*).

Todo suicidio es una tragedia con importantes repercusiones en las familias, amigos y comunidades. Reducir el número de este tipo de muertes en el mundo es un imperativo global, y se han fijado objetivos globales al respecto. La reducción de la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030 se ha incluido como indicador y como meta. La OMS, junto con la OPS, realizaron una guía para la prevención del suicidio llamada “Vivir la Vida”, esto con la intención de disminuir la mortalidad (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Según datos de encuestas de autoinforme, la OMS ha estimado que, por cada muerte por suicidio, unas 20 personas intentan suicidarse. Esta proporción varía de un país a otro en función de la letalidad de los métodos de suicidio más utilizados (Turecki et al., 2019). La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego se encuentran entre los métodos más comunes en todo el mundo, pero se utilizan muchos otros métodos y la elección del método a menudo varía según el grupo de población (World Health Organization, 2014).

Asimismo, se ha establecido que la incidencia de intentos de suicidio es más alta en personas adultas jóvenes, sin embargo tienen una baja mortalidad, al contrario, los adultos mayores son el grupo etario con tasas de muerte más elevadas

(Organización Panamericana de la Salud, 2021). Por otra parte, las muertes por suicidio en jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años han aumentado un 178% y un 76%, respectivamente, durante la última década en los Estados Unidos (Hughes, Trombello, et al., 2023).

Las tasas de intentos de suicidio son generalmente más altas en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, en la mayoría de los países, las tasas de suicidio son 2-3 veces más altas en los hombres que en las mujeres, lo que podría deberse a una preferencia masculina por métodos de mayor letalidad y la renuencia de los hombres a buscar ayuda (Turecki et al., 2019).

Las ideaciones suicidas son considerablemente más frecuentes que la conducta suicida, pero las estimaciones de incidencia varían. En un análisis de los datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental de 17 países, la prevalencia de ideación suicida fue del 9,2%, mientras que la prevalencia de planes suicidas alcanzó el 3,1%. Estos factores pueden variar, ya que la disposición de una persona a informar de la ideación e intentos de suicidio puede depender de sus creencias religiosas, el estigma y los métodos utilizados para recopilar datos (Turecki et al., 2019).

Dentro de los factores de riesgo para el suicidio encontramos no solo trastornos mentales severos, sino otros factores tales como las sensaciones de soledad y aislamiento, las cuales habrían aumentado este último tiempo como consecuencia del confinamiento por COVID-19 (Altamirano et al, 2020).

Estadística nacional

Este evento de salud pública es atendido en los diferentes servicios de salud públicos y privados del país y, al ser un factor de alto riesgo para la vida, los intentos de suicidio están incorporados en el Decreto de Vigilancia de la Salud 40556-S. (boletín epidemiológico)

Intentos de Suicidio

Se logra recopilar las estadísticas de casos notificados de intento de suicidio en Costa Rica de los últimos 8 años de los boletines epidemiológicos que emite el Ministerio de Salud, los cuales se observan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio en Costa Rica en los últimos 8 años.

Año	2017			2018			2019			2020		
	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M
		1261	785	476	2082	1244	838	3188	2034	1154	1786	1116
Año	2021			2022			2023			2024*		
	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M	TOTAL	F	M
		2159	1402	757	2896	1963	933	3143	2135	1008	1864	1233

Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2024

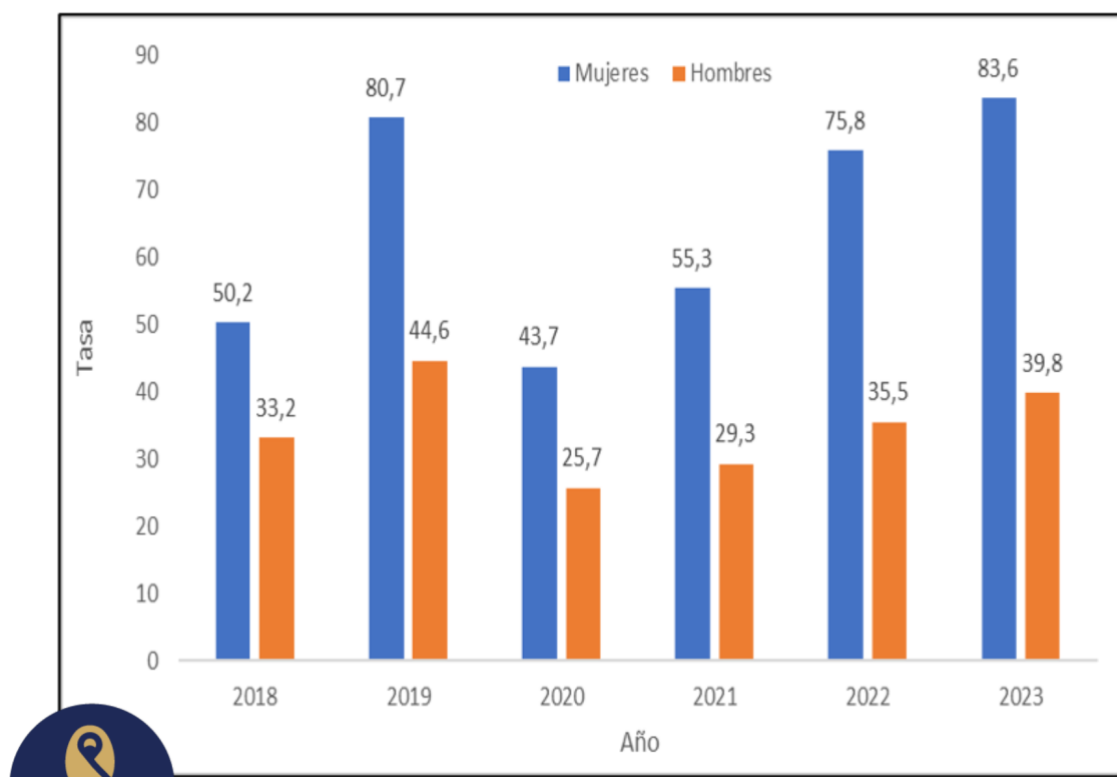
Se observa que, desde el año 2017, la cantidad de pacientes con riesgo de suicidio ha ido en aumento, alcanzando su pico en 2019 con 3188 pacientes. Luego en 2020, se registró una disminución en la incidencia, pero en 2021 y 2022 fueron aumentando de nuevo paulatinamente hasta llegar a 2896 pacientes.

Este comportamiento puede estar relacionado con el año que inició la pandemia, y luego estos fueron disminuyendo. Posteriormente, una vez que disminuyeron las restricciones, fue aumentando la cantidad de pacientes con

intentos de suicidio, ya que había muchos trastornos que hicieron más vulnerable a la población en general. Los datos notificados en las áreas de salud del país para el 2024 se dieron hasta el mes de julio, en la semana epidemiológica número 25.

A la vez podemos ver en el siguiente cuadro la incidencia de paciente según sexo.

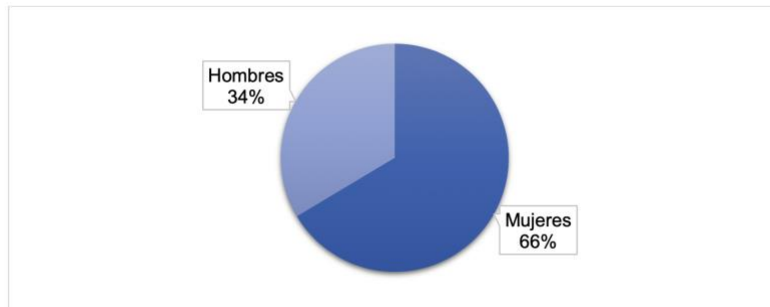
Gráfico 1. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según sexo.



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2024

El gráfico porcentual nos hace ver el comportamiento en términos de sexo, en donde podemos determinar que las mujeres continúan siendo el grupo de población con las tasas más altas, con una tasa de 83,6 a diferencia del sexo masculino en 39,8, a la semana 45 del 2023.

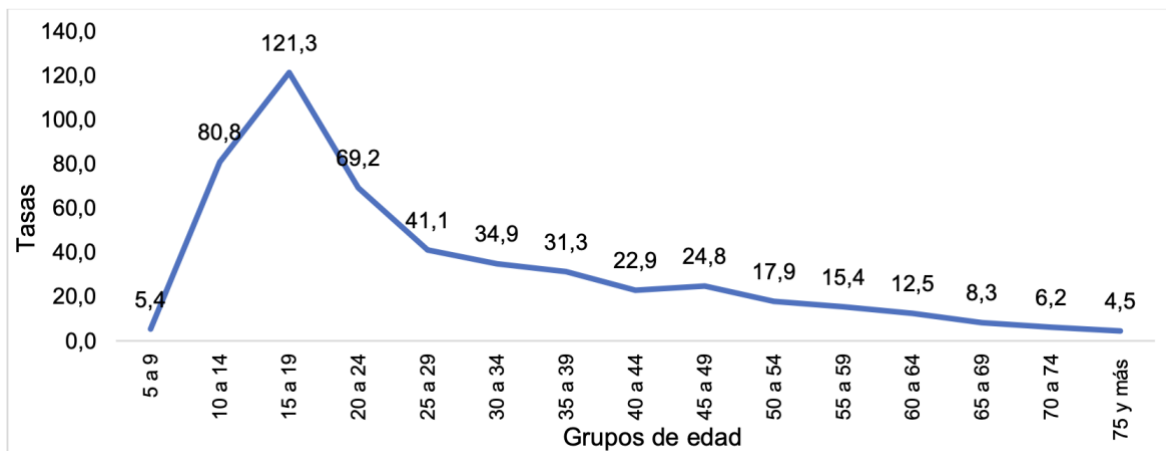
Gráfico 2. Incidencia global de casos notificados de intentos de suicidio según sexo



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2024

A manera global podemos ver que las mujeres tienen un 66% de incidencia, mientras que los hombres tienen un 34% de los casos.

Gráfico 3. Incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según edad 2024.



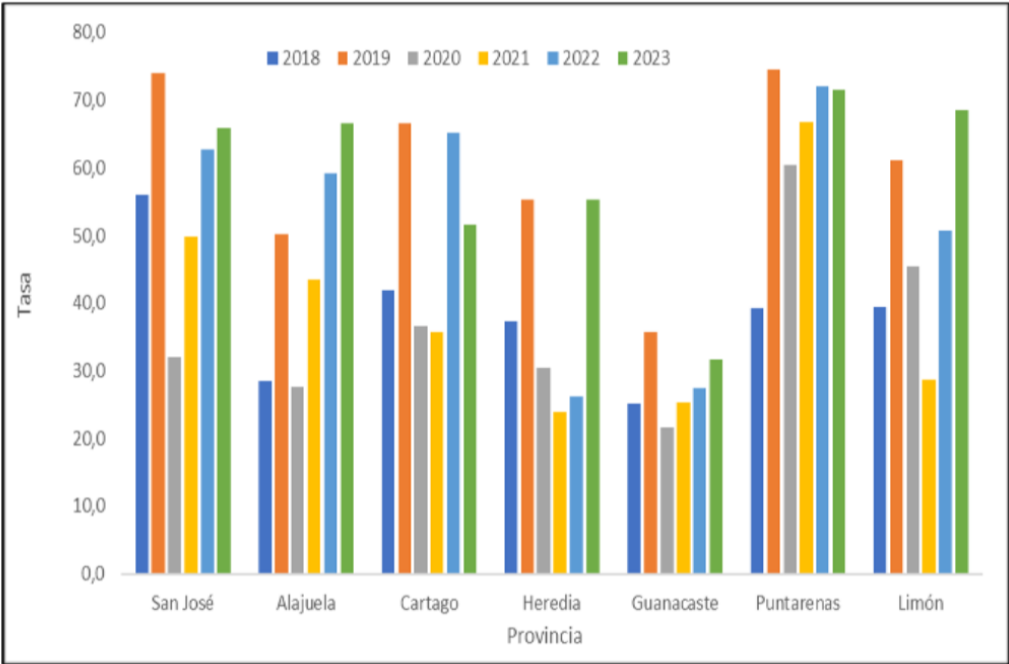
Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2024

A partir del Gráfico 3, se puede observar el comportamiento, en donde los jóvenes con edades de 10 a 14 y de 15 a 19 obtuvieron las tasas más altas, estos datos notificados por los diferentes servicios de salud públicos y privados. Por lo

que, es importante evidenciar este comportamiento para construir e implementar programas de prevención interinstitucional, comunal y escolar que disminuyan los casos de intentos de suicidio.

