

RIESGO SUICIDA Y CONDUCTA SUICIDA: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Contenido

1. ENCUADRE
 2. INTRODUCCIÓN
 3. LA CONDUCTA SUICIDA. CONCEPTO Y DEFINICIONES
 - 3.1. Definiciones nucleares
 - 3.2. Otras definiciones relevantes
 4. FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES, FACTORES PRECIPITANTES Y SEÑALES DE ALERTA
 5. EVALUACIÓN CLÍNICA
 - 5.1. Aspectos prácticos de la evaluación
 - 5.2. Evaluación del riesgo suicida
 - 5.3. Evaluación de la conducta suicida
 6. INTERVENCIÓN
 - 6.1. Aspectos prácticos de la intervención
 - 6.2. Recomendaciones
 - 6.3. Recomendaciones según el riesgo suicida
 7. LA GUÍA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA
 - 7.1. Encuadre
 - 7.2. Formatos y documentos
 - 7.3. Sitios web y descarga
- BIBLIOGRAFÍA**

Fecha de elaboración: noviembre de 2015

Revisión: enero de 2022

1. ENCUADRE

Este documento tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de Atención Primaria una visión global y síntesis de los conceptos básicos, factores de riesgo, factores protectores, factores precipitantes y señales de alerta, evaluación e intervención en las situaciones de riesgo suicida y conducta suicida. La sección de intervención incluye la intervención ante la situación de identificación de riesgo suicida o tras conducta suicida. Sin embargo, no es el objeto de este documento el establecer los diferentes modos de intervención terapéutica más allá de esta intervención.

Asimismo, este documento no pretende sustituir a otros documentos más amplios que se señalan en la bibliografía (especialmente la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad, en la que se basa principalmente este documento), sino servir como documento sintético, introductorio y ser útil para la práctica clínica.

2. INTRODUCCIÓN

El **suicidio** es una tragedia. Además de acabar prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Globalmente considerado, es un problema de primera magnitud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800.000 personas se quitan la vida anualmente (OMS, 2019). La tasa de suicidio mundial es mayor en hombres que en mujeres (13,5 vs. 7,7 por 100.000 habitantes / año, respectivamente) (WHO, 2016). El riesgo de suicidio aumenta con la edad (INE, 2019). Sin embargo, si bien las tasas de suicidio en edades más jóvenes son más bajas, resultan especialmente trágicas por los años de vida perdidos. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (OMS, 2019).

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más **intentos de suicidio**. Se estima que por cada adulto que muere por suicidio puede haber más de 20 personas que intentan suicidarse (WHO, 2020). El intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (OMS, 2014).

Sin embargo, el suicidio es **prevenible**. Una estrategia reconocida para la prevención del suicidio consiste en la evaluación y el manejo de los trastornos mentales (OMS, 2014).

Aproximadamente el 45% de las personas que se suicidan consultan a su médico de Atención Primaria (AP) en el mes anterior a la muerte. Sin embargo, el registro en la Historia Clínica (H^aC^a)

sobre preguntas acerca del suicidio, o la revelación de las ideas de suicidio por parte del paciente, son infrecuentes (Turecki y Brent, 2015). Además, se ha hallado una ausencia de diagnóstico de trastorno mental en el mes previo al suicidio, en aproximadamente el 75% de los casos (Ahmedani et al., 2014). Sin embargo, se ha hallado consistentemente que alrededor del 90% de las personas que se suicidan tenían un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte (Turecki y Brent, 2015). Estos hallazgos indican que tanto la salud mental como el riesgo suicida deben evaluarse más a fondo, especialmente en los centros de AP (Ahmedani et al., 2014).

