



GOBIERNO DE COLOMBIA



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Guía de Práctica Clínica

para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación
y/o conducta suicida (Adopción)

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía completa 2017 **Guía No 60**

® Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico
y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida
(Adopción)

Guía No GPC 2017 – 60

ISBN:
Bogotá Colombia
Enero 2017
Primera edición

Nota Legal:

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de la Cláusula décima segunda– PROPIEDAD INTELECTUAL, dispuesta en el contrato No 0388 de 2016 “Los derechos patrimoniales que surjan de la propiedad intelectual de las creaciones resultantes de la ejecución del contrato o con ocasión de este, les pertenecerán al MINISTERIO. No obstante, el contratista una vez finalizado el plazo y por media de este mismo acto, cede en su totalidad los referidos derechos a favor del Ministerio de Salud y Protección Social sin contraprestación alguna a su favor.



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de promoción y prevención

GERMAN ESCOBAR MORALES

Jefe de la Oficina de Calidad



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS

Director Ejecutivo

EGDDA PATRICIA VANEGAS

*Subdirector de Evaluación de Tecnologías en
Salud (E)*

ÁNGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ

*Subdirectora de Producción de Guías de
Práctica Clínica*

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO

Subdirector de Implantación y Diseminación

GRUPO DESARROLLADOR DE LA ADOPCIÓN

EXPERTOS METODOLÓGICOS

Ángela Viviana Pérez

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica, Magister en epidemiología clínica,
Especialista en epidemiología general,
Especialista en gestión de salud pública y seguridad social

Juan Camilo Fuentes Pachón

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico, Magister en Salud y seguridad del trabajo

Martin Cañón Muñoz

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médico Familiar, Magíster en Epidemiología Clínica

Liliana Barrero Garzón

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica, Magister en Economía de la Salud y
Especialista en Epidemiología Clínica

Andrea Castillo Niuman

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Médica, Especialista en Epidemiología Clínica

EXPERTOS TEMÁTICOS

Iván Alberto Jiménez Rojas

Médico, especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis
Profesor Programa de Especialización en Psiquiatría Universidad el Bosque – Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

Sandra Piñeros

Médica, especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infantil y de Adolescentes
Profesional Universidad Nacional de Colombia
Clínica Nuestra Señora de la Paz

Jorge Oswaldo González Ortiz

Psicólogo, Epidemiólogo, Especialista en Investigación Criminal, Doctor en Salud Pública
Director Especialización en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis
Universidad de San Buenaventura, Bogotá

FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Paola Avellaneda

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Economista

Claudia Díaz Rojas

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Profesional en Relaciones Internacionales y Estudios Políticos, especialista en Comunicación Corporativa

William Bolívar Romero

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS
Diseñador gráfico

REPRESENTANTE DE PACIENTES

Francy Vargas L

Familiar

Exclusión de responsabilidad

El presente documento contiene recomendaciones adoptadas de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t), Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, la Guía de Práctica Clínica The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington, Nueva Zelanda: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health, guía publicada en el año 2003 y actualizada en el año 2008 y el programa de acción para superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) 2016 y versión adaptada para Colombia 2016. Las recomendaciones de estas guías fueron revisadas y algunas de ellas fueron modificadas para facilitar su implementación en Colombia. Este documento no ha sido revisado o aprobado por los organismos desarrolladores de las guías para asegurar que la redacción de sus recomendaciones refleje de manera precisa la publicación original.

Declaración de conflictos de interés

Todos los miembros del grupo de trabajo para la adopción de la guía de práctica clínica para la Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida realizaron la declaración de intereses al inicio del proceso. Estos incluyeron expertos temáticos y expertos metodológicos. Los miembros del panel de expertos y los representantes de los pacientes o cuidadores hicieron declaración de intereses previo a las sesiones de consenso para la adopción de las recomendaciones. Cada una de las declaraciones fue evaluada por un comité designado para tal fin. Posterior a la declaración análisis de los mismos, ninguno de los miembros del grupo desarrollador tuvo limitación parcial o total para su participación en el desarrollo de esta Guía de Práctica Clínica.

Financiación

El proceso de adopción de la presente guía fue financiado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, como ente gestor, mediante convenio de asociación No. 388 de 2016, suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

Declaración de independencia editorial

El trabajo técnico del proceso para la adopción de las recomendaciones incluidas en el presente documento, fue realizado de manera independiente por el grupo de trabajo para la adopción de la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. La entidad financiadora realizó un seguimiento a la elaboración del documento, sin embargo, no tuvo injerencia en el contenido del mismo.

Autorización de adopción y publicación

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) y New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health autorizaron al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para usar las recomendaciones y el contenido de sus guías en el proceso de adopción de la

guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la conducta suicida para Colombia.

Los documentos de las guías de práctica clínica originales están disponibles en los enlaces:

Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t), editor. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Guía de Práctica Clínica Evaluación y manejo de las personas con riesgo de Suicidio, The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington, Nueva Zelanda: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health; 2008

https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf

Guía de intervención mhGAP (Mental health Gap Action Programme) del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud mental OMS de 2016

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/guia-intervencio%20humanitaria-mh-gap.pdf>

y versión adaptada para Colombia 2016.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/adaptacion-colombia-guias-atencion-mhgap.pdf>

Actualización

Teniendo en cuenta la fecha de publicación de las guías incluidas en el proceso de adopción, así como el avance en la investigación para la atención de pacientes en riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida, la presente GPC deberá actualizarse en forma total o parcial en un período comprendido entre 2 y 5 años.

Tabla de contenido

JUSTIFICACIÓN.....	19
INTRODUCCIÓN.....	21
1 ALCANCE Y OBJETIVOS	23
1.1 Título de la guía.....	23
1.2 Objetivo	23
1.3 Población.....	23
1.4 Ámbito asistencial.....	23
1.5 Aspectos clínicos centrales.....	24
1.5.1 Aspectos clínicos abordados por la guía.....	24
1.5.2 Aspectos no abordados por la guía	24
2 RESUMEN DE RECOMENDACIONES	36
2.1 Evaluación y tratamiento.....	38
2.1.1 Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida	38
2.1.2 Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria 41	
2.1.3 Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.....	45
2.1.4 Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial	47
2.1.5 Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)48	
2.1.5.1 Niveles de observación en unidades de hospitalización	48
2.1.5.2 Manejo del paciente hospitalizado.....	48
2.1.5.3 Intervenciones Psicoterapéuticas.....	49
2.1.5.4 Tratamiento Farmacológico.....	50
2.1.5.5 Sedación.....	51
2.1.5.6 Terapia Electroconvulsiva	52
2.1.5.7 Planificación del alta del paciente	52
2.2 Aspectos preventivos de la conducta suicida.....	53
2.2.1 Programas generales de prevención de la conducta suicida	53
2.2.2 Restricción del acceso a medios letales	54
2.2.3 Programas formativos de prevención de la conducta suicida.....	55
2.2.4 Tamización de riesgo de suicidio	55

2.2.5	Conducta suicida en grupos de riesgo	56
2.2.5.1	Conducta suicida en la infancia y adolescencia.....	56
2.2.5.2	Conducta suicida en adultos mayores.....	58
2.2.5.3	Grupos de étnicos	59
2.2.5.4	Evaluación de personas intoxicadas.	59
2.2.5.5	Evaluación y manejo de personas con riesgo suicida crónico o continuo	59
2.2.5.6	Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo	60
2.2.6	Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio 61	
2.2.7	Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida	62
3	METODOLOGÍA.....	63
3.1	Conformación del grupo de adopción	63
3.2	Concertación con el ente gestor	63
3.3	Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC	63
3.3.1	Búsqueda de guías de práctica clínica.....	63
3.3.1.1	Búsqueda.....	63
3.3.1.2	Tamización.....	64
3.3.1.3	Preselección	64
3.4	Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica.....	65
3.5	Selección de guías de práctica clínica	65
3.6	Permiso para adopción de las recomendaciones.....	66
3.7	Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano.....	67
4	GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA SELECCIONADAS PARA ADOPCIÓN	69
4.1	Guía de práctica clínica Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (España).....	69
4.2	Guía de práctica clínica de Valoración y Tratamiento de personas en riesgo de Suicidio. (Nueva Zelanda).....	69
4.3	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhgap).....	70
5	INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA.....	71
5.1	Definición y objetivos de la atención de pacientes en riesgo de suicidio	71
5.1.1	La conducta suicida	71

5.1.2	Conceptualización	71
5.1.3	Epidemiología General del Suicidio	74
5.1.3.1	Epidemiología del suicidio en Colombia	75
6	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO	84
6.1	Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida	84
6.1.1	Recomendaciones	84
6.1.2	Resumen de la evidencia.....	87
6.1.2.1	Factores de riesgo individuales	88
6.1.2.2	Factores de riesgo familiares y contextuales	92
6.1.2.3	Otros factores de riesgo	94
6.1.2.4	Factores protectores	95
6.1.2.5	Evaluación del riesgo suicida	95
6.2	Evaluación y manejo de la ideación y conductas suicidas en atención primaria 110	
6.2.1	Recomendaciones	110
6.2.2	Resumen de la evidencia.....	114
6.2.2.1	Abordaje de la ideación suicida en atención primaria.....	114
6.2.2.2	Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria	118
7	EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	125
7.1.1	Recomendaciones	125
7.1.2	Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial	127
7.1.2.1	Recomendaciones	127
7.1.2.2	Resumen de la Evidencia.....	128
7.1.3	Resumen de la evidencia.....	146
8	TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SALUD MENTAL)	148
8.1.1	Niveles de observación en unidades de hospitalización	148
8.1.1.1	Resumen de la evidencia	148
8.1.2	Manejo del paciente hospitalizado	149
8.1.2.1	Recomendaciones	149
8.1.2.2	Resumen de la evidencia	150

9	INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS.....	152
9.1.1	Recomendaciones.....	152
9.1.2	Resumen de la evidencia.....	152
9.1.2.1	Generalidades de las estrategias de intervención	152
9.1.2.2	Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida 153	
10	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA SUICIDA	167
10.1.1	Recomendaciones.....	167
10.1.2	Resumen de la evidencia.....	167
10.1.2.1	Antidepresivos.....	168
10.1.2.2	Sedación.....	183
11	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.....	186
11.1	Recomendaciones.....	186
12	PLANIFICACIÓN DEL ALTA DEL PACIENTE	192
12.1.1	Recomendaciones.....	192
12.1.2	Resumen de la Evidencia	193
13	ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA	199
13.1	Programas generales de prevención de la conducta suicida	199
13.1.1	Recomendaciones.....	199
13.1.2	Resumen de la evidencia.....	200
14	PROGRAMAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN COLOMBIA.....	206
14.1	Restricción del acceso a medios letales	212
14.1.1	Recomendaciones.....	212
14.2	Resumen de la evidencia.....	212
14.2.1	Medios de comunicación y suicidio.....	213
14.2.2	Internet.....	217
15	PROGRAMAS FORMATIVOS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	221
15.1	Recomendaciones.....	221
15.2	Resumen de la evidencia.....	221
15.2.1	Profesionales sanitarios.....	221
15.2.2	Programas formativos de carácter general	222

15.2.3	Programas formativos en el ámbito de la atención primaria.....	223
15.2.4	Programas formativos para profesionales de salud mental.....	225
15.2.5	Programas formativos en los servicios de urgencias	228
15.2.6	Otros programas formativos	229
16	TAMIZACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO	242
16.1	Recomendaciones.....	242
16.2	Resumen de la evidencia.....	243
16.2.1	Fundamentos de la Tamización.....	243
16.2.2	Tamización de riesgo de suicidio en adultos.....	244
16.2.3	Tamización de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia	245
16.2.4	Tamización de riesgo de suicidio en adultos mayores	252
16.2.5	Tamización de riesgo de suicidio en centros penitenciarios.....	254
16.2.6	Tamización de riesgo de suicidio en el medio militar	256
16.3	Posibles efectos adversos de la Tamización.....	259
16.3.1	Evaluación rápida de pacientes que requieren ser trasladados	259
17	CONDUCTA SUICIDA EN GRUPOS DE RIESGO	266
17.1	Conducta suicida en la infancia y adolescencia	267
17.1.1	Recomendaciones.....	267
17.2	Resumen de la evidencia.....	268
17.2.1	La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	268
17.2.2	Factores de riesgo y factores protectores	269
17.2.2.1	Otros factores	273
17.2.3	Factores desencadenantes.....	274
17.2.4	Detección y valoración del riesgo suicida	275
17.2.5	Instrumentos psicométricos	276
17.2.6	Intervenciones preventivas	278
17.2.6.1	Intervenciones en el ámbito escolar	278
18	CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS MAYORES.....	284
18.1	Recomendaciones.....	284
18.2	Resumen de la evidencia.....	284
18.3	Grupos étnicos	301
18.3.1	Resumen de la evidencia.....	301

18.4	Evaluación de personas intoxicadas.....	307
18.4.1	Resumen de la evidencia.....	308
19	EVALUACIÓN Y MANEJO DE PERSONAS CON RIESGO SUICIDA CRÓNICO O CONTINUO.....	308
19.1	Recomendaciones.....	308
19.2	Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo	309
19.3	Resumen de la evidencia.....	310
20	INTERVENCIONES EN FAMILIARES, ALLEGADOS Y PROFESIONALES DESPUÉS DE UN SUICIDIO.....	333
20.1	Recomendaciones.....	333
20.2	Resumen de la evidencia.....	334
20.2.1	Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio	334
20.2.2	Intervenciones preventivas en familiares y allegados	336
20.2.3	Las intervenciones en el ámbito escolar tras un suicidio.....	339
20.2.4	Intervenciones comunitarias	340
20.2.5	Intervenciones en profesionales de la salud tras el suicidio de un paciente..	341
20.3	Resumen de la evidencia.....	343
21	PROGRAMAS CLÍNICOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA.....	346
21.1	Recomendaciones.....	346
21.1.1	Línea de acción No.1: fortalecimiento de la red de salud mental	347
21.1.2	Línea de acción No. 2: capacitación del personal de salud.....	348
21.1.3	Línea de acción No.3: fortalecimiento del sistema de información y creación del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida	348
21.1.4	Línea de acción No. 4: estudios sobre conducta suicida, con énfasis en ideación e intento.....	349
21.1.5	Línea de acción No. 5: apoyo al comité interinstitucional para el estudio de la conducta suicida (CIECS-Bogotá).....	349
21.1.6	Línea de acción No. 6: revisión de la situación de la salud mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	349
21.1.7	Línea de acción No.7: prevención y promoción de la salud mental comunitaria. 350	
22	RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN	352
23	IMPLEMENTACIÓN	355
23.1	Objetivos	355

23.2	Metodología para el desarrollo del plan de implementación.....	355
23.3	Metodología de la revisión.	356
23.3.1	Recolección de los datos y análisis. Selección de los estudios.....	357
23.3.2	Extracción de los datos.....	357
23.3.3	Evaluación de la calidad de los estudios.....	357
23.3.4	Análisis de la evidencia	357
23.3.5	Resultados de la revisión sistemática.	357
23.3.6	Resultados de la revisión de la literatura.	363
23.4	Resultados del contexto, análisis DOFA.....	369
23.5	Priorización de recomendaciones para trazar el plan de implementación	374
23.6	Análisis	376
23.7	Fases de implementación	380
23.8	Vigilancia del proceso de implementación	381
24	Aspectos legales del suicidio en Colombia	387
24.1	Sobre la prevención y atención integral de la ideación y/o conducta suicida.	387
24.2	Sobre las responsabilidades de los profesionales de salud ante los casos derivados de la ideación y/o conducta suicida.....	388
24.3	Sobre el consentimiento informado en la atención de pacientes con ideación y/o conducta suicida.	390
24.4	Sobre la confidencialidad en la atención del paciente con conducta suicida.	391
24.5	Sobre la Inducción al suicidio	392
	Referencias	393
	ANEXOS.....	434
	Anexo 1. Declaración de conflicto de intereses.....	434
	Anexo 2. Fuentes para la búsqueda de GPC	435
	Anexo 3. Estrategias de búsqueda	437
	Anexo 4. Tamización	439
	Anexo 5. Selección de Guías de Práctica Clínica	440
	Anexo 6. Calificación de las GPC (AGREE II).....	452
	Anexo 7. Diagrama PRISMA de selección de guías de práctica clínica	454
	Anexo 8. Listado de referencias excluidas	455
	Anexo 9. Informe del proceso participativo para el consenso de adopción	457
	Anexo 10. Resultados del consenso de expertos.....	463
	Anexo 11. Instrumentos y escalas para la valoración de la ideación y/o conducta suicida	472
	Anexo 12. Fundaciones y organizaciones de pacientes en Colombia que trabajan con sobrevivientes de suicidio y prevención del suicidio.....	475
	Anexo 13. Líneas de atención en crisis.....	478
	Anexo 14. Registro sanitario de medicamentos	479

Índice de tablas

Tabla 1 Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. Propuesta por Silverman et al.	72
Tabla 2. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.000 habitantes, en Colombia, según el sexo, de 2005-2014	76
Tabla 3 Tasa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por suicidio, por 1000 habitantes, en Colombia	80
Tabla 4 Conducta suicida en adolescentes en Colombia, 2015.	81
Tabla 5 Conducta suicida en adultos de Colombia, 2015.	82
Tabla 6 Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en adultos mayores de 18 años de la población colombiana, 2015.	82
Tabla 7 Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables	87
Tabla 8. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición	96
Tabla 9. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida	98
Tabla 10. Actitud del clínico durante la entrevista clínica	99
Tabla 11. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas	99
Tabla 12. Ítem sobre conducta suicida del BDI	102
Tabla 13. Escala SAD PERSONS.	103
Tabla 14. Escala IS PATH WARM	103
Tabla 15. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD	105
Tabla 16. Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados	105
Tabla 17. Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados	106
Tabla 18. Recomendaciones de actuación ante una situación de ideación suicida	115
Tabla 19. Recomendaciones de actuación en atención primaria según el nivel de riesgo de suicidio.	116
Tabla 20. Preguntas a formular en el triage ante una conducta suicida	133
Tabla 21. Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias en la evaluación de un paciente con conducta suicida	136
Tabla 22. Preguntas del test Manchester Self-Harm para la conducta suicida	137
Tabla 23. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester	138
Tabla 24. Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association	142
Tabla 25. Variables asociadas con el ingreso hospitalario	143
Tabla 26. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	155
Tabla 27. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	156
Tabla 28. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.)	157
Tabla 29. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et al.)	158
Tabla 30. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)	158
Tabla 31. Estudios incluidos de terapias de corte cognitivo-conductual	160

Tabla 32. Estudios incluidos de terapia interpersonal	163
Tabla 33. Estudios incluidos de terapia psicodinámica	165
Tabla 34. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida	169
Tabla 35. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en la infancia y la adolescencia	172
Tabla 36. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas	176
Tabla 37. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida.	178
Tabla 38. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación.....	179
Tabla 39. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC.....	187
Tabla 40. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria	190
Tabla 41. Factores protectores relacionados con la conducta suicida.....	209
Tabla 42. Recomendaciones de la OMS sobre la información del suicidio en los medios de comunicación.....	214
Tabla 43. Estudios incluidos en la revisión sistemática de la OMS sobre el efecto de la publicación de suicidios en los medios y el impacto de las guías.....	215
Tabla 44. Programas de formación en atención Primaria.....	224
Tabla 45. Programas de formación en salud mental	225
Tabla 46. Programas de formación en los servicios de urgencias.....	229
Tabla 47. Programas de formación en centros educativos.....	231
Tabla 48. Programas de formación sobre prevención de conducta suicida en otros profesionales	233
Tabla 49. Estudios de Tamización de riesgo de suicidio en centros educativos.....	247
Tabla 50. Herramientas de Tamización para la prevención de suicidio en adolescentes	252
Tabla 51. Herramientas de Tamización para la prevención de suicidio en centros penitenciarios	256
Tabla 52. Prueba de tamización para el riesgo suicida en el medio militar.....	257
Tabla 53. Tabla de especificaciones	258
Tabla 54. Suicidios según grupo de edad y sexo de la víctima Colombia, 2014.....	269
Tabla 55. Factores asociados a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia según el modelo de Mann y su nivel de evidencia	274
Tabla 56. Instrumentos de valoración del riesgo suicida y aspectos relacionados en la infancia y adolescencia.....	277
Tabla 57 Características de los estudios de programas de prevención del suicidio basados en el currículo para adolescentes	279
Tabla 58. Factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en adultos mayores.....	290
Tabla 59. Cuestiones a considerar en la evaluación de adultos mayores con posible riesgo de suicidio	291