Estos datos también coinciden con las estadísticas de los 5 años anteriores en cuanto a edad, ya que el grupo etario que tuvo mayor riesgo e incidencia de intento de suicidio fueron jóvenes de edades entre 15-19 años. Con esto podemos determinar que este grupo es muy vulnerable.

Gráfico 4. incidencia de casos notificados de intentos de suicidio según provincia.



Fuente: Dirección Vigilancia de la Salud, Ministerio de Salud, 2024

Si hablamos por provincia, el gráfico evidencia que la provincia de Puntarenas es la que presenta la tasa más alta de incidencia de casos notificados de intentos de suicidio con un 71,5%, en una segunda posición Limón 68,5% y en tercer lugar Alajuela cerca de un 65%.

Las condiciones socioeconómicas adversas que enfrentan estas provincias probablemente son factores que aumentan significativamente este comportamiento.

Mortalidad por suicidio

Un dato importante que se ha logrado recopilar es la mortalidad secundaria al suicidio en Costa Rica, la cual se da en un total de 429 en el año 2024. Estos datos han venido aumentando en los últimos 5 años. Además, se ha logrado determinar que, por cada fallecimiento, cerca de 25 personas lo intentan (Ministerio de Salud, 2024).

Definiciones

Existen diferentes terminologías utilizadas en el abordaje de los pacientes con riesgo suicida de las cuales no se ha presentado un consenso. Diferentes autores incluyen las siguientes definiciones:

- Suicidio o muerte por suicidio: Muerte causada por una conducta lesiva hacia uno mismo con la intención de morir (Hughes, Horowitz, et al., 2023). El acto de provocar intencionalmente la propia muerte (Sarkhel et al., 2023; Turecki et al., 2019). Acto deliberado de quitarse la vida (Sotoca et al., 2017).
- Intento de suicidio: conducta autoinflingida, no mortal, potencialmente lesivo, se realiza con la intención de morir, pero en ocasiones puede no resultar en lesiones. (Hughes, Horowitz, et al., 2023; Sarkhel et al., 2023; Turecki et al., 2019).

- Ideas suicidas/pensamientos suicidas: pensamiento, consideración o planificación de técnicas para quitarse la vida (Hughes, Horowitz, et al., 2023; Sarkhel et al., 2023).
- Autolesión: cualquier acto de daño infligido por uno mismo; incluye intento de suicidio, autolesión y autolesión no suicida (Hughes, Horowitz, et al., 2023; Sarkhel et al., 2023; Turecki et al., 2019).
- Amenaza suicida: cualquier acción interpersonal, verbal o no verbal, sin un componente autolesivo directo, que se interpreta como una comunicación o sugerencia de posible conducta suicida en el futuro cercano (Sarkhel et al., 2023).
- Plan suicida/ planificación suicida: proyecto o método concreto para llevar a cabo un diseño que conducirá a un resultado potencialmente autolesivo, esto incluye cómo, cuándo, dónde (Sarkhel et al., 2023; Sotoca et al., 2017).

Mitos y realidades

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y arraigados en la población que no reflejan la verdad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos, en este caso, con respecto a la conducta suicida. Estos deben ser eliminados para poder afrontar eficazmente este grave problema. Es un tema del cual muchas personas evitan hablar abiertamente. A continuación, se citan algunos de los mitos más frecuentes y sus realidades:

Mito 1 -Hablar o preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo: está demostrado que preguntar y hablar con

la persona sobre la presencia de pensamientos suicidas, disminuye el riesgo de cometer el acto ya que permite aliviar tensión y le indica que nos preocupa. Por lo que se recomienda preguntarle a la persona, escuchar sin juzgar, permitirle la expresión de sus sentimientos (Jiménez et al, 2016, Briongos et al., 2022).

Mito 2 - La persona que expresa su deseo de acabar con su vida nunca lo hará: con frecuencia, la mayor parte de las personas que han intentado suicidarse, previamente expresaron su intención con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta (Jiménez et al, 2016).

Mito 3 - Sólo las personas con problemas graves se suicidan, por tanto los niños/adolescentes no se suicidan: el suicidio tiene múltiples causas, la gravedad del problema es subjetivo, lo que a uno le puede parecerle trivial a alguien más le puede ser catastrófico y viceversa. Por lo que se recomienda no emitir juicios de valor (Jiménez et al, 2016).

Mito 4 - La persona que se quiere suicidar no lo dice: la mayoría de personas con ideación suicida han expresado este deseo previamente. Es importante no pasar por alto estas amenazas y detectarlas a tiempo (Jiménez et al, 2016).

Mito 5 - La persona suicida está decidido a morir: la persona suicida suele ser ambivalente acerca de la vida o la muerte, lo que realmente quieren es aliviar su sufrimiento. Por lo que el acceso al apoyo emocional en el momento adecuado puede prevenir el suicidio (Sotoca et al., 2017, Briongos et al., 2022).

Mito 6 - Sólo las personas con trastornos mentales son suicidas: el comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no están

afectadas por este comportamiento y no todas las personas que se quitan la vida tiene un trastorno mental (Sotoca et al., 2017).

Mito 7 - Las personas que se autolesionan solo quieren llamar la atención, no quieren quitarse la vida: estas lesiones autoinflingidas son mecanismos de autorregulación. Los estudios indican que puede haber una evolución de la letalidad de los intentos (Briongos et al., 2022).

Mito 8 - El que se suicida es un/a cobarde/valiente: El suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía sino con el sufrimiento y la desesperanza. Es un error equiparar el suicidio con la valentía, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de una cualidad positiva y susceptible de querer ser imitada (Briongos et al., 2022).

Mito 9 - Los medios de comunicación no deben hablar del suicidio para evitar “el efecto llamada”: La publicación de información de manera adecuada y responsable, por parte de los medios, es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio (Efecto Papageno) (Briongos et al., 2022).

Factores determinantes

Existen factores determinantes en la evaluación de la población que se presenta con riesgo suicida. Dentro de los cuales son importantes distinguir entre factores de riesgo y predicción de riesgo, esto debido a que los primeros se evalúan como factores aislados. La predicción requiere de una atención especial a la manera en que los factores de riesgo interactúan entre sí. Es por esto que la predicción no se puede hacer solo mediante una lista de factores (Cárdenas B et al., 2012).

Factores de riesgo

El riesgo de suicidio está influenciado por la interacción de una variedad de factores biológicos, modificables y no modificables (Tabla 2), psicológicos, sociales, culturales y ambientales, estos pueden modificar las acciones y pensamientos de las personas, en este caso aumentan la vulnerabilidad de la conducta suicida. En varios modelos de riesgo se reconocen como resultado de la interacción entre factores predisponentes (también conocidos como distales o diátesis) y precipitantes (también conocidos como proximales, desencadenantes o estresantes), y algunos otros también hablan los factores de desarrollo (World Health Organization, 2014, Turecki et al., 2019). Por lo que identificar los factores que aumentan el riesgo es fundamental (Álvarez, 2012).

Tabla 2. Clasificación de los factores de riesgo en modificables y no modificables.

Modificables	No modificables
Trastorno afectivo	Heredabilidad
Esquizofrenia	Sexo
	Edad:
	- Adolescentes y adultos jóvenes
Trastorno de ansiedad	- Adultos mayores
Abuso de sustancias	Estado civil
Trastorno de personalidad	Situación laboral y económica
Otros trastornos mentales	Creencias religiosas
Salud física	Apoyo social
Dimensiones psicológicas	Conducta suicida previa

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012

A continuación, se revisa y se detalla la evidencia sobre los factores de riesgo para el espectro de suicidio:

- **Factores demográficos:** en los Estados Unidos se ha observado que el sexo masculino, ser blanco no hispano o nativo americano y ser adolescente o

adulto mayor son los principales factores para suicidio, mientras que para conductas suicidas se incluyen ser mujer, ser más joven, no estar casado, tener un nivel educativo más bajo y estar desempleado (Nock et al., 2008).

- **Sexo:** las diferencias en la proporción de hombres y mujeres se atribuyen a menudo al uso de métodos de intento de suicidio más letales, una mayor agresividad y una mayor intención de morir entre los hombres, sin embargo, las mujeres presentan mayor número de intentos. Se destacan países como India y China donde no se presenta diferencia en cuanto al género (Nock et al., 2008; Álvarez et al, 2012).
- **Edad:** las etapas de la vida con más riesgo de intentos y suicidios consumados con la adolescencia y la edad avanzada. Sin embargo, la letalidad de los métodos es mayor en ancianos (Álvarez et al, 2012).
- **Estado civil:** el suicidio ocurre con mayor frecuencia en personas que no están casadas que en aquellas que sí lo están (Schreiber et al, 2024). Las personas viudas tienen mayor riesgo de suicidio, principalmente el año siguiente del fallecimiento de su cónyuge (López, 2022)
- **Factores psiquiátricos:** la presencia de un trastorno psiquiátrico es uno de los factores de riesgo de conducta suicida más constante. Estudios de autopsias psicológicas revelan que entre el 90 y el 95 por ciento de las personas que mueren por suicidio tenían un trastorno psiquiátrico diagnosticable en el momento (Nock et al., 2008). El estado de ánimo, el control de los impulsos, el consumo de alcohol/sustancias, los trastornos psicóticos y de la personalidad conllevan los mayores riesgos de suicidio y

conducta suicida, y la presencia de múltiples trastornos se asocia con un riesgo especialmente elevado.

- **Depresión mayor:** es la enfermedad mental más comúnmente asociada, se supone un riesgo de 20 veces a la población sana (Álvarez et al, 2012).
- **Trastorno afectivo bipolar:** se ha observado que de un cuarto a la mitad de la población enferma realizan un intento de suicidio. Este riesgo aumenta si se presentan otras enfermedades mentales. Se supone un riesgo de 15 veces a la población sana (Álvarez et al, 2012).
- **Trastornos psicóticos:** el diagnóstico de esquizofrenia es el trastorno que presenta más riesgo, principalmente en hombres jóvenes, durante las recaídas y en los primeros meses posterior al egreso hospitalario. Se estima un riesgo de 30 a 40 veces a la población general (Álvarez et al, 2012).
- **Trastorno de ansiedad:** se desconoce si se asocia como factor independiente con aumento de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado, o si es asociado a otras comorbilidades (Álvarez et al, 2012).
- **Trastorno de la conducta alimentaria:** se supone un riesgo de 4 veces a las personas sanas. Dentro de estos, la anorexia nerviosa es la que presenta mayor riesgo (Álvarez et al, 2012).
- **Abuso de alcohol y otras sustancias:** se estima que el riesgo es 6 veces mayor que en la población general (Álvarez et al, 2012).

