



# GUÍA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA

## 1. OBJETIVO

Brindar la mejor atención y ayuda a los pacientes con conducta suicida, a sus familiares y allegados; ofreciendo recomendaciones al personal de salud de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena para la evaluación, diagnóstico y manejo (tratamiento, remisiones y seguimiento) de pacientes con ideación y conductas suicidas que consulten en el servicio.

## 2. RESPONSABLES

Los responsables de la implementación de esta guía son los profesionales en Psicología adscritos al área de salud de la Universidad del Magdalena.

## 3. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

La Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), fue elaborada por la Public Health Agency of Canada (PHAC) para desarrollar guías de prácticas clínicas que respaldasen las acciones de salud preventiva.

En sus inicios, este grupo hizo énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados basándose en los siguientes elementos: Un orden para los GR establecidas por letras del abecedario donde las letras A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomiendan hacer); D y E indican que no deben llevarse a cabo maniobras o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “contradictoria” y la letra I, insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia disponible para establecer una recomendación (Figura 1). Y, NE clasificados según el diseño de los estudios I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente, para los cual son clasificados según validez interna o calidad metodológica del estudio (Figura 2 y 3).

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influir en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una

**Figura 1.** Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

**Figura 2.** Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

**Figura 3.** Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

#### 4. DEFINICIONES (2)

- **Acto Instrumental relacionado con el suicidio (4):** conducta potencialmente autolesiva de la que hay evidencia que a persona no tiene la intención de morir, pero da la apariencia de desear quitarse la vida en base a obtener alguna finalidad (Por ejemplo: buscar ayuda, castigar a los demás, o recibir atención).
- **Agresión Impulsiva:** tendencia a responder a la provocación o a la frustración con hostilidad o agresividad David Brent lo emplea para tratar de explicar la conducta suicida en adolescentes). Aumenta la probabilidad de que una persona lleve a cabo los pensamientos suicidas porque tienen dificultades para evaluar los riesgos y generar alternativas apropiadas cuando se enfrentan a los problemas.
- **Ambivalencia en la decisión suicida:** se refiere a las manifestaciones que tiene la persona que se quiere suicidar en relación a vivir. (luchar por resolver su problema) y no vivir (quitar el sufrimiento y morir) al mismo tiempo. Se refieren, sobre todo, a la segunda fase de la evolución de la conducta suicida, cuando todavía la decisión de morir no es firme.
- **Amenaza Suicida:** punto intermedio entre la ideación y la tentativa suicida, en que la persona da indicios (verbales y/o no verbales) de que va a intentar suicidarse, puede ser como chantaje a las personas queridas, o como manifestación clara de su sufrimiento vital a las personas de su entorno.
- **Autolesión:** actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que

existe evidencia implícita explícita de que la persona no tiene intención de suicidarse, puede o no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinflingida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.

- **Autopsia Psicológica:** reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previas al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no. Se realiza mediante recogida de información con entrevistas a los allegados, revisión de objetos personales o escritos de la persona que presuntamente falleció por suicidio. Es una acción muy frecuente entre las compañías aseguradoras para determinar si la muerte fue accidental o no.
- **Carta Suicida:** extensión de la nota suicida, a la expresión pormenorizada de sentimientos y pensamientos de la persona suicida hacia sus allegados o a personas que puedan encontrar el cuerpo o hacer las diligencias correspondientes. Aunque se llame carta, en ocasiones se ha hecho mediante correo electrónico.
- **Cibersuicidio:** acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con su vida. No implica por sí mismo la existencia de un plan elaborado. Para algunos autores existen dos tipos de comunicación: amenaza suicida y plan elaborado.
- **Conducta Suicida:** son los pensamientos o conductas que llevan al acto de quitarse la vida intencionalmente. Puede clasificarse en tres categorías: ideación, plan e intento suicida.
- **Contrato de no suicidio:** técnica psicoterapéutica empleada por psicólogos o psiquiatras con pacientes que han tenido un intento autolítico, en el que se les plantea varias cuestiones, entre ellas, contactar con el profesional de la salud mental cuando tenga ideación suicida y/o antes de cometer suicidio, comprometerse a no suicidarse en un tiempo determinado. Solo debe plantearse cuando exista un buen rapport terapéutico entre el paciente y el terapeuta.
- **Desesperanza:** esquema cognitivo que tienen algunas personas con afectación importante del estado de ánimo, que se caracteriza por tener expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto. Se puede medir con la escala de desesperanza de Beck (es una escala breve que consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (falso o verdadero)).
- **Efecto Werther:** imitación de la conducta suicida tras un primer suicidio consumado con repercusión mediática.
- **Eutanasia:** provocar la muerte de una persona de manera intencional y consciente por medios ajenos al sujeto o acortar la vida del mismo por mecanismos directos o indirectos. En Colombia, se despenalizó en 1997 y en el 2015 se reguló para pacientes con enfermedades terminales, que hayan manifestado expresamente su voluntad de someterse a este procedimiento y bajo la supervisión de un comité médico, pero aún quedan vacíos que impiden el cumplimiento el mandato en el país.
- **DSM-5™:** Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado.
- **Ideación Suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas

preocupaciones autolesivas. De que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte.

- **Intento de Suicidio:** conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita)
- **Suicidio:** Llamamos suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado (3)

## 5. ETIOLOGÍA (5):

El suicidio es fruto de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, culturales, religiosos y ambientales (2) . Es decir, es un hecho multicausal que requiere tener en cuenta diferentes consideraciones metodológicas al momento de implementar un plan preventivo o psicoterapéutico.

- **Factores Biológicos:** baja concentración del ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo del suicida; elevados niveles de la actividad de la enzima MAO (Monoamino oxidasas) en las plaquetas; papel de los ejes hipotálamo-hipófisis-suprarrenales e hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis de la depresión; depleción global de catecolaminas y predisposición genética a padecer enfermedades suicidógenas.
- **Factores Psicológicos:** entre estos podemos mencionar la desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominantes sobre otras, ambivalencia, dolor psíquico.
- **Factores Sociales:** tenemos el exceso de individualización y falta de integración (suicidio egoísta), exceso de integración social y falta de individuación (suicidio altruista), ruptura brusca del equilibrio existente entre sujeto y la sociedad (suicidio anónimo) y excesivo control y reglamentación que limita sustancialmente el provenir del sujeto (suicidio fatalista).

**Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 para el Suicidio son:**

X60	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.
X62	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otra parte.
X63	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.
X64	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados.
X65	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a alcohol.
X66	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
X67	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores.
X68	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas.
X69	Envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas y los no especificados.
X70	Lesión autoinflingida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
X71	Lesión autoinflingida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.
X72	Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de arma corta.
X73	Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.
X74	Lesión autoinflingida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.
X75	Lesión autoinflingida intencionalmente por material explosivo.
X76	Lesión autoinflingida intencionalmente por humo, fuego y llamas.
X77	Lesión autoinflingida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.
X78	Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto cortante.
X79	Lesión autoinflingida intencionalmente por objeto romo o sin filo.
X80	Lesión autoinflingida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
X81	Lesión autoinflingida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.
X82	Lesión autoinflingida intencionalmente por colisión de vehículo automotor.
X83	Lesión autoinflingida intencionalmente por otros medios especificados.
X84	Lesión autoinflingida intencionalmente por medios no especificados.

De la misma manera, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5™) el suicidio es considerado como complicación de trastornos psiquiátricos,

fundamentalmente de trastornos del ánimo. Tal es así, que el suicidio es únicamente, un síntoma más de los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y del trastorno de personalidad límite. Las conductas suicidas aparecen también en otros trastornos psiquiátricos como en la esquizofrenia, abuso de sustancias y trastorno de ansiedad.

## 6. TEORIAS EXPLICATIVAS DE LA CONDUCTA SUICIDA (6)

El suicidio es una manera de morir de darse la muerte por sí mismo. En la actualidad y desde el reconocido estudio de Durkheim, sabemos que el suicidio no corresponde a ninguna entidad psicológica específica, tampoco puede ser reducido a un resultado de un estado de angustia del propio sujeto, ni adjudicado solamente a ciertas condiciones adversas identificables en determinado grupo social. Es por este motivo, la necesidad de permitir un espacio en el cual se piense acerca de los distintos métodos teóricos de comprensión del fenómeno suicida y sus repercusiones en la práctica clínica y psicopatológica.

**a. Durkheim-Concepción Sociológica:** postula como hipótesis de su estudio que el conjunto de suicidios cometidos en una sociedad en un determinado período de tiempo constituye en sí mismo un hecho nuevo, distinto de cada suicidio individual, y la naturaleza de ese hecho es eminentemente social; por otro lado, reconoce que las causas de los suicidios están antes fuera que dentro de cada uno de nosotros. El estudio se encuentra dividido principalmente en dos ejes: aquellos factores extrasociales que podrían influir en el suicidio; por el otro lado, las causas sociales y tipos sociales propiamente dichas. Entre los factores extrasociales se encuentran: los estados psicopáticos, los estados psicológicos normales –raza-herencia-, los factores cósmicos-influencia climática y temperatura- y la imitación como fenómenos de psicología individual.

Su aporte fundamental fue la distinción entre tres tipos sociales de suicidios: altruista, egoísta y anómico. El primero se caracterizaría por el vínculo sólido entre el individuo y los valores predominantes en la sociedad. El segundo tipo, el suicidio egoísta es de alguna forma, el reverso de la fórmula altruista. El individualismo excesivo no tiene sólo como resultado favorecer otros factores de riesgo que inciden en el suicidio, sino que él mismo es un factor de riesgo o causas suicidógenas. Durkheim, afirma que el suicida varía en razón inversa al grado de integración de los grupos sociales a los que pertenece el individuo (sociedad religiosa, doméstica y política). De alguna manera, el estar comprometido a una causa común, superior a los problemas individuales y contrariedades privadas, permite a los individuos fijarse un objetivo más elevado y sujetarse a la vida.

Por último, el suicidio anómico tiene lugar en circunstancias donde el estado pierde su acción reguladora o moderadora. Como ejemplos, se pueden mencionar crisis financieras o económicas, crisis por transformaciones quizás acertadas, pero

demasiado bruscas, crisis que, en última instancia, tienen implicaciones y repercusiones sociales agudas.

- b. **Freud-Concepción Psicodinámica:** la primera mención sobre el suicidio se encuentra en “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901), en la cual advierte que el suicidio es el desenlace del conflicto psíquico. A su vez, sugiere que los *daños casuales* poseen una determinación inconsciente autopunitiva, la cual suele exteriorizar en los pacientes neuróticos mediante los autorreproches. En este caso, Freud hace referencia a aquellas situaciones que, no siendo buscadas de manera deliberada (conscientemente), desembocan en accidentes fatales para la víctima. A partir de 1917, en “Duelo y Melancolía”, Freud comienza a entrever más claramente las diferentes fuerzas psicodinámicas que tienen participación en la etiología de la melancolía. Así postula, entonces, que para que esta tenga lugar se deben dar tres premisas básicas: (a) **pérdida del objeto de amor**, sea ésta real o imaginaria, (b) **ambivalencia** en el sujeto, cuyo origen puede ser constitucional o surgida por la amenaza de pérdida del objeto y (c) regresión de la libido al yo, por **identificación narcisista** con el objeto perdido. Los autorreproches, las constantes críticas del sujeto hacia sí mismo, las conductas autoagresivas y la hostilidad del cual el yo es objeto, son indicios del sadismo vuelto sobre el propio yo, por introyección del objeto, lo que, según Freud, revela el enigma de la inclinación al suicidio en esta enfermedad.

### 6.1. CONCEPTOS ACTUALES:

- a. **Modelo Estrés-Diátesis:** hace referencia a una multicausalidad del riesgo suicida que está dado por la interacción de los genes y el ambiente (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006; Wateriaux, Haas y Malone, 1999). Para este modelo, el aspecto genético cobra una particular relevancia. Señalan que el riesgo suicida no está únicamente determinado por la posibilidad hereditaria de ciertas enfermedades psiquiátricas sino, también y de manera primordial, por la tendencia a experimentar una mayor ideación suicida, una tendencia a actuar de manera impulsiva y, como consecuencia, una potencialidad a cometer un acto suicida. También advierten la presencia de otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida como son: traumatismo craneal, baja actividad serotoninéica, alcoholismo, abuso de sustancias, tabaquismo, entre otros.
- b. **Modelo del suicidio proceso:** se enfoca como un proceso en el que intervienen características propias del sujeto y su interacción con el medio ambiente. Desde esta postura, se señala la presencia de un continuo destructivo, que puede presentar un bajo riesgo suicida hasta un alto riesgo suicida. No hay una secuencia determinada de antemano, sino una aproximación a una de las “etapas” que aparecen antes del intento suicida o suicidio consumado. Lo apropiado, es identificar aquellas conductas de riesgo, evaluar el potencial suicida de cada sujeto y prevenir un desenlace evitable. El continuo destructivo se encuentra delineado por: ideación suicida, ideaciones suicidas crónicas,

amenazas suicidas, gestos suicidas, estilos de vida arriesgado, plan suicida vago, plan suicida específico y letal e intento suicida serio de alta letalidad.