Tabla 60. Instrumentos de valoración del riesgo suicida en adultos mayores	293
Tabla 61. Niveles de intervenciones preventivas, objetivos y ejemplos para la prevención del suicidio en adultos mayores	295
Tabla 62. Estudios de prevención selectiva de la conducta suicida en adultos mayores	297
Tabla 63. Estudios de prevención indicada de la conducta suicida en adultos mayores	300
Tabla 64. Características de los estudios incluidos sobre discapacidad física y suicidio	312
Tabla 65. Características de los estudios incluidos sobre violencia doméstica y suicidio	319
Tabla 66. Principales aspectos en los programas de prevención del suicidio en población penitenciaria	321
Tabla 67. Características de los estudios incluidos realizados en familias	337
Tabla 68. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito escolar	339
Tabla 69. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito comunitario	341
Tabla 70 Evaluación de la calidad de los estudios incluidos.	361
Tabla 71. Instrumento GLIA para evaluar la posibilidad de implementar las recomendaciones de la Guía de práctica clínica	367
Tabla 72 Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada entorno propuesto por el MIAS.....	371
Tabla 73. Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada función del sistema de salud.	372
Tabla 74. Priorización de recomendaciones para implementar la Guía de práctica clínica	375
Tabla 75. Indicadores de gestión y de resultados de la implementación de la guía de práctica clínica para prevención y tratamiento de la conducta suicida	383

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.000 habitantes, en Colombia, de 2005-2014.....	77
Gráfica 2. Distribución de casos de Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en población indígena en Colombia, de 2008 a 2013.....	78
Gráfica 3. Distribución de los casos de lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en Cauca, Nariño y Vaupés, de 2008 a 2013.....	78
Gráfica 4. Número de personas atendidas en los servicios de salud por lesiones autoinflingidas intencionalmente. Años 2009 - 2014	79
Gráfica 5. Letalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, de 2010 a 2014, en Colombia	80
Gráfica 6. Factores asociados a la conducta suicida.....	88
Gráfica 7. Algoritmo de manejo de la conducta suicida e ideación suicida en el ámbito ambulatorio.....	121
Gráfica 8. Algoritmo de manejo de la conducta suicida en el servicio de urgencias	144
Gráfica 9. Modelo de intervenciones preventivas basado en los factores de riesgo	203
Gráfica 10. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013, Tasa Municipal (por cada 100.000 habitantes)	285
Gráfica 11. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013, Tasa departamental por sexo (por cada 100.000 habitantes).....	286
Gráfica 12. Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos étnicos indígenas	303
Gráfica 13. Relación de suicidios indígenas por Pueblo.....	304
Gráfica 14. Modo de muerte por suicidio indígena en Colombia	304
Gráfica 15. Flujograma de selección de estudios.....	359

JUSTIFICACIÓN

El suicidio, más que un problema clínico, es un grave problema de salud pública. Representa una verdadera calamidad por los efectos devastadores y secuelas complejas sobre las familias, amigos y la sociedad, en general. También por el importante impacto en los recursos asignados para su diagnóstico y tratamiento. Por estos motivos es importante priorizar su atención mediante la elaboración de una guía de práctica clínica que sirva como herramienta para la toma de decisiones frente a la ideación y/o conducta suicida por parte de los profesionales de la salud a nivel nacional, regional e institucional.

Colombia cuenta con un proceso estructurado de desarrollo de guías, con una metodología establecida en la *Guía Metodológica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*, que recomienda el desarrollo de guías de novo, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha identificado importante variabilidad en el manejo terapéutico de la ideación y/o conducta suicida determinando la necesidad de disponer de una GPC para la toma de decisiones en un corto periodo de tiempo.

El MSPS se adhiere al concepto de suicidio como conducta prevenible y por tanto ha iniciado labores en tres aspectos fundamentales: “mayor control y supervisión sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida (armas de fuego y plaguicidas); seguimiento a individuos con antecedentes de intentos de suicidio y a sus familias; y garantía del acceso a los servicios de salud a las personas con trastornos asociados como la depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia” (15). Para continuar la labor en los aspectos mencionados, encaminados a cumplir con las metas establecidas por la OMS y en el marco del contrato 388 de 2016 entre el MSPS y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), se realizó la búsqueda, identificación y selección de las GPC que cumplieran con el alcance establecido y los estándares de calidad metodológica para el diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida, con el objetivo de llevar a cabo su adopción.

Ante la necesidad establecida se definieron los alcances y objetivos preliminares de la guía de manera conjunta con el Ente Gestor (MSPS). Estos orientaron y delimitaron el proceso sistemático de búsqueda, identificación y calificación de calidad de GPC dirigido a establecer recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención y tratamiento de la conducta suicida, con el propósito de preseleccionar, mediante un proceso sistemático y participativo, las guías de mejor calidad metodológica y mayor independencia editorial, para su posterior selección definitiva y adopción por parte del MSPS. El resultado de este proceso fue la preselección de las guías: “National Guidelines for Seniors Mental Health: The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide” de la Coalición Canadiense para la Salud Mental de los Adultos Mayores (CCSMH) (5); “Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement” de los

Fuerza Conjunta de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) (6); “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) (7); “Clinical practice guideline: suicide risk assessment” de la Asociación de Enfermeras de Emergencias (ENA) (8); Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior” de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) (9) y “The Assessment and Management of People at Risk of Suicide” del Grupo de Guías de Nueva Zelanda (NZGG) (10).

En la introducción se exponen los aspectos epidemiológicos que contextualizan el problema a nivel mundial, regional y local, con el fin de entender la importancia en salud pública y justificar de manera amplia la elaboración de esta Guía de Práctica Clínica. Se puede acceder a las guías originales preseleccionadas consultando los siguientes enlaces:

CCSMH:	http://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2016/03/final-supplement.pdf
USPSTF	http://annals.org/aim/article/1872851/screening-suicide-risk-adolescents-adults-older-adults-primary-care-u
Avalia-t:	http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/index.html
ENA:	https://www.ena.org/practice-research/research/CPG/Documents/SuicideRiskAssessmentCPG.pdf
RNAO:	http://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour
NZGG:	http://www.health.govt.nz/publication/assessment-and-management-people-risk-suicide

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se refiere a los pensamientos o conductas que llevan al acto de quitarse la vida intencionalmente. Puede clasificarse en tres categorías: ideación, plan e intento suicidas (11). La ideación suicida comprende los pensamientos del acto suicida pero sin una planeación sobre el mismo; en el plan suicida, estos pensamientos son más elaborados e integran un método para llevar a cabo el acto suicida; y en el intento existe un comportamiento potencialmente autolesivo en el que se pueden presentar diferentes grados en la intención de morir.

El suicidio es un problema mundial de salud pública que afecta ambos sexos y distintos grupos etarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que más de 800.000 personas murieron por lesiones autoinfligidas durante 2012 en el mundo (12). La tasa de mortalidad en la zona de las Américas fue 8.9 por 100 mil habitantes (en Colombia fue 5.5 por 100 mil habitantes) en el mismo año. La frecuencia tuvo un pico entre los 15 y 29 años (8.5 %) tanto en el sexo masculino como en el femenino. En este grupo etario es la causa más frecuente de muerte por lesiones en el sexo femenino y la tercera en el sexo masculino, después de los accidentes de tránsito y la violencia interpersonal.

Según el informe Técnico del Observatorio Nacional de Salud sobre la Carga de enfermedad por enfermedades Crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia publicado en Junio 30 del 2015, en su capítulo 8 sobre el Análisis descriptivo del suicidio en Colombia entre los años 1998 – 2012, demostró que el suicidio es un evento de relevancia en salud pública por la importante cantidad de desenlaces mortales, todos prevenibles, evidenciando que para 1998 la mortalidad por suicidio se clasificó en el puesto 21 entre todas las causas desagregadas de muerte en Colombia con una tasa de mortalidad de 5,4 por 100.000 habitantes (IC95% 5,2-5,6), y que para el 2011 pasó al puesto 25 con tasa de mortalidad de 4,3 por 100.000 (IC95% 4,1-4,5), datos extraídos de los registros de los certificados individuales de defunción consolidados en las bases de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Según el Informe FORENSIS publicado en Julio del 2015 en el capítulo del Comportamiento del Suicidio en Colombia, en el año 2014 el sistema médico legal colombiano reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 4,33 casos por cada 100.000 habitantes, similar a la reportada durante los últimos 9 años. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses durante el año 2014 realizó 1.878 necropsias debidas a suicidio. En la última década se presentaron 18.336 registros, con promedio de 1.833 casos por año y una tasa promedio anual de 4,09 casos por 100.000 habitantes.

Según el Boletín epidemiológico Suicidio en indígenas Colombia 2010 – 2014 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, entre enero de 2010 y junio del 2014 fueron reportados 61 casos de suicidio. Del total, 29,5% (18 casos) correspondió a mujeres y 70% (43 casos) a hombres. La edad promedio de las víctimas

de suicidio se estimó en 26,5 años mientras que entre los grupos etarios más afectados se encuentran los de 20 a 24 y de los 18 a 19 años, el departamento con el mayor número de suicidios es el Cauca con un total de 13 casos, el mecanismo causal más común en el suicidio de indígenas es el veneno, de las 9 niñas y adolescentes que se suicidaron, 4 apenas alcanzaban entre los 10 y 14 años. El estudio reconoce el subregistro existente debido a varias causas: necropsias que no ingresaron al sistema médico legal SINEI (Sistema Nacional de estadística indirecta), además algunas comunidades indígenas no aceptan el procedimiento de la necropsia, y menos en el caso de suicidio y la legislación indígena les da total autonomía para disponer de sus muertos. Adicionalmente, la migración del trabajo agrícola de los indígenas cada vez se orienta más al del jornalero en predio ajeno, abandonando su propia “huerta” (desterritorialización) y actividades vitales, lo que produce un cambio de roles hombre-mujer, estas, finalmente asumen la responsabilidad de la seguridad alimentaria de la “familia indígena”, que cada vez se parece más a la familia campesina. La pérdida de su identidad, cosmovisión, vulnerabilidad ante el conflicto armado, junto con sus formas de organización y gobierno son evidentes, lo que finalmente influye en la conducta suicida (13).

La OMS tiene como meta disminuir la tasa de suicidios en cada país en 10% para 2020 y recomienda una estrategia exhaustiva y multisectorial para lograrla (14). El MSPS se adhiere al concepto de suicidio como conducta prevenible y por tanto ha iniciado labores en tres aspectos fundamentales: “mayor control y supervisión sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida (armas de fuego y plaguicidas); seguimiento a individuos con antecedentes de intentos de suicidio y a sus familias; y garantía del acceso a los servicios de salud a las personas con trastornos asociados como la depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia” (15). Para continuar la labor en los aspectos mencionados, encaminados a cumplir con las metas establecidas por la OMS y en el marco del contrato 388 de 2016 entre el MSPS y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), se realizó la búsqueda, identificación y selección de las GPC que cumplieran con el alcance establecido y los estándares de calidad metodológica para el diagnóstico y tratamiento de la conducta suicida, con el objetivo de llevar a cabo su adopción.

1 ALCANCE Y OBJETIVOS

1.1 Título de la guía

Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción)

1.2 Objetivo

Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida así como aspectos preventivos. Se incluye la atención a los familiares y allegados supervivientes.

1.3 Población

Grupos que se consideran

Niños y niñas (< 12 años), adolescentes (12 a 18 años), adultos y adultos mayores que presenten riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida. Así mismo, aplica para la comunidad en general en lo relacionado al componente de prevención.

Grupos que no se consideran

No se incluye el tratamiento somático por otros eventos mórbidos, de pacientes con episodio de conducta suicida; la organización de los servicios asistenciales, y los aspectos éticos y morales.

1.4 Ámbito asistencial

Esta guía está dirigida a todos los profesionales de la salud, que podrían estar involucrados en el cuidado de una persona con riesgo de suicidio, ideación o conducta suicida: médicos, psiquiatras, psicólogos entrenados en atención de personas con ideación y/o conducta suicida, así como también a pacientes, familiares, cuidadores, y tomadores de decisiones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Se dirige específicamente a los profesionales de la salud que trabajan en el componente ambulatorio, en la baja, mediana y alta complejidad; también todas aquellas especialidades médicas relacionadas. No obstante, esta guía puede también ser relevante para otros especialistas, quienes prestan atención médica en servicios de diferentes grados de complejidad.

1.5 Aspectos clínicos centrales

1.5.1 Aspectos clínicos abordados por la guía

- Aspectos generales de la ideación y conducta suicida.
- Evaluación de factores de riesgo de la ideación y/o conducta suicida en atención primaria, urgencias y atención especializada
- Tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en atención primaria, urgencias y atención especializada
- Aspectos preventivos de la conducta suicida
- Conducta suicida en grupos de riesgo
- Intervenciones en familiares, allegados y profesionales
- Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

1.5.2 Aspectos no abordados por la guía

Esta guía no cubre de manera exhaustiva, todas las áreas de la ideación y/o conducta suicida, por lo tanto no se han incluido los siguientes aspectos:

- El tratamiento somático de episodio de conducta suicida
- El tratamiento específico de la enfermedad concomitante con la conducta suicida
- La organización de los servicios asistenciales
- Los aspectos éticos y morales

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ADAPT	<i>Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial</i>
AC	Anticonvulsivantes
AEPCP	Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AEN	Asociación Española de Neuropsiquiatría
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe</i>
AIPIS	Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio
AMAFE	Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de personas con Esquizofrenia
ANESM	Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental
APS	Atención Primaria en Salud
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
BDI	Beck Depression Inventory (Inventario de depresión de Beck)
BHS	Beck Hopelessness Scale (Escala de desesperanza de Beck)
BPRS-24	Brief Psychiatric Rating Scale-24 (Escala breve de evaluación psiquiátrica)
CBZ	Carbamazepina
CCAA	Comunidades Autónomas
CS	Conducta Suicida
CRUE	Centro regulador de Urgencias y Emergencias
DARE	<i>Database of Abstracts Reviews of Effectiveness</i>
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ECA	Ensayo clínico aleatorio
EE.UU.	Estados Unidos de América
EMEA	Agencia Europea del Medicamento
EMBASE	Excerpta Medica Database
ESEMeD	<i>European Study of the Epidemiology of Mental Disorders</i>
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>

FEAFES	Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con enfermedad mental
FEMASAM	Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental
GPC	Guía de Práctica Clínica
HONOSCA	<i>Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents</i>
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression (Escala de Hamilton)
HTA	<i>Health Technology Assessment</i>
IBECS	Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
IMAO	Inhibidor de la monoaminoxidasa
IC	Intervalo de confianza
IME	Índice médico español
INE	Instituto Nacional de Estadística
InterSePT	<i>International Suicide Prevention Trial</i>
IS PATH	Ideation, Substance abuse, Purposelessness, Anger, Trapped, Hopelessness, Withdrawing, Anxiety, Recklessness, Mood (Ideación, abuso de sustancias, falta de propósito, enfado, atrapado, desesperación, abandono, ansiedad, imprudencia, estado anímico)
WARM	
K-SADS-PL	<i>Kiddie-Schedule for Affective Disorders & Schizophrenia, Present & Lifetime Version</i>
LMG	Lamotrigina
MACT	Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy
NHS	<i>National Health Services</i>
NHS-EED	<i>National Health Services-Economic Evaluation Database</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
NZGG	<i>New Zealand Guidelines Group</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PICO	Paciente/Intervención/Comparación/Outcome o Resultado
RIPS	Registros individuales de prestación de servicios
RS	Revisión Sistemática
RSQ	Risk of Suicide Questionnaire (Cuestionario de riesgo de suicidio)
SAD PERSONS	Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking, Organized plan for suicide, No

spouse, Sickness (sexo, edad, depresión, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, sin apoyo social, plan organizado de suicidio, sin pareja estable, enfermedad somática)

SEEP	Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
SEP	Sociedad Española de Psiquiatría
SEPB	Sociedad Española de Psiquiatría Biológica
SEPG	Sociedad Española de Psicogeriatría
SEPL	Sociedad Española de Psiquiatría Legal
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SPS	Suicide Probability Scale (Escala de probabilidad de suicidio)
SSI	Scale for Suicide Ideation (Escala de ideación suicida)
SSI-W	<i>Scale for Suicide Ideation-Worst</i>
SSM	Servicio de Salud Mental
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalario
SUPRE	Suicide Prevention (Prevención de suicidio)
TADS	<i>Treatment for Adolescents with Depression Study</i>
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TDC	Terapia dialéctico-conductual
TEC	Terapia electroconvulsiva
TF	Terapia familiar
TGB	Tiagabina
TIP	Terapia interpersonal
TRIP	Turning Research into Practice
TRP	Terapia de resolución de problemas

GLOSARIO DE TÉRMINOS

*La fuente de estas definiciones es la Guía de El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de Madrid – España.

Alianza terapéutica	Establecimiento de una relación interpersonal entre el paciente y el profesional caracterizada por la colaboración, el consenso y orientación a resultados. Es un componente esencial en el proceso terapéutico, puesto que favorece la comunicación, aumenta la confianza del paciente y la colaboración con el tratamiento.
Amenaza suicida	Acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
Atención primaria en salud	Es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.
Autoayuda	Aprendizaje o potenciación de repertorios de conducta o capacidades de afrontamiento de situaciones y estados emocionales negativos, sin intervención o con participación mínima del terapeuta. Tiene como objetivo dotar a los pacientes de conocimientos y habilidades que faciliten la superación o el manejo de sus problemas de salud.
Autolesión	Conducta potencialmente lesiva autoinflingida 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 autoinflingida no intencionada). También se denomina gesto suicida.
Autopsia psicológica	Método de recogida de datos tras un suicidio. Consiste en la entrevista a familiares y allegados con la finalidad de recabar información acerca de la existencia previa de ideación/ comunicación suicida y presencia de factores de riesgo.
Befriending	Brindar apoyo o acompañamiento a un individuo en la comunidad.
Cluster B, trastornos de personalidad	Incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Al igual que en otros clusters, existe cierto grado de superposición entre los trastornos que lo componen.