- **Trastornos de personalidad:** principalmente el trastorno de personalidad asocial y límite son los más asociados a conductas suicidas (Álvarez et al, 2012).
- **Factores psicológicos:** algunos de las variables psicológicas asociadas incluyen la presencia de desesperanza, anhedonia, impulsividad, rigidez cognitiva, pensamiento dicotómico, dificultad para resolución de problemas, perfeccionismo y alta reactividad emocional, estos factores pueden aumentar el sufrimiento mental hasta el punto de no poder soportarlo y ver el suicidio como una vía de escape (Nock et al., 2008; Álvarez et al, 2012).

Dentro de ellos los de mayor importancia son la desesperanza (se presenta en un 91% de los pacientes con conducta suicida) y la rigidez cognitiva (Álvarez et al, 2012).

- **Acontecimientos vitales estresantes:** situaciones estresantes como conflictos familiares y románticos, pérdidas personales, acontecimientos negativos y la presencia de problemas legales o disciplinarios, pueden desencadenar una conducta suicida. La persistencia de situaciones estresantes a nivel laboral, como los médicos, el personal militar y los agentes de policía, pueden tener tasas más altas de conducta suicida (Nock et al., 2008; Álvarez et al, 2012).
- **Intentos previos de suicidio:** se ha observado que la ideación suicida y los intentos previos, así como la planificación, aumentan el riesgo de suicidio. Siendo los intentos previos el predictor más fuerte, con un aumento del riesgo de 20-30 veces. (Álvarez et al, 2012).

- **Factores genéticos y biológicos:**
 - **Factores biológicos:** se han realizado estudios familiares, de gemelos y de adopción donde se ha encontrado evidencia de un riesgo hereditario de suicidio y conducta suicida. En muchas ocasiones se puede explicar por los trastornos mentales, sin embargo, en algunas investigaciones se mantiene la conducta suicida incluso luego de controlar la enfermedad mental. Los investigadores han correlacionado esta conducta con alteraciones en el funcionamiento del neurotransmisor inhibitor de la serotonina, los fallecidos por suicidio han presentado niveles más bajos de metabolitos de serotonina en líquido cefalorraquídeo, mayor unión del receptor de serotonina en las plaquetas, menos sitios de transporte de serotonina presinápticos y mayores receptores de serotonina postsinápticos en áreas cerebrales específicas como la corteza prefrontal. (Nock et al., 2008).
 - **Factores genéticos:** estudios de asociación del genoma completo (GWAS, por sus siglas en inglés) han identificado varios loci genómicos asociados significativamente con el intento de suicidio, incluyendo genes como DRD2, SLC6A9, FURIN, NLGN1, SOX5, PDE4B y CACNG2. Estos genes se expresan altamente en el tejido cerebral, particularmente en la glándula pituitaria, lo que es consistente con investigaciones previas que vinculan la conducta suicida con la desregulación del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenal. (Docherty et al, 2023)

- **Enfermedad física o discapacidad:** personas con enfermedades médicas (principalmente de mal pronóstico), discapacidad o dolor físico extremo, presentan aumento del riesgo suicida, así como pacientes con cáncer, VIH, esclerosis múltiple o lesión de médula espinal (López 2022, Álvarez et al, 2012)
- **Historia familiar de suicidio:** Álvarez et al (2012) realizan estudios en los que se indican el antecedente familiar aumenta el riesgo de conducta suicida, principalmente en mujeres.
- **Factores sociales y ambientales:**
 - **Apoyo socio familiar:** la conducta suicida es más frecuente entre individuos que viven solos o carecen de apoyo social. (Álvarez et al, 2012).
 - **Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo:** la pérdida de empleo y la pobreza, así como la jubilación, incrementan el riesgo 2-3 veces. Los empleos muy cualificados y profesionales con alto nivel de estrés también tienen mayor riesgo, así como aquellos con un bajo nivel educativo. (Álvarez et al, 2012).
- **Orientación sexual e identidad de género:** las personas pertenecientes a la comunidad LGTBI+ tienen un riesgo elevado de intentos de suicidio y suicidio en comparación con sus pares. Algunos de los posibles mecanismos subyacentes al riesgo en los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales, transgénero y/o de género diverso, incluyen la victimización/bullying, el rechazo familiar y el estigma internalizado, que pueden mitigarse mediante

la reafirmación de la cultura escolar, el apoyo familiar y políticas sanitarias inclusivas y protectoras (Hughes et al, 2023).

- **Otros factores:** acceso a medios letales como armas de fuego y altas dosis de medicamentos, la presencia de conducta suicida entre los pares y la época del año. (Nock et al, 2008)

Teorías del suicidio

Se han propuesto múltiples teorías para comprender los factores que inciden sobre la conducta suicida y al suicidio, estos tratan principalmente de mediadores psicológicos. (McPherson et al., 2022)

Estas teorías postulan que el suicidio es el resultado de una compleja interacción de muchos factores diferentes que cambian con el tiempo. Si bien las teorías varían en sus detalles específicos, tienden a compartir algunos temas comunes, que incluyen: (McPherson et al., 2022, de Beurs et al., 2021, Mann et al., 2020)

- **Desesperanza/Derrota:** a menudo se sienten desesperanzadas sobre su futuro y creen que no hay forma de escapar de su dolor.
- **Sentido de carga:** en muchas ocasiones sienten que son una carga para los demás y que el mundo estaría mejor sin ellos.
- **Impulso suicida:** es el deseo de morir y a menudo se asocia con un dolor psicológico insoportable.

- Capacidad suicida adquirida: la capacidad de llevar a cabo un acto suicida y, a menudo, se desarrolla a través de la exposición a eventos dolorosos como abuso, enfermedades físicas o intentos de suicidio previos.

McPherson et al (2022) describe múltiples teorías del suicidio, dentro de las que se encuentran las siguientes:

- La teoría interpersonal del suicidio: esta postula que el deseo de suicidio surge de la combinación de un sentimiento de falta de pertenencia y la percepción de ser una carga para los demás, lo cual conlleva a la desesperanza. La conducta suicida se da por la presencia de eventos dolorosos que reducen el miedo a la muerte.
- El modelo motivacional-volitivo integrado del suicidio: Este modelo describe dos etapas conductuales del suicidio: la fase motivacional, impulsada por sentimientos de derrota/humillación y atrapamiento, y la fase volitiva, moderada por factores como la impulsividad, la falta de miedo a la muerte y el acceso a medios letales. También se propuso una fase premotivacional que toma en cuenta factores preexistentes como condiciones ambientales y eventos estresantes.
- La teoría de los tres pasos del suicidio: acá se describen tres pasos en el camino hacia el suicidio: primero la ideación suicida impulsada por el dolor psicológico y la desesperanza, segundo el fortalecimiento de la ideación cuando el dolor supera la conexión social y tercero la transición a la planificación y acción al adquirir la capacidad para el suicidio.

- La teoría de la vulnerabilidad fluida: se enfatiza la naturaleza dinámica del riesgo de suicidio y cómo los factores de riesgo pueden fluctuar con el tiempo, por la aparición de eventos estresantes.
- El modelo de catástrofe cúspide: describe cómo las transiciones repentinas e impredecibles de estados de bajo riesgo a estados de alto riesgo pueden llevar al suicidio.

Modelo de Reacción Catalítica del Suicidio

El Modelo de Reacción Catalítica (CRM, por sus siglas en inglés) amplía las teorías de ideación a la acción al considerar el suicidio como un espectro dinámico en lugar de dos procesos separados. (McPherson et al, 2022)

El CRM utiliza una analogía con una reacción química para explicar el suicidio. En este modelo, los reactivos son factores que contribuyen al riesgo de este, como la desesperanza, la derrota, el atrapamiento, las amenazas existenciales percibidas, la reducción del miedo a la muerte y la impulsividad. Los catalizadores son eventos o circunstancias que pueden desencadenar el evento, como una pérdida importante, una crisis financiera o una enfermedad.

Según el CRM, una persona con un alto nivel de reactivos y la exposición a un catalizador poderoso tiene más probabilidades de intentar suicidarse. Este modelo destaca la naturaleza dinámica del riesgo de suicidio y la importancia de abordar los factores de riesgo modificables para la prevención del mismo. (McPherson et al, 2022)

Modelo de estrés-diátesis

El modelo de diátesis-estrés propuesto por Mann y Risk (2020) es una forma de entender el comportamiento suicida que considera tanto los factores de predisposición individuales como los desencadenantes situacionales. Este modelo plantea que el comportamiento suicida es el resultado de la interacción entre estresores (factores proximales o desencadenantes) y una diátesis (factores distales o de predisposición).

- Estresores: Pueden ser externos, como problemas de relación o financieros, o internos, como un episodio depresivo mayor.
- Diátesis: Se refiere a un conjunto de rasgos relacionados con el suicidio que moderan la probabilidad de comportamiento suicida en respuesta a los estresores. Estos rasgos incluyen:
 - Angustia subjetiva excesiva cuando se está deprimido y sesgo atencional hacia los estímulos negativos. Se relaciona a la transmisión familiar de la conducta suicida, incluye la desesperanza y depresión subjetiva.
 - Toma de decisiones alterada que implica un menor descuento demorado y un menor control ejecutivo, lo que resulta en tendencias impulsivo-agresivas y favorece la acción basada en las emociones, por consecuencia se toman decisiones arriesgadas. La toma de decisiones es diferente entre los suicidas de alta y de baja letalidad, los primeros son generalmente más deliberados y planificados. Los suicidas de alta letalidad tienen un mayor deterioro del aprendizaje de recompensas, lo

que dificulta la búsqueda de soluciones alternativas, pero tienen menos descuento diferido (es decir, pueden suprimir el deseo de satisfacción inmediata en favor de una recompensa diferida) y se desempeñan mejor en una tarea de alternancia de objetos, lo que indica un mayor control ejecutivo y una mayor organización de la respuesta.

- Anormalidades neuropsicológicas, incluyendo dificultades de aprendizaje, rigidez cognitiva y problemas de memoria, principalmente de trabajo y a largo plazo.
- Distorsiones sociales relacionadas con la recompensa social y la exclusión. Se presenta un sentimiento de pertenencia frustrado, que disminuye la búsqueda de ayuda.

Modelo biopsicosocial para el suicidio

El modelo biopsicosocial para el suicidio describe las interacciones de factores genéticos, experienciales, psicológicos, clínicos, sociológicos y ambientales en el proceso del riesgo del mismo. Estos factores varían en cada individuo. Los factores de riesgo se clasifican como distales, de desarrollo y proximales según su relación temporal con el suicidio (Figura1):

Factores distales o predisponentes

- Predisposición familiar y genética: se ha encontrado evidencia, principalmente en la última década, acerca de la heredabilidad de la conducta suicida donde se incluyen pruebas de que el suicidio y los intentos de suicidio se transmiten independientemente de las enfermedades mentales. Estudios

basados en registros nacionales, así como de gemelos y adopción, sugieren una heredabilidad del 30 al 50%. (Turecki et al., 2019)

Los hijos de personas que han intentado suicidarse tienen un riesgo cinco veces mayor de intentarlo que la población general, y este se duplica si el progenitor fallece. (Turecki et al., 2019)

- Adversidad en la vida temprana: se ha logrado comprender mejor la afectación de experiencias traumáticas que pueden traducirse en expresión genética alterada a través de mecanismos epigenéticos. Las experiencias sociales negativas durante períodos críticos del desarrollo pueden llevar a una expresión genética alterada, que se hipotetiza que contribuye a la patología mental. De hecho, la adversidad en la primera infancia (ELA), definida como negligencia o abuso físico o sexual durante la niñez, está altamente ligado a la conducta suicida posteriormente. (Turecki et al., 2019)

Factores de desarrollo o mediadores

Para que los factores distales conlleven a la conducta suicida, deben presentarse otros vínculos, estos factores de desarrollo o mediadores, aumentan la mala respuesta a los factores proximales y aumentan el riesgo. (Turecki et al., 2019)

- Rasgos de personalidad asociados con la ideación suicida y la conducta suicida: los más sólidamente asociados con esta conducta son la ansiedad y los rasgos impulsivos-agresivos.