## 7. SIGNOS Y SINTOMAS INDICADORES DE LA CONDUCTA SUICIDA (10)

Una persona que quiere suicidarse suele presentar cambios en las emociones, en su manera de pensar, en los hábitos y en el comportamiento habitual, a estos cambios los podemos denominar síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio. Entre estos cambios podemos encontrar:

- Expresión manifiesta de intención suicida o verbalización de ideas de suicidio.
- Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida.
- Comentarios o verbalización negativa sobre su futuro.
- Comentarios o verbalización relacionadas con el acto suicida o la muerte evidenciando ideas de suicidio, como: hablar acerca de la muerte, del suicidio y/o incluso declarar el deseo de hacerse daño.
- Hablar acerca de marcharse.
- Despedidas verbales o escritas.
- Cambio repentino de su conducta, como: aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, consumo de drogas ilícitas o incremento del consumo de estas sustancias, periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente presentó una agitación o estado de ansiedad. Esto puede constituirse en un gran peligro y riesgo inminente.
- Tener comportamientos autodestructivos como laceraciones recientes en alguna parte del cuerpo.
- Fantasías de suicidio.
- Preocupación por el efecto del suicidio en el medio familiar.
- Planificación de la forma del suicidio o del acto suicida, para preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas tabletas de un medicamento específico).
- Entrega de posesiones valiosas o regalar las pertenencias u objetos muy personales, preciados y queridos.
- Preparación del testamento, seguros de vida, etc.
- Preparación de documentos, “arreglo de papeles” y cerrar asuntos pendientes para dejar las cosas en orden para cuando no esté.
- Sentimientos de tristeza.
- Aislamiento, no querer salir o alejarse de los amigos.
- Tener dificultad repentina en los estudios o trabajo.
- Hablar de sentirse desesperado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimenticios o de sueño y presentar trastornos en estos aspectos.
- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Pérdida del interés en actividades que antes disfrutaba.

La identificación de estas señales de alerta permite detectar la ideación suicida y posibilita la realización de acciones preventivas y terapéuticas. Ahora bien, el hecho de que no se detecten estas señales no significa que la persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

## 8. CARACTERÍSTICAS COMUNES DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA (10)

Estas nos permiten contar con elementos para la prevención e intervención. Estas características son:

- El **estímulo** en el suicidio es el insoportable **dolor psicológico**.
- El **catalizador** común es el suicidio son las **necesidades psicológicas frustradas**.
- El **propósito** usual del suicidio es **buscar una solución**. El suicidio no es un acto al azar; no se realiza sin sentido o propósito.
- La **meta** frecuente del suicidio es la suspensión de la **consciencia**, De modo paradójico el suicidio es un movimiento hacia y un movimiento de alejamiento de algo.
- La **emoción** habitual del suicidio es la **impotencia y la desesperanza-fatal de ayuda**.
- La actitud interna común hacia el suicidio es la ambivalencia. La persona con conducta suicida siente y piensa que quiere morir como que también quiere vivir (que la rescaten).
- El **estado cognitivo** usual del suicidio es la **constricción psicológica de sentimiento y pensamientos** con estrechamiento de la gama de opciones o actitudes disponibles para continuar con la vida.
- El **acto interpersonal** del suicidio es la **comunicación de la intención**. Las personas piensan en matarse, de manera usual dan claves sobre el inminente suceso mortal comunicando su intención. El reconocimiento de estas claves (clamores de ayuda, murmuraciones o silencios entendidos) es indispensable para la prevención de la conducta suicida.
- La **acción** común del suicidio es la **salida**, como una acción de escapatoria o huida de una situación tensionante, que indica que el fin de la persona suicida es terminar el dolor o cambiar el escenario.
- La **persistencia** en la conducta suicida esta generada por **los patrones disfuncionales de enfrentamiento** a los problemas o a las situaciones de crisis que han sido utilizadas durante toda la vida. El comportamiento que amenaza la vida evidencia perturbación en la capacidad para soportar el dolor psicológico, la tendencia a la constricción y el pensamiento dicotómico.

## 9. CLASIFICACION DEL SUICIDIO

El suicidio es clasificado al mismo nivel que las causas externas de mortalidad y el homicidio; según la CIE-10 se le asignó los códigos de X60 a X84. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades mentales (DSM-5™) el suicidio es considerado como complicación de trastornos psiquiátricos, fundamentalmente de trastornos del ánimo. Tal es

así, que el suicidio es únicamente un síntoma más de los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor y del trastorno de personalidad límite (11).

El suicidio se puede clasificar según su forma clínica, de la siguiente manera:

- **Suicidio Ampliado:** es aquel en el que se arrastra a la muerte a otro que no desea morir. Por ejemplo: madre con una depresión nihilista que asesina a su hijo para evitarle “los sufrimientos que la vida conlleva”.
- **Suicidio por desesperación:** es el que ocurre en el marco de una situación con gran repercusión afectiva en sujetos con poca tolerancia a las frustraciones. Por ejemplo: fracaso amoroso o pérdida de un ser querido.
- **Suicidio por miedo:** se trata de evitar una situación muy temida. Por ejemplo: pérdida de la virginidad en familias moralistas.
- **Suicidio por venganza o chantaje:** el suicida, con su muerte, pretende castigar a otros. Por ejemplo: persona histérica que frente a un conflicto se suicida dejando una nota que inculpa al amante.
- **Suicidio por sacrificio:** la muerte tiene una finalidad política, religiosa. Por ejemplo: el líder ortodoxo Eduardo Chibás, se suicidó en un programa radial en que denunciaba la corrupción administrativa y política en Cuba.

## 10. COMORBILIDAD O PATOLOGÍAS RELACIONADAS

A continuación, se exponen los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados a la conducta suicida y que presentan comorbilidad con esta problemática.

- **Trastornos Afectivos. Código CIE-10, (F39):** Es el grupo de trastornos psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida. La prevalencia vital de suicidios o riesgo de suicida en la totalidad de trastornos del humor es alta, presentando comorbilidad con la depresión mayor (Código CIE-10, F322), depresión no especificada (Código CIE-10, F328), el trastorno bipolar (Código CIE-10, F349) y la Distimia (Código CIE-10, F341). La depresión ha sido considerada como el factor de riesgo suicida más importante y puede ser responsable de gran parte de los suicidios consumados.
- **Abuso de sustancias. Código CIE-10 (F10):** Los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y más concretamente, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se han relacionado con el suicidio como factor precipitante de dichas conductas. Algunos autores, postulan que el alcoholismo puede suponer el factor de riesgo más importante, superando a la depresión o la esquizofrenia. Sí en los alcohólicos las tasas de riesgo de suicidio superan en unas seis veces las de la población general.
- **Esquizofrenia. Código CIE-10 (F20), Paranoide (F200) y no especificada (F29):** en la esquizofrenia existe un riesgo suicida comparable o incluso superior al de los trastornos depresivos mayores. Algunos estudios han descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10-15% de los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, se estima que los altos niveles de mortalidad suicida por esta enfermedad son el doble

que en la población general y el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con esquizofrenia.