Cochrane Library Plus	Versión en castellano de la revista electrónica The Cochrane Library, el principal vehículo de información de la Colaboración Cochrane. Se consulta a través de Internet y se actualiza cada tres meses. Apareció en 2002 y es la única versión en lengua no inglesa de la Cochrane Library.
Comorbilidad	Situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como por ejemplo, depresión y ansiedad.
Comunicación suicida	Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. Existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan suicida.
Conducta suicida	Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia de que: a) la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, b) la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.
Conducta suicida no determinada	Conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinflingida con grado indeterminado de intencionalidad).
Consejo u orientación (counseling)	Es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol.
Cuidados habituales	Cuidados que reciben los pacientes según el área donde se lleven a cabo. La definición de cuidados habituales o tratamiento habitual empleada varía en los diferentes estudios, e incluye diferentes intervenciones psicoterapéuticas y/o farmacológicas.
Data Mining	Conjunto de técnicas que se basan en algoritmos, más o menos sofisticados, que se aplican sobre un conjunto de datos para obtener unos resultados. Proporciona un nuevo sistema para el manejo de grandes bases de datos.
Derivación	Envío de un paciente de un servicio asistencial a otro, ya sea para consulta o para atención, debido a que el servicio que deriva no está preparado o cualificado para proporcionarlas. La prioridad de la derivación es establecida por el médico prescriptor y dependerá del proceso que motiva la consulta, de la patología y/o de la situación personal del paciente.
Desesperanza	Es un componente de la visión negativa de la triada de Beck que hace referencia a los esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, sea este el futuro inmediato o el más remoto. El concepto de desesperanza aprendida fue propuesto por Bruce Overmier y Martin Seligman a

	mediados de la década de los años 60, con la elaboración de la Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS)
Eficacia	Grado en el que una determinada intervención en condiciones ideales produce un resultado beneficioso. Los ensayos clínicos aleatorizados son el patrón oro en la evaluación de la eficacia
Efectividad	Grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso, con menos recursos y en menor tiempo en circunstancias ordinarias.
Ensayo clínico aleatorizado	Estudio experimental en el que los participantes son asignados de forma aleatoria (al azar) a recibir un tratamiento o intervención entre dos o más opciones posibles. Uno de los grupos suele recibir el tratamiento convencional (grupo control), que sirve como patrón de comparación, mientras que otro grupo recibe el tratamiento objeto de estudio (grupo experimental).
Escala autoaplicada	Instrumento de evaluación diseñado para ser aplicado por el propio individuo.
Escala aplicada	Instrumento de evaluación diseñado para ser cumplimentado por un examinador. Para su aplicación es necesario que el profesional cuente con diferentes niveles de capacitación profesional según el instrumento.
Estudio de cohortes	Consiste en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo y en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición a estudio.
Estudio de casos-control	Estudio observacional y analítico en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados, se investiga si estuvieron expuestos a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.
Estudio observacional	Conjunto de estudios epidemiológicos donde no hay intervención por parte del investigador, si no que éste se limita a medir las variables que define en el estudio.
Embase (Excerpta Medica data BASE)	Base de datos bibliográfica producida por la empresa Elsevier que está especializada en el campo de la biomedicina y la farmacología. Contiene más de 12 millones de registros y se puede consultar desde 1974.
Evaluación psicosocial	Evaluación que incluye diferentes componentes, de los cuales los más importantes son la evaluación de los factores psicológicos y sociales que pueden explicar la conducta suicida.
Entrevista estructurada	Herramienta dirigida para recolectar información sobre el funcionamiento y capacidades de la persona en determinadas áreas, mediante un cuestionario planificado y dirigido que utiliza preguntas cerradas que requieren una

respuesta predeterminada, si o no, o sin duda, poco o nada.

Grupos de apoyo	Suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por para profesionales entrenados o supervisados por profesionales.
Grupos de ventilación	Proceso de ventilación psicológica que les permite a los intervinientes, profesionales de salud o voluntarios que apoyan víctimas de un desastre o brindan primeros auxilios psicológicos, restaurarse emocional y conductualmente, dicho proceso hace parte de técnicas de intervención sistematizadas y de amplio espectro para gestionar el estrés producido por un incidente crítico y aliviar las reacciones a experiencias traumáticas, dichas técnicas son: Específicas para afrontar hechos traumáticos, están destinadas a ventilar emociones, buscan aprender sobre las reacciones de estrés, ofrecen pautas en caso de necesitar ayuda, son un proceso confidencial, voluntario y psicoeducativo y no son psicoterapia.
Ideación suicida	Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
Intento de suicidio	Conducta potencialmente lesiva autoinflingida 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.
LifeSpan	Modelo de terapia breve individual con orientación cognitiva específicamente diseñada para jóvenes con trastornos mentales graves y riesgo inminente de suicidio. La terapia incluye de 8 a 10 sesiones individuales y 4 fases: inicial, de evaluación del riesgo de suicidio, módulos cognitivos y de cierre.
Lista de espera	Término empleado en los ensayos clínicos para designar al grupo con el que se compara la intervención experimental. Se caracteriza porque las variables clínicas de los participantes asignados a este grupo se miden al final del periodo de espera, y posteriormente reciben el tratamiento.
Locus de control	Es el grado en que un sujeto percibe el origen de eventos y de su propio comportamiento de manera interna o externa a él. El locus de control interno es la percepción de que los eventos ocurren principalmente como efecto de las propias acciones, mientras que el locus de control externo es la percepción de que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros.
Manejo de contingencias	Variedad de técnicas skinnerianas u operantes que comparten la meta común de controlar el comportamiento manipulando sus consecuencias.

Medline	Base de datos bibliográfica producida por la National Library of Medicine de los Estados Unidos. Recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4500 revistas médicas desde 1966. Cada registro de Medline contiene los datos básicos de la referencia bibliográfica para su posterior recuperación. PubMed es un sistema de recuperación de la información basado en tecnología world wide web, que permite buscar en bases de datos, entre ellas Medline.
Metanálisis	Método estadístico en el que se combinan los resultados de diferentes estudios para evaluar la heterogeneidad y generar resultados globales.
Método RAND/UCLA	Técnica de consenso. Se basa en una modificación del método Delphi. Con este método se permite combinar las opiniones de una serie de expertos que se constituyen en un panel para discutir la utilización de un procedimiento médico.
Mindfulness	También denominada plenitud de la conciencia o atención plena, es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.
NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)	Organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al National Health Service.
Plan suicida	Propuesta de un método con el cual llevar a cabo una conducta suicida potencial.
Psicoeducación	Programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores.
Recaída	Empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.
Recuperación	Es la duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses.
Recurrencia	Desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses.
Remisión	La remisión requiere que el paciente esté asintomático y que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos, y, además, debe producirse una restauración total de la función.

Respuesta	Ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de la depresión.
Revisión sistemática	Forma de investigación que proporciona un resumen de los estudios existentes sobre una pregunta específica, utilizando para ello métodos explícitos y sistemáticos de identificación, evaluación crítica y síntesis de la literatura científica.
Técnicas de solución de problemas	El entrenamiento de recursos que facilitan el afrontamiento de situaciones de conflicto o estrés.
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	Se formó en 1993 con el objetivo de elaborar y diseminar guías de práctica clínica con recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible.
Suicidio	Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío o aun vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias ¹ .
SUPRE	Programa que lanzó la OMS en 1999 para la prevención del suicidio.
Superviviente de un suicidio	Se refiere a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, 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).
Tamaño del efecto	Es una estimación del efecto de un tratamiento cuando se compara con el grupo control (por ejemplo, otro tratamiento activo, no tratamiento o tratamiento habitual). Un ejemplo de tamaño del efecto es el riesgo relativo (empleado para variables dicotómicas) y la diferencia de medias ponderada y estandarizada (ambas para variables continuas).
Terapia cognitivo-conductual	Se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.

Terapia conductual	Es un enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico. Otra característica es estar basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje.
Terapia dialéctico-conductual	Es un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad, pero que se emplea también para pacientes con otros diagnósticos. La TDC emplea técnicas que se centran en el cambio conductual, con estrategias de aceptación o de validación, subrayando que la aceptación no excluye el cambio (componente dialéctico).
Terapia electroconvulsiva	Procedimiento consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.
Terapia familiar	Hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención, debido a que algunos autores han señalado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión infantojuvenil y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.
Terapia interpersonal	Aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva.
Terapia no directiva	Procedimiento en el que el psicoterapeuta refleja al cliente lo que le dice, como procedimiento para evitar dirigir al cliente. Su característica distintiva sería la actitud del terapeuta, que promueve las condiciones de la relación terapéutica que favorecen los procesos de cambio psicológico.
Terapia de apoyo	Intervención basada en el apoyo emocional, resolución de problemas de forma no directiva y revisión del estado del paciente (síntomas depresivos, rendimiento escolar, suicidabilidad, actividades sociales), con la finalidad de valorar la necesidad de intervención por parte de profesionales especializados.
Terapia de solución de problemas	Intervención psicológica que se centra en el afrontamiento de áreas problemáticas específicas. Para ello el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta en la identificación, priorización y manejo de dichas áreas.
Terapia psicodinámica	Deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos.

- Tratamiento habitual** Es el tratamiento o cuidado normal según el área donde se realice y en el contexto clínico diario. Es empleado habitualmente como grupo de comparación en los estudios experimentales.
- Triage** Revisión clínica y sistemática de un conjunto de pacientes con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación que determine el nivel de urgencia.

2 RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones presentadas a continuación fueron adoptadas de la **Guía de práctica clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) Ministerio de Sanidad , Política Social e Igualdad de 2012 (España)**, de la **Guía de práctica clínica The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington, Nueva Zelanda: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health de 2008**, y la **Guía de intervención mhGAP Mental health Gap Action Programme del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud mental OMS de 2016 y versión adaptada para Colombia 2016**. Estas guías emplearon el sistema SIGN para la gradación de sus recomendaciones.

Las recomendaciones basadas en SIGN son gradadas como A, B, C, D o Q. Las implicaciones de estos niveles de fuerza son:

Fuerza de las recomendaciones en el sistema SIGN	A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico, clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
	B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+.
	C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
	D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Categoría no contemplada por el SIGN	Q	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad.
---	---	--

Además de recomendaciones, se presentan puntos de buena práctica clínica (✓). Estos se refieren a prácticas en las que no es necesaria la conducción de investigación adicional para determinar el curso de acción y en las que existe un obvio balance en el que los efectos deseables superan a los indeseables.

Buena práctica Clínica		Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del GD (GPC adoptadas - GD colombiano)
-------------------------------	---	--

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

De igual manera para orientar el proceso de implementación se identificarán recomendaciones trazadoras

Recomendación trazadora		Priorizada para el proceso de implementación
--------------------------------	---	--

2.1 Evaluación y tratamiento

2.1.1 Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

1. Tras una ideación y/o 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 ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación D

2. Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica. (avalia-t 2012)

Recomendación D

3. Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico. (avalia-t 2012)

Recomendación Q

4. Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

5. 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 factores protectores. (avalia-t 2012)

Recomendación D

6. Se recomienda que la entrevista clínica se oriente a la recolección de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador. (avalia-t 2012)

Recomendación D

7. En la evaluación del riesgo de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar, principalmente:

a) Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias.

Recomendación D

b) Presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos.

Recomendación D

c) Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y

- antecedentes de suicidio en el entorno. **Recomendación C**
- d) Acontecimientos vitales estresantes. **(nueva de expertos)**
 - e) Rasgos de personalidad persistentes de impulsividad. **(nueva de expertos)**
 - f) Historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual. **(nueva de expertos)**
 - g) Historia de matoneo. **(nueva de expertos)**

(avalia-t 2012)

8. Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

9. 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. (avalia-t 2012)

Recomendación C

10. Aunque no validada, también se recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

11. En población militar se recomienda el uso de la escala para medir riesgo de suicidio de González, Oliveros, et al, 2013, validada para población Colombiana.

(Nueva de expertos)

12. Cualquier persona que habla de suicidio necesita ser tomada en serio. Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado pensamientos suicidas o han mostrado señales de advertencia a las familias o a los profesionales de la salud. (NZGG 2008)

Recomendación C

13. Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente. (avalia-t 2012)

Recomendación C

14. Las notas del caso deben ser complementadas con entrevistas estructuradas.

(NZGG 2008)

Recomendación C

Puntos de buena práctica

- ✓ Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la

conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se involucren en la toma de decisiones. (avalia-t 2012)

- ✓ En los casos de ideación y/o conducta suicida, el tiempo de atención debe ser flexible, y ajustarse a las características de la persona entrevistada y de la ideación o de la conducta suicida. (nueva de expertos)
- ✓ Se deberá evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con ideación y/o conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes. (avalia-t 2012)
- ✓ Todas las personas que denuncian daño auto infligido o intención suicida, deben ser tratadas como si estuvieran en un estado de emergencia potencial hasta que los médicos estén convencidos de lo contrario. (NZGG 2008)
- ✓ Los servicios de urgencias o consulta externa adecuadamente preparados deben estar involucrados en la evaluación, intervención en crisis y enlace con el servicio de psiquiatría cuando sea posible y si es aceptado por la persona suicida. (NZGG 2008)
- ✓ Una evaluación de ideación y/o conducta suicida debe llevarse a cabo en una sala de entrevistas separada que permita a la persona privacidad al revelar material sensible. (NZGG 2008)
- ✓ No hay evidencia que sugiera que preguntar directamente sobre la presencia de ideación o intención suicida crea el riesgo de suicidio en personas que no han tenido pensamientos suicidas, o empeora el riesgo en quienes lo padecen. Es más probable que una discusión sobre el suicidio enfocado y con calma, de hecho pueda permitir a la persona revelar sus pensamientos. (NZGG 2008)
- ✓ El estado mental y la ideación y/o conducta suicida pueden fluctuar considerablemente con el tiempo. Cualquier persona en riesgo debe ser reevaluada regularmente, particularmente si sus circunstancias han cambiado. (avalia-t 2012).
- ✓ El evento de ideación suicida debe ser notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de acuerdo a la normatividad vigente (Nueva de expertos)

2.1.2 Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria

15. Se recomienda la capacitación de los médicos de consulta externa y urgencias en la evaluación y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico. (avalia-t 2012)

Recomendación D

16. 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. (avalia-t 2012)

Recomendación D

17. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, 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. (avalia-t 2012)

Recomendación D

18. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya:

- Características del intento
- Intentos autoagresivos previos
- Factores sociodemográficos (Red de apoyo)
- Trastornos mentales asociados
- Antecedentes familiares.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

19. En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente a una consulta por psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

20. En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias, si:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de

ser atendidas en consulta externa.

- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de psiquiatría, si:

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

21. A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- Cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- Dolor crónico
- Alteraciones emocionales agudas

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

Es necesario estar atentos a los signos de alarma que indiquen la remisión urgente a un nivel de atención complementario, como intento suicida en adolescentes, adulto mayor, mujeres en período de gestación o lactancia, si es el segundo episodio de autolesión en el último año o si el método de autolesión utilizado tiene un alto potencial de letalidad.

(mhGAP 2016)

22. Si hay riesgo inminente de autolesión / suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa tome las siguientes precauciones:

- Elimine los métodos de autolesión
- Cree un ambiente seguro y con apoyo en lo posible en un área separada y tranquila
- No deje a la persona sola
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad
- Atienda el estado mental y la angustia
- Ofrezca y active el Apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista en salud mental, si está disponible
- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento

(mhGAP 2016)

23. Si no hay riesgo inminente de autolesión / suicidio pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año:

- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista de salud mental si está disponible, llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012
- Mantenga contacto regular y de seguimiento

(mhGAP 2016)

24. Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente.

(mhGAP 2016)

25. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP 2016)

26. Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE).

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

- ✓ Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)
- ✓ La capacitación del médico en el primer nivel debe profundizar en la evaluación del riesgo, el apoyo a las personas con factores de riesgo que no presenten ideación activa o conductas suicidas y a la detección de casos para ser remitidos al especialista. Además, la capacitación debe incluir el manejo de la urgencia psiquiátrica, es decir la capacidad para sedar un paciente agitado, heteroagresivo o autoagresivo, hasta que se logre remitir a un servicio de psiquiatría. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ El manejo de la ideación suicida a repetición, o cualquier idea que constituya un plan, y los casos de conducta (así se trate de un gesto) deben ser remitidos a consulta especializada. La subvaloración de una idea suicida siempre connota un riesgo de actuación y las conductas suicidas regularmente deben tener manejo psiquiátrico que si no es intrahospitalario, por decisión del profesional que atiende el caso, debe ser tratada con medicación adecuada al caso y supervisada de forma permanente. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ Si se confirma la presencia de ideación suicida será necesario realizar preguntas específicas dirigidas a precisar su frecuencia, persistencia, estructuración, elaboración de un plan y posibilidad de llevarlo a cabo (por ej. acceso a métodos letales). (avalia-t 2012)
- ✓ 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 y/o allegados así como restricción de acceso a métodos letales.
 - Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de psiquiatría. (avalia-t 2012)
- ✓ En caso de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar la derivación prioritaria al servicio de psiquiatría (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 socio familiar efectivo.(avalia-t 2012)

- ✓ Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación. (avalia-t 2012)
- ✓ Una vez producido un episodio de conducta suicida, deberá existir una adecuada comunicación entre el psiquiatra y el médico de primer nivel. (avalia-t 2012)
- ✓ Un componente clave para trabajar con alguien que se presenta en un estado de angustia después de un intento de suicidio o de haber expresado ideación suicida, es el intento consciente de establecer una relación con esa persona. Esto facilita la divulgación de su información y puede servir como un factor de protección al fomentar un sentido de esperanza y conexión. (NZGG 2008)

2.1.3 Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

27. En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la identificación de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica. (avalia-t 2012)

Recomendación D

28. Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación D

29. La presencia de un «contrato de seguridad» no garantiza en modo alguno la seguridad real de la persona. No hay evidencia de que actúe como un impedimento para el suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación D

 30. Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un psiquiatra. (NZGG 2008)

* En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por tele psiquiatría.

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida, deberán ser catalogados en el triage de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada. (avalia-t 2012)
- ✓ Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triage en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. (avalia-t 2012)
- ✓ La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. (avalia-t 2012)
- ✓ Durante la estancia de un paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y las acciones de auto o heteroagresividad. (avalia-t 2012)
- ✓ El médico de urgencias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica. (avalia-t 2012)
- ✓ Los pacientes con un intento de suicidio deberán ser valorados por un psiquiatra y/o un psicólogo clínico, cuando así lo considere el médico de urgencias. (avalia-t 2012)
- ✓ La derivación al psiquiatra y/o al psicólogo clínico por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica. (avalia-t 2012)
- ✓ En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter prioritario a un servicio de psiquiatría, con el acompañamiento de los familiares. (avalia-t 2012)
- ✓ Se deberán fortalecer los siguientes aspectos de la atención a las personas con ideación y/o conducta suicida:
 - Comunicación entre pacientes y profesionales
 - Actitud empática y respetuosa de los profesionales
 - Acceso a la consulta especializada
 - Información sobre la ideación y/o conducta suicida a pacientes, cuidadores, familiares y allegados(avalia-t 2012)
- ✓ Si la persona no es hospitalizada, deben tomarse las medidas apropiadas para el seguimiento oportuno por parte del prestador de servicios de (por ejemplo, profesional de salud, etc.) dentro de las 24 horas. (NZGG 2008)

- ✓ Las razones para no hospitalizar deben estar claramente documentadas en la historia clínica de la persona. (NZGG 2008)
- ✓ Todos los clínicos que trabajan con personas que se autolesionan o son suicidas deben estar bajo supervisión clínica regular para mitigar el impacto negativo que este trabajo puede tener tanto en ellos como en la calidad de su trabajo con personas suicidas. (NZGG 2008)

2.1.4 Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial

31. Al realizar una evaluación del riesgo de suicidio siempre tenga en cuenta la presencia de una enfermedad mental concomitante, en particular los siguientes diagnósticos, que están asociados con un mayor riesgo:

- Depresión mayor - factores de riesgo agudos: anhedonia severa, insomnio, ansiedad.
- Abuso de sustancias: factores de riesgo agudos: depresión co-mórbida, pérdida o ruptura interpersonal reciente.
- Esquizofrenia: factores de riesgo agudos: edad <40, cronicidad de la enfermedad con exacerbaciones frecuentes, conciencia del deterioro y mal pronóstico, depresión.
- Trastorno de personalidad límite o trastorno de personalidad antisocial - factores de riesgo agudos: trastornos comórbidos del Eje I, particularmente depresión. (avalía-t 2012)

Recomendación B

32. Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.

(mhGAP 2016)

33. Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.