La transmisión familiar de rasgos de conducta se explica tanto por la genética como por las experiencias vividas. (Turecki et al., 2019)

- Relación entre ELA y rasgos de personalidad: las personas que han experimentado ELA tienen un mayor riesgo de desarrollar rasgos patológicos y desregulación emocional, incluyendo conductas internalizantes y externalizantes, estructura cerebral alterada y función ejecutiva deteriorada. (Turecki et al., 2019)
- Déficits cognitivos: como disminución de la capacidad de resolución de problemas, deterioro de la memoria y disminución de pensamientos positivos sobre el futuro se han asociado con la conducta suicida. Se ha observado que en personas con experiencias de ELA presentan mayor afectación cognitiva. (Turecki et al., 2019)

Factores precipitantes o proximales

Existen factores reconocibles que se ligan proximalmente con la conducta suicida y que se consideran comúnmente como precipitantes o facilitadores de esta. (Turecki et al., 2019)

La conducta suicida no fatal es uno de los predictores más sólidos de esta conducta futura y la muerte por esta causa. Se ha observado que cerca del 40% de las personas que mueren por suicidio han intentado realizarlo previamente. (Turecki et al., 2019)

Existen algunos factores clínicos que pueden influir en la transición de la ideación suicida al intento de suicidio, dentro de los cuales se encuentran los trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, autolesiones previas, exposición a

conductas suicidas en otros y abuso o dependencia de alcohol y drogas. (Turecki et al., 2019)

- Trastornos psiquiátricos asociados al suicidio: según los estudios realizados, la psicopatología es un antecedente clave del suicidio y es uno de los factores modificables para evitar un desenlace fatal.

Los diagnósticos psiquiátricos más comunes en personas que mueren por suicidio son el trastorno depresivo mayor (TDM), el trastorno bipolar, los trastornos por consumo de sustancias y la esquizofrenia. Aunque este no es un resultado inevitable de ninguna enfermedad psiquiátrica. (Turecki et al., 2019)

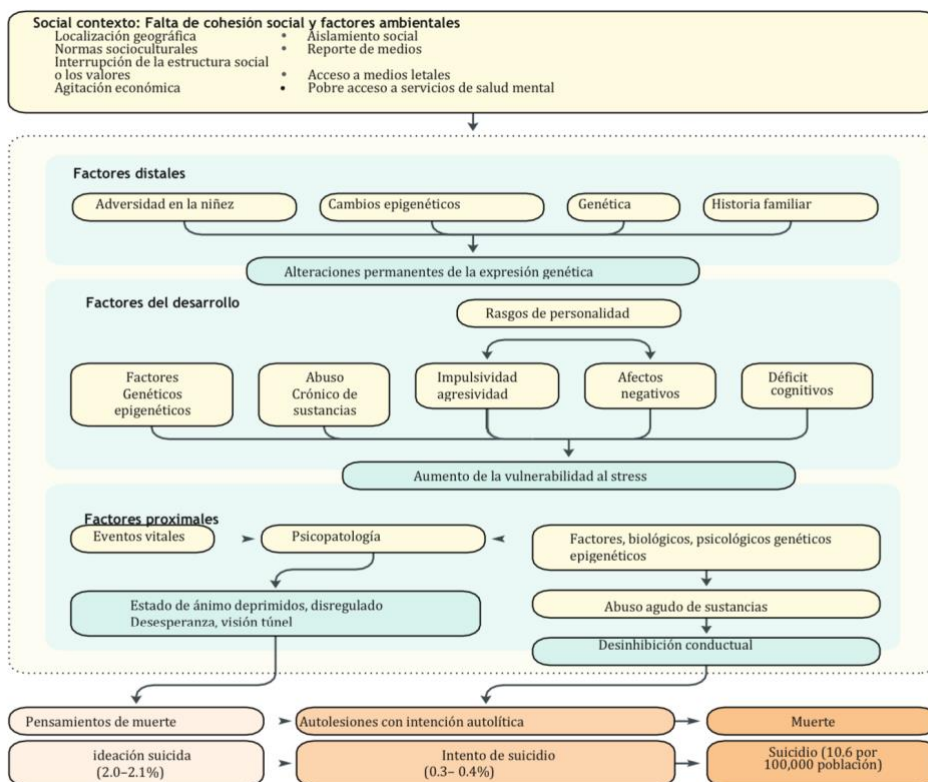
Múltiples estudios evidencian la correlación entre las enfermedades físicas y mentales para el aumento del riesgo de suicidio. Incluso trastornos del sueño, la disminución del tiempo de sueño, el insomnio y las pesadillas se han relacionado con el riesgo de conducta suicida. (Turecki et al., 2019)

El dolor crónico también es un predictor del suicidio y la conducta suicida, tanto de forma independiente como a través de las dificultades coexistentes como la discapacidad. (Turecki et al., 2019)

- Factores psicológicos que contribuyen al suicidio: el principal impulsor de la ideación suicida y la conducta suicida es el concepto de dolor psicológico insoportable. Como fue descrito previamente, la percepción de falta de pertenencia, el sentirse una carga para los demás, la desesperanza también se encuentra dentro de los factores a tomar en cuenta. (Turecki et al., 2019)

- Factores socioeconómicos, ambientales y otros: dentro de estos se incluyen la ruptura de una relación, la pérdida del empleo, la inestabilidad económica, el acoso y los cambios recientes en la posición socioeconómica o pertenecer a un grupo que no se identifica con la sexualidad hegemónica. Se ha observado que el aislamiento social, el duelo, la exclusión, también contribuyen al desarrollo de conductas suicidas. (Turecki et al., 2019)
- Entre los factores de riesgo ambientales para el suicidio, uno de los más importantes es el acceso a los medios para realizarlo, por esto existen profesiones de mayor vulnerabilidad. (Turecki et al., 2019)

Figura 1: Modelo biopsicosocial.



Gráfica adaptada de Turecki et al. NATURE REVIEWS | DISEASE PRIMERS | Article citation ID: (2019) 5:74

Fuente: Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida código 100, 2022.

Factores protectores

Los factores de protección son aquellos que disminuyen la probabilidad de un resultado fatal en presencia de factores de riesgo, estos han sido menos estudiados que los citados previamente. El principal fin es el bienestar del individuo, por lo que se debe valorar adecuadamente. Es importante tener muy presente que ningún factor de protección puede considerarse como una garantía de que no ocurrirá un evento fatal. Las mejores medidas son la vigilancia y el tratamiento. (Nock et al., 2008, Baldaçara et al; 2021, Schreiber y Culpepper, 2024, Álvarez et al, 2012, Jiménez et al, 2016, López, 2022)

Los autores citados anteriormente dividen estos factores en personales y sociales/ ambientales, los cuales se citan a continuación:

- Personales:
 - Ausencia de trastornos mentales
 - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
 - Alta autoestima, confianza en sí mismo
 - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
 - Percepción de apoyo social y familiar
 - Tener hijos, principalmente en mujeres, así como el embarazo
 - Sentirse querido
 - Habilidad en la comunicación
 - Planes para el futuro
- Sociales/ ambientales:
 - Integración social

- Creencias religiosas, práctica religiosa y espiritualidad
- Apoyo familiar y social de calidad
- Sentirse escuchado, con respeto y empatía
- Amistades de lazos fuertes
- Tener un trabajo gratificante

Estrategias de abordaje

Prevención

La prevención del suicidio se basa en una gran cantidad de enfoques complementarios que abarcan de forma individual y poblacional, e incluyen diversas estrategias para la evaluación de este riesgo y la prevención del mismo y la conducta suicida.

En el Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS (2022), una de las metas mundiales establecidas es que para el 2030, la tasa de suicidios se reduzca en un tercio. Para esto se plantean múltiples acciones para los diferentes estados miembros.

Existen múltiples artículos y protocolos donde se desarrollan estrategias recomendadas, dentro de las que se encuentran:

- Promoción de la salud mental positiva.
- Establecer alianzas con diferentes instituciones para detección de casos de riesgo y conductas suicidas.
- Involucrar y educar a las comunidades para la comprensión de la conducta suicida y formas de actuar.

- Reducir el acceso a métodos letales entre la población de riesgo.
- Crear a nivel local centros de acceso para la población con conducta suicida.
- Implementar actividades donde se comuniquen las estrategias de prevención.
- Monitorizar a la persona y redes de apoyo posterior a un intento o conducta suicida.
- Manejar de forma multidisciplinaria la población de riesgo.
- Crear directrices para los medios de comunicación sobre como enfocar las noticias sobre el suicidio.
- Mejorar el acceso a centros de salud y el abordaje por parte de los profesionales.
- Enseñar a la población vulnerable técnicas y herramientas de manejo de emociones y resolución de problemas.

Evaluación y determinación del riesgo en el servicio de emergencias

La evaluación del riesgo es fundamental en el abordaje de la conducta suicida. Esto es un proceso complejo por la propia naturaleza del espectro suicida y las dificultades metodológicas. (Álvarez et al, 2012)

Se establecen dos herramientas básicas para la valoración del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación. (Álvarez et al, 2012)
Sin embargo, la mejor forma de saber si una persona tiene ideación suicida es preguntándole.(Manzur et al, 2018)

La entrevista clínica es el principal instrumento de abordaje, la interacción inicial del paciente con el profesional puede jugar un papel importante incluso en la reducción del riesgo suicida. No existe un factor de riesgo o combinación que tenga la especificidad o sensibilidad para predecir el paso al acto, es por esto que se debe hacer una valoración de los factores de riesgo y los factores protectores, como se muestra en la Tabla 3. (Álvarez et al, 2012, Department of Health USA, 2019, Sotoca, 2017). Así como valorar los antecedentes patológicos y no patológicos (Manzur et al, 2018), dos factores importantes a tener en cuenta es la presencia de trastornos del sueño y dolor crónico. (Turecki et al., 2019), además de otras poblaciones vulnerables a las que se deben evaluar a mayor profundidad, tabla 4. (Salvo et al., 2021)

Es importante tener en cuenta a la hora del abordaje que ningún factor de riesgo, ya sea ideación o conducta suicida previa, trastorno de salud mental u otros rasgos psicológicos, es un predictor sólido de la conducta suicida. (Turecki et al., 2019)

Tabla 3. Clasificación de los niveles de riesgo de muerte por suicidio.

Nivel de riesgo	Factores de riesgo	Factores protectores	Investigación sobre conducta suicida
Alto	Múltiples factores de riesgo	No cuenta con factores protectores o no son relevantes en el momento	Intento de suicidio potencialmente letal o ideación persistente con fuerte intención o ensayo de suicidio
Moderado	Múltiples factores de riesgo	Pocos factores protectores	Ideación suicida con un plan, pero sin intención ni comportamiento
Bajo	Pocos factores de riesgo o modificables	Muchos factores protectores y de peso	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento.