- **Trastornos de Personalidad. Código CIE-10 (F60):** Estos trastornos llevan asociado un riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en la población general. Un tercio de todos los suicidios consumados presentaban diagnóstico de trastornos de personalidad. Por esta razón la presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es un trastorno límite, antisocial, narcisista o depresivo, ha empezado a considerarse como un factor de riesgo significativo en la conducta suicida.
- **Trastornos de Ansiedad. Código CIE-10 (F41), No especificada (F419):** aproximadamente el 70% de las personas con historia previa de intentos de suicidio cumplían criterios para un trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y fobia específica). Se demostró que la existencia de algunos de estos trastornos se asociaban a mayor riesgo de nuevos intentos de suicidio, incluso al ajustar la influencia de otros trastornos mentales concomitantes.
- **Trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos. Código CIE-10 (F50), Anorexia Nerviosa (F500) y Bulimia (F502):** se ha podido detectar una alta prevalencia de conducta suicida (incluyendo ideación suicida, gestos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) en este tipo de trastorno. A nivel mundial, el mayor riesgo de suicidios en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se encuentra establecido en el rango de edades entre 15 y 25 años. Se ha estimado que para el trastorno de anorexia nerviosa existe un riesgo de suicidio 40 veces mayor en comparación con la población general.
- **Trastorno de Déficit de atención u otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y la adolescencia. Código CIE-10 (F988):** en estos casos el riesgo de suicidio relativo es de 2,91 en comparación con las tasas de población general. Se observa un mayor riesgo cuando existe comorbilidad, especialmente con trastornos del humor y de la conducta.
- **Trastornos de los hábitos. Código CIE-10 (F639):** fundamentalmente, la atención en estos casos está dirigida al análisis de actos suicidas en el juego patológico donde existe mayor frecuencia de intentos e ideación suicida. También se ha encontrado una frecuencia mayor en cleptomanía y piromanía. A su vez, se destaca la importante comorbilidad de los trastornos del control de los impulsos (trastornos explosivo intermitente, juego patológico, cleptomanía, tricotilomanía y piromanía) con la depresión.
- **Trastornos Adaptativos. Código CIE-10 (F432):** se presenta con mayor frecuencia en sujetos menores de 21 años que intentan suicidarse y en sujetos con suicidio consumado. Pacientes hospitalizados en psiquiatría con trastornos de adaptación tienen una alta prevalencia de intentos de suicidio en urgencias que pacientes con otros trastornos psiquiátricos.

## 11. ETAPAS DEL SUICIDIO

La conducta suicida se conforma por “una secuencia de eventos denominados proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos se inicia con pensamientos e ideas suicidas y culmina en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (12).

Las siguientes definiciones nos orientan más a comprender la secuencia de etapas previa al suicidio, cabe mencionar que no en todos los casos se sucede.

- **Ideación Suicida:** es el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Es el paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas verbales o escritas.
- **El Plan Suicida:** Además del deseo de morir, implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, las consecuencias de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida; implicando un alto riesgo para el intento.
- **El Intento Suicida:** es la conducta potencialmente lesiva auto-infringida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- **El Suicidio:** Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzantes, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma).

## 12. FACTORES DE RIESGO EN LA CONDUCTA SUICIDA (13)

- **Factores Socio-demográficos:**
  - **Género:** la frecuencia del suicidio entre hombres es cuatro veces superior a la de las mujeres, proporción que mantiene estable en todos los grupos de edad (14).
  - **Edad:** las tasas de suicidios aumentan con la edad, lo que destaca la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre hombres, la máxima incidencia de suicidios se observa a partir de los 45 años; entre mujeres, los números más altos de suicidios consumados se registran después de los 55 años. Los ancianos intentan suicidarse con menor frecuencia que los jóvenes, pero es más probable que tengan éxito. Sin embargo, en la actualidad la tasa de suicidios aumenta más rápidamente entre las personas jóvenes, en particular entre los hombres (14).
  - **Estado Civil:** el matrimonio, reforzado por los hijos, parece disminuir el riesgo de suicidio de forma significativa. Sin embargo, las personas que estuvieron casadas presentan tasas mayores que las que no se han casado. Se ha descrito que cambios en el estado marital es un factor de riesgo para el suicidio, siendo mayor el riesgo durante el primer año posterior al cambio y en adultos mayores (15).

- **Lugar de residencia:** los intentos de suicidio son más frecuentes en zonas urbanas que rurales. En estas últimas la letalidad tiende a ser mayor por el menor acceso a servicios de salud y uso masivo (por motivos de trabajo), de armas de fuego.
- **Nivel Socioeconómico:** los intentos de suicidios y suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural (16).
- **Situación ocupacional:** el trabajo actúa como factor protector. Riesgo de cometer suicidio aumenta con el desempleo.
- **Trastornos Psiquiátricos:** estos están presentes en el 90% de los casos de personas que se suicidan y contribuyen en un 47-74% al riesgo de suicidio de la población. Los trastornos afectivos son la causa de enfermedad psiquiátrica más común, seguido por consumo de sustancias (especialmente abuso de alcohol) y la esquizofrenia. La comorbilidad de trastornos aumenta considerablemente el riesgo de suicidio (17).
- **Conducta Suicida previa:** el intento de suicidio en el pasado es un factor de riesgo mayor para suicidio, el más importante y quizás el mejor indicador de que el paciente tiene un alto riesgo de suicidio.
- **Trastornos Anímicos:** la depresión es el trastorno del ánimo más frecuentemente asociado con suicidio y uno de los factores de riesgo más importante.
- **Trastorno Psicótico:** un estudio demostró que los intentos suicidas son comunes en todos los trastornos psicóticos excepto en el trastorno delirante. Son particularmente frecuentes en los cuadros psicóticos inducidos por sustancias y en el uso co-mórbido de sustancias, siendo también los jóvenes los de mayor riesgo. Además se describe que se asocian con la severidad de los síntomas depresivos y no con la gravedad de los síntomas psicóticos. Dentro de los trastornos psicóticos destaca la esquizofrenia, donde alrededor del 10% de los pacientes consuma suicidio, especialmente los sujetos jóvenes (18).
- **Trastorno Ansioso:** los pacientes con trastornos de pánico y fobia social han intentado suicidarse sin éxito. Sin embargo, la asociación de depresión aumenta el riesgo de muerte por suicidio (14).
- **Abuso de Alcohol:** el abuso y dependencia del alcohol está frecuentemente asociada con el riesgo de suicidio. La gravedad del trastorno, rasgos de personalidad agresiva e impulsividad y falta de esperanza, parece que predisponen al suicidio. Principales factores precipitantes son la depresión y los eventos estresantes de la vida, sobre todo en término o quiebre de relaciones interpersonales.
- **Trastornos de Personalidad:** están presentes hasta en el 70% de los suicidas. Es sabido que los pacientes con trastornos de personalidad Bordelinde, tienen un elevado riesgo suicida, sobre todo en mujeres menores de 35 años.
- **Trastornos Médicos:** la relación entre el suicidio y la enfermedad médica es significativa. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, Porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada con hemodiálisis). También factores asociados a la enfermedad contribuyen tanto al suicidio como al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las

relaciones personales. Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos (19).