(mhGAP 2016)

34. Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

(mhGAP 2016)

2.1.5 Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

2.1.5.1 Niveles de observación en unidades de hospitalización

Puntos de buena práctica

- ✓ Es vital revisar regularmente el estado mental de los individuos bajo observación estrecha. Esto debe hacerse formalmente en la ronda de enfermería al final de cada turno. La jefe de enfermería y el psiquiatra encargado deben revisar el nivel de observación al menos diariamente cuando se revisa el plan general de manejo. (NZGG 2008)
- ✓ Los niveles de observación y los cambios en esta situación deben ser documentados por separado en las notas clínicas, con contra-firmas de la jefe de enfermería y del clínico responsable. La documentación incluirá la fecha, la hora y la firma, el nivel de observación, la fecha de finalización y el papel de cada persona firmante. (NZGG 2008)
- ✓ Los cambios o reducción en los niveles más cercanos de observación pueden ser iniciados o aprobados por dos miembros del equipo clínico y uno de ellos siempre debe ser el psiquiatra encargado del caso (NZGG 2008)

2.1.5.2 Manejo del paciente hospitalizado

35. La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores:

- Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida
- Riesgo suicida inmediato del paciente
- Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base
- Falta de apoyo social y familiar efectivo.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

36. Con el fin de reducir el riesgo de suicidio en la persona, la estancia hospitalaria debe ser de más de 4 días. (NZGG 2008)

Recomendación A

37. Para una persona con riesgo crónico de suicidio, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas. (NZGG 2008)

Recomendación C

38. El personal de la unidad de hospitalización siempre debe estar atento, especialmente la primera semana después de la admisión cuando la persona aún no es bien conocida. (NZGG 2008)

Recomendación C

 39. El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible. (NZGG 2008)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ La ideación y/o conducta suicida debe abordarse desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la participación de los profesionales de la salud de los distintos niveles asistenciales. (avalia-t 2012)
- ✓ Es óptimo contar una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como con el apoyo de familiares y allegados del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico de la ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)
- ✓ Siempre que sea posible, los clínicos deben involucrar a las personas o cuidadores de la persona suicida cuando trabajan con esa persona. Esto es igualmente cierto para el componente de evaluación, la gestión de crisis y el tratamiento posterior. En cualquier momento las familias pueden dar información al clínico sin que comprometa la privacidad de la persona. (NZGG 2008)
- ✓ Si una persona que se considera de alto riesgo suicida declina la participación de otros, el clínico puede anular esa solicitud en interés de mantener a la persona segura. (NZGG 2008)
- ✓ Las personas evaluadas como de alto riesgo de suicidio deben estar bajo estrecha supervisión. (NZGG 2008)
- ✓ El nivel de apoyo y observación debe reflejar el riesgo de suicidio cambiante de la persona. (NZGG 2008)

2.1.5.3 Intervenciones Psicoterapéuticas

40. La psicoterapia empleada debería incidir siempre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida). (avalia-t 2012)

Recomendación B

Puntos de buena práctica

- ✓ Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten. (avalia-t 2012)
- ✓ En niños, niñas y adolescentes se recomienda que siempre se realice intervención psicoterapéutica indicada de acuerdo al problema psicológico o patología de base. (avalia-t 2012)

2.1.5.4 Tratamiento Farmacológico

41. En niños, niñas y adolescentes con depresión mayor e ideación y/o conducta suicida, se recomienda el uso de terapia combinada (antidepresivos como fluoxetina, sertralina, escitalopram + psicoterapia). (avalia-t 2012)

Recomendación D

42. Se recomienda que el seguimiento del paciente se realice por parte del mismo terapeuta a nivel hospitalario y ambulatorio, lo anterior da lugar a que las personas en riesgo de suicidio sean más propensas a aceptar la toma de medicamentos y asistir a las citas. (NZGG 2008)

Recomendación A

43. El clínico debe tener en cuenta que en algunos casos, cuando se prescriben antidepresivos la recuperación en aspectos motores de la conducta preceden a la recuperación del estado de ánimo lo cual podría constituir un riesgo de actuación del paciente para el que se debe estar preparado. (NZGG 2008)

Recomendación C

44. Los médicos deben tener precaución al prescribir benzodiacepinas (tanto a corto como a mediano plazo), especialmente si la persona también sufre de depresión o tiene factores de riesgo para suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación C

44.1 En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (avalia-t 2012)

Recomendación A

Puntos de buena práctica

- ✓ En general, si una persona es sospechosa de estar en riesgo de suicidio, los medicamentos apropiados deben ser prescritos y dispensados en dosis y cantidades que son menos probables de ser letales en la sobredosis o en combinación con otras drogas o alcohol. (NZGG 2008)

2.1.5.5 Sedación

45. La sedación con medicamentos puede ser necesaria si la persona muestra un comportamiento violento, agitado, o síntomas de psicosis. Considere la posibilidad de prescribir un antipsicótico como el haloperidol o una benzodiacepina de vida corta o media como el clonazepam o midazolam que son las únicas que se encuentran en presentación intramuscular.

En caso que el paciente acepte vía oral se intentará con una benzodiacepina de vida corta o media o un antipsicótico de dispersión oral como Olanzapina o Risperidona.

En niños menores de doce años una alternativa son los antihistamínicos como Difenhidramina. (NZGG 2008)

Recomendación C

46. Los antipsicóticos, las benzodiacepinas y cualquier depresor del Sistema Nervioso Central, está contraindicado en pacientes con intoxicación exógena y depresión del Sistema Nervioso Central, evidenciado por disminución en el estado de alerta, de la atención o de la conciencia. (NZGG 2008)

Recomendación A

Punto de buena práctica

- ✓ Los antipsicóticos pueden causar reacciones distónicas dolorosas para algunas personas, particularmente entre aquellas personas que nunca han tomado un antipsicótico antes. En tales casos, se aconseja la co-prescripción de un agente anticolinérgico (como biperideno) o un antihistamínico. (NZGG 2008)
- ✓ Las benzodiacepinas sólo deben utilizarse para la sedación como medida a corto plazo. Deben administrarse bajo supervisión. (NZGG 2008)
- ✓ Compruebe si hay reacciones alérgicas a algunos medicamentos sedantes. Pregúntele a la persona u obtenga antecedentes de la historia clínica. (NZGG 2008)
- ✓ Si una persona ha sido sedada y luego tiene que ser transportada a otro lugar para la evaluación, deberá hacerse con apoyo médico durante el traslado. El médico que lo acompaña debe estar al tanto de posibles complicaciones médicas de la sedación (p. Ej., Paro respiratorio después del uso intravenoso de benzodiacepinas). (NZGG 2008)

2.1.5.6 Terapia Electroconvulsiva

47. La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor y que presenten ideación y/o conducta suicida, que pongan en peligro su vida, y que no han respondido a otros tratamientos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

47.1 Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

Puntos de buena práctica

- ✓ La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente (adolescentes (14-18 años) y adultos), teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito. (avalia-t 2012)
- ✓ Su aplicación debe ser consultada con los padres o allegados del paciente. (Nueva de expertos)
- ✓ No se recomienda terapia electroconvulsiva en menores de 12 años. (Nueva de expertos)

2.1.5.7 Planificación del alta del paciente

 48. El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio.

*El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida. (NZGG 2008)

Recomendación A

 49. Si la persona no asiste a su cita de seguimiento y se cree que todavía tiene un riesgo significativo de suicidio, el clínico debe hacer esfuerzos para contactar a esa persona inmediatamente para evaluar su riesgo de ideación y/o conducta suicida o auto-agresión. (NZGG 2008)

Recomendación D

50. Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas domiciliarias, de cuidadores y familiares, gestores comunitarios, técnicos en salud pública, auxiliares de enfermería y gestores de las EAPB) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.

(mhGAP 2016)

51. Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, tome las debidas precauciones, active apoyo psicosocial y consulte a un especialista de salud mental si está disponible

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

- ✓ El plan de alta debe ser desarrollado en consulta con la persona y sus personas clave de apoyo (incluyendo la familia si es apropiado) y clínicos. (NZGG 2008)
- ✓ Si procede, la familia o los parientes deben ser informados del riesgo de la persona, informados de su próxima cita e invitados a asistir. También deben participar en los procesos de planificación del alta. (NZGG 2008)
- ✓ El equipo de cuidado continuo debe recibir al menos un reporte verbal previo al alta. También deben estar incluidos en el plan de alta médica reuniones o proceso de toma de decisiones. (NZGG 2008)
- ✓ A la salida del paciente, el médico tratante expedirá la epicrisis junto con la formulación y el plan completo de tratamiento y seguimiento, así como contactos clave para llamar si es necesario. (NZGG 2008).

2.2 Aspectos preventivos de la conducta suicida

2.2.1 Programas generales de prevención de la conducta suicida

52. Se recomienda la puesta en marcha de líneas de acción específicas que mejoren el acceso a los servicios para la prevención y tratamiento adecuado de la ideación y/o conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales de la salud en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Formación en los primeros auxilios psicológicos y emocionales
- Educación a la población general
- Educación a los profesionales de los medios de comunicación sobre cómo deben publicar las noticias de suicidios para evitar la imitación de la conducta y el acto suicida (Efecto Werther), omitiendo los elementos que puedan inspirar compasión al lector y no sugerir que el suicidio ha contribuido en algún modo a resolver los

problemas del suicida.

- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación y/o conducta suicida.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con ideación y/o conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en los profesionales de la salud como en la población general
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación C

53. Se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación. (avalia-t 2012)

Recomendación C

54. Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamiento.”

(mhGAP 2016)

55. Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.

(mhGAP 2016)

56. Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.

- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

(mhGAP 2016)

2.2.2 Restricción del acceso a medios letales

57. Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados:

- Restricción de la venta de psicotrópicos
- Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general.
- Uso de antidepresivos de menor toxicidad
- Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos, detectores de CO2 en hogares, etc.
- Menor toxicidad del gas de uso doméstico

– Instalación de barreras en lugares elevados (puentes, viaductos, balcones, azoteas)
– Restricción sobre posesión y control de armas de fuego
– Control de plaguicidas y cianuro.
(avalia-t 2012)

Recomendación B

58. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP adaptada 2016)

2.2.3 Programas formativos de prevención de la conducta suicida

59. Se recomienda que todo profesional, tanto de la salud como de otros sectores, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades básicas para su manejo. (avalia-t 2012)

Recomendación C

60. De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal de salud sobre ideación y/o conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis, información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas de atención y páginas web de ayuda online. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o juego de roles. (avalia-t 2012)

Recomendación C

Punto de Buena práctica

- ✓ La capacitación del médico de atención primaria en salud debe profundizar en la evaluación del riesgo, el apoyo a las personas con factores de riesgo que no presenten ideación activa o conductas suicidas y a la detección de casos para ser remitidos al especialista. Además la capacitación debe incluir el manejo de la urgencia psiquiátrica, es decir la capacidad para sedar un paciente agitado, heteroagresivo o autoagresivo, hasta que se logre su remisión. (nueva de expertos)

2.2.4 Tamización de riesgo de suicidio

61. En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de tamización. (avalia-t 2012)

Recomendación C

62. En atención primaria, se sugiere implementar programas de tamización del riesgo de

suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de tamización puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano. (avalia-t 2012)

Recomendación C



63. En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas e impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos. (avalia-t 2012)

*La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental)

Recomendación C

64. En adultos mayores se recomienda la implementación de tamización de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio.

Algunos instrumentos de tamización que podrían utilizarse son: 15-item Geriatric Depression Scale (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI). (avalia-t 2012)

Recomendación C

65. Se alienta al personal de urgencias a utilizar el protocolo de triage descrito y la herramienta de evaluación RAPID, para evaluar la urgencia de la necesidad de remisión de salud mental y medidas de seguridad. (NZGG 2008)

Recomendación D

65.1 En centros penitenciarios se recomienda la tamización del riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de tamización en esta población. (avalia-t 2012)

Recomendación D

2.2.5 Conducta suicida en grupos de riesgo

2.2.5.1 Conducta suicida en la infancia y adolescencia

66. En niños, niñas y adolescentes con presencia de factores de riesgo de ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social.

La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social. (avalia-t 2012)

Recomendación D

67. En la evaluación de niños, niñas o adolescentes en los que se evidencia factores de riesgo para ideación y/o conducta suicida se recomienda preguntar directamente y de forma empática sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, como matoneo y/o maltrato infantil, así como también ampliar la evaluación a personas cercanas (cuidadores o profesores). (avalia-t 2012)

Recomendación C

68. De cara a la prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales se recomienda:

- Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso.
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos.
- Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes.
- Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

69. En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. (avalia-t 2012)

Recomendación C

70. Las lesiones auto infligidas entre los niños son raras y deben ser tratadas muy seriamente. (NZGG 2008)

Recomendación D

71. Siempre que sea posible, la evaluación de niños, niñas y adolescentes suicidas debe ser llevada a cabo por un profesional con formación en psiquiatría infantil y de adolescentes; de no ser posible, se recomienda que sea llevada a cabo por un clínico con habilidad en entrevistar y trabajar con personas de este grupo de edad. (NZGG 2008)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de escalas validadas de acuerdo con el criterio del profesional que lleve a cabo la evaluación. (avalia-t 2012)
- ✓ Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la ideación y/o conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva. (avalia-t 2012)
- ✓ Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños, niñas y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales. (avalia-t 2012)
- ✓ Las evaluaciones de riesgos deben basarse en información procedente de múltiples fuentes, incluido el joven, sus profesores / consejeros, padres, etc. (NZGG 2008).

2.2.5.2 Conducta suicida en adultos mayores

72. En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en el adulto mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas e indicadas de acuerdo al criterio clínico del profesional que atiende el paciente.

(avalia-t 2012)

Recomendación C

73. Para el manejo y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en adultos mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Punto de buena práctica

- ✓ Las evaluaciones también deben basarse en información de familiares o amigos que pueden comentar si la persona es diferente de su "yo habitual". (NZGG 2008)
- ✓ En adultos mayores deben tenerse en cuenta factores de riesgo propios de la edad, tales como enfermedades crónicas. (nueva de expertos).

2.2.5.3 Grupos de étnicos

Punto de buena práctica

- ✓ Se debe reconocer que factores psicosociales, diversidades culturales o tradicionales como la pérdida de la identidad cultural pueden desempeñar un papel muy importante en la ideación y/o conducta suicida, así como también la preservación de las identidades tradicionales son un factor protector considerable en los pueblos indígenas a tener en cuenta en el momento de evaluar a estas personas e incluir intérprete en caso de tener dificultades con el idioma. (De consenso de expertos)
- ✓ Si se necesita un intérprete, hay que tener cuidado con las cuestiones de confidencialidad, ya que muchas de las comunidades son pequeñas y la gente puede conocerse. (avalia-t 2012)

2.2.5.4 Evaluación de personas intoxicadas.

Puntos de buena práctica

- ✓ Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha cuando una persona llega después de una sobredosis. La gente a menudo subestima las cantidades consumidas. (NZGG 2008)
- ✓ Las personas que se presentan a urgencias con ideación suicida o después de un intento de suicidio mientras están intoxicadas deben tener un ambiente seguro hasta que estén sobrios. La evaluación debe centrarse en su riesgo inmediato (mientras que todavía están intoxicados). El riesgo duradero no puede ser juzgado hasta que la persona esté sobria. (NZGG 2008)
- ✓ Se recomienda que las personas en riesgo de suicidio dejen de consumir alcohol o drogas ilícitas debido a sus potenciales efectos desinhibidores. Los miembros de la familia también deben ser informados de esto. (NZGG 2008)

2.2.5.5 Evaluación y manejo de personas con riesgo suicida crónico o continuo

74. Los planes de manejo detallado basados en listas de síntomas crónicos y agudos deben ser desarrollados con la persona con riesgo suicida continuo. Esto ayuda a los clínicos a determinar si una persona se presenta con un riesgo nuevo / mayor que su riesgo continuo. Todos los servicios que trabajan con esta persona deben tener una copia de estos planes, y deben revisarse y actualizarse periódicamente. (NZGG 2008)

Recomendación C

75. Los servicios de urgencias siempre deben ponerse en contacto con los servicios de psiquiatría (aunque sólo sea por teléfono) cuando se presente una persona con riesgo suicida continuo. Se debe tener cuidado de no minimizar la gravedad de los intentos. (NZGG 2008)

Recomendación C

76. Cuando una persona con riesgo suicida continuo que es bien conocida por psiquiatría llega al servicio de urgencias, es crucial contar con la historia clínica, consultar su plan de manejo e, idealmente contactar a su médico o terapeuta en caso que el paciente esté sufriendo por un estresor adicional o por un cambio significativo en su enfermedad mental. (NZGG 2008)

Recomendación D

77. Se recomienda la hospitalización cuando la persona con riesgo crónico o continuo de suicidio presenta una conducta suicida o una exacerbación del riesgo por un estresor agudo, o por la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor. (NZGG 2008)

Recomendación D

2.2.5.6 Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo

78. Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación D

79. Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia intrafamiliar. (avalia-t 2012)

Recomendación C

79.1 Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)
- ✓ Se deberá realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el

estadio evolutivo es avanzado. (avalia-t 2012)

- ✓ Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico deben incluir la evaluación del riesgo en tres niveles diferentes: (avalia-t 2012)
 - **Universal:**
 - Evaluar la desesperanza y la ideación suicida
 - Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida.
 - Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión
 - Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo.
 - **Selectivo:**
 - Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas.
 - **Indicado:** (presencia de ideación y/o conducta suicida):
 - Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método
 - Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio
 - Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.

2.2.6 Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

80. A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda:

- Contextualizar la estrategia de intervención
 - Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados
 - Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.
- (avalia-t 2012)

Recomendación D

81. Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo a los familiares y allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. (avalia-t 2012)

Recomendación D

82. Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación y/o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas y brindar

herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar. (avalia-t 2012)

Recomendación D

83. Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias. (avalia-t 2012)

Recomendación C

84. Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona. (avalia-t 2012)
- ✓ Se debe capacitar a los profesionales de la salud en procesos de pérdida y duelo, signos y síntomas de alarma en familiares y allegados posterior a la muerte del familiar. (nueva de expertos)
- ✓ Se deben implementar programas de ayuda psicológica para el personal de salud conformado por grupos de ventilación. (nueva de expertos)
- ✓ Tras un suicidio se recomienda la psicoterapia en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)
- ✓ Se debe realizar búsqueda activa de familiares y allegados de personas con suicidio consumado y brindarles apoyo y acompañamiento para la elaboración del duelo.

2.2.7 Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

85. Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes y que el seguimiento incluya búsqueda activa (visita domiciliaria) de los pacientes que no asistan a las consultas programadas luego de ser dados de alta por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

3 METODOLOGÍA

3.1 Conformación del grupo de adopción

El grupo de adopción se conformó por expertos en metodología para el desarrollo, adaptación y adopción de GPC, quienes estuvieron a cargo de la búsqueda, selección y calificación de las GPC; y por expertos clínicos en psiquiatría y psicología clínica, quienes evaluaron la vigencia y aplicabilidad al contexto colombiano de las recomendaciones de las GPC susceptibles de adopción, y seleccionaron las GPC para ser adoptadas.

Este grupo de trabajo llevó a cabo el siguiente proceso:

- Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC.
- Solicitud de permiso para adopción de las recomendaciones.
- Evaluación y ajuste a las recomendaciones para su implementación al contexto nacional.
- Realización de una revisión sistemática de la literatura.
- Elaboración de propuesta para la implementación de las recomendaciones.
- Elaboración del documento final.

Todos los miembros del grupo declararon sus intereses y un comité evaluó sus posibles conflictos de interés y las consecuentes limitaciones de participación en el proceso de adopción de la GPC. Posterior al comité no se identificó para ninguno de los miembros del grupo desarrollador limitación parcial o total. Todos los expertos invitados también declararon sus intereses y fueron analizados para identificar si existían posibles limitaciones para la participación (Anexo 1)

3.2 Concertación con el ente gestor

Se realizó un proceso de concertación de alcances y objetivos preliminares de la GPC a adoptar. En esta etapa se consideraron los siguientes aspectos: diagnóstico, tratamiento y cuidado para la familia.

3.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura (RSL) con el propósito de buscar GPC sobre atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida, posteriormente se evaluó la calidad de las GPC encontradas y se seleccionaron aquellas con alta calidad para extraer las recomendaciones para adopción.

3.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica

3.3.1.1 Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de GPC en bases de datos especializadas (Medline, Embase y LILACS), bases de datos genéricas (Google Scholar), sitios web de organismos desarrolladores y productores (Anexo 2) y consulta con expertos. Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura, siguiendo las indicaciones de la Guía Metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en Colombia.