Fuente: Suicidal Ideation Risk Assessment, 2019

Se ha observado que el último contacto de la mayoría de personas que mueren por suicidio es en el departamento de emergencias (DE) o en primer nivel de atención, esto dentro de las 4 semanas previas al fallecimiento. Incluso consultar al DE por salud mental es un predictor de conducta suicida. (Turecki et al, 2019)

Tabla 4. Poblaciones vulnerables que se deben evaluar a profundidad la conducta suicida.

Población
Antecedentes de intentos previos
Antecedentes de enfermedades mentales
Antecedentes de consumo de alcohol o sustancias
Enfermedades de mal pronóstico o con dolor crónico
Adolescentes, especialmente con historia de impulsividad
Adulto mayor

Fuente: Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria, 2021.

Historias clínicas electrónicas

Con el acceso a expedientes electrónicos se facilita la identificación de antecedentes de conducta suicida y otros datos que el paciente pueda pasar por alto. Además, se pueden revisar diagnósticos previos, tratamiento y consultas anteriores. (Turecki et al, 2019)

Se realizó un estudio, en el que utilizando la inteligencia artificial se revisaban las historias clínicas de pacientes, se desarrolló un algoritmo que fue capaz de predecir el intento suicida o muerte por suicidio en los siguientes 90 días, con una especificidad del 70% y una sensibilidad de 80%. Estos resultados podrían ser prometedores, pero se requieren más estudios que permitan proponerlo como una herramienta predictora (Turecki et al, 2019).

Estrategias de comunicación

El tema del suicidio debe abordarse con cuidado y compasión, la comunicación es primordial en el abordaje de las personas con riesgo suicida y es básico para establecer una relación terapéutica (Briongos et al, 2022).

Es importante no realizar comentarios peyorativos o invalidantes en relación a las experiencias emocionales de la persona. La conducta suicida debe ser tratada como una respuesta a un problema, un intento de solución inefectivo, el cual debe ser rechazado con énfasis apostando a la construcción de una solución alternativa (Boggiano y Gagliesi, 2018).

Por tanto, la escogencia de las palabras a utilizar puede ayudar a la verbalización de los sentimientos de la persona y tener un efecto positivo, pero también evita estigmatizarles. No se trata solo de ser profesional, se trata de salvar vidas. (Briongos et al, 2022)

En la Guía de prevención del suicidio, *Protocolo de actuación en conductas autolíticas* (Briongos et al, 2022), se brindan recomendaciones de la forma de comunicación, las cuales se describen a continuación:

Cómo comunicarse: el acercamiento se debe realizar de forma tranquila, abierta, respetuosa, empática y sin juicios de valor, algunas recomendaciones son las siguientes:

- Ser directo.
- Escuchar atentamente, no interrumpir a la persona.
- Validar los sentimientos de la persona.
- Respetar las opiniones y valores de la persona.

- Demostrar interés, preocupación y calidez.
- Crear un espacio privado donde la persona pueda hablar.

Cómo no comunicarse: al contrario, existen formas de comunicación que pueden afectar negativamente el abordaje de las personas con conducta suicida. Dentro de lo que se recomienda evitar se encuentra lo siguiente:

- Interrumpir con demasiada frecuencia.
- Escandalizarse o emocionarse.
- Manifestar que está ocupado, decir que se apure.
- Ser condescendiente.
- Hacer comentarios indiscretos o poco claros.
- Juzgar.
- Reforzar prejuicios o la discriminación.
- Definir a una persona por su diagnóstico.

Escalas de evaluación

Existen diversos instrumentos psicométricos para evaluar el riesgo de suicidio. Sin embargo, no deben sustituir la entrevista clínica y valoración de factores de riesgo y protección, es decir, estas escalas son complementarias. (Álvarez et al, 2012, Sotoca, 2017)

Las escalas pueden ser autoaplicadas o heteroaplicadas y se miden según especificidad y sensibilidad. La especificidad sugiere que, si un sujeto da negativo en la prueba, tiene una baja probabilidad de riesgo. Mientras que la sensibilidad

indica la probabilidad de presentar riesgo suicida si se presenta positiva. (King et al, 2017)

Morant et al (2018) describe las siguientes escalas utilizadas internacionalmente encontradas en la literatura, tanto autoaplicadas como heteroaplicadas por el evaluador:

- Escala SAD PERSONS: es una escala heteroaplicada. su nombre es un acrónimo formado de las siglas de los ítems que la forman. En una revisión sistemática se demostró una sensibilidad baja, pero una especificidad alta. La escala se encuentra en el anexo 1. (Álvarez et al, 2012, Turecki et al, 2019, Baldaçara et al, 2021)
- Test de autolesión de Manchester: cuenta con una sensibilidad alta y una especificidad baja. Sus creadores la crearon para facilitar la evaluación del paciente en el DE. Se puede observar en el anexo 2. (Álvarez et al, 2012, Turecki et al, 2019, Baldaçara et al, 2021)
- Escala de Desesperanza de Beck (BHS): autoaplicada. Valora las expectativas negativas hacia el futuro. Se muestra en el Anexo 3 (Álvarez et al, 2012, Baldaçara et al, 2021)
- Escala IS PATH WARM: su nombre es también formado por sus siglas en inglés. Ha sido propuesta para valorar los signos de alarma de la conducta suicida. Se adjunta como Anexo 4 (Alvarez et al, 2012)
- Ask Suicide- Screening Questions (ASQ): es una escala para niños y adolescentes fácil de administrar, puede ser aplicada por el paciente o por el clínico. Tiene una alta sensibilidad (93%) pero baja especificidad (43%) para

predecir futuras visitas por conductas suicidas al DE en los 6 meses siguientes. Ver en anexo 5. (Turecki et al, 2019, King et al 2016, Hughes et al, 2023)

- Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9): una herramienta de detección de la depresión, este incorpora los criterios diagnósticos del DSM-IV, dentro de lo que se pregunta si presenta ideación suicida. Sin embargo, este ítem tiene una sensibilidad relativamente baja. Se muestra en el anexo 6 (Turecki et al, 2019, King et al, 2017)
- Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2): es un cuestionario de dos ítems que incluye los dos primeros ítems del PHQ-9 (frecuencia de estado de ánimo depresivo y anhedonia en las últimas dos semanas). En un estudio realizado se vio que el 76 % de las personas con pensamientos de autolesión se lograban identificar. Se muestra en el Anexo 7. (King et al, 2017)
- Cuestionario de Conductas Suicidas Revisado (SBQ-R): es una escala de cuatro ítems para evaluar la ideación e intento de suicidio a lo largo de la vida, la frecuencia de la ideación en los últimos 12 meses, la amenaza de intento y la probabilidad de conductas futuras. Se encontró que estaba asociada con una sensibilidad y especificidad relativamente altas, principalmente para la población de estudiantes universitarios, adultos hospitalizados y adolescentes. Se adjunta como Anexo 8. (King et al, 2017, Rey et al, 2018)
- Escala de Calificación de Gravedad del Suicidio de Columbia (C-SSRS): fue desarrollada para evaluar la gravedad de la ideación y el comportamiento

suicida midiendo la gravedad e intensidad de la ideación suicida, el comportamiento suicida y la letalidad de los intentos del mismo. Ha mostrado evidencia de validez predictiva para el comportamiento suicida en pacientes adultos y adolescentes. Se ha visto que tiene una sensibilidad de 93% y una especificidad de 99%. Existen varias versiones, incluida una versión breve que se utiliza como herramienta de detección en el DE. Ver en Anexo 9. (King et al, 2017, Posner et al, 2014, Hughes et al, 2023)

- Patient Safety Screener-3 (PSS-3): incluye el PHQ-2 para evaluar la depresión, los ítems de ideación suicida de la C-SSRS y los ítems de comportamiento de la C-SSRS para evaluar el historial de intentos de suicidio a lo largo de la vida y el historial de intentos recientes. Se muestra en Anexo 10. (King et al, 2017)
- Cuestionario de ideación suicida (SIQ) y Cuestionario de Ideación Suicida-Junior (SIQ-JR): escala autoaplicada en adolescentes. Ambas se basan en la ideación suicida.
 - SIQ: Es un cuestionario autoadministrado de **30 ítems** que evalúa la frecuencia de la IS en adolescentes. Con una puntuación de 0 a 180.
 - SIQ-Jr: Es una versión abreviada de la SIQ, con 15 ítems que también evalúan la frecuencia de la IS durante el último mes. Con una puntuación de 0 a 90.

Se necesitan más estudios para determinar si la estructura de ambas es válida y para establecer puntos de corte que permitan interpretar las puntuaciones de forma significativa. Se observan en el anexo 11 (Courtney et al, 2024, Hughes et al, 2023)

- Escala de Riesgo Suicida de la OMS (proyecto SUPRE): esta escala clasifica la gravedad del riesgo de 0 a 6. Además, brinda recomendaciones de acción según la puntuación que se adquiera. Ver anexo 12. (Huizing et al, 2016)
- Escala de riesgo suicida en adolescentes (ERS): Bahamón y Alarcón (2018) desarrollaron una nueva escala para valorar a esta población tan compleja. Con buena confiabilidad y validez, se incluyeron 20 ítems. No se reportan la sensibilidad ni especificidad. Se puede observar en el Anexo 13.
- Protocolo de evaluación y gestión de riesgos de Linehan (LRAMP): este protocolo está compuesto por cuatro secciones: la primera son las razones para realizar el protocolo, la segunda sección es la evaluación del riesgo suicida, la tercera es su manejo y por último la evaluación final. Se consideran factores de riesgo a largo plazo, como la disponibilidad de medios letales, modelos de suicidio, cambios en la vida o eventos negativos, factores sociales como el desempleo y factores individuales como la edad, el género y los diagnósticos psiquiátricos. También se evalúa la conducta suicida y eventos precipitantes. Ver Anexo 14. (Altamirano et al, 2020)

Calidad de vida

La Real Academia Española define calidad de vida como “el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa” (Real Academia Española, 2024). Lo que hace que sea un concepto multifactorial, ya que depende de aspectos físicos, mentales y sociales, que de forma subjetiva valoran la satisfacción con su propia vida. (Turecki et al, 2019)

Las investigaciones que ligan la calidad de vida con la salud incluyen lo físico y lo mental en el contexto de conducta suicida pasada. Se ha visto que la salud mental disminuye a lo largo del tiempo. Múltiples factores se asocian con elementos que reducen la salud mental como ser mujer, tener un trastorno límite de la personalidad o tener alta impulsividad, desesperanza u hostilidad. (Turecki et al, 2019)

En personas con antecedentes de intentos de suicidios graves, pueden presentar discapacidad física y mental, lo cual afecta su calidad de vida. Pero esto también puede afectar a las personas cercanas. (Turecki et al, 2019)

Un gran obstáculo es el tabú que gira alrededor de la conducta suicida, lo que dificulta el acercamiento para solicitar ayuda de la población vulnerable o con conductas suicidas. (Turecki et al, 2019)

Discusión

El suicidio es un fenómeno complejo y en constante evolución, influenciado por diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos. Se ha observado el aumento a nivel mundial, por lo que se ha catalogado como un problema de salud pública. La OMS dentro de sus metas, ha buscado la reducción de estos números.

Se ha documentado que por cada persona que fallece por suicidio, muchos más lo intentan, por lo que la conducta suicida es un espectro amplio. Por esto es primordial el abordaje y prevención de la conducta suicida. Hoy en día, se están realizando esfuerzos por las diferentes organizaciones mundiales y naciones para prevenir el suicidio.