### 13. FACTORES PROTECTORES (FP)

Entre los principales factores protectores podemos mencionar:

- **Las buenas relaciones significativas e interpersonales.** Aquellas personas con cohesión familiar, alto grado de involucramiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional, son 3,5 a 5,5 veces menos propensos al suicidio.
- **Las creencias religiosas** son un factor protector, especialmente en aquellos países donde la religión católica es mayorista porque está arraigada en la cultura popular.
- **La capacidad de adaptación.** La mayor capacidad de adaptación protege del efecto suicidógeno, así que por las dificultades de adaptación y aceptación del cambio que experimentan los adultos, el suicidio puede ser mayor en esta población que en los jóvenes quienes emigran por voluntad propia y se adaptan a nuevas circunstancias de la vida con facilidad.
- **Conservación del soporte familiar.** El mantenimiento de las costumbres y de las tradiciones tiene un efecto protector de la conducta suicida, por cuanto facilitan la integración familiar y de estas a las comunidades a las que pertenecen.
- **El grupo de menor frecuencia es el de casados con hijos.** El tener un mayor sentido de responsabilidad hacia la familia, se constituye en un factor protector de la conducta suicida.
- **Tener un miedo mayor a la desaprobación social.**

### 14. CRITERIOS DE REMISIÓN

Para determinar la derivación a hospitalización o a otros profesionales como psiquiatría, medicina, trabajo social, psicopedagogía, etc., se debe establecer el riesgo del comportamiento suicida el cual ayudará al profesional de psicología a definir si el paciente requiere tratamiento hospitalario o se puede manejar ambulatoriamente.

**La hospitalización** se recomienda en los casos en que esté en peligro la vida de la persona por ideación o intento suicida reciente (últimos días u horas). La necesidad de hospitalización dependerá del diagnóstico y de la gravedad de la causa mental subyacente, de la capacidad de afrontamiento del paciente y su familia, de la presencia o ausencia de los medios de vida y de la presencia o ausencia de los factores de riesgo. Los pacientes que no tienen un apoyo social sólido, los que muestran antecedentes de conducta impulsiva y un plan de suicidio estructurado, deben ingresarse. Todo intento de suicidio, debe ser hospitalizado.

Los pacientes pueden ser remitidos a diferentes instancias dependiendo de su condición:

- **Psiquiatría:** se remitirán los pacientes con conducta suicida, intento suicida no recientes y/o ideación suicida, que tengan comorbilidad con trastornos afectivos (depresión mayor, el trastorno bipolar y la Distimia) adaptativos, del control de impulsos, de déficit de atención, de la conducta alimentaria, de personalidad, del sueño, ansiedad, esquizofrenia y abuso de sustancias psicoactivas, entre otros.
- **Trabajo Social:** aquí se remiten cuando los pacientes presentan una disfuncionalidad familiar moderada o severa y cuando no existen redes de apoyo adecuadas.
- **Psicopedagogía:** se realiza remisión cuando presentan dificultades académicas, en el manejo del tiempo, dificultades de carácter académico, déficit de atención y concentración.

## 15. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA LA ATENCIÓN

Considerando la dimensión de la problemática y la responsabilidad social y profesional no se considera conveniente tener criterios de inclusión y exclusión de pacientes para esta guía. Serán atendidos aquellos pacientes que soliciten el servicio y manifiesten necesidad de ayuda.

## 16. CONTACTO INICIAL Y SOLICITUD DE ATENCIÓN

El primer contacto de ayuda o primera atención a la persona con ideación o intento suicida se realiza a través de una **entrevista clínica diagnóstica inicial** la cual se establece como el patrón de oro para el proceso a realizar e incluye la valoración de si la persona está o no trastornada, desesperada y/o desorganizada, como para que el suicidio pueda ser un resultado final. Por esta razón, el profesional que realiza el primer contacto clínico con el paciente con conducta suicida asumirá una actitud directiva, realizará uso apropiado del tiempo (control adecuado), tratará de mantener a la persona con vida como objetivo fundamental y actuará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1. **Evaluación y reconocimiento del problema o incidente precipitante.**
2. **Determinar el riesgo de mortalidad o evaluación del riesgo suicida, considerando los pasos que se plantean a continuación**
  - Realizar una descripción detallada de la presentación de la conducta suicida, que incluya: **(a)** Evaluación de la conducta suicida, a través de preguntas que permitan conocer las características y/o tipo de conducta suicida como ideación, intento, autoagresión. **(b)** Intencionalidad, gesto manipulador, ambivalente, intención seria (esperaba morir). **(c)** Letalidad, conocimiento del alcance dañino sobre la integridad de la persona que pueda tener el método de suicidarse. **(d)** Premeditación, evaluar las horas y días que han transcurrido planeando el suicidio y la posibilidad de acceder a armas y/o tóxicos. Existencia de un plan detallado, baja probabilidad de ser descubierto. **(e)** Accesibilidad a medios suicidas, explorar si el paciente tiene a su alcance medios para

concretar el acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad.

- Evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.
- Recopilar la historia de factores de riesgo que incluya los eventos listados en puntos anteriores. Se evaluarán intentos suicidas previos, antecedentes familiares e conductas suicidas y enfermedad mental, factores hereditarios, biológicos, familiares y contextuales, de la historia de vida, de la dimensión psicológica, del ambiente académico y de la condición socioeconómica.
- Establecer estresores psicosociales, pérdidas recientes, dificultades económicas, cambios en el estatus socioeconómico, violencia intrafamiliar, estado de empleo, soporte familiar, creencias religiosas sobre la muerte y el suicidio.
- Evaluar factores protectores y estrategias de afrontamiento, prueba de realidad, tolerancia a la frustración, impulsividad, razones para vivir y planes para el futuro.
- Establecer el grado de ambivalencia.