Las búsquedas se llevaron a cabo por personal entrenado y se realizaron sin restricción de idioma o fecha, utilizando las estrategias que se presentan en el [Anexo 3](#).

La búsqueda dio como resultado 1102 referencias en las bases de datos electrónicas (MEDLINE: 342; Embase: 756; Lilacs: 4) y 52 con los métodos complementarios (organismos, recopiladores, productores, guías iberoamericanas, y consulta con expertos). En total se obtuvieron 1147 referencias una vez se eliminaron los duplicados.

3.3.1.2 Tamización

Una vez se realizaron las estrategias de búsqueda, dos metodólogos en forma independiente tamizaron las referencias encontradas mediante revisión de título y resumen, luego de eliminar los duplicados, 28 documentos pasaron a evaluación en texto completo. Las referencias que cumplieron todos los criterios de inclusión o en las que hubo duda de su cumplimiento, fueron revisadas en texto completo para orientar la decisión de inclusión.

Para la tamización se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión, en el orden en que se presentan a continuación:

- El documento es una GPC.
- El documento incluye recomendaciones en temas de prevención, diagnóstico o tratamiento de conducta suicida.
- El documento incluye recomendaciones dirigidas a población general tanto en atención primaria como especializada.
- El documento está publicado en español o inglés.

Los resultados de búsqueda y tamización se presentan en el [Anexo 4](#).

3.3.1.3 Preselección

Luego de la revisión por título y resumen 28 documentos pasaron a evaluación en texto completo. Ocho de ellos (10,13-19) cumplieron criterios de inclusión y fueron seleccionados para evaluación de calidad con el instrumento AGREE II. Los documentos que cumplieron los criterios de elegibilidad fueron preseleccionados para la evaluación de calidad, por medio de la herramienta 7 propuesta en la *Guía Metodológica para elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano (16)*, cuyos ítems son:

- ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
- ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
- ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
- ¿Establece recomendaciones?
- ¿Año de publicación \leq 4 años? Se consideró la fecha de la última búsqueda de la literatura o actualización de la evidencia.

Si alguna GPC no cumplió uno o más de estos criterios no se evaluó su calidad. (ver Anexo 5). Demás GPC fueron seleccionadas para evaluación de calidad (Anexo 6)

Los resultados del proceso de selección de evidencia son presentados en el diagrama de flujo PRISMA (Anexo 7). En el Anexo 8 se presentan las razones de exclusión de las GPC preseleccionadas.

3.4 Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

Las GPC que cumplieron todos los criterios de la Herramienta 7 fueron incluidas y evaluadas con el instrumento AGREE II por siete revisores de manera independiente, utilizando el algoritmo propuesto en el manual del AGREE II para obtener la calificación de las GPC en cada uno de los dominios. Este instrumento fue diseñado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual son desarrolladas las guías de práctica clínica, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías y establecer la información y la forma en que esta debe ser presentada en las guías. El instrumento tiene 23 ítems, con calificación en escala tipo Likert de 7 puntos, organizados en 6 dominios: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial. En cada uno de estos dominios la calificación máxima posible es del 100 % (17)(Anexo 6).

3.5 Selección de guías de práctica clínica

La selección de guías se realizó por medio de un trabajo conjunto entre expertos metodológicos y temáticos. Fueron seleccionadas como susceptibles de adopción, aquellas GPC que obtuvieron puntajes iguales o superiores a 60% en los dominios de rigor metodológico e independencia editorial del AGREE II. Las puntuaciones de cada una de las GPC consideradas para el ejercicio de selección se encuentran en el Anexo 6. Las seis GPC que cumplieron estos criterios fueron:

- National guidelines for seniors mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide. (Canadá) (5).
- Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. preventive services task force recommendation statement. (Estados Unidos) (6).
- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) (7).
- Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment (Estados Unidos) (8)
- Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida (Canadá) (9)
- The assessment and management of people at risk of suicide. (Nueva Zelanda) (10)

Posterior a esta identificación, se realizó un análisis por parte del grupo de expertos temáticos y metodológicos del GD de cada una de las GPC, evaluando los siguientes aspectos:

- Contemple los tópicos priorizados en el alcance y objetivos concertados a priori con el ente gestor.

- Calificación en el rigor metodológico
- Calificación en la independencia editorial
- Fecha de última búsqueda y la validez clínica actual
- Uso de la metodología GRADE

Previa evaluación por los expertos y teniendo en cuenta los aspectos clínicos considerados, así como los alcances y objetivos propuestos, y los criterios de análisis previamente mencionados, el grupo desarrollador consideró que la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de España 2012 y la Guía The assessment and management of people at risk of suicide de Nueva Zelanda 2008, por sus características clínicas y sus completas recomendaciones se adaptan mejor a las necesidades del país, siendo estas dos seleccionadas para el proceso de adopción.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) coordinaron el Desarrollo de Capacidades mediante la Implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud Mental a nivel local, a través del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental – mhGAP 2016 (18).

Debido a los esfuerzos constantes que realiza el país por mejorar la calidad en la atención primaria se decidió incluir la guía de intervención **mhGAP 2016 (GI – mhGAP) (19)**, como parte de las guías seleccionadas para ser incluidas en el desarrollo de la adopción para la Guía de Práctica Clínica Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida. Esta Guía ya se encuentra adaptada para Colombia, por lo anterior, el proceso que se realizó fue la incorporación de aquellas recomendaciones que se consideraron importantes para el contexto nacional y en donde las GPC seleccionadas para el proceso de adopción tenían brechas informativas. Esta incorporación fue revisada por parte de los expertos temáticos, para asegurar su pertinencia y consistencia con las demás recomendaciones susceptibles de adoptar.

3.6 Permiso para adopción de las recomendaciones

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de Madrid – España, autorizó al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el proceso de adopción y publicación de una versión adoptada del documento Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) para su uso a nivel Nacional, dicha autorización se obtuvo el día 12 de Diciembre del 2016 por correo electrónico enviado por la Oficina de Información y Atención al Ciudadano del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Madrid-España), El documento de la Guía de práctica clínica original está disponible en el siguiente enlace:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Así mismo el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda autorizó al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la utilización del documento Guía de Práctica Clínica “The assessment and management of people at risk of suicide” elaborada por New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health (2008) para el proceso de adopción y publicación de una versión adoptada en el contexto Colombiano. Esta autorización se obtuvo el día 22 de

Noviembre del 2016 por medio de correo electrónico enviado por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda. El documento original de la Guía de Práctica Clínica está disponible en el siguiente enlace:

http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf

3.7 Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, el grupo de trabajo (expertos metodológicos y expertos temáticos) revisó para cada una de las recomendaciones la vigencia, la disponibilidad del recurso humano, la factibilidad de su aplicación al contexto Colombiano, la aprobación de medicamentos por parte de agencias regulatorias, el entrenamiento del personal de salud y el acceso y arquitectura del sistema de salud.

Este proceso dio lugar a seis conductas con respecto a cada una de las recomendaciones:

- *Adopción sin modificación alguna:* la recomendación no requirió cambios en su redacción.
- *No adopción de la recomendación:* la recomendación no se incluyó debido a que la conducta propuesta no es pertinente o no aplicable en el contexto Colombiano.
- *Adopción de la recomendación como punto de buena práctica clínica:* dado que ya no existe variabilidad en la conducta incluida en la recomendación, esta se consideró como un punto de buena práctica clínica.
- *Adopción de la recomendación como punto para la implementación de la guía:* la recomendación indicó una conducta necesaria para la implementación de otras recomendaciones. Por lo tanto se consideró su inclusión en el capítulo de consideraciones para la implementación.
- *Adopción con modificaciones:* sin cambiar la conducta propuesta en la recomendación original, la recomendación requirió cambios en su redacción o cambios necesarios para facilitar su implementación, tales como ajustes en los medicamentos, exclusión o inclusión de escalas de valoración adicionales a las propuestas en las recomendaciones originales.

Las recomendaciones que correspondieron a la última opción (adopción con modificaciones) fueron presentadas en una reunión de consenso formal de expertos (Anexo 9) el cual fue realizado a través de metodología Delphi y metodología presencial, a esta última, se llevaron para discusión aquellas recomendaciones que no alcanzaron consenso en el consenso tipo Delphi. En estos procesos participativos (consensos formales) se revisaron las recomendaciones originales y las propuestas de modificación, discutiendo aspectos relacionados con su implementación en el contexto nacional, teniendo en cuenta disponibilidad de tecnologías, aprobación de agencias regulatorias, entrenamiento del personal de salud, acceso, arquitectura del sistema de salud, y alineación de las recomendaciones con las GPC nacionales existentes. Todas las personas que participaron, previamente declararon sus intereses, los cuales fueron evaluados por un comité para determinar potenciales conflictos de interés y consecuentes limitaciones parciales o totales en su participación.

Los ajustes fueron consensuados por votación individual utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Los ajustes fueron consensuados por votación individual utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

Se definió consenso cuando el 70 % o más de los votos se encontraron en los niveles 4 y 5 (se adoptó la recomendación con las modificaciones propuestas) o 1 y 2 (no se adoptó la recomendación). De lo contrario se llevó a cabo una segunda ronda de votación precedida de un espacio de discusión y modificación de los ajustes propuestos. En caso de no llegar a consenso en la segunda ronda el ajuste se realizó teniendo en cuenta las preferencias de los representantes de los pacientes. Los resultados del consenso y los ajustes consensuados se presentan en el Anexo 10.

El panel de expertos estuvo conformado por especialistas de las diferentes áreas relacionadas con la atención a pacientes con conducta suicida (Psiquiatría, psiquiatría infantil, psicología, enfermería, trabajo social, pediatría, emergencias, medicina familiar), quienes previamente declararon sus intereses, los cuales fueron evaluados por un comité para determinar potenciales conflictos de interés y consecuentes limitaciones parciales o totales en su participación (Anexo 9)

4 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA SELECCIONADAS PARA ADOPCIÓN

Las recomendaciones incluidas en la presente GPC fueron adoptadas, con permiso, de la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida” elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t) el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de la Guía de Práctica Clínica “The assessment and management of people at risk of suicide” elaborada por New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health.

A continuación se describe el alcance de cada una de estas guías.

4.1 Guía de práctica clínica Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (España)

El objetivo de esta guía es servir como instrumento de apoyo para la toma de decisiones para el manejo de pacientes con conducta suicida en los distintos ámbitos y centros donde sean atendidos (hospitalario, componente primario de la atención, servicios especializados, servicios de urgencias, domicilio). Se considera que la guía ayudará a disminuir la variabilidad clínica injustificada y en consecuencia ayudará a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

La guía incluye los aspectos relacionados con la evaluación, tratamiento y prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada. La guía no incluye el tratamiento somático del episodio de conducta suicida, la organización de los servicios asistenciales ni los aspectos éticos y morales.

La guía se dirige a niños, niñas, adolescentes y población adulta, incluyendo adultos mayores que presenten riesgo de suicidio, ideación o conducta suicida. También se presentan algunas recomendaciones para población pediátrica especialmente de tipo preventivo.

Los usuarios propuestos por la guía son profesionales de la salud implicados en el manejo de la conducta suicida, así como los propios pacientes y sus allegados.

4.2 Guía de práctica clínica de Valoración y Tratamiento de personas en riesgo de Suicidio. (Nueva Zelanda).

El objetivo de la guía es proporcionar a los profesionales de la salud que laboran en los servicios de urgencias, recomendaciones basadas en evidencia que permitan una adecuada valoración y un tratamiento temprano de los pacientes con conducta suicida.

La guía se dirige a profesionales médicos, psicólogos clínicos y de enfermería involucrados en el manejo de pacientes con conducta suicida, en los servicios de atención primaria, hospitalaria y urgencias.

La guía se concentra en las intervenciones de pacientes (niños, adolescentes, adultos, adultos mayores) con intento de suicidio y población en riesgo de suicidio. No se incluyen aquellos pacientes con comportamientos de autoagresión deliberada sin intención suicida.

4.3 Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)

Guía de intervención GI-mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (18-20)

El objetivo de esta guía es brindar estrategias frente a la falta de atención a personas que sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios.

La GI mhGAP incluye intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios. Los trastornos prioritarios incluyen: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, **lesiones autoinfligidas/suicidio** y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente.

Esta Guía de Intervención fue elaborada a través de una revisión sistemática, seguida de un proceso de consulta y colaboración internacional. Proporciona recomendaciones para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de salud no especializados en los establecimientos del primer y segundo nivel en áreas de escasos recursos. Presenta una gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones clínicas (18, 19)

Enlace a la Guía MHGAP -2016 adaptada es: <http://url.minsalud.gov.co/oykoi> y debe consultarse de manera paralela a la Guía original de la OMS 2016 en el siguiente link: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>

La OMS recomienda actualizar y revisar en cinco años las directrices del mhGAP y de la GI-mhGAP. Cualquier revisión y actualización anterior a ese periodo se realizará en la versión en línea del documento

5 INTRODUCCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA

5.1 Definición y objetivos de la atención de pacientes en riesgo de suicidio

5.1.1 La conducta suicida

Según el Informe de la Organización Mundial de Salud “Prevención del Suicidio Un Imperativo Global” publicado en 2014, en mayo del 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integral de este plan, que se propone reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países. “No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona” (21).

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo (22), (23) y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100.000 (23). Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. En este sentido, los costos económicos asociados al suicidio se han estimado en EE.UU. en unos 25 000 millones de dólares anuales, entre gastos directos e indirectos (23), (24).

Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias encaminadas a la disminución de la conducta suicida. Desde la Unión Europea se han promovido iniciativas, como la *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention* (5), donde la prevención del suicidio se considera una de las áreas de intervención.

5.1.2 Conceptualización

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (25, 26). Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra (27) diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. Por su parte, O´Carroll et al. (28) plantearon una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas. En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverman et al (29, 30) propusieron una revisión de la nomenclatura de O´Carroll et al. en la que intentaron incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad

del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (31). En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida (Tabla 1).

Tabla 1 Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al. Propuesta por Silverman et al.

Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	
	c. Con alguna intencionalidad suicida	
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)	
<p>*Clasificación adicional para Comunicación y Conducta suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Foco intrapersonal: obtención de cambios en el estado interno (evasión/liberación) – Foco interpersonal: obtención de cambios en el estado externo (afecto/control) – Foco mixto 		

Fuente: elaboración de Silverman et al. (23, 24).

Silverman et al. (29, 30) añadieron los tipos I, II y III con el fin de intentar simplificar la terminología e incluir todas las combinaciones posibles de las diferentes variables clínicas. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

- **Ideación suicida:** pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
 - **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
 - **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
 - a) La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
 - b) La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

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

- *Autolesión/gesto suicida:* conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- *Conducta suicida no determinada:* conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- *Intento de suicidio:* conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- *Suicidio:* Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío o aun vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue

autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias².

En esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se adoptará la nomenclatura propuesta por Silverman et al. (29, 30).

5.1.3 Epidemiología General del Suicidio

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. En algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44 años. Su tendencia es ascendente, estimándose que en el año 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones (32). Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país probablemente tienen efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores de cuantificación del suicidio (22, 33).

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio (11, 22, 34, 35), siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros (22, 36). En este sentido es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) que nos muestra que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España), el 14,5% un trastorno de ansiedad y un 5,2% un trastorno por abuso de alcohol (37, 38).

A pesar que la autopsia psicológica se considera el mejor método de estudio del suicidio consumado, los datos sobre trastornos mentales relacionados con suicidios procedentes de ellas están sujetos a sesgos producidos por la recogida retrospectiva de los datos, la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan, el condicionamiento de la información ofrecida por los familiares por la búsqueda de una explicación al suicidio y, en algunos casos, la recolección de la información de familiares no directos (39, 40).

Factores sociodemográficos

– *Región o país:* las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas (33). También se observan altas tasas en los países nórdicos (22).

² Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.

– *Género*: la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales (23) y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo (11). Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China) (11). Aunque las tasas son menores en las mujeres que en los hombres, existe un mismo patrón dentro de cada país, de manera que aquellos con altas tasas de suicidio masculino, presentan también altas tasas de suicidio femenino (33).

– *Edad*: aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está relacionado con los niveles de industrialización o riqueza (32). Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad (41). En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa (33).

– *Raza*: parecen existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. (22, 23).

– *Religión*: podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes (42).

Si los suicidios consumados representan alrededor de un millón de casos al año, los intentos de suicidio podrían ser 10 o 20 veces más numerosos, lo que traducido a tiempo equivale a una tentativa suicida cada tres segundos y un suicidio consumado cada cuarenta segundos (23).

5.1.3.1 Epidemiología del suicidio en Colombia

La clasificación internacional de enfermedades (CIE10), en su capítulo XX define las Causas externas de Morbilidad y Mortalidad; dentro del grupo de causas externas es de interés particular para el estudio de la salud mental, el subgrupo denominado “Lesiones autoinflingidas intencionalmente” (X60-X84), que son 25 eventos, este grupo incluye también los envenenamientos autoinflingidos intencionalmente, por diferentes sustancias. “Las defunciones y lesiones por causa externa son consideradas como un problema en salud pública por su alto impacto en términos de Años Potenciales de Vida Perdidos (AVPP)”.

5.1.3.1.1 Mortalidad por suicidio

El suicidio es la muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío o aun vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida

que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias³. Dentro de las causas de muerte evitable en el país ocupa el puesto 11.

Existen varios factores de riesgo asociados o relacionados con este evento, entre ellos se citan: la pertenencia a poblaciones en condición de vulnerabilidad, condiciones intrínsecas del individuo, bajo nivel educativo, el desempleo, la depresión, el abuso de sustancias psicoactivas y algunos entornos sociales y culturales cuyas condiciones lo favorecen.

La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos cincuenta años.

“Según el DANE, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2005 y 2013 fue de 19.385, con un promedio anual de 2.154 casos. En términos de tasas en la **Tabla 2**, las tasas de suicidios de 2005 a 2014 han presentado una variabilidad importante, con picos altos en 2006, 2007, 2008 y 2009 y un descenso progresivo hasta 2011, para luego ascender y en 2013 alcanzó su valor más bajo en el período estudiado, con 4,4 por 100 mil habitantes”⁴.

Tabla 2. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.000 habitantes, en Colombia, según el sexo, de 2005-2014

SEXO	AÑO									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FEMENINO	2,11	2,07	2	1,95	1,94	1,67	1,61	1,62	1,68	1,52
MASCULINO	8,31	8,56	8,57	8,57	8,54	7,91	7,57	7,76	7,34	7,62
TOTAL	5,1	5,2	5,17	5,14	5,12	4,69	4,49	4,59	4,42	4,47

Fuente: Elaboración a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consulta realizada en enero 23 de 2017

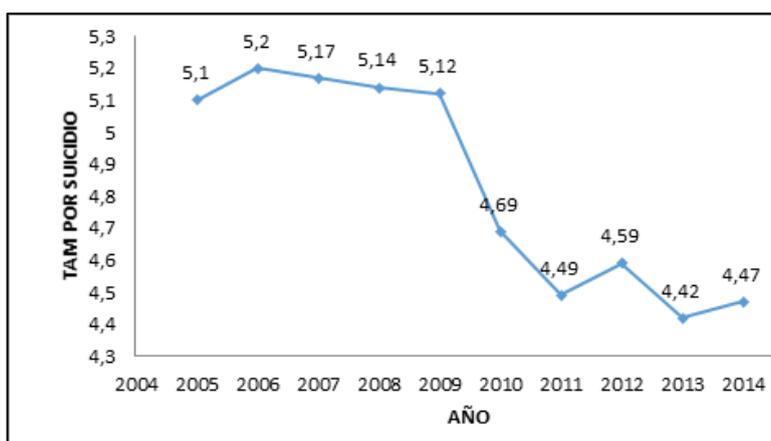
En general el suicidio es más frecuente en hombres, en los cuales las tasa de mortalidad son de 3 a 4 veces más altas que en las mujeres, específicamente entre los 20 y 24 años de edad, estado civil soltero. Existen otros grupos específicos de riesgo como los campesinos, las personas que consumen sustancias psicoactivas, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas bajo custodia y personas en condición de desplazamiento³. **Tabla 2**

³ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Boletín de salud mental sobre conducta suicida, 2016

En términos generales los hombres se suicidan más y las mujeres lo intentan con mayor frecuencia.