Algunas de estas estrategias incluyen desde la detección temprana y el tratamiento de trastornos mentales hasta la promoción de la salud emocional, la eliminación del estigma relacionado con la salud mental y la mejora del acceso a servicios de apoyo y tratamiento.

Es primordial tomar en cuenta a las poblaciones vulnerables, entre ellos, los adolescentes y adultos mayores. En ambos casos se han observado una mayor incidencia, por lo que no deben de ser pasados por alto. A su vez, existen factores de riesgo ambientales, como el aislamiento social, dificultades económicas, traumas por abusos, que también han ido en aumento.

Dentro de los aspectos principales, se debe romper con los mitos y tabúes que giran alrededor de este tema, ya que dificulta la búsqueda de ayuda. Además, es importante para el profesional saber manejar estos casos o referirlos a alguien

que cuente con esta experiencia, ya que la escogencia de las palabras puede ser determinante. La empatía es esencial.

Dentro del abordaje se debe realizar una entrevista clínica, sin miedo a preguntar acerca de la ideación suicida, y valoración de los factores, tanto de riesgo como protectores. No se ha encontrado un factor específico para determinar la evolución de los casos de conductas suicidas.

Es importante durante la evaluación de las variables y factores que esta debe ser dinámica, ya que cambia durante la vida del paciente. Esto permite conocer los acontecimientos exacerbantes de la conducta suicida. Para así poder integrarlos y decidir acerca del manejo del paciente. También se recomienda reforzar las razones para vivir que la persona en su discurso va indicando.

Asimismo, se han realizado múltiples estudios e investigaciones para desarrollar escalas que permitan evaluar y estratificar el riesgo suicida. Con la finalidad de hacer las evaluaciones lo más objetivas posibles.

Toda esta información recaudada permite orientar la toma de decisiones de los pasos a seguir, como por ejemplo, si hospitalizar o manejar de forma ambulatoria, etc.

Aunque se están realizando importantes avances en la investigación y prevención del suicidio, aún queda mucho por hacer. Es evidente la falta de protocolos estandarizados a nivel global y la necesidad urgente de mejorar la coordinación entre los diferentes sectores involucrados. Asimismo, es fundamental impulsar investigaciones de biomarcadores que puedan ayudar al abordaje de este tema tan complejo.

Conclusiones

El suicidio es un fenómeno complicado y doloroso que impacta a individuos en todas partes del mundo. En la actualidad, representa uno de los problemas más graves de salud pública a nivel global, constituyendo un reto significativo tanto en su tratamiento como en su prevención. Se observa un aumento alarmante en su incidencia, impulsado por una serie de factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Se están realizando esfuerzos por disminuir la incidencia por medio de protocolos y guías de prevención del suicidio, esto a nivel mundial. La OMS dentro de sus metas para el 2030 plantea reducir en al menos un tercio este número tan alarmante.

Es primordial romper con los mitos y tabúes alrededor de las personas con conducta suicida. Se debe promover la empatía, con la finalidad de comprender el sufrimiento que estas personas quieren dejar de sentir.

El abordaje de los pacientes con diferentes manifestaciones del espectro suicida en los servicios de emergencias es todo un reto. Se concluye que la entrevista clínica, donde se pregunta directamente acerca de la conducta suicida, es una herramienta fundamental y esencial. Así como la valoración de los antecedentes personales patológicos y no patológicos, al igual que la historia familiar.

Se debe realizar un análisis de los factores de riesgo y los factores protectores, junto con la información recaudada en la entrevista, para hacer una estratificación del riesgo de suicidio.

Las escalas desarrolladas con la finalidad de valorar el riesgo suicida son complementarias, no se encontró ninguna que fuera totalmente eficaz, por lo que nunca deben sustituir la valoración clínica.

Se deben realizar más estudios, tanto de las escalas, como de los diferentes biomarcadores, que puedan ayudar a aclarar el panorama durante el abordaje de estos pacientes tan complejos.

Fuentes bibliográficas

Alcocer, J., López-Gatell, H., Lecuona, M., & Gallardo, M. V. (2022). Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida código 100.

Altamirano, S. M. y. M. D. (2020). Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP. Acta Académica Universidad de Buenos Aires.

Arbesú, J., Vitos, G., Cuba, B., & Solís, C. (2018). Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio.

Bahamón Muñeton, M. J., & Alarcón-Vásquez, Y. (2018). Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos. *Universitas Psychologica*, 17(4), 1–15. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-4.dvee>

Baldaçara, L., Grudtner, R. R., da S. Leite, V., Porto, D. M., Robis, K. P., Fidalgo, T. M., Rocha, G. A., Diaz, A. P., Meleiro, A., Correa, H., Tung, T. C., Malloy-Diniz, L., Quevedo, J., & da Silva, A. G. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 2. Screening, intervention, and prevention. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(5), 538–549. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108>

Baldaçara, L., Rocha, G. A., Leite, V. da S., Porto, D. M., Grudtner, R. R., Diaz, A. P., Meleiro, A., Correa, H., Tung, T. C., Quevedo, J., & da Silva, A. G. (2021). Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. *Revista Brasileira*

de *Psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil: 1999), 43(5), 525–537.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>

Boggiano, J. y, Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialéctica conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad nacional de la Plata.

Briongos, N., Gómez, M., & Caballero, R. (2022). *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en conductas autolíticas*.

Cárdenas, J. P., Santelices, D., Fredes, A., & Florenzano, R. (2012). *Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile*. *Rev Chil Neuro-psiquiat*, 249–254.

Carmona, B. A., Alfaro, E., & Martín-Barrajón, P. (2024). *Guía práctica para la intervención en crisis suicidas*.

Castro Vargas, Y. (2022). *Construcción de un protocolo de prevención-detección-intervención del riesgo suicida en la Escuela Profesional de Psicología de la UAC*. *EVSOS*, 1(1), 13–30. <https://doi.org/10.57175/evsos.v1i1.5>

Courtney, D. B., Iseyas, N., Monga, S., Butcher, N. J., Krause, K. R., Besa, R., & Szatmari, P. (2024). *Systematic review: The measurement properties of the Suicidal Ideation Questionnaire and Suicidal Ideation Questionnaire-Jr*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 63(9), 870–887. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.10.013>

de Beurs, D., Bockting, C., Kerkhof, A., Scheepers, F., O'Connor, R., Penninx, B., & van de Leemput, I. (2021). *A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system*. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 51(1), 115–126. <https://doi.org/10.1111/sltb.12676>

Department of Health, USA. (2019). Suicidal Ideation Risk Assessment Steps and resources for exploring thoughts of suicide.

Docherty, A. R., Mullins, N., Ashley-Koch, A. E., Qin, X., Coleman, J. R. I., Shabalin, A., Kang, J., Murnyak, B., Wendt, F., Adams, M., Campos, A. I., DiBlasi, E., Fullerton, J. M., Kranzler, H. R., Bakian, A. V., Monson, E. T., Rentería, M. E., Walss-Bass, C., Andreassen, O. A., ... Ruderfer, D. M. (2023). GWAS meta-analysis of suicide attempt: Identification of 12 genome-wide significant loci and implication of genetic risks for specific health factors. *The American Journal of Psychiatry*, 180(10), 723–738. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21121266>

Español Patient Safety Screener (PSS-3) Pocket Card. (s.f) Scribd. <https://es.scribd.com/document/582355644/espanol-Patient-Safety-Screener-PSS-3-Pocket-Card-copynorno>

Equipo de trabajo. (n.f.). Protocolo de actuación ante la ideación y/o conducta suicida.

Gaviria, A., Correa, L. F., Dávila, C. E., & Burgos, G. (2017). Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción).

Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., Grupo de trabajo. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.

Hughes, J. L., Horowitz, L. M., Ackerman, J. P., Adrian, M. C., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2023). Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 381, e070630. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070630>

Hughes, J. L., Trombello, J. M., Kennard, B. D., Slater, H., Rezaeizadeh, A., Claassen, C., Wakefield, S. M., & Trivedi, M. H. (2023). Suicide risk assessment and suicide risk management protocol for the Texas Youth Depression and Suicide Research Network. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33(101151), 101151. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2023.101151>

Huizing, E., Gutiérrez, D., Pérez, L., & Moreno, B. (2016). Recomendaciones sobre Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Resumen para Atención Primaria.

Instituto Nacional de Salud. (2022). Intento de suicidio. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

Jiménez Chafey, M. I., Duarte Vélez, Y. M., & Bernal, G. (2011). Mother-daughter interactions among depressed Puerto Rican adolescents: Two case studies in CBT. *Revista Española de Salud Pública*, 22(1). <https://www.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/23>

Jiménez, J. (2016). ¡No estás solo! Guía para la prevención de la conducta suicida.

Kennebeck, S., & Bonin, L. (2024). Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: Prevention and treatment.

King, C. A., Horwitz, A., Czyz, E., & Lindsay, R. (2017). Suicide risk screening in healthcare settings: Identifying males and females at risk. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(1), 8–20. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9486-y>

López, D. (2022). Importancia de la aplicación del protocolo de actuación en pacientes con riesgo suicida que ingresan en el servicio de urgencias hospitalarias de la Comunidad Autónoma de Canarias. Universidad De La Laguna.

Mann, J. J., & Rizk, M. M. (2020). A brain-centric model of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 177(10), 902–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081224>

Manzur, J., Juárez, C., Yécora, A., Valdez, E., Cobo, J., & Castrillo, C. (2018). Protocolo De Abordaje De Conductas De Riesgo Suicidas Y Autolesivas.

McPherson, P., Sall, S., Santos, A., Thompson, W., & Dwyer, D. S. (2022). Catalytic reaction model of suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 817224. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817224>

Ministerio de Salud. (2023a). Boletín Epidemiológico N°42 de 2023.

Ministerio de Salud. (2023b). Boletín Informativo.

Ministerio de Salud. (2024). Boletín Epidemiológico N° 28 de 2024.

Morant Luján Y, Mayor Vara SA, García Valls JM, García Povedano L, Alcántara Gutiérrez M, Sánchez Pavesi AL. (2018). Exploración Del Riesgo Suicida. Necesidad De Implantar Escalas De Valoracion.

National clinical programme for self-harm and suicide-related ideation. (2022).

National Institute of Mental Health. (s.f.). ASQ Spanish translation. https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asqtranslations/asq_spanish_translation.pdf

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Oncology Nursing Society. (s.f.). *Patient Health Questionnaire-9 en español*. https://www.ons.org/sites/default/files/2017-06/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish_0.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Vivir La Vida Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.

Ospina, M. L., & Prieto, F. E. (2022). Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio.

Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., Fisher, P., Zelazny, J., Burke, A., Oquendo, M., & Mann, J. (2014). *Escala Columbia Para Evaluar La Seriedad De La Ideación Suicida*.

Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española* (23.^a ed.). Recuperado de <https://dle.rae.es/>

Rey, L., Sánchez, N., Quintana, C., Mérida, S., Extremera, N. (2018). Adaptación al castellano del Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised en Adolescentes.

Reyes, M. A., & Strosahl, K. D. (2020). Guía clínica de evaluación y tratamiento del comportamiento suicida. Editorial El Manual Moderno.

Salvo, L., Florenzano, R., & Gómez, A. (2021). Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Rev Med Chile*, 913–919.

Sarkhel, S., Vijayakumar, V., & Vijayakumar, L. (2023). Clinical practice guidelines for management of suicidal behaviour. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 124–130. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22

Schreiber, J., & Culpepper, L. (2024). Suicidal ideation and behavior in adults. *UpToDate*, 1–46.