### **3. Asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis.**

En este paso se deben aplicar las reglas clínicas de la intervención en crisis para asegurar la supervivencia de los pacientes con conducta suicida, las cuales son:

- a. Reducir el sufrimiento o dolor psicológico, de manera que el sujeto escoja vivir.
- b. Encontrar la clave suicida.
- c. Encausar las necesidades frustradas para disminuir la posibilidad de suicidio.
- d. Buscar otras posibilidades de solución diferentes al suicidio.
- e. Orientar al paciente para que salga de la constricción psicológica de sentimientos, pensamientos y opciones considerando otras posibilidades que le permitan continuar con la vida.
- f. Ganar tiempo aprovechándose de la actitud interna de ambivalencia para encontrar otras soluciones.
- g. Lograr el compromiso de posponer el hecho mortífero y acceder a la observación y acompañamiento constante.

### **4. Determinar la necesidad de hospitalización y derivación a otros profesionales y realizarlas.**

### **5. Realizar un inventario de las razones para vivir.**

**6. Llenado de la Historia Clínica en la base de datos**, en ella se registrará la problemática de la persona que consulta. La historia clínica inicial se realizará siguiendo los parámetros establecidos por la Historia clínica de Psicología de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.

**7. Acción de apoyo social**, la cual consiste en contactar a miembros de la red de apoyo del paciente (familiar y amigos) y/o una persona que se haga responsable del paciente para informar sobre la situación que está presentando y/o darle las indicaciones para el cuidado y atención del mismo.

**8. Establecer un vínculo con el paciente** para un trabajo más amplio sobre dificultades, si las condiciones lo permiten realizar un encuadre trabajo.

## 17. PROCESOS DE INTERVENCIÓN CLÍNICA (Psicoterapia o estrategia terapéutica a mediano plazo).

El proceso de intervención que se pueden realizar en el Servicio de Psicología, es un proceso de primer nivel. Con él se pretende tratar las causas y las consecuencias de la enfermedad de base y actuar sobre los factores de riesgo modificables, para prevenir nuevos intentos y realizar una vigilancia continua.

## 18. ETAPAS DEL TRATAMIENTO O SESIONES

**Primera Sesión: encuadre y enganche del paciente al tratamiento.** Esta etapa está asociada al establecimiento de contacto y acuerdos entre terapeuta y paciente. También se le explicará al paciente el plan de terapia a realizar.

**Segunda Sesión:** en esta sesión se busca realizar una **evaluación actual del problema precipitante** o desencadenante de la conducta suicida y **establecer unas posibles soluciones**. Se enseñará al paciente algunas estrategias para resolución de problemas.

**Tercera Sesión: Psicoeducación.** Esta sesión está orientada a la educación del paciente sobre su diagnóstico, causas, comprensión del cuadro, tratamiento, hábitos saludables y recomendaciones para manejar la idea suicida. También se dará espacio para la resolución de dudas.

Se hablará con el paciente sobre la importancia de adoptar estilos de vida saludables para su salud mental. Se explicarán hábitos como: hacer ejercicio o practicar un deporte, mantener una buena higiene del sueño, implementación adecuada de hábitos de alimentación, hacer un adecuado uso del tiempo libre y utilizar técnicas de respiración y relajación para la reducción de la sintomatología.

Se darán recomendaciones para manejar la idea suicida:

- Aunque no se le ocurra otra solución diferente al suicidio, no significa que no la haya. Lo que sucede es que no la puede ver en ese momento y quizás otra persona puede ayudarlo a encontrar esa solución.
- Busque ayuda lo antes posible. Si cree que no puede más, hable con un amigo o con un familiar en quien confíe, vaya a ver a su médico o llame a un servicio de atención telefónica.
- Hable de sus pensamientos suicidas. No se los guarde para sí mismo.
- Posponga cualquier decisión acerca del suicidio. Cuando la persona es capaz de posponer su decisión tan sólo 24 horas, las cosas mejoran y se sentirá más capaz de enfrentarse a sus problemas.
- Permanezca acompañado hasta que los pensamientos sobre el suicidio disminuyan.

- Piense que las crisis son transitorias. Muchas personas han pensado en el suicidio en algún momento de su vida, pero deciden vivir porque se dan cuenta de que las crisis son transitorias, mientras que la muerte no lo es.
- Muchas personas que alguna vez han pensado en suicidarse, en realidad no querían morir sino acabar con su sufrimiento. Por eso están contentas de no haberlo hecho una vez que el sufrimiento ha pasado.
- Piense en las cosas o personas importantes que le hayan ayudado a superar otros momentos difíciles. Esas son precisamente las cosas o personas por las que también ahora merece la pena vivir.
- No se aisle. Trata de salir o de recibir en su casa a familiares y amigos, aunque no disfrute de su compañía como antes. Es muy importante seguir manteniendo el contacto.
- Trate de centrarse en el día a día. Pensar más allá puede ser abrumador si se siente que tiene muchos problemas y no se ve capaz de afrontarlos.
- Cuando esté desanimado, evite las drogas y el alcohol. Muchas sustancias aumentan su malestar. Además, no le ayudarán a resolver los problemas y pueden llevarle a hacer cosas que normalmente no haría.
- Manténgase sano, trate de hacer suficiente ejercicio y de comer bien. El ejercicio puede ayudarle a sentirse mejor mediante la liberación de ciertas sustancias en su cerebro. Comer bien ayuda a notarse con más energía y a sentirse capaz de manejar los momentos difíciles de la vida.
- Vaya a ver a su médico o a su especialista para hablar del apoyo o el tratamiento.

**Cuarta Sesión:** evaluación de esquemas mentales disfuncionales utilizados y aplicación de test o escalas psicotécnicas. Se hace imprescindible evaluar el perfil CASIC (Conductual, Afectivo, Somático, Interpersonal y Cognoscitivo) considerando las siguientes áreas:

- a) Conductual: Actividades y patrones de conductas manifiestas.
- b) Afectivas: Sentimientos.
- c) Somáticas: funcionamiento físico general y estado de salud.
- d) Interpersonal: naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos y compañeros.
- e) Cognoscitivas: representaciones mentales. En esta sesión se puede aplicar otras pruebas o test como: Escala de Desesperanza de Beck; Escala de ideación suicida; Escala de Intencionalidad suicida de Beck; Escala de riesgo de violencia de Plutchik y la escala de riesgo suicida de Plutchik.

**Quinta Sesión:** en esta sesión se busca **brindar información a los familiares y allegados** de qué hacer cuando vean señales de alerta y/o de ideación suicida. En primera instancia se enseñará las posibles señales de alerta y ante estas se recomienda:

- **Estar atento e informar inmediatamente** para asegurar su seguridad.
- **Limitar el acceso a posibles medios lesivos.** Tener siempre presente que las personas suelen utilizar aquellos medios letales que son accesibles y más conocidos.
- **Conservar la calma y no reaccionar de modo exagerado.**
- **Hablar con la persona** y hacerle entender que comprende que se sienta desesperado y/o que se encuentra en una posición difícil y frágil. Hágale saber que hay ayuda

disponible, que no siempre se sentirá tan mal, y que con la ayuda correcta es posible que pueda manejar sus problemas y sentirse mejor en el futuro.