Gráfica 1. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) por 100.000 habitantes, en Colombia, de 2005-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consulta realizada en enero 23 de 2017

Por departamentos, en 2014 se encontró que Vaupés (18,52 x 100 mil hab.), Amazonas (8,37) y Arauca (7,64) fueron los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa; en este período hubo 20 departamentos con tasas por encima de la tasa nacional (4,47 por 100.000 habitantes). Los departamentos de Chocó (con 1,1), el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1,23) y Guainía (1,69), registraron las tasas más bajas. El DANE aún no reporta las cifras oficiales de mortalidad por suicidio en 2015.

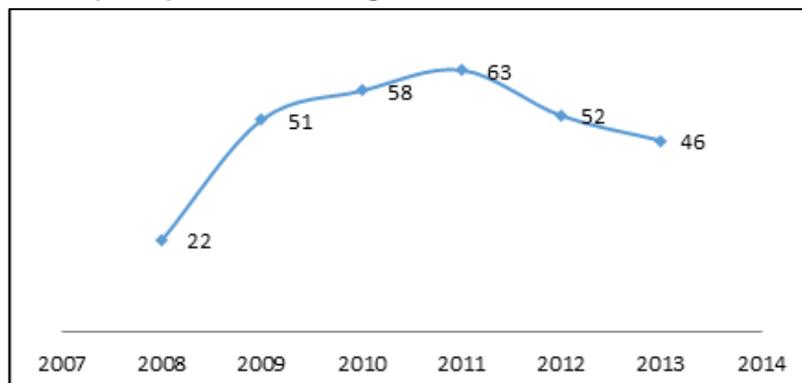
5.1.3.1.2 Mortalidad por suicidio, en población indígena

“Los suicidios de indígenas se han incrementado drásticamente en los últimos años, sobre todo en algunas comunidades (como la Embera Katío), donde se ha convertido en una práctica común, que puede asociarse a la sensación de desesperanza que alberga esta población asociada al conflicto armado y sus consecuencias⁵.”

Según Estadísticas Vitales, consultado en la Bodega de datos del SISPRO el 29 de abril de 2016, se encontró que de 2008 a 2013 se presentaron 292 casos de lesiones autoinflingidas intencionalmente en comunidades indígenas, con un promedio de 49 por año, en los últimos tres años de este período la tendencia fue a la baja (ver gráfica 2). El 68% de los casos fueron en hombres y el 32% en mujeres; los grupos de edad con mayor número de casos fueron: de 15 a 19 años con 83 casos (28,4%) y de 20 a 24 años con 67 casos (22,9%).

5 Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Boletín de salud mental sobre conducta suicida, 2016

Gráfica 2. Distribución de casos de Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en población indígena en Colombia, de 2008 a 2013.

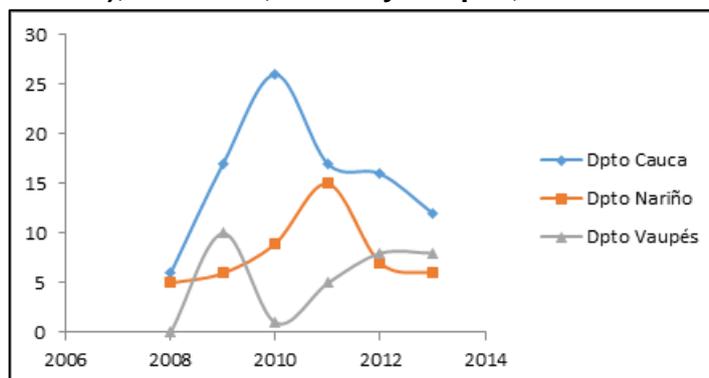


Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, Consultado en la Bodega de datos del SISPRO el 29 de abril de 2016

La distribución geográfica de los casos de 2008 a 2013, mostró que el departamento con más casos fue Cauca con 94 (32,2%), seguido de Nariño con 48 (16,4%) y Vaupés con 32 (11%). El comportamiento de la distribución de los casos por año en estos tres departamentos muestra que en Cauca y Nariño la tendencia en los dos últimos años del período en estudio, es al descenso, mientras que en Vaupés ocurre lo contrario (ver gráfica 3). En el 64% de los casos (187) el área de residencia estaba ubicada en zona rural dispersa, el 20,2% en zona urbana (59), el 14,7% (43) en centro poblado y el 1% (3) no registra información al respecto.

El municipio con mayor número de casos de suicidio en indígenas fue Mitú (Vaupés), con 26 casos (14 en área urbana y 12 en área rural), le siguió Corinto (Cauca) con 13 (12 en área rural y 1 en zona urbana) y en tercer lugar Ipiales (Nariño) con 10 casos (7 en zona rural y 3 en área urbana)³.

Gráfica 3. Distribución de los casos de lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), en Cauca, Nariño y Vaupés, de 2008 a 2013.

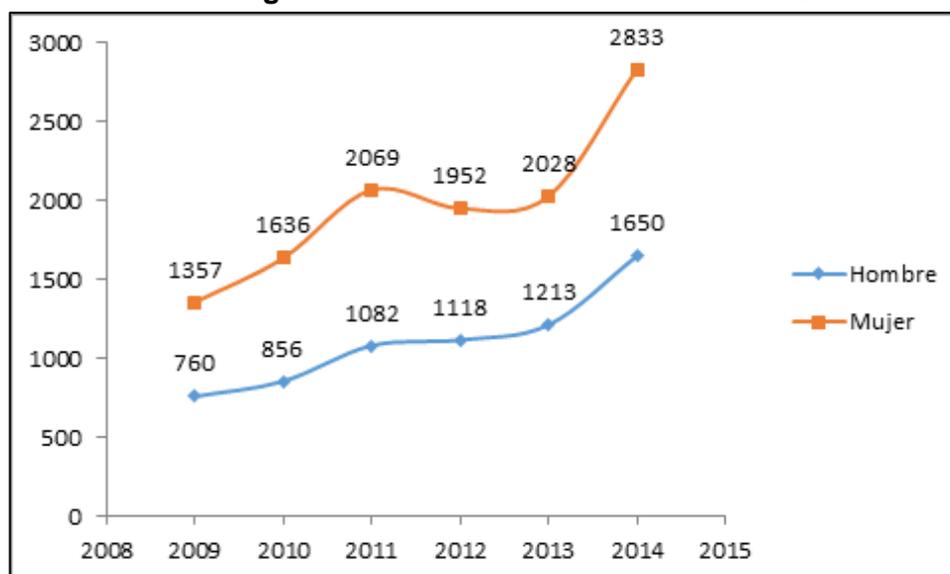


Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas Vitales, Consultado en la Bodega de datos del SISPRO el 29 de abril de 2016

5.1.3.1.3 Lesiones Autoinflingidas

En la bodega de datos del SISPRO se consultó en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), el número de personas atendidas con el diagnóstico de lesiones autoinflingidas intencionalmente en todos los servicios.

Gráfica 4. Número de personas atendidas en los servicios de salud por lesiones autoinflingidas intencionalmente. Años 2009 - 2014



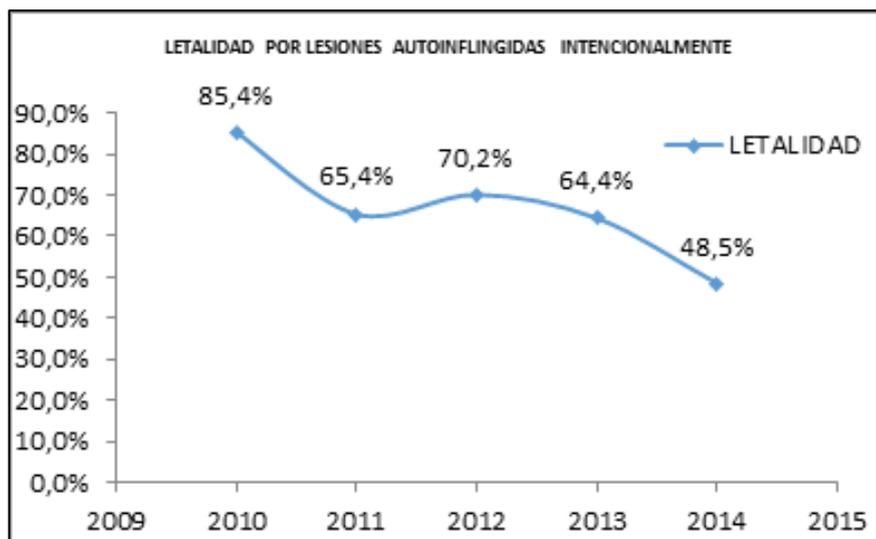
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios, en la bodega de datos del SISPRO, consultado el 29 Abril 2016.

De 2009 a 2014 se atendieron 18.586 personas atendidas por lesiones autoinflingidas intencionalmente, dentro de este grupo las causas más frecuentes fueron: envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados, en la vivienda y el envenenamiento o exposición a plaguicidas, en la vivienda.

El número de consultas en la serie de 2009 a 2014 se incrementó progresivamente, en 2014 se atendieron 4.491, y la tendencia en general es al ascenso. Las mujeres son quienes más consultan por esta causa. De estas personas que ingresan, algunos fallecen por la gravedad de las lesiones y otros se recuperan. Ver gráfica 4.

Se consultó la letalidad por lesiones autoinflingidas en el mismo período y se encontró que ha disminuido notablemente, con alguna variabilidad en el indicador en los últimos 4 años, sin embargo se observa que en todos los casos es mayor al 40%, esta depende del método utilizado para causar la muerte. Ver gráfica 5.

Gráfica 5. Letalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente, de 2010 a 2014, en Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE y RIPS

5.1.3.1.4 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por suicidio

En 2014, se perdieron por el suicidio, potencialmente en el país 64.617 años, el 23% fueron en el sexo femenino (14.857 AVPP) y el 77% en el masculino (49.760 AVPP)⁶

El grupo de edad más afectado por el suicidio fue el de 20 a 24 años, perdieron en total 13.679 AVPP, esto correspondió al 21,16% de total de los AVPP del 2014. El grupo de edad menos afectado fueron las personas entre 70 y 74 años, con 41 AVPP, todos los años sumados correspondieron a muertes en mujeres²

Tabla 3 Tasa de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por suicidio, por 1000 habitantes, en Colombia

SEXO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Femenino	121,96	118,06	119,76	113,93	109,3	99,66	91,28	88,96	91,04	82,56
Masculino	362,47	374,41	369,62	370,25	372,81	353,3	335,02	345,18	322,48	334,93
Total	240,67	244,6	243,1	240,46	239,38	224,87	211,61	215,45	205,31	207,16

FUENTE: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado 23-01-2017

En términos de tasas de AVPP, se encontró que de 2009 a 2014 las tasas han presentado una tendencia al descenso, en 2006 se presentaron las tasas más altas y al desagregar por sexo se observó que en los hombre son mucho más elevadas y esta

⁶ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2014, Datos para la vida. Bogotá, 2015.

diferencia fue mayor en 2014, año en el que la tasa de AVPP por suicidio en Colombia, fue 4 veces mayor en hombre que en mujeres. Ver Tabla 3.

5.1.3.1.5 Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM), “en los adolescentes, los episodios depresivos se asocian con trastornos disociales, de la conducta alimentaria, ansiedad, por déficit de atención y relacionados con sustancias. A su vez, la consecuencia más grave de un trastorno depresivo es la tentativa de suicidio y el suicidio consumado”.

Algunos factores asociados al suicidio son: madre ansiosa, con trastornos de personalidad de la madre o antecedente de intento de suicidio, el maltrato físico por parte de la madre, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad en el padre, historia de suicidio en la familia, relaciones distantes con los padres o no tener ningún tipo de contacto con ellos, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, enfermedad mental o divorcio de los padres, abuso sexual, el maltrato y la falta de satisfacción de necesidades básicas⁷.

Tabla 4 Conducta suicida en adolescentes en Colombia, 2015.

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	5,7*	22,7	3,7-8,9	7,4	16,7	5,3-10,2	6,6	13,6	5,0-8,6
Plan suicida	1,0*	57,1	0,3-2,9	2,5*	34,1	1,3-4,9	1,8*	29,3	1,0-3,1
Intento de suicidio	2,1*	43,8	0,9-4,9	2,9*	31,5	1,5-5,3	2,5*	25,8	1,5-4,1
Intento suicida en los adolescentes que han planeado	36,3*	33,2	16,9-61,6	38,5*	23,3	22,8-56,9	37,6	19,3	24,6-52,6

Nota: los indicadores con (*) indican CVE mayores a 20, por lo que deben ser interpretados con precaución.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Como se puede ver en la Tabla 4, dentro de los eventos que tipifican la conducta suicida, el más frecuente es la ideación suicida, con una frecuencia de 6,6%, seguido del intento de suicidio, con 2,5% y del plan suicida, con 1,8%, (este último resultado no fue estadísticamente significativo).

En adultos se han asociado diversos factores con el suicidio: “ser mayor de 45 años; la impulsividad; los eventos vitales adversos; el género masculino (excepto en algunos países como China); ser viudo, separado o divorciado; vivir solo; estar desempleado o jubilado; tener antecedentes familiares de suicidio, intentos previos; contar con una mala salud física; tener armas de fuego en casa, o padecer una enfermedad mental. En Colombia: ser mayor de quince años, hombre, vivir en área rural, soltero, separado,

⁷Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. Bogotá 2015

divorciado o vivir en unión libre y vivir en los nuevos departamentos, la zona oriental,

Conducta suicida	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
Ideación suicida	5,53	10,2	4,52-6,74	7,55	7,1	6,56-8,68	6,55	6	5,83-7,36
Plan suicida	2,0*	20,4	1,3-3,0	2,71	13,7	2,07-3,54	2,36	11,7	1,87-2,96
Intento de suicidio	1,87	14,6	1,41-2,49	3,25	12,4	2,55-4,14	2,57	9,6	2,13-3,1
Adultos con plan suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	36	15,2	26,1-47,3	35,9	10,5	28,9-43,6	35,9	8,8	30-42,4
Adultos con intento suicida (respecto a adultos con ideación suicida)	33,9	13,4	25,6-43,3	43	8,8	35,8-50,6	39,2	7,6	33,5-45,2

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y puede carecer de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%.

central o pacífica”¹

Tabla 5 Conducta suicida en adultos de Colombia, 2015.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Los resultados de la ENSM 2015 muestran que en adultos mayores de 18 años, la ideación suicida es más frecuente que el intento de suicida y el plan suicida, hay un 39% de las personas que intentaron suicidarse, que previamente tuvieron ideación suicida (ver Tabla 5). En relación con la edad se encontró que en las personas de 18 a 44 años el 3% ha intentado suicidarse, mientras que las personas de 45 años y más, la proporción fue de 1,9%, estos resultados fueron estadísticamente significativos.

Tabla 6 Prevalencias de conductas suicidas según grupo de edad en adultos mayores de 18 años de la población colombiana, 2015.

Edad	Hombres			Mujeres			Total		
	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %	%	CVE	IC95 %
18 a 44 años									
Ideación Suicida	5,3	11,3	4,2-6,6	7,9	9,9	6,5-9,6	6,6	7,5	5,7-7,7
Plan Suicida	1,9	19,8	1,3-2,8	3,2	18,0	2,3-4,6	2,6	13,5	2,0-3,4
Intento de Suicidio	2,3	18,2	1,6-3,3	3,8	16,4	2,7-5,2	3,0	12,4	2,4-3,9
45 años en adelante									
Ideación Suicida	5,9	18,3	4,1-8,5	7,0	9,3	5,8-8,4	6,5	9,7	5,3-7,8
Plan Suicida	2,1*	40,2	1,0-4,6	1,9	15,7	1,4-2,6	2,0*	22,1	1,3-3,1
Intento de Suicidio	1,2*	22,0	0,8-1,9	2,5	15,5	1,8-3,4	1,9	12,7	1,5-2,4

Nota: estimaciones marcadas con asterisco (*) son imprecisas y carecen de validez inferencial, dado que tienen un CVE mayor al 20%, y aunque se reportan las frecuencias y los intervalos de confianza, se debe evaluar la pertinencia del uso de esta cifra dado el valor del CVE alto.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Se observaron diferencias por sexo, las mujeres entre los 18 y 44 años, tienen mayor frecuencia de conducta suicida, independiente de los diferentes eventos que la tipifican, de los 45 años en adelante el comportamiento es distinto.(Ver Tabla 6)

6 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

6.1 Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

6.1.1 Recomendaciones

1. Tras una ideación y/o 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 ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación D

2. Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica. (avalia-t 2012)

Recomendación D

3. Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico. (avalia-t 2012)

Recomendación Q

4. Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

5. 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 factores protectores. (avalia-t 2012)

Recomendación D

6. Se recomienda que la entrevista clínica se oriente a la recolección de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador. (avalia-t 2012)

Recomendación D

7. En la evaluación del riesgo de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar, principalmente:

a) Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias.

Recomendación D

- b) Presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos. **Recomendación D**
- c) Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno. **Recomendación C**
- d) Acontecimientos vitales estresantes. **(nueva de expertos)**
- e) Rasgos de personalidad persistentes de impulsividad. **(nueva de expertos)**
- f) Historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual. **(nueva de expertos)**
- g) Historia de matoneo. **(nueva de expertos)**

(avalia-t 2012)

8. Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

9. 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. (avalia-t 2012)

Recomendación C

10. Aunque no validada, también se recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

11. En población militar se recomienda el uso de la escala para medir riesgo de suicidio de González, Oliveros, et al, 2013, validada para población Colombiana.

(Nueva de expertos)

12. Cualquier persona que habla de suicidio necesita ser tomada en serio. Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado pensamientos suicidas o han mostrado señales de advertencia a las familias o a los profesionales de la salud.(NZGG 2008)

Recomendación C

13. Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente. (avalia-t 2012)

Recomendación C

14. Las notas del caso deben ser complementadas con entrevistas estructuradas.
(NZGG 2008)

Recomendación C

Puntos de buena práctica

- ✓ Desde el inicio de la entrevista clínica se deberá favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida y facilitar que el paciente y sus allegados se involucren en la toma de decisiones. (avalia-t 2012)
- ✓ En los casos de ideación y/o conducta suicida, el tiempo de atención debe ser flexible, y ajustarse a las características de la persona entrevistada y de la ideación o de la conducta suicida. (nueva de expertos)
- ✓ Se deberá evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con ideación y/o conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes. (avalia-t 2012)
- ✓ Todas las personas que denuncian daño auto infligido o intención suicida, deben ser tratadas como si estuvieran en un estado de emergencia potencial hasta que los médicos estén convencidos de lo contrario. (NZGG 2008)
- ✓ Los servicios de urgencias o consulta externa adecuadamente preparados deben estar involucrados en la evaluación, intervención en crisis y enlace con el servicio de psiquiatría cuando sea posible y si es aceptado por la persona suicida. (NZGG 2008)
- ✓ Una evaluación de ideación y/o conducta suicida debe llevarse a cabo en una sala de entrevistas separada que permita a la persona privacidad al revelar material sensible. (NZGG 2008)
- ✓ No hay evidencia que sugiera que preguntar directamente sobre la presencia de ideación o intención suicida crea el riesgo de suicidio en personas que no han tenido pensamientos suicidas, o empeora el riesgo en quienes lo padecen. Es más probable que una discusión sobre el suicidio enfocado y con calma, de hecho pueda permitir a la persona revelar sus pensamientos. (NZGG 2008)
- ✓ El estado mental y la ideación y/o conducta suicida pueden fluctuar considerablemente con el tiempo. Cualquier persona en riesgo debe ser reevaluada regularmente, particularmente si sus circunstancias han cambiado. (avalia-t 2012).
- ✓ El evento de ideación suicida debe ser notificado al Sistema Nacional de

Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de acuerdo a la normatividad vigente (Nueva de expertos)

6.1.2 Resumen de la evidencia

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida.