3. LA CONDUCTA SUICIDA. CONCEPTO Y DEFINICIONES

3.1. DEFINICIONES NUCLEARES

- **Conducta suicida:** incluye la ideación suicida, autolesión, intento de suicidio y suicidio (OMS, 2014). Esta definición se corresponde con el concepto de conducta suicida como *continuum*.
- **Ideación suicida:** pensamientos de servir como el agente de su propia muerte. Puede variar en su gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intencionalidad (APA, 2003). Tiene varios grados de frecuencia, intensidad y duración (VA/DoD, 2013).
- **Autolesión / Gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada) (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad). Este grado indeterminado puede producirse por ocultación o porque los límites de la intencionalidad pueden no estar claros para el propio paciente (Ministerio de Sanidad, 2020).

Como se puede observar, el aspecto nuclear que diferencia a la autolesión y a los gestos suicidas del intento de suicidio es la **intencionalidad** de matarse. La intencionalidad también es nuclear en la definición de suicidio, ya que es un requisito indispensable para considerar una muerte como suicidio.

Dado que la conducta suicida se considera como un **continuum**, no debe infravalorarse ni descartarse la relevancia de los gestos suicidas, autolesiones o intentos de suicidio. Las personas que han realizado estas autolesiones/gestos presentan un mayor riesgo de repetir una conducta suicida respecto a la población general (Hamza et al., 2012). Por su parte, el antecedente de intento de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (OMS, 2014).

3.2. OTRAS DEFINICIONES RELEVANTES

- **Intención suicida:** Pruebas implícitas o explícitas de que la persona desea morir, quiere quitarse la vida, y entiende las consecuencias probables de sus acciones o potenciales acciones. La intencionalidad suicida se puede determinar retrospectivamente e inferir en ausencia de conducta suicida (VA/DoD, 2013).
- **Riesgo suicida:** Nivel de probabilidad de una persona para realizar un intento de suicidio, independientemente de sus resultados. El riesgo puede ser alto, moderado o bajo (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020). Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - *Amenaza suicida:* acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (Ministerio de Sanidad, 2020).
 - *Plan suicida:* es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Sobrevivientes / supervivientes:** familiares y figuras significativas que han experimentado una pérdida de un ser querido debido a suicidio. Aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos) (Ministerio de Sanidad, 2020).

4. FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES, FACTORES PRECIPITANTES Y SEÑALES DE ALERTA

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los **factores de riesgo suicida**.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA
POBLACIONALES
<ul style="list-style-type: none">- Crisis económica- Cambios rápidos en la estructura social o en valores- Aislamiento social
ENTORNO GLOBAL
<ul style="list-style-type: none">- Medios de comunicación (noticias sobre el suicidio, con características inadecuadas)- Acceso a medios para el suicidio- Dificultades del acceso a servicios de salud mental
CONTEXTO INDIVIDUAL
<ul style="list-style-type: none">- Apoyo familiar y social deficiente o ausente- Acoso por parte de iguales (adolescentes)- Acontecimientos vitales estresantes- Pérdida de empleo
INDIVIDUALES
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno psiquiátrico- Psicopatología: especialmente desesperanza y humor depresivo- Antecedente de una o más tentativas suicidas previas- Ideación suicida; intención suicida- Consumo de tóxicos (incluye alcohol)- Rasgos de personalidad: alta impulsividad, agresión, y ansiedad- Factores psicológicos: especialmente la desesperanza y la rigidez cognitiva- Enfermedad física o discapacidad- Sexo masculino- Edad avanzada y adolescencia- Bajo nivel socioeconómico; bajo nivel educativo- Factores distales o predisponentes:<ul style="list-style-type: none">- Factores genéticos. Historia familiar de suicidio- Infancia adversa (descuido o abandono parental, malos tratos físicos y/o emocionales, abuso sexual)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ministerio de Sanidad (2020) y Turecki y Brent (2015)

Los factores de riesgo más importantes son la existencia de un trastorno psiquiátrico, los antecedentes de una o más tentativas previas, la ideación suicida (especialmente si existe intencionalidad) y la desesperanza. Dentro de los trastornos psiquiátricos, los que conllevan el riesgo más alto son la depresión y el trastorno bipolar.