Sotoca, R. (2017). Vivir es la salida Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida.

Stanford University School of Medicine. (s.f.). PHQ-2 en español. https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/Mental_Health/PHQ-2_Spanish.pdf

Suicide Prevention Practice – Queensland Health Guideline. (2021).

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews. Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>

US Department of Health and Human Services. (2024). National Strategy for Suicide Prevention.

Valdés, V., Zapata, V., & Cortes, C. (2011). Protocolo Manejo Inicial Y Derivación De Pacientes Con Intento De Suicidio.

Walensky, R., Jones, C., & Qualters, J. (2022). Suicide Prevention Resource For Action.

World Health Organization. (2014). Preventing Suicide A Global Imperative.

World Health Organization. (2023). World Health Statistics 2023.

Anexos

Anexo1. Escala SAD PERSONS

<i>Sex</i>	Género masculino
<i>Age</i>	< 20 o > 45 años
<i>Depression</i>	Presencia de depresión
<i>Previous Attempt</i>	Intento de suicidio previo
<i>Ethanol abuse</i>	Abuso de alcohol
<i>Rational thinking loss</i>	Ausencia de pensamiento racional
<i>Social support lacking</i>	Apoyo social inadecuado
<i>Organized plan for suicide</i>	Plan elaborado
<i>No spouse</i>	No pareja
<i>Sickness</i>	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social 7-10: precisa ingreso	

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012

Anexo 2. Test de Autolesión de Manchester

- ¿Tiene antecedentes de conducta suicida?
- ¿Ha estado a tratamiento psiquiátrico previo?
- ¿Está actualmente a tratamiento psiquiátrico?
- ¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiazepinas?

Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente de "alto riesgo" de repetición de la conducta suicida.

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012

Anexo 3. Escala de desesperanza de Beck

	V	F
1. <i>Espero el futuro con esperanza y entusiasmo</i>		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. <i>Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así</i>		
4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años		
5. <i>Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer</i>		
6. <i>En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar</i>		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. <i>Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio</i>		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. <i>Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro</i>		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. <i>Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora</i>		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		
15. <i>Tengo una gran confianza en el futuro</i>		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. <i>Espero más bien épocas buenas que malas.</i>		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14,16, 17, 18, 20) y el resto de las repuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

Anexo 4. Escala IS PATH WARM

<i>Ideation</i>	Presencia de ideación suicida
<i>Substance abuse</i>	Abuso de alcohol u otras drogas
<i>Purposelessness</i>	Pérdida de propósitos en la vida
<i>Anger</i>	Expresión de agresividad incontrolada
<i>Trapped</i>	Sentimientos de que no existe otra salida
<i>Hopelessness</i>	Desesperanza
<i>Withdrawing</i>	Reducción del contacto con familiares y amigos
<i>Anxiety</i>	Ansiedad, agitación o trastornos del sueño
<i>Recklessness</i>	Realización de actividades de riesgo sin considerar sus potenciales consecuencias
<i>Mood</i>	Cambios en el estado de ánimo

Fuente: Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, 2012

Anexo 5. Escala Ask-Suicide Screening Questions



JUEGO DE HERRAMIENTAS DEL NIMH

Pregúntele al paciente:

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? Sí No
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? Sí No
3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? Sí No
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?
Si contestó que sí, ¿cómo? _____

¿Cuándo? _____

Si el paciente contesta que **Sí** a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? Sí No

Siguientes pasos:

Si el paciente contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5).

No hay necesidad de intervención (*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si el paciente contesta que **“Sí”** a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una **prueba de detección positiva**. Hágale la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

- “Sí”** a la pregunta número 5 = **prueba de detección positiva aguda** (identificación de riesgo inminente)
 - El paciente necesita una evaluación de salud mental completa o de seguridad **URGENTE**.
El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.
 - Mantenga el paciente a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación. Avísele al médico responsable de la atención del paciente.
- “No”** a la pregunta 5 = **prueba de detección positiva no aguda** (identificación de riesgo)
 - El paciente necesita una evaluación de seguridad **breve** del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una evaluación **completa** de salud mental. **El paciente no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.**
 - Avísele al médico responsable de la atención del paciente.

Fuente: Instituto Nacional de Salud Mental, EEUU, s.f.

Anexo 6. Cuestionario Sobre la Salud del Paciente- 9 (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido
difícil

Un poco
difícil

Muy
difícil

Extremadamente
difícil

Fuente: Oncology Nursing Society, s.f.

Anexo 7: Cuestionario Sobre la Salud del Paciente- 2 (PHQ-2)

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

For office coding: ____ 0 ____ + ____ + ____ + ____
= *Total Score* _____

Fuente: Stanford University School of Medicine, s.f.

Anexo 8. Versión al castellano del Suicidal Behaviors

Questionnaire-Revised

Instrucciones:

Por favor elija la opción en la hoja de respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

1. ¿Alguna vez has pensado o intentado quitarte la vida?

1. Nunca
2. Fue un pensamiento breve
3. Tuve un plan para matarme pero no lo intenté
4. Tuve un plan para matarme pero realmente no quería morir
5. Intenté suicidarme, pero no quería morir
6. Intenté suicidarme, y realmente esperaba morir

2. ¿Con qué frecuencia pensaste en suicidarte el año pasado?

1. Nunca
2. Raramente (1 vez)
3. Algunas veces (2 veces)
4. A menudo (3-4 veces)
5. Muy a menudo (5 veces o más)

3. ¿Alguna vez has dicho a alguien que podrías suicidarte o que podrías hacerlo?

1. No
2. Sí, una vez, pero realmente no quería morir
3. Sí, una vez, y realmente quería morir
4. Sí, más de una vez, pero no quería hacerlo
5. Sí, más de una vez, y realmente quería hacerlo

4. ¿Cómo de probable es que intentes suicidarte algún día?

0. Nunca
1. Ninguna posibilidad en absoluto
2. Más bien improbable
3. Improbable
4. Probable
5. Bastante probable
6. Muy probable

Intentos en el pasado (int) = el número de la opción seleccionada en el ítem 1
Frecuencia (frec) = el número de la opción seleccionada en el ítem 2
Amenaza (ame) = el número de la opción seleccionada en el ítem 3
Probabilidad (prob) = el número de la opción seleccionada en el ítem 4
Comportamientos suicidas total = int+frec+ame+prob _____

Fuente: Adaptación al castellano del Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised en Adolescentes, 2018.

COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i>	Desde la última visita
<p>Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cualquier</i> intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hierde, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención.</p> <p>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____? ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____?</p> <p>¿O lo hiciste por otras razones puramente, <u>en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)?</u> (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe:</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene.</p> <p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa.</p> <p>¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida).</p> <p>¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte? Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>Suicidio consumado:</p>	<p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>Fecha del intento más letal:</p>
<p>Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización <i>médica</i> y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización <i>médica</i> con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte</p>	<p><i>Ingrese código</i> _____</p>
<p>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p><i>Ingrese código</i> _____</p>

Fuente: Escala Columbia Para Evaluar La Seriedad De La Ideación Suicida (C-SSRS), 2010

Anexo 10. Patient Safety Screener-3 (Pss-3) Español

El tamizaje de seguridad del paciente se puede utilizar durante el triage o la evaluación de enfermería primaria en entornos de urgencias. Haga las tres preguntas de detección. No se salte ninguna de ellas.

Introducción. Le voy a realizar unas preguntas que hacemos a todos los pacientes, independientemente del motivo por el que se encuentren aquí. Esto nos ayuda a asegurarnos que no nos falte nada importante sobre su salud

Depresión ① Durante las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?
 Sí No Se rehusa a contestar Incapaz de responder.

Ideación suicida ② Durante las últimas 2 semanas, ¿ha tenido pensamientos de suicidarse?
 Sí No Se rehusa a contestar Incapaz de responder.

Intento suicida ③ ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?
 Yes No Se rehusa a contestar Incapaz de responder.
 ...3a. Si fué un Si en ítem 3: ¿Cuándo sucedió esto?
 En las últimas 24 horas Hace más de 6 meses
 En el último mes Se rehusa a contestar
 Hace entre 1 y 6 meses Incapaz de responder.

TIPS

- ✓ Realiza todas las preguntas exactamente como están escritas
- ✓ No agrupe ni reformule preguntas
- ✓ Trate al paciente con empatía

“Sí” a la pregunta 1= tamizaje positivo para depresión “Sí” a la pregunta 2 ó en los últimos 6 meses a la pregunta 3 es tamizaje positivo para riesgo suicida

Aplique protocolos de evaluación y manejo

Patient Safety Screener (PSS-3) Pocket Card

The Patient Safety Screener 3 (PSS-3) has been validated in prospective studies and is detailed in Boudreaux et al. (2015)

Fuente: Español Patient Safety Screener (PSS-3) Pocket Card. (s.f)

Anexo 11. Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) en español

Instrucciones: Abajo hay una lista de frases sobre pensamientos que tienen a veces algunas personas. *Por favor, indique cuáles de estos pensamientos has **tenido en el último mes**.* Rellene el círculo debajo de la respuesta que mejor describe tus pensamientos. Compruebe que contesta una vez por cada frase. *Recuerde, no hay respuesta correctas o incorrectas.*

Este pensamiento ha estado en mi mente	Casi cada día	Varias veces a la semana	Una vez por semana	Varias veces al mes	Una vez al mes	Tuve este pensamiento en el pasado, pero no en el último mes	Nunca tuve este pensamiento
1. Pensé que sería mejor si no estuviera vivo							
2. Pensé en matarme							
3. Pensé en cómo matarme							
4. Pensé en cuándo matarme							
5. Pensé en la gente muriéndose							
6. Pensé en la muerte							
7. Pensé en qué escribir en una nota de suicidio							
8. Pensé en escribir un testamento							

9. Pensé en decirle a la gente que planifico matarme							
10. Pensé en cómo se sentiría la gente si me matara							
11. Desearía estar muerto/a							
12. Pensé que matarme solucionaría mis problemas							
13. Pensé que otros serían más felices si estuviera muerto/a							
14. Desearía no haber nacido nunca							
15. Pensé que a nadie le importaba si estaba vivo/a o muerto/a							

Fuente: Mother-daughter interactions among depressed Puerto Rican adolescents: Two case studies in CBT, 2011.

Anexo 12. Escala de riesgo suicida de la OMS (proyecto SUPRE)

Riesgo de SUICIDIO	Síntomas	Evaluación	Acción
0	No hay peligro.	-	-
1	Alteración emocional leve.	Indagar sobre pensamientos suicidas.	Escuchar con empatía.
2	Vagas ideas de muerte.	Indagar sobre pensamientos suicidas. Valorar el intento.	Escuchar con empatía.
3	Vagos pensamientos de suicidio.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar alternativas. Identificar apoyo.
4	Ideas suicidas, pero sin trastorno psiquiátrico ni otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método).	Explorar alternativas. Identificar apoyo.
5	Ideas suicidas, con trastorno psiquiátrico y/u otros factores de riesgo.	Valorar el intento (plan y método). Hacer un contrato. ^d	Remitir a Salud Mental.
6	Ideas suicidas, y trastorno psiquiátrico o graves acontecimientos estresantes o agitación e intento previo.	Permanecer con el paciente (para prevenir su acceso a los medios).	Remitir a Salud Mental: Hospitalización.