Desarrollar una relación terapéutica adecuada y entender a cada individuo como una persona única es esencial para entender el riesgo de suicidio del paciente. La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta (4). El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros (4, 22).

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos (4, 43).

Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (44) (Tabla 7).

Tabla 7 Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno afectivo- Esquizofrenia- Trastorno de ansiedad- Abuso de sustancias- Trastorno de personalidad- Otros trastornos mentales- Salud física- Dimensiones psicológicas	<ul style="list-style-type: none">- Heredabilidad- Sexo- Edad:<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes y adultos jóvenes• Edad geriátrica- Estado civil- Situación laboral y económica- Creencias religiosas- Apoyo social- Conducta suicida previa

Fuente: Elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir de Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida (44).

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el ambiental (23, 45) de la misma manera que el esquema planteado en la Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, aunque modificado (41) (gráfico 6).

6.1.2.1 Factores de riesgo individuales

Trastornos mentales

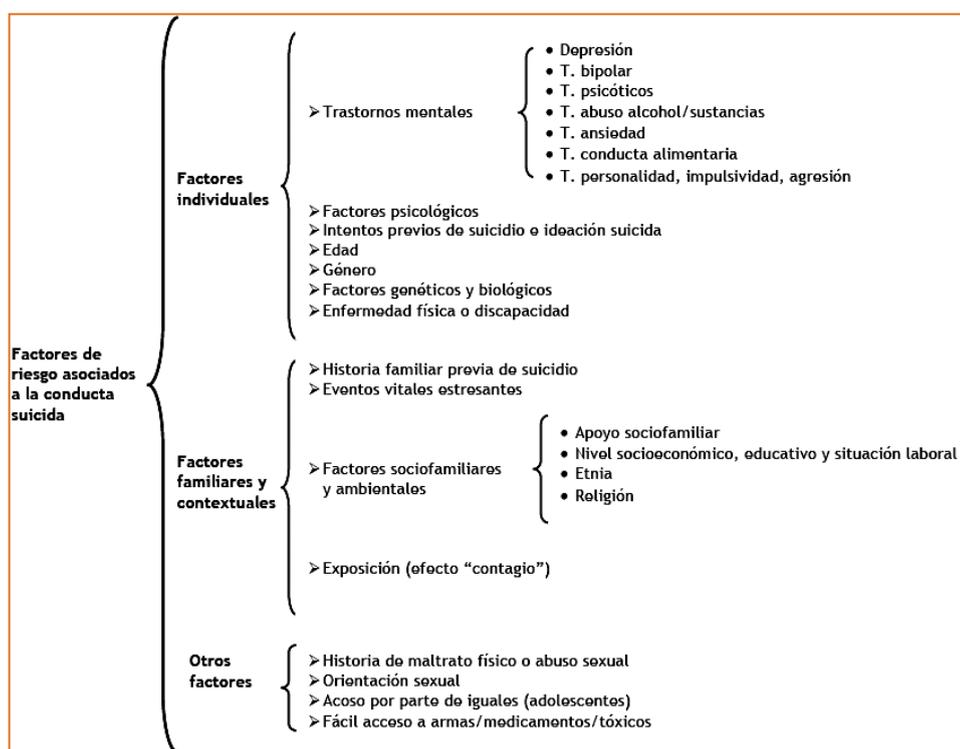
El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales (11, 22, 34).

Depresión mayor

Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (46). Aparece en todos los rangos de edad (11, 22, 34, 41, 47) aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años (23). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**. **Opinión de expertos 4**

Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres, aunque para este último análisis el número de estudios fue pequeño (48). **Metanálisis de estudios 1+**

Gráfica 6. Factores asociados a la conducta suicida



Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Trastorno bipolar

Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio (46, 47). El riesgo es mayor al inicio del trastorno y cuando existen comorbilidades asociadas (22, 46, 47), siendo 15 veces mayor en estos casos que en la población general (4, 46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Trastornos psicóticos

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio (11, 22, 46), fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria (4, 22, 46). El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida (46). Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general (<1%), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global. **RS de distintos tipos de estudios 2++**. **Opinión de expertos 4**

Los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas (4). **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Trastornos de ansiedad

Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado (4, 23). Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**. **Opinión de expertos 4**

Trastornos de la conducta alimentaria

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general (46). Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio (4, 22, 49), sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía (46, 49). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Abuso de alcohol y de otras sustancias

Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida (48). Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general (46) y este abuso suele asociarse con otros procesos comórbidos (11, 22, 41, 46-48) y en general, después de años de enfermedad (23). **Metanálisis de estudios 1+**. **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Trastornos de personalidad

Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad (46), fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos (4, 11, 46, 50). El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general. **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Factores psicológicos

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico (51) y el perfeccionismo (52). Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva (46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida (11, 22, 34, 46), ya que el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza en la escala de Beck (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio (52). Los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Entre los rasgos de personalidad más importantes para la conducta suicida está la presencia de agresividad, impulsividad, ira, irritabilidad, hostilidad y ansiedad. La detección de estos rasgos pueden ser marcadores útiles de riesgo de suicidio (53). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio (11).

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida (11, 22, 41, 46). Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (23). La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos (22, 50), debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento (46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Datos de un metanálisis (48) muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (11). **Metanálisis de estudios 1+**

Alrededor de 25% de las personas que mueren por suicidio han estado en contacto con servicios de salud mental en el año anterior de su muerte. Aproximadamente 12.5% de aquellos que mueren por suicidio hicieron contacto en la semana previa en la que cometieron el suicidio y 8% estuvieron hospitalizados en el momento. Es importante señalar que se consideró que la mayoría de las personas vistas por los servicios de salud mental, y que subsecuentemente cometieron el suicidio, no estaban en riesgo inmediato o que el riesgo era bajo cuando terminó el contacto con el servicio (10).

Edad

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (11, 22, 41, 46, 54), teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona (41). Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (11, 41, 46, 49). Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres (49). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (46, 49), y como en el caso anterior, China e India presentan excepciones: China con la ingestión de plaguicidas e India con el suicidio a lo bonzo (11, 49). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Factores genéticos y biológicos

En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como:

- **factores genéticos:** polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH (11, 22, 41, 49, 55) o del gen del receptor 5-HT_{2A}36;
- **factores bioquímicos:** bajos niveles de proteína transportadora de serotonina (56), bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre (55), altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos (55), bajos niveles de colesterol en sangre (22) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (41, 49). Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato (41, 57). **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Un estudio realizado por Baca-García et al. (58) encontró tres polimorfismos de un solo nucleótido de tres genes (rs10944288, HTR1E; hCV8953491, GABRP y rs707216, ACTN2) que clasificaron correctamente el 67% de los intentos de suicidio y los no intentos en un total de 277 individuos. **Estudio de cohortes 2+**

Estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en la conducta suicida de los gemelos son explicadas por factores genéticos. Estas estimaciones de heredabilidad de la conducta suicida son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar (46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Enfermedad física o discapacidad

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio (11, 22, 59). La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio (60). **Estudio de cohortes 2++**

En el caso del SIDA, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica (61). Sin embargo dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (62). **RS de estudios 2++. Estudio de cohortes 2+**

6.1.2.2 Factores de riesgo familiares y contextuales

Historia familiar de suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida (22, 46, 49), especialmente en el género femenino (11, 22) y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado (49). La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos (4, 23, 46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho (23). Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción (4). **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Eventos vitales estresantes

Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (11, 22, 41, 46). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Apoyo sociofamiliar

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol (48). **Metanálisis de estudios 1+**

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social (4, 23, 46, 47, 59) y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad) (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad (23). **Opinión de expertos 4**

Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio (11, 41, 46, 59), pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio (48). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio (23). **Opinión de expertos 4**

Por último, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio (41, 46, 47). **Estudio de cohortes 2++**

Etnia

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio (59). Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborigen (46, 49). Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al “contagio” entre grupos aislados, más que a culturas diferentes (49). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia (4). Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Religión

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas (46). Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes (23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Exposición (efecto “contagio”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio” o Werther) a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes (22). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

6.1.2.3 Otros factores de riesgo

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida (22, 41, 46, 49). Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida (23, 49). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios (63-65). Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato (65). **Metanálisis 2++. Opinión de expertos 4**

También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 nos muestran que, en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales (66).

Orientación sexual

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes (11, 22, 41, 49), debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida (4, 23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil (67, 68). **Metanálisis de estudios 1+. RS de distintos tipos de estudios 2++**

Acoso por parte de iguales

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (41). **Serie de casos 3**

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo (11, 22), al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida (22). Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento (22, 23). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Factores precipitantes

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes (11, 22, 41), factores psicológicos individuales (41) o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio (22), pueden servir como factores facilitadores del suicidio. **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones

interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes) (23). **Opinión de expertos 4**

6.1.2.4 Factores protectores

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo (11). Su conocimiento es muy importante y se pueden dividir en:

Personales (46, 69, 70):

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

RS de distintos tipos de estudios 2++

Sociales o medioambientales (11, 34, 46, 49, 69)

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol. **RS de distintos tipos de estudios 2++**

6.1.2.5 Evaluación del riesgo suicida

La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (71), tanto en atención primaria como en atención especializada.

Serie de casos 3

El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (72) y el 95% (73). Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa (74). **Serie de casos 3**

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo per se. Las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

6.1.2.5.1 Entrevista 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 (75). **Opinión de expertos 4**

Durante la misma, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio (75). La aproximación más adecuada sería utilizar ambas perspectivas en la medida de lo posible, teniendo en cuenta que la mejor opción viene determinada por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios (76). **Opinión de expertos 4**

Teniendo en cuenta lo anterior, deberá realizarse una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya (Tabla 8) (4, 59, 77-79). **Opinión de expertos 4**

- La evaluación de los factores psicológicos y contextuales que expliquen por qué ha tenido lugar una conducta suicida (antecedentes).
- Las características de la conducta suicida, con las que se busca identificar los elementos que podrían predecir su repetición.

Tabla 8. Evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición

Causas de conducta suicida: factores psicológicos y contextuales	Riesgo de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> - Situación social - Relaciones interpersonales - Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales - Historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol y otras drogas - Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Características del intento: intencionalidad, elaboración del plan, letalidad, método elegido - Características personales: edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc. - Características contextuales: aislamiento social, clase social, enfermedad física.

Fuente: elaboración a partir de National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (59)

El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas (

Tabla 9) (32). Estas recomendaciones, aunque propuestas para atención primaria, pueden orientar en general sobre cómo obtener información. **Opinión de expertos 4**

Tabla 9. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre 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: Modificado de OMS (32, 80)

En el inicio de la entrevista clínica es importante explicar con claridad los objetivos de la evaluación y también tener en cuenta el interés de que el paciente se implique en la toma de decisiones sobre el tratamiento (81). **RS de distintos tipos de estudios 3, Q**

Así mismo, son importantes la destreza y la actitud del clínico durante la entrevista a la hora de recabar información relevante sobre el riesgo de suicidio (59, 79). En la Tabla 10 se indican algunas habilidades y errores propios de este ámbito (82), junto con las habilidades de comunicación verbal y no verbal, necesarias para establecer una adecuada relación terapéutica: escucha activa (mirada, postura corporal, movimientos de manos, gestos de asentimiento), empatía, calidez, comprensión, asertividad, autocontrol emocional, etc. El análisis de las microexpresiones faciales (expresiones emocionales breves y sutiles que suelen pasar inadvertidas), también pueden ayudar al profesional a detectar estados emocionales (83). **Opinión de expertos 4**

En la Tabla 11 se detallan aquellos aspectos clave que deberían tenerse en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio, incluyéndose los datos personales y los factores de riesgo y de protección asociados con la conducta suicida (4, 22, 46, 50, 54). También se recogen las características de la ideación y/o conducta suicidas, así como los aspectos más importantes de la evaluación clínica (10, 22, 54, 59). Al final de la tabla figura el tipo de conducta suicida según la nomenclatura de Silverman et al. (29, 30). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Tabla 10. Actitud del clínico durante la entrevista clínica

- 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: Froján (2006) (82)

Esta información debería registrarse de forma explícita en la historia clínica y completarse, según sea necesario, en el seguimiento.

Reseñar que la información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (4, 50). **Opinión de expertos 4**

6.1.2.5.2 Escalas de evaluación auto y heteroaplicadas

Existe una gran diversidad de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas y/o conductas suicidas y factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza, la depresión, etc.

Estos instrumentos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (26). **Opinión de expertos 4**

Su uso no está generalizado en la práctica clínica y además existe el inconveniente de que algunos no han sido validados en muestras representativas ni en el ámbito clínico. Además, algunos carecen de la adaptación y validación al castellano.

Tabla 11. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas

DATOS PERSONALES		
- Sexo	- País de origen	- Estado civil
- Edad	- Grupo étnico	- Ocupación

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de trastornos mentales - Intentos previos de suicidio - Desesperanza - Presencia de ideación suicida - Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad - Historia familiar de suicidio - Presencia de eventos vitales estresantes - Factores sociales y ambientales - Antecedentes de suicidio en el entorno 	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de resolución de problemas - Confianza en uno mismo - Habilidades sociales - Flexibilidad cognitiva - Hijos - Calidad del apoyo familiar y social - Integración social - Religión, espiritualidad o valores positivos - Adopción de valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral de la enfermedad física/mental
CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA	CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO
<ul style="list-style-type: none"> - Planificación - Evolución - Frecuencia - Valoración de la Intencionalidad y determinación 	<ul style="list-style-type: none"> - Desencadenantes - Valoración de la Intencionalidad - Letalidad de la conducta - Método <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación medicamentosa • Intoxicación por otro producto químico • Daño físico - Actitud ante la conducta suicida actual - Medidas de evitación de rescate - Despedida en los días previos
EVALUACIÓN CLÍNICA	TIPO DE CONDUCTA SUICIDA
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración del nivel de conciencia - Afectación de la capacidad mental - Intoxicación por alcohol u otras drogas - Enfermedades mentales - Estado de ánimo - Planes de suicidio - Capacidad de otorgar un consentimiento informado - Necesidad de valoración por parte de especialista 	<ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida - Comunicación suicida - Conducta suicida

Fuente: GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Se ha propuesto que un buen instrumento de evaluación debiera (84):

- Estar diseñado según una definición operativa de la conducta suicida.
- Incluir un sistema cuantitativo de puntuación acompañado de especificaciones cualitativas sobre el nivel de riesgo para apoyar el diagnóstico y facilitar el seguimiento.
- Recabar información sobre aspectos clave como: método, frecuencia, duración, gravedad, motivación, factores precipitantes y protectores, ideación suicida e historia de conducta suicida previa. **RS de distintos tipos de estudios 2++, 3.**

También se incluyen las escalas que recomendadas en España, porque su uso se considera adecuado en la práctica clínica, como es el caso de la SAD PERSONS y otras, como la IS PATH WARM, que podrían ser útiles en la valoración del riesgo inmediato. Se han omitido aquellos instrumentos que no han sido validados de forma adecuada.

6.1.2.5.2.1 Escalas autoaplicadas

Escala de desesperanza de Beck

- La escala de desesperanza de Beck (*Beck Hopelessness Scale*, BHS) (85), fue diseñada para medir el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo. La desesperanza es uno de los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida y la APA (4) propone que la desesperanza medida con la BHS debería ser considerada un factor de riesgo de suicidio y, en consecuencia, uno de los objetivos del tratamiento. **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Puede consultar la escala en los siguientes hipervínculos:

<https://cryptome.org/2012/10/beck-hopelessness.pdf>

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238209>

- La BHS consta de 20 preguntas de verdadero o falso. Cada respuesta se puntúa 0 o 1, por lo que el rango de puntuación oscila de 0 a 20. Una puntuación de 9 o mayor indicaría riesgo de suicidio. Existe una traducción al castellano no validada en España, ya que el único estudio donde se evalúan sus propiedades psicométricas fue realizado en Perú (86). **Metanálisis de estudios de cohortes 2++**
- Se ha encontrado que, a diferencia de los niveles obtenidos en la validación original de la escala (87), el punto de corte de 9 indicaría menor riesgo, tanto de suicidio como de intento de suicidio. Por lo que se refiere a los parámetros de sensibilidad y especificidad, para el suicidio consumado el primero fue de 0,80, y el segundo de 0,42. Para el intento de suicidio, la sensibilidad fue de 0,78 y la especificidad de 0,42 (88). Con estos resultados se considera que este punto de corte podría emplearse para identificar pacientes con riesgo de conducta suicida, pero la baja especificidad encontrada indica que no es un instrumento útil para seleccionar pacientes que podrían beneficiarse de una intervención (88).
- El estudio SUPRE-MISS de la OMS (32) utiliza un sólo ítem de esta escala (“el futuro me parece oscuro”), porque considera que podría ser suficiente para medir la desesperanza (89). **Opinión de expertos 4**

Escala de depresión de Beck (ítem sobre conducta suicida)

- El Inventario de depresión de Beck, (*Beck Depression Inventory*, BDI) en sus dos versiones, BDI (90) y BDI-II (91), incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta (Tabla 12). En cuanto a la validez concurrente, este ítem ha mostrado una correlación moderada con la escala de ideación suicida de Beck ($r = 0,56$ a $0,58$) y respecto a la validez predictiva, se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores (92). **RS de estudios de cohortes 2++**

Tabla 12. Ítem sobre conducta suicida del BDI

No tengo pensamientos de hacerme daño	0
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	1
Me gustaría quitarme la vida	2
Me mataría si pudiera	3

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI) (93).

Se ha propuesto que este ítem podría ser útil para monitorizar las fluctuaciones en la ideación suicida o como instrumento de tamización para valorar la necesidad de una evaluación más profunda a lo largo del tratamiento (92).

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

<https://www.healthsadvisor.com/es/quest/qs/echelle-de-depression-de-beck/>

6.1.2.5.2.2 Escalas de evaluación heteroaplicadas

Escala Sad Persons

Diseñada por Patterson et al. (94), su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran (Tabla 13). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

A pesar de la popularidad que goza esta escala, no se ha localizado ningún estudio donde se evalúen sus propiedades psicométricas, de forma que los puntos de corte provienen del estudio original. No obstante, la SAD PERSONS ha sido recomendada por su contenido didáctico y facilidad de aplicación (95) y también para su uso en atención primaria (96). **Opinión de expertos 4**

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

[http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(83\)73213-5/pdf](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(83)73213-5/pdf)

Is path warm

El acrónimo IS PATH WARM (Tabla 14) (97) se forma también con la inicial de los factores de riesgo que analiza y la *American Association of Suicidology* la propuso como un instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida.

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

<https://www.counseling.org/resources/library/ACA%20Digests/ACAPCD-03.pdf>

Tabla 13. Escala SAD PERSONS

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

Fuente: Patterson et al., 1983 (94)

Tabla 14. Escala IS PATH WARM

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

Fuente: Berman, 2006 (97)

Aunque sin puntuaciones orientativas asociadas, podría ser útil para guiar la valoración del riesgo inmediato, puesto que cada uno de los factores de riesgo que valora suelen estar presentes en los meses previos al intento (98). **Opinión de expertos 4**

Escala de ideación suicida

La Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation, SSI*) fue diseñada por Beck para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente (99). Consta de 19 ítems distribuidos en cuatro apartados: actitud ante la vida/muerte, características de la ideación suicida, características de la tentativa y preparativos realizados.

Ha mostrado una alta consistencia interna y una elevada fiabilidad interevaluadores. También ha demostrado adecuada validez concurrente (con el ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck) y discriminante (diferencia entre pacientes deprimidos potencialmente suicidas de los que no lo son). En cuanto a la validez predictiva, los pacientes en la categoría de alto riesgo (puntuación total mayor de 2) presentan siete veces más riesgo de suicidio que los que obtienen puntuaciones inferiores (92). **RS de estudios de cohortes 2++**

Existe una traducción al castellano, pero no ha sido validada. Esta escala cuenta también con una versión de 19 ítems para medir el impacto de la ideación suicida en la vida del paciente (*Scale for Suicide Ideation- Worst, SSI-W*). Aunque ambas versiones han demostrado propiedades psicométricas adecuadas, la SSI-W presentó una correlación positiva más elevada con la historia de intentos previos (92).