FACTORES PROTECTORES FRENTE AL SUICIDIO
SOCIALES O MEDIOAMBIENTALES
- Apoyo familiar y social adecuado - Integración social - Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos - Adoptar valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.
PERSONALES
- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas - Confianza en uno mismo - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales - Flexibilidad cognitiva - Tener hijos, especialmente en las mujeres

Fuente: *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, 2020)*

Aunque los factores de riesgo generalmente contribuyen al riesgo suicida a largo plazo, determinados factores pueden comportarse como **precipitantes o desencadenantes** de la conducta suicida. Estos factores precipitantes pueden tener especial relevancia en personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo.

PRINCIPALES FACTORES PRECIPITANTES O DESENCADENANTES DE LA CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none">• Acontecimientos vitales estresantes:<ul style="list-style-type: none">- Pérdidas personales: divorcio, separación, muertes- Problemas interpersonales: problemas, conflictos, violencia, ruptura de pareja- Problemas financieros: dificultades económicas, pérdidas de dinero o de trabajo- Problemas laborales- Problemas legales- Humillación (especialmente en adolescentes)• Consumo de alcohol y drogas• Empeoramientos de salud• Aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes)

Fuentes: Ministerio de Sanidad (2020), SPRC (2013), Turecki y Brent (2015)

No deben confundirse las **señales de alerta** con los factores de riesgo ni con los factores precipitantes. Las señales de alerta orientan a un riesgo inmediato de suicidio, mientras que los

factores de riesgo indican que alguien tiene mayor riesgo de suicidio, pero orientan poco o nada acerca del riesgo inmediato. Los signos de alerta son aplicables solo a personas, mientras que los factores de riesgo y protectores se encuentran a diversos niveles. Los signos de alerta ayudan a las personas a saber cuándo deben tomar acciones de forma inmediata ante estos. Para el clínico, su identificación implica la necesidad de evaluar la intencionalidad suicida (Zitelli y Palmer, 2018).

PRINCIPALES SEÑALES DE ALERTA DE SUICIDIO

- Amenazas de autolesionarse o de suicidarse
- Búsqueda de información sobre formas de suicidarse
- Búsqueda activa de acceso a medicamentos, armas u otros medios
- Escribir o hablar sobre la muerte, morir, o el suicidio.
- Desesperanza
- Sentimientos de rabia, ira, o búsqueda de venganza
- Conductas impulsivas o actividades de riesgo
- Sentimientos de estar atrapado y no ver salida
- Incremento en consumo de alcohol o drogas
- Retirada social respecto a amigos, familia o la sociedad
- Ansiedad, agitación, dormir muy poco o demasiado
- Cambios marcados en el humor
- Expresar ausencia de motivos para vivir, sentido o metas en la vida
- Expresar sentimientos de resultar una carga para los demás
- Arreglar asuntos (p. ej.: herencia), despedidas

Fuentes: Rudd (2006, 2008), Zitelli y Palmer (2018)

5. EVALUACIÓN CLÍNICA

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida (Ministerio de Sanidad, 2020).

5.1. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA EVALUACIÓN

A continuación se muestran algunas fórmulas sobre cómo, cuándo y qué preguntar para evaluar el riesgo de conducta suicida.

CÓMO PREGUNTAR

- ¿Se siente infeliz?
- ¿Se siente desesperado?

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

CUÁNDO PREGUNTAR

- Tras el establecimiento de una comunicación empática
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos

QUÉ PREGUNTAR

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

Fuente: *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, 2020)*

La actitud del clínico durante la entrevista a la hora de recabar información relevante sobre el riesgo de suicidio es importante. A continuación se muestran las características de lo deseable, así como algunos aspectos que deben evitarse.