- **Eliminar el acceso a cualquier método de suicidio y no dejar nunca sola a la persona.**
- **Valorar el riesgo.** Hable con la persona que podría estar en riesgo de suicidio, hable con otras personas que la conozcan para saber si ellos han notado algo fuera de lo habitual o si piensan lo mismo.
- **Ofrecer ayuda en tareas prácticas.**
- **Saber dónde pedir ayuda.**
- **Cúidese usted mismo.**

**De la sexta a la onceava sesión: Fase intermedia del tratamiento.** Se realizan acciones concretas para desarrollar el proceso de intervención clínica propiamente dicho. Con este proceso, se busca alcanzar las metas del tratamiento dentro de los límites apropiados y razonables. Se pretende lograr adherencia del paciente al tratamiento hasta el momento en que se produce un fin programado y se de paso a la siguiente etapa y el seguimiento. Con esta fase del tratamiento se busca influir sobre los factores predisponentes, precipitantes, modificables y protectores. Para cumplir con este objetó se busca:

- Identificar las creencias centrales asociadas al intento suicida y las estrategias de afrontamiento habituales.
- Enseñar al paciente la relación pensamientos-emociones-conductas.
- Orientar para que adquiera un mayor dominio cognitivo: mejor comprensión del significado de la realidad, los problemas o los incidentes que generan crisis; enseñar al paciente técnicas que propicien respuestas adaptativas frente a pensamientos disfuncionales.
- Reconstruir, reestructurar o reemplazar cogniciones y creencias desadaptativas y pensamientos automáticos disfuncionales.
- Desarrollar nuevas herramientas y/o estrategias de reacción ante las situaciones estresantes.
- Construir razones para vivir.
- Cimentar herramientas de afrontamiento para el alcance de las nuevas metas del paciente.
- Aumentar la tolerancia al malestar psicológico.
- Aumentar la regulación emocional sin acudir a la desesperación y desesperanza.
- Entrenar en el control de la impulsividad basándose en el efecto de la procrastinación en la aparición de los impulsos suicidas.
- Aprender estrategias para establecer una comunicación asertiva con las demás personas.
- Generar mecanismos de resiliencia, proactividad.
- Aprender técnicas de control emocional y a manejar las emociones (tristeza, frustración, ira, etc.).
- Generar confianza en sí mismo a partir de sus experiencias (alta autoestima y autoconfianza).

- Aprender habilidades para la resolución de conflictos.
- Mejorar las habilidades sociales.

**De la doceava a la treceava sesión: Mejorar el soporte social y la red de apoyo.** Con estas sesiones se busca establecer relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, para contar con un adecuado apoyo social (redes de apoyo). Para esto se realiza con el paciente las siguientes acciones:

- Generar sentimientos de pertenencia a un grupo.
- Aprender a buscar ayuda cuando se presentan dificultades.
- Solicitar consejos para elegir opciones importantes.
- Incrementar el soporte social.
- Implementar gradualmente una red adaptativa de soporte social accesible.
- Establecer adecuados vínculos familiares.
- Establecer reglas claras de conducta y participación de los padres en la vida de sus hijos.
- Mejorar la relación con los pares y en instituciones prosociales.
- Mejorar o formar una relación estable de pareja.
- Orientar en la necesidad de trabajar la dimensión espiritual y creencias religiosas.

**Décimo Cuarta sesión: Finales del Tratamiento:** se propicia el incremento de herramientas cognitivas con tareas de prevención de recaídas desde el afrontamiento del pensamiento suicida. Enseñar a realizar al paciente guías de prevención de recaídas.

## 19. CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO O CIERRE DE CASOS

El tratamiento se dará por terminado cuando el paciente presente cuatro o más de las siguientes variables:

- ✓ Desaparición de 80 – 90% de los síntomas.
- ✓ Vinculación productiva en actividades cotidianas.
- ✓ Presencia de pensamientos adaptativos y funcionales.
- ✓ Presencia de estrategias de afrontamiento para resolución de problemas.
- ✓ Estabilidad emocional.
- ✓ Alianza terapéutica y compromiso personal y con los familiares.
- ✓ No experimentar síntomas asociados a trastorno emocional.
- ✓ Adecuado manejo de los factores precipitantes e implementación de los factores protectores.
- ✓ Conciencia de buscar ayuda en periodos de crisis.
- ✓ Adecuado contacto con los apoyos sociales o redes de apoyo.
- ✓ Sentir bienestar y estar de acuerdo con el cierre del caso (no necesitar ayuda).
- ✓ Compromiso del paciente para desarrollar un plan de trabajo de crecimiento personal.

## 20. MANTENIMIENTO Y SEGUIMIENTO

Para garantizar la eficacia de la intervención asistencial realizada en los pacientes con ideación suicida e intento suicida, se acordará con el paciente tres visitas (sesiones) al año siguiente terminado el tratamiento, con el profesional de psicología que realizó el tratamiento. Se remitirá a trabajo social el caso para que establezcan mecanismo o estrategias de apoyo y seguimiento.

## 21. REHABILITACIÓN DE LAS SECUELAS

En aquellos pacientes que por los síntomas de la conducta suicida hayan abandonado sus actividades cotidianas y generado ruptura en sus vínculos afectivos, el terapeuta les orientará en acciones que permitan la reconstrucción de los vínculos, la adquisición de hábitos saludables y el establecimiento de dinámicas cotidianas más adecuadas.

## 22. PREVENCIÓN Y CONTROL (7)

Los suicidios son prevenibles. Existen algunas medidas que se pueden adoptar entre la población, los grupos de población y las personas para prevenir el suicidio y los intentos de cometerlos. Esas medidas incluyen:

- Restricción del acceso a los medios de suicidio (por ejemplo: plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos).
- Información responsable por parte de los medios de comunicación.
- Las intervenciones académicas.
- Introducción de políticas orientadas a reducir el consumo nocivo de alcohol.
- Identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.
- Capacitación de personal sanitario no especializado, en la evaluación y gestión de conductas suicidas.
- Seguimiento de la atención dispensada a personas que intentaron suicidarse y prestación de apoyo comunitario.

El suicidio es un problema complejo y consiguientemente, las actividades de prevención exigen la coordinación y la colaboración de múltiples sectores de la sociedad, incluidos los de salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación. Esas actividades deben ser amplias e integradas, dado que ningún enfoque individual por separado puede tener efecto en una cuestión tan compleja como el suicidio.