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1979-27627-001>
<https://msrc.fsu.edu/system/files/Beck%20et%20al%201979%20Assessment%20of%20suicidal%20intention--%20the%20Scale%20for%20Suicide%20Ideation.pdf>

Escala de intencionalidad suicida

La Escala de intencionalidad suicida (*Suicide Intent Scale, SIS*) de Beck cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio (100). Cada uno de sus 15 ítems se valora en una escala de 0 a 2 según la intensidad, de modo que la puntuación total oscila entre 0 y 30. La primera parte de la SIS (ítems 1-8) se refiere a las circunstancias objetivas que rodean el intento de suicidio (grado de preparación del intento, contexto, precauciones contra el descubrimiento/intervención etc.); la segunda es autoinformada y cubre las percepciones sobre la letalidad del método, expectativas sobre la posibilidad de rescate e intervención, etc. (ítems 9-15).

La SIS demostró propiedades psicométricas adecuadas, incluyendo alta consistencia interna y elevada fiabilidad interevaluadores. En cuanto a la validez predictiva, los resultados de diferentes estudios son inconsistentes; no obstante, el ítem sobre las precauciones tomadas para evitar el descubrimiento /intervención se ha asociado a un incremento del riesgo de suicidio (92). Existe una versión de la SIS adaptada y validada en una muestra española (101). **RS de estudios de cohortes 2++**.

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf

Escala de valoración de la depresión de Hamilton (ítem sobre conducta suicida)

La Escala de valoración de la depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HRSD) es una escala heteroaplicada diseñada para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva (102) y se incluye en este apartado ya que incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación/conducta suicidas (Tabla 15). Este ítem presentó una alta correlación con la SSI y con el ítem de conducta suicida del BDI. También ha demostrado ser un predictor adecuado de la conducta suicida, ya que se observó un incremento del riesgo de suicidio de 4,9 veces en aquellos pacientes cuya puntuación en este ítem era 2 o superior (92). Existe validación de la escala al castellano (103). **RS de estudios de cohortes 2++**

Puede consultar la escala en el hipervínculo:

<http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>

Tabla 15. Ítem sobre conducta suicida de la HRSD

Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4

Fuente: Escala de valoración de la depresión de Hamilton (102).

En la Tabla 16 y Tabla 17 se presentan otras escalas diseñadas para la valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados con éste. También se incluye una entrevista semiestructurada para autopsia psicológica.

Tabla 16. Instrumentos autoaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Cuestionario de conducta suicida (<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i>, SBQ) (104)	Valorar la ideación y conducta suicida	4
Inventario de razones para vivir (<i>Reasons for Living Inventory</i>, RFL) (105)	Valorar las creencias y expectativas en contra de la conducta suicida. Validada al castellano (106)	48
Escala de riesgo suicida de Plutchick (<i>Plutchik Suicide Risk Scale</i>) (107)	Evaluar el riesgo de suicidio. Validada al castellano (108)	15
Escala de impulsividad de Plutchick (<i>Plutchik Impulsivity Scale</i>, IS) (109)	Evaluar la tendencia a la impulsividad. Validada al castellano (110)	15

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Escala de impulsividad de Barrat (<i>Barratt Impulsiveness Scale, BIS</i>) (111)	Impulsividad. Validada al castellano (112)	30
Inventario de hostilidad de Buss-Durkee (<i>Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI</i>) (113)	Agresividad. Validada al castellano (114)	75

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Tabla 17. Instrumentos heteroaplicados de valoración del riesgo suicida o aspectos relacionados

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Escala de riesgo de repetición (<i>Risk Repetition Scale, RRS</i>) (115)	Medir el riesgo de repetición durante el año posterior al intento	6
Escala de Edimburgo de riesgo de repetición (<i>Edinburgh Risk of Repetition Scale, ERRS</i>) (116)	Estimar el riesgo de repetición de conducta suicida	11
Checklist de evaluación del suicidio (<i>Suicide Assessment Checklist, SAC</i>) (117)	Evaluar factores relacionados con el riesgo de suicidio	21
Escala de evaluación del suicidio (<i>Suicide Assesment Scale, SAS</i>) (118)	Medir el riesgo de suicidio	20
Escala de intencionalidad modificada (<i>Modified Intent Score, MIS</i>) (119)	Medir el propósito suicida tras un intento de suicidio	12
Escala de riesgo-rescate (<i>Risk Rescue Rating Scale, RRRS</i>) (120)	Medir la letalidad y la intencionalidad del intento de suicidio	10
Escala de riesgo de suicidio (<i>Risk of Suicide Scale, ROSS</i>) (121)	Lista de criterios para la evaluación del riesgo de suicidio	35
Estimador del riesgo de suicidio (<i>Risk Estimator for Suicide</i>) (122)	Estimación del riesgo de suicidio	15
Índice de suicidio potencial (<i>Index of Potential Suicide, IPS</i>) (123, 124)	Evaluar el riesgo de suicidio mediante variables sociales y demográficas	69

Nombre (ref.)	Objetivo	Nº de ítems
Cuestionario de riesgo de suicidio (Risk Suicide Questionnaire, RSQ) (125)	Evaluar el riesgo de suicidio. Existe versión en español (validada en México) (126)	4
Entrevista semi-estructurada para autopsia psicológica (Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy, SSIPA) (127)	Valoración retrospectiva de las circunstancias físicas, psicopatológicas y sociales de un suicidio. Validada al castellano (128)	69
Escala de valoración de gravedad de la conducta suicida de la Universidad de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (129)	Evaluación de la ideación y conducta suicida. Existe versión en español	15
Escala de historia de agresión de Brown- Goodwing (Agression History Scale, AHS) (130)	Agresividad	11
Entrevista neuropsiquiátrica internacional (International Neuropsychiatric Interview, MINI) (131)	Detección y orientación diagnóstica de los principales trastornos psiquiátricos, entre ellos el riesgo de suicidio. Existe versión en español (132)	6

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Resumen de la evidencia

Factores de riesgo	
<i>Factores individuales</i>	
1+	Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de conducta suicida (48) . Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo y no es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante (48) .
2++	Depresión mayor: es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (46) . Otros trastornos mentales (trastorno bipolar o esquizofrenia) (46) . Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva (46) . Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada (46) . Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (46) . Presencia de enfermedad crónica o discapacitante (11, 22) .
<i>Factores familiares y contextuales</i>	

2++	<p>Historia familiar de suicidio: aumenta el riesgo de conducta suicida (22, 46, 49), especialmente en el género femenino (11, 22) y cuando se produce en un familiar de primer grado (49).</p> <p>Factores sociales y ambientales: falta de apoyo social (46, 47), nivel socioeconómico y situación laboral (11, 46, 47).</p> <p>Historia de maltrato físico o abuso sexual: en concreto, los producidos durante la infancia presentan una asociación consistente con la conducta suicida (22, 41, 46, 49).</p>
<i>Factores precipitantes</i>	
2++	<p>Eventos vitales estresantes: como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (económicas o laborales), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (11, 22, 46).</p> <p>Fácil acceso a armas de fuego, medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida (11, 22).</p>
3	<p>Acoso por parte de pares (iguales): en adolescentes, se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (41).</p>
<i>Factores protectores</i>	
2++	<p>Personales (46, 69, 70)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Habilidad en la resolución de conflictos o problemas – Confianza en uno mismo – Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales.
2++	<p>Factores protectores sociales o medioambientales (11, 46, 49, 69):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad – Integración social – Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos.
Evaluación del riesgo suicida	
3	<p>La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida (71), tanto en atención primaria como en atención especializada.</p>
3	<p>El porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% (72) y el 95% (73).</p>
<i>Entrevista clínica</i>	
4	<p>La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. 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 (75).</p>

4	Se han encontrado diferentes factores que influyen en la entrevista clínica, como son: el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación del entrevistador (76) .
4	El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas (32) .
3, Q	Los pacientes expresan mayor satisfacción cuando en la entrevista clínica, los profesionales los implican en las decisiones sobre el tratamiento y les explican los objetivos y la finalidad de la evaluación (81) .
4	La información necesaria para la valoración del riesgo de suicidio puede provenir del paciente directamente o de otras fuentes, como familiares, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores (4, 50) .
<i>Escalas de evaluación</i>	
4	Los instrumentos psicométricos pueden ser una ayuda complementaria a la entrevista y al juicio clínico, pero nunca deben sustituirlos (26) .
2++	De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida son (92) : <ul style="list-style-type: none"> – Escala de desesperanza de Beck (85) – Escala de ideación suicida de Beck (99) – Escala de intencionalidad suicida de Beck (100) – Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck (91) – Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton (102).
4	Aunque no validados en España y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, los acrónimos SAD PERSONS (94) e IS PATH WARM (97) pueden ser útiles por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida.

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador consideró pertinente realizar una modificación en toda la guía relacionada con realizar la siguiente redacción ideación y/o conducta suicida, lo anterior acorde con la problemática de las definiciones relacionadas expuestas previamente.

Por otro lado el grupo de expertos consideró la necesidad de agregar a la recomendación No. 7, en el punto B, en el cual se registra ideación suicida grave, incluir signos y síntomas de depresión, y adicionar en el paréntesis: (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), e incluir otros como acontecimientos vitales estresantes, rasgos de personalidad e impulsividad, historia de maltrato y/o violencia sexual y matoneo.

En el caso de la recomendación No. 10 se consideró que la herramienta SAD PERSONS es suficiente por su facilidad de aplicación en el contexto.

Se consolidó en el Anexo 11, los instrumentos y escalas para la valoración de la ideación y/o conducta suicida propuestos en esta GPC.

6.2 Evaluación y manejo de la ideación y conductas suicidas en atención primaria

Preguntas para responder

¿Cómo abordar la ideación suicida en atención primaria?

¿Cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en atención primaria?

¿Cuándo derivar a un paciente con ideación o intento de suicidio desde atención primaria a otro nivel asistencial?

6.2.1 Recomendaciones

15. Se recomienda la capacitación de los médicos de consulta externa y urgencias en la evaluación y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico. (avalia-t 2012)

Recomendación D

16. 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. (avalia-t 2012)

Recomendación D

17. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, 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. (avalia-t 2012)

Recomendación D

18. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya:

- Características del intento
- Intentos autoagresivos previos
- Factores sociodemográficos (Red de apoyo)
- Trastornos mentales asociados
- Antecedentes familiares.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

19. En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente a una consulta por psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa

- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

20. En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias, si:

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

En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de psiquiatría, si:

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

21. A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- Cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- Dolor crónico
- Alteraciones emocionales agudas

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

Es necesario estar atentos a los signos de alarma que indiquen la remisión urgente a un nivel de atención complementario, como intento suicida en adolescentes, adulto mayor, mujeres en período de gestación o lactancia, si es el segundo episodio de autolesión en el último año o si el método de autolesión utilizado tiene un alto potencial de letalidad.

(mhGAP 2016)

22. Si hay riesgo inminente de autolesión / suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año

en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa tome las siguientes precauciones:

- Elimine los métodos de autolesión
- Cree un ambiente seguro y con apoyo en lo posible en un área separada y tranquila
- No deje a la persona sola
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad
- Atienda el estado mental y la angustia
- Ofrezca y active el Apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista en salud mental, si está disponible
- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento

(mhGAP 2016)

23. Si no hay riesgo inminente de autolesión / suicidio pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año:

- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista de salud mental si está disponible, llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012
- Mantenga contacto regular y de seguimiento

(mhGAP 2016)

24. Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente.

(mhGAP 2016)

25. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP 2016)

26. Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE).

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

- ✓ Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que

se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)

- ✓ La capacitación del médico en el primer nivel debe profundizar en la evaluación del riesgo, el apoyo a las personas con factores de riesgo que no presenten ideación activa o conductas suicidas y a la detección de casos para ser remitidos al especialista. Además, la capacitación debe incluir el manejo de la urgencia psiquiátrica, es decir la capacidad para sedar un paciente agitado, heteroagresivo o autoagresivo, hasta que se logre remitir a un servicio de psiquiatría. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ El manejo de la ideación suicida a repetición, o cualquier idea que constituya un plan, y los casos de conducta (así se trate de un gesto) deben ser remitidos a consulta especializada. La subvaloración de una idea suicida siempre connota un riesgo de actuación y las conductas suicidas regularmente deben tener manejo psiquiátrico que si no es intrahospitalario, por decisión del profesional que atiende el caso, debe ser tratada con medicación adecuada al caso y supervisada de forma permanente. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ Si se confirma la presencia de ideación suicida será necesario realizar preguntas específicas dirigidas a precisar su frecuencia, persistencia, estructuración, elaboración de un plan y posibilidad de llevarlo a cabo (por ej. acceso a métodos letales). (avalia-t 2012)
- ✓ 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 y/o allegados así como restricción de acceso a métodos letales.
 - Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de psiquiatría. (avalia-t 2012)
- ✓ En caso de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar la derivación prioritaria al servicio de psiquiatría (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 socio familiar efectivo.

(avalia-t 2012)

- ✓ Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como

la justificación razonada del tipo de derivación. (avalia-t 2012)

- ✓ Una vez producido un episodio de conducta suicida, deberá existir una adecuada comunicación entre el psiquiatra y el médico de primer nivel. (avalia-t 2012)
- ✓ Un componente clave para trabajar con alguien que se presenta en un estado de angustia después de un intento de suicidio o de haber expresado ideación suicida, es el intento consciente de establecer una relación con esa persona. Esto facilita la divulgación de su información y puede servir como un factor de protección al fomentar un sentido de esperanza y conexión. (NZGG 2008)

6.2.2 Resumen de la evidencia

Los profesionales de atención primaria tienen una extraordinaria importancia a la hora de la evaluación y manejo de la conducta suicida, debido a la relación de confianza que habitualmente tienen con sus pacientes y que en la mayoría de las ocasiones han desarrollado a lo largo de los años (133). Antes de un suicidio es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior, mientras que sólo uno de cada tres lo han hecho con su servicio de salud mental en el año anterior y uno de cada cinco en el mes anterior (134, 135).

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

- 1) aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio
- 2) los que acuden a la consulta manifestando ideación suicida
- 3) los que tienen ideación suicida pero aún no la han manifestado verbalmente (136).

Por otra parte, la atención sanitaria proporcionada en atención primaria dependerá de factores como el ámbito asistencial (zona rural o urbana), la experiencia de los profesionales sanitarios implicados y el conocimiento previo del propio paciente (59).

6.2.2.1 Abordaje de la ideación suicida en atención primaria

Se ha sugerido que la reducción de la tasa de suicidio solo podrá lograrse si se mejora la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (137). En este sentido, la principal medida preventiva de la conducta suicida a adoptar sería la capacitación de los profesionales en el abordaje diagnóstico y psicoterapéutico de la entrevista clínica (138, 139). **Opinión de expertos 4**

Es importante señalar que hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (139). **Opinión de expertos 4**

En la Tabla 18 se resumen las principales acciones que la OMS propone realizar o evitar ante una situación de ideación suicida (32, 80). **Opinión de expertos 4**

Tabla 18. Recomendaciones de actuación ante una situación 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 suicidio” - Identificar otros apoyos - Restringir el acceso a medios letales - Comunicación entre profesionales - Si el riesgo es alto, permanecer con la persona. 	<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.

Fuente: Modificado de OMS (32, 80)

No resulta fácil preguntar a los pacientes sobre sus ideas suicidas. Las preguntas deberán formularse de forma gradual y no ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática (138, 140).

La OMS ha realizado unas recomendaciones sobre como evaluar el riesgo de suicidio en atención primaria (32, 80) (ver apartado 4.2.1 y

Tabla 9).

En la tabla 14 se recogen una serie de recomendaciones de la OMS al respecto (32, 80). Los puntos más importantes a evaluar en un paciente con ideación suicida son (136, 140):

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

Si el paciente tiene ideación y/o planificación suicida será necesario graduar el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida (32).

Opinión de expertos 4

A la hora de intervenir en estos pacientes, será necesario:

- Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis
- Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible
- Pactar unas medidas de contención con el paciente y su familia
- 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, en particular al ideado.
- Aceptación por paciente y familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

En muchas ocasiones, los pacientes que desean suicidarse pueden negar deliberadamente estas ideas. Así, ante cambios súbitos en la actitud de la persona evaluada (por ejemplo, un paciente agitado que súbitamente se calma, pasar de no colaborar a hacerlo, etc.) habrá que considerar que pueda tratarse de una mejoría engañosa o falsa y que haya tomado la decisión de suicidarse.

En la Tabla 19 se recogen algunas recomendaciones del programa SUPRE de prevención del suicidio de la OMS acerca de los principales aspectos a tener en cuenta cuando un paciente tiene ideación y/o planificación suicida. Están dirigidas al personal de atención primaria en general, no exclusivamente a médicos o personal de enfermería, y se gradúan según el nivel de riesgo de la persona que potencialmente pueda presentar conducta suicida (32). **Opinión de expertos 4**

Tabla 19. Recomendaciones de actuación en atención primaria según el nivel de riesgo de suicidio

Riesgo	Acciones
--------	----------

Riesgo	Acciones
Bajo (presencia de ideación suicida, sin planificación)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo - Trabajar la comunicación de sentimientos e ideación suicida - Centrarse en los aspectos positivos de la persona y hablar sobre las habilidades de resolución de problemas llevados a cabo en el pasado - Derivación a salud mental - Seguimiento regular
Medio (ideación y planificación suicida, pero no inmediata)	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer apoyo, trabajar la comunicación de ideación y planificación suicida y centrarse en los aspectos positivos de las habilidades de solución de problemas de la persona - Explorar alternativas al suicidio - Pactar un contrato "no suicidio" (conseguir que la persona prometa no llevar a cabo el suicidio): <ul style="list-style-type: none"> • sin contactar previamente con personal sanitario • por un periodo específico de tiempo - Derivación a salud mental - Contactar con la familia y allegados
Alto (plan definido e inmediato y medios para llevar- lo 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: Modificado de OMS (32)

Es importante para desarrollar una fuerte alianza terapéutica, la empatía, escucha activa, confianza y transparencia (10). Este es un proceso que se desarrolla cuando la relación terapéutica progresa a lo largo del tiempo.

Si una buena relación provisional no se establece tempranamente en el proceso de valoración, entonces se afectará la validez de la información recopilada. Expresado de manera simple, una persona no confiará a un profesional de la salud su información sensible si no se siente escuchado, respetado y comprendido. El profesional deberá expresar un sentido de cordialidad, aceptación no crítica y un fuerte interés por entender a la persona, así como a la naturaleza, causa de su dolor y angustia (10).

Se sugiere fuertemente que una alianza terapéutica puede actuar como un factor protector contra el suicidio. Cuanto mejor se entiendan la persona y el profesional de la salud, tanto mayor será la protección contra la conducta suicida. Fomentar la alianza terapéutica puede ser crucial en las personas que tienen dificultad para establecer contacto con cualquiera y para contrarrestar el sentimiento de desesperanza que puede llevar a las personas a creer que no hay nadie que puede aliviar su dolor. Esto también permite al profesional de la salud medir más precisamente si el riesgo de una persona está cambiando y a responder con rapidez a dicho cambio (10).

No hay evidencia que sugiera que preguntar directamente sobre la presencia de ideación o intención suicida crea el riesgo de suicidio en personas que no han tenido pensamientos suicidas o empeora el riesgo en quienes lo padecen. Es más probable que

una discusión sobre el suicidio enfocado y con calma, de hecho pueda permitir a la gente revelar sus pensamientos.

El profesional de la salud frecuentemente olvida que, cualquiera que sea la motivación detrás del acto, las personas que buscan ayuda después de estas acciones suelen estar en un estado de angustia extrema. Estas personas no se beneficiarán del rechazo o minimización de sus síntomas porque solo “buscan atención