ACTITUD DEL CLÍNICO DURANTE EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal
- Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar
- Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes
- No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta
- Mostrar calma y seguridad
- Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas
- Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes
- Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía
- Atender no sólo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc.
- Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A

mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (SNS, 2012)

5.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

La existencia conocida de un trastorno psiquiátrico, o su identificación y diagnóstico durante una entrevista implican la necesidad de evaluar el riesgo suicida. También debe evaluarse en el caso de cualquier situación, impresión, información o comentarios que supongan indicios de que podría existir ideación suicida. La evaluación de los factores de riesgo, factores protectores, factores precipitantes, señales de alerta, y de la situación global y contextual del paciente debe realizarse en el contexto de una entrevista clínica realizada de forma empática y fluida; no de una forma mecanizada.

La *Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) establece las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. El explorar no aumenta el riesgo de suicidio.
- Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
- Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación, etc).
- Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
- La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.
- Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
- Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
- Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica.

5.3. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La *Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) establece las siguientes recomendaciones:

- Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida.
- Tras un intento de suicidio en el ámbito de la Atención Primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.
- Tras un intento de suicidio en el ámbito de la Atención Primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya:
 - Características del intento
 - Intentos autolíticos previos
 - Factores sociodemográficos
 - Trastornos mentales asociados
 - Antecedentes familiares
- Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

6. INTERVENCIÓN

6.1. ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA INTERVENCIÓN

Qué hacer y qué no hacer ante la identificación de ideación suicida

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none">- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma- Mostrar apoyo y preocupación- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo- Preguntar acerca de los intentos previos- Explorar posibilidades diferentes al suicidio- Preguntar acerca del plan de suicidio- Ganar tiempo, pactar un “contrato de no	<ul style="list-style-type: none">- Ignorar la situación- Mostrarse consternado- Decir que todo estará bien- Retar a la persona a seguir adelante- Hacer parecer el problema como algo trivial- Dar falsas garantías- Jurar guardar secreto- Dejar a la persona sola

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

Fuente: *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020)

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1. Recomendaciones generales

La *GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) establece las siguientes recomendaciones:

- En pacientes con **ideación suicida y riesgo de suicidio** se recomienda:
 - Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis.
 - Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible.
 - Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia.
 - Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales.
 - Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a Servicio de Salud Mental.
- En caso de **ideación o conducta suicida** se podría considerar la **derivación preferente al Servicio de Salud Mental** (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:
 - Alivio tras la entrevista
 - Intención de control de impulsos suicidas
 - Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
 - Apoyo sociofamiliar efectivo
- Toda la información del paciente será recogida en la **historia clínica**, así como la justificación razonada del tipo de derivación.

- Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada **comunicación** entre el Servicio de Salud Mental y el médico de Atención Primaria.

6.2.2. Cuándo derivar de forma urgente

- En caso de **intento de suicidio** se recomienda la derivación urgente a un **servicio de urgencias hospitalario**, si:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en Atención Primaria.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia, o agitación (previa estabilización del paciente).

- Los siguientes casos implican la necesidad de derivación urgente para que el paciente sea valorado por un especialista de salud mental (en servicio de urgencias hospitalario o en Servicio de Salud Mental):

- **Intento de suicidio**, si:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición

- **Ideación suicida**, si:

- Presencia de trastorno mental grave
- Conducta autolítica grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

6.3. RECOMENDACIONES SEGÚN EL RIESGO SUICIDA

A continuación se muestran algunas recomendaciones del programa SUPRE de prevención del

suicidio de la OMS acerca de los principales aspectos a tener en cuenta cuando un paciente tiene ideación y/o planificación suicida.