## 23. INSUMOS REQUERIDOS

- Test Psicológico
- Autorregistros
- Bibliografías. Libros y Folletos informativos y educativos sobre conducta suicida, intento e ideación suicida.
- Formatos de Historia Clínica.
- Elementos de oficina.
- Medios didácticos y educativos para la terapia y psicoeducación de grupos y de familias.
- Elementos para el desarrollo de estrategias.
- Consultorio o sala de trabajo grupal.

## 24. VERIFICACIÓN DE RESULTADOS EN EFICACIA, EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROCESO REALIZADO

- Garantizar la disponibilidad de todos los recursos humanos y técnicos para cumplir con el proceso.
- Garantizar el bienestar integral del paciente particularmente de los procesos.
- Promover los estilos de vida saludable.
- Satisfacción de los usuarios con las acciones, procedimiento e intervenciones realizadas.

## 25. CÓMO BENEFICIA LA GUÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA EN LA UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Beneficiaria a estudiantes, funcionarios, contratistas, docentes, mediante la difusión de talleres, socialización del protocolo y el voz a voz de las medidas de alerta a la prevención al suicidio en la Universidad del Magdalena, la información estaría al alcance de toda la población, es un trabajo mancomunado y quien detecte uno de estas señales de alerta o este padeciendo de algunos o más síntomas nombrados en éste protocolo le brindaremos ayuda de forma anónima para poder prevenir posibles casos de suicidio, así buscar ayuda de forma oportuna.

Existen diferentes fuentes potenciales de ayuda: los familiares cercanos, los amigos, profesores o adultos de confianza, líderes espirituales, las líneas de atención en la Dirección de Bienestar Universitario, docentes, los profesionales de la salud (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional y otras disciplinas).

En el área de salud y desarrollo humano de Bienestar Universitario contamos con profesionales capacitados para la atención de este tipo de situaciones, el cual está a disposición acompañamientos, campañas de promoción y prevención, desarrollo recreativo, cultural, campañas de sensibilización, atención medica entre otros. Se ha creado una ruta para la prevención al suicidio, así como disponer a la comunidad estudiantil de

manera permanente apoyo psicológico, la cita la pueden solicitar en el siguiente link <https://forms.office.com/r/K7XfBiReSp>.

## 26. MARCO LEGAL

El marco normativo soporta las acciones que se realizan en conducta suicida está sustentado desde el ámbito Nacional mediante la política Nacional de Salud Mental de 1998 (Resolución 2358 de 1998), Ley 1122 de 2007 y Decreto 3039 de 2007, donde se especifican las acciones y los eventos prioritarios en salud mental entre los que se incluye el suicidio; Ley 1361 de 2009, donde se fortalece y garantiza el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad y se establece las disposiciones necesarias para la elaboración de una política pública para la familia, convirtiéndose en el primer medio de socialización de niños, niñas y adolescentes y el primer factor de riesgo y protector para el evento suicida. Asimismo, la Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y propone un modelo de prestación del servicio público en salud con una estrategia de acción en Atención Primaria en salud coordinada por el estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sea el bienestar y una mejor calidad de vida de los residentes del país.

Además de la anterior legislación y considerando la alta carga de morbilidad y mortalidad de la conducta suicida, siendo un evento que puede ser prevenible y que es evidente la necesidad de establecer diferentes estrategias de prevención, intervención, de caracterización e investigación del evento suicida, El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia a través de la Ley 9 de 1979, Decreto 1562 de 1983 y Decreto 3518 de 2006 establece lineamientos para vigilar los eventos de interés en Salud Pública, entre los que se encuentra la conducta suicida.

## 27. BIBLIOGRAFIA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014. Acceso 14 de Abril de 2021. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1).
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de Práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de ideación y/o conducta suicida (Adopción). [Online].; 2017. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>.

3. P. M. El Suicidio: ¿Qué Sé? [Online].; 1987. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en:  
[https://books.google.com.co/books?id=YkXpHVT9GXcC&printsec=frontcover&source=qbs\\_atb&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=YkXpHVT9GXcC&printsec=frontcover&source=qbs_atb&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
4. síntesis.com. Glosario de Términos sobre conducta suicida. [Online].Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en:  
<https://www.sintesis.com/data/uploads/files/Glosario%20suicidio.pdf>.
5. JR G. El Suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. Revista Entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador. 2013;(54): p. 6-11.
6. M. A. Modelos Teóricos de la comprensión del suicidio. En: I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSURBuenos Aires, Argentina; 2009 p. 3.
7. Organización Mundial de la Salud. Suicidio: Datos y Cifras. [Online]; 2019. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/suicide>.
8. AJ. C. Trabajo de Investigación Master. [Online].; 2013. Acceso 04 de Septiembre de 2021. Disponible en:  
[https://www.academia.edu/34682181/Trabajo\\_de\\_Investigaci%C3%B3n\\_M%C3%A1ster\\_Cifuentes\\_2013\\_pdf](https://www.academia.edu/34682181/Trabajo_de_Investigaci%C3%B3n_M%C3%A1ster_Cifuentes_2013_pdf).
9. Boletín Epidemiológico Semanal: BES. Semana Epidemiológica 18. [Online]; 2020. Acceso 23 de Juliode 2021. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_18.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_18.pdf).
10. Universidad Industrial de Santander. Guía de Atención Psicológica de Trastorno Depresivo. [Online].; 2008. Acceso 03 de Agosto de 2021. Disponible en:  
[https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE\\_39.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE_39.pdf).
11. T. L. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. Tesis Doctoral. [Online].; 2012. Acceso 23 de Julio de 2021. Disponible en:  
[https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS\\_2012\\_TERESA\\_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
12. Cañon SC CJ. Ideación y Conductas Suicidas en Adolescentes y Jóvenes. Revista Pediatría Atención Primaria. 2018; 20: p. 387-397.
13. Mejía M. SP,GJ. Factores de Riesgo y contexto del suicidio. Revista Memoriza. Chile. 2011; 8: p. 15-25.
14. Kaplan HI SB. Sinopsis de Psiquiatria. Décima Primera ed. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.

15. Roskar S PAKMDLMMA. Suicide risk and its relationship to change in marital status. Crisis. 2011; 32(1): p. 24-30.
16. L. H. Deliberate self-harm in rural and urban regions: A comparative study. Social Science. 2010; 73(2): p. 274-281.
17. Cavanagh.. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychological Medicine. 2003; 33: p. 395-405.
18. A. G. Conducta Suicida. Apuntes para docencia , Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur, Universidad de Chile. 2008.
19. García de Jalón E PV. Suicidio y Riesgo de suicidio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2002; 25(3).

## 28. REGISTROS

- BU-F04 Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano

## REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica la primera vez

Elaboró	Revisó	Aprobó
Cómite de calidad de los Servicios de Salud Unimagdalena 1/12/2021	Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 3/12/2021	Jesús Suescun Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 6/12/2021