Fuente: Recomendaciones sobre Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Resumen para Atención Primaria, 2016

Anexo 13. Escala de evaluación del riesgo suicida ERS

Escala de evaluación del riesgo suicida ERS

Ítem	Redacción	Factor
1	Creo que es mejor no hacer planes para un futuro	Depresión y desesperanza
2	Pienso que el futuro es incierto y triste	
3	Creo que nada bueno me espera	
4	Pienso que la vida no tiene cosas buenas para ofrecerme	
5	Mi vida ha sido un fracaso y dudo que cambie en un futuro	
6	Me siento incómodo(a) conmigo mismo(a) y con lo que he logrado	
7	He pensado seriamente en quitarme la vida	Ideación e intencionalidad suicida
8	Pienso que la muerte es la única manera de terminar con mi sufrimiento	
9	He planeado como quitarme la vida	
10	He intentado quitarme la vida alguna vez	
11	He hecho cosas contra mí para no seguir viviendo	
12	Me he lastimado o herido intencionalmente	Aislamiento/ soporte social
13	Me siento solo(a) en la vida	
14	Me es difícil confiar en otras personas	
15	Me gustaría tener amigos a quienes acudir cuando tengo problemas	
16	Creo que las personas tienden a ignorarme	Falta de apoyo familiar
17	A mi familia le interesa poco lo que suceda conmigo	
18	Prefiero acudir a personas diferentes a mi familia cuando necesito ayuda	
19	Prefiero estar lejos de mi familia que compartir con ellos	
20	Pienso que soy poco importante para mi familia	

Fuente: Diseño y validación de una escala para evaluar el Riesgo Suicida (ERS) en adolescentes colombianos, 2018

Anexo 14. Protocolo de evaluación y gestión de riesgos de Linehan (LRAMP)

LINEHAN RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT PROTOCOL (LRAMP) Protocolo de Evaluación y Manejo de Riesgo de Linehan

Consultante: _____

Fecha de Contacto: _____

Persona que lo completa: _____

Fecha de Hoy: _____

SECCIÓN 1: MOTIVOS PARA SU REALIZACIÓN

1. Razones para su realización:

- HISTORIA** de ideación suicida, intento de suicidio o auto-lesión en la admisión
- NUEVA** (o primer reporte de) ideación suicida y/o deseo de auto-lesionarse
- AUMENTO** de la ideación suicida o deseo de realizar una conducta autolesiva
- AMENAZA** u otro comportamiento que indica riesgo suicida desde el último contacto
- INTENTO DE SUICIDIO** y/o conducta autolesiva desde el último contacto
- Intento de suicidio y/o conducta autolesiva que ocurrió u ocurría durante el último contacto
- Otro

2. Por favor describa el episodio específico o conducta que ocurrió:

Describe:

SECCIÓN 2: EVALUACIÓN DE RIESGO

3. La evaluación formal y estructurada del Riesgo Suicida Actual fue (MARCAR LA QUE CORRESPONDA)

- CONDUcida**
- NO CONDUcida**, debido a que: (MARCAR LA QUE CORRESPONDA)
 - EXISTEN RAZONES CLÍNICAS, A SABER:** (MARCAR TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)
 - Son conductas habituales o típicas del consultante:** la ideación o intención de dañarse no suele relacionarse con un aumento inminente del riesgo de un intento de suicidio o autolesión.
 - No había intención suicida o autolesiva durante el último contacto,** el control de los impulsos parecía aceptable y no se evidenciaron nuevos factores de riesgo.
 - No había intención suicida o autolesiva al finalizar el último contacto,** el control de los impulsos parecía aceptable y no se evidenciaron nuevos factores de riesgo.
 - La conducta autolesiva que ocurrió fue **sin intención suicida y superficial o menor (ej: se realizó un rasguño o tomó un comprimido demás de su plan de medicación)**
 - La amenaza o ideación suicida se explicaba mejor como una **conducta de escape** y los objetivos del tratamiento son mejor alcanzados trabajando los eventos precipitantes y los factores de vulnerabilidad mas que a través de una evaluación formal del riesgo
 - La amenaza o ideación suicida se explicaba mejor como una conducta **operante**; la evaluación formal del riesgo podría haber actuado reforzando la ideación suicida
 - El consultante está en tratamiento con otro **terapeuta primario** que recientemente evaluó o prontamente evaluará y se ocupará del riesgo suicida; se consideró de poco valor que dos terapeutas trabajen sobre la misma conducta.
 - SE DERIVÓ AL CONSULTANTE a otro profesional a cargo para su evaluación
 - SE OLVIDÓ, PLAN PARA SU SEGUIMIENTO: _____
 - OTRA RAZÓN: _____

6. Factores de riesgo suicida INMINENTES:

No Reportados / No Observados	NO	EN PARTE	SI	FACTORES DE RIESGO SUICIDA INMINENTES	COMENTARIOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio actual, incluyendo la creencia por parte del consultante que efectivamente se suicidará o se hará daño	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presencia de plan suicida y/o sus preparativos (incluyendo método y momento específico)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El método preferido de suicidio es disponible o es fácil de alcanzar actualmente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existen métodos letales (de cualquier tipo) fácilmente disponibles en el contexto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivel de pesimismo o desesperanza severos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación anticipatoria por una pérdida futura o un estresor vital mayor	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presencia de insomnio global acompañado de ideación suicida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitación e inquietud motora en aumento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intoxicación por alcohol aguda	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés y del placer (anhedonia) severo con hipersomnia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Externación reciente (últimas 4 semanas) de una internación psiquiátrica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está o estará próximamente solo y/o aislado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apoyo social bajo o no existente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eventos vitales estresantes recientes (Ej: pérdidas interpersonales y conflictos), (crisis disciplinarias y legales)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico reciente de un trastorno mental (Ej: esquizofrenia, depresión, trastorno de ansiedad)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico reciente de una enfermedad crónica o que pone en riesgo la vida o que genera limitaciones funcionales (Ej: HIV/SIDA, cáncer, esclerosis múltiple, enf. pulmonar, etc.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocurrencia de eventos que precedieron a un intento de suicidio o autolesión previo	

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Existe motivación por parte del consultante a no reportar o mentir acerca del riesgo	
No Reportado/ No Observado	NO	EN PARTE	SI	Población/Contexto Específico FACTORES DE RIESGO SUICIDA INMINENTE	COMENTARIOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente en una internación psiquiátrica con ideación suicida al ingreso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente en una internación psiquiátrica con carácter de involuntaria	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cárcel/Prisión Primera noche preso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jóven expuesto recientemente a un suicidio (en los medios, en la comunidad, etc.)	

7. Factores protectores de suicidio

No Reportados/ No Observados	NO	EN PARTE	SI	FACTORES PROTECTORES	COMENTARIOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esperanza en el futuro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auto-eficacia en el área problemática	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apego a la vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rresponsabilidad por sus hijos, familia u otros, incluyendo mascotas, a quienes no abandonaría	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se encuentra incluido en una red social o familiar continente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo al suicidio, la muerte o morirse o no existe un método disponible que le sería aceptable	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo a la desaprobación social del suicidio	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creencia de que el suicidio es inmoral o que será castigado si lo comete	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nivel de espiritualidad o religiosidad elevado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compromiso a mantenerse vivo acompañado de una historia de tomarse los compromisos con seriedad o hay razones para que sea creible	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultante motivado a sobre reportar riesgo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	

SECCIÓN 3: MANEJO DEL RIESGO SUICIDA

8. Acciones terapéuticas dirigidas a las conductas suicidas y/o autolesivas: (Marcar las que correspondan)

A. La ideación o conducta suicida NO FUE EXPLÍCITAMENTE TRATADA en sesión (Marcar las razones)

- El consultante **NO ES IMMUNEMENTE PELIGROSO**
- Las mismas razones por las cuales no se realizó la evaluación formal y estructurada
- La evaluación del riesgo fue suficiente y tuvo un efecto terapéutico en sí misma
- Otra:

B. Se realizó un ANÁLISIS EN CADENA de la ideación o conducta suicida previa

C. Se analizó la CADENA DE EVENTOS que ocurrió y las consecuencias de la ideación o conducta suicida y/o autolesiva actual.

- Factores de Vulnerabilidad
- Eventos Previos
- Conducta
 - Intento de suicidio
 - Autolesión sin intención suicida
 - Aumento de la ideación suicida y/o deseo de realizar una conducta autolesiva
 - Amenaza suicida
 - Otro (especificar):
- Consecuencias
- Comentarios (Opcional)

D. Se enfocó en el MANEJO DE CRISIS y/o RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Marcar las opciones usadas):

- Se VALIDARON las emociones actuales y el deseo de escapar o morir (apoyo emocional)
- Se IDENTIFICARON eventos que fueron disparadores de la crisis actual
- Se FORMULÓ y resumió la situación problemática con el consultante
- Se trabajó para remover o remediar EVENTOS DISPARADORES
- Se aconsejó y ofrecieron soluciones para reducir la suicidabilidad
- Se desafiaron las creencias disfuncionales relacionadas al suicidio o a las conductas autolesivas
- Se entrenó a que se utilicen habilidades que el consultante está aprendiendo en terapia
- Se clarificaron y REFORZARON las respuestas adaptativas del cliente
- Se generó ESPERANZA y razones para vivir
- Se le dijo al consultante de manera empática que no se suicide o se autolesione
- OTRAS

COMENTARIOS (Opcional) en el manejo de la crisis:

E. Se desarrolló o revisó el PLAN DE CRISIS existente

F. Se trabajó el compromiso a un PLAN DE ACCIÓN

- El consultante hizo un ACUERDO creíble acerca de un plan de acción y de no realizar más conductas autolesivas o intentos de suicidio, (Opcional): hasta que "....." (Cita)
- El consultante acordó REMOVER ELEMENTOS LETALES (Ej: armas, drogas) mediante: (especificar como)

G. Se REVISARON factores que puedan interferir con el plan de acción:

H. Se anticipó una RECURRENCIA de la crisis y se desarrolló un plan de crisis alternativo de "back-up"

I. Se aumentó el APOYO SOCIAL

- Se planificó con el consultante que contacte a su REFERENTE DE APOYO o CUIDADOR: _____
- Se ALERTÓ A SU RED SOCIAL del riesgo (describir):

Se agendó un CHEQUEO para:

J. Se lo REFIRIÓ a:

- Al Terapeuta Primario:
- A un Clínico a Demanda de:
- A una Línea de Crisis (Se aseguró que el consultante tenga el número de teléfono)
- A _____ para una Evaluación Médica:
- OTRA:

K. SE CONSIDERÓ UNA INTERNACIÓN; no fue la indicación debido a que (marcar las que correspondan):

- El consultante **NO PRESENTA RIESGO CIERTO E INMINENTE**
- Cuenta con apoyo ambiental o social
- El consultante puede contactarme fácilmente si su situación empeora
- El consultante estuvo previamente internado u hospitalizado, sin beneficio aparente
- No hay camas disponibles
- El consultante se negó
- El consultante se negó a pesar de argumentos persistentes a favor de ello
- El consultante no cumple criterios para una internación involuntaria

y/o podría (marcar todas las que correspondan):

- Aumentar su estigma y aislamiento que son asuntos importantes para el consultante
- Interferir con su trabajo o sus estudios que son asuntos importantes para el consultante
- Violar el plan o arreglo ya acordado con el consultante
- Causarle problemas financieros que es un asunto importante para el consultante
- OTRO:

L. OTRA estrategia terapéutica fue llevada a cabo: Describir

Fuente: Abordaje de la conducta suicida: el protocolo LRAMP, 2020