RIESGO BAJO: presencia de ideación suicida, sin planificación
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer apoyo- Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida- Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado- Derivación a Salud Mental- Seguimiento regular
RIESGO MEDIO: ideación y planificación suicida, pero no inmediata
<ul style="list-style-type: none">- Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona- Explorar alternativas al suicidio- Pactar un contrato “no suicidio” (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio):<ul style="list-style-type: none">- sin contactar previamente con personal sanitario- por un periodo específico de tiempo- Derivación a Salud Mental- Contactar con la familia y allegados
RIESGO ALTO: plan definido e inmediato y medios para llevarlo a cabo
<ul style="list-style-type: none">- Acompañamiento- Hable tranquilamente con la persona y aleje los medios de suicidio- Haga un contrato de “no suicidio”- Derivación inmediata del paciente a un centro sanitario

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Ministerio de Sanidad, 2020)

7. LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

7.1. ENCUADRE

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, que es la base principal de este documento, fue publicada en 2012 (MSPSI, 2012). En septiembre de 2020 se publicó su revisión, realizada por un grupo de trabajo, que estimó que los nuevos hallazgos científicos disponibles en la literatura no implicaban cambios en el contenido ni recomendaciones de esta. Por lo tanto, la versión revisada (Ministerio de Sanidad, 2020) se encuentra vigente hasta septiembre de 2025. Se recomienda su lectura para la profundización en los temas abordados.

7.2. FORMATOS Y DOCUMENTOS

Está disponible en los siguientes formatos y contiene los siguientes documentos:

- GPC completa
 - GPC resumida
 - Herramientas de consulta rápida (preguntas, recomendaciones y algoritmos)
 - Conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados
 - El día después de un suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares y allegados
-
- El documento **“Conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados”** incluye, de una forma muy sintética y clara, información básica y práctica sobre el suicidio y riesgo suicida, mitos o ideas erróneas, señales de alerta de un suicidio inmediato, circunstancias que pueden precipitar la conducta suicida, información para pacientes que presentan ideas suicidas, información para familiares y allegados que se encuentran ante señales de alerta y/o ideación suicida de un familiar o allegado.

 - El documento **“El día después de un suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares y allegados”** incluye información sobre el duelo tras un suicidio de un familiar o allegado. Incluye también un apartado sobre los niños y adolescentes en esta situación de duelo, y otro sobre cómo ayudar a un familiar o allegado a enfrentarse a esta situación.

7.3. SITIOS WEB Y DESCARGA

- Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS):
<https://portal.guiasalud.es/gpc/>

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida:
<https://portal.guiasalud.es/gpc/conducta-suicida/>

Incluye los contenidos: versión completa, versión resumida, versión en inglés, revisión, herramientas de consulta rápida (preguntas, recomendaciones y algoritmos), información para pacientes y familiares (“La conducta suicida” y “El día después de un suicidio de un familiar o allegado”).

BIBLIOGRAFÍA

Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med.* 2014;29(6):870-7.

APA. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches.* 2003. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.56008

Departamento de Salud. Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. Puerto Rico; 2015.

Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(6):482-95.

INE (2019). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es [acceso 7 de junio de 2021].

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.
- OMS (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
- OMS (2019). Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidios: datos y cifras, 2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. [acceso 28 de febrero de 2020].
- Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. and Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), pp.255–262.
- Rudd, M.D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), pp.87–90.
- SPRC. Suicide Prevention Resource Center (2013). The Role of Law Enforcement Officers in Preventing Suicide. Disponible en: <https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/LawEnforcement.pdf>
- Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2015. pii: S0140-6736(15)00234-2. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
- VA/DoD. Department of Veterans Affairs. Department of Defense. VA/DoD Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: VA/DoD; 2013.
- WHO (2016). World Health Statistics data visualizations dashboard. Crude suicide rates per 100000 population. Year 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> [acceso 3 de diciembre de 2020]
- WHO (2020). Mental Health and Substance Abuse. Suicide data. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data> [acceso 17 de diciembre de 2020]
- Zitelli, L., and Palmer, C. (2018). Recognizing and Reacting to Risk Signs for Patient Suicide. *Seminars in Hearing*, 39(01), pp.083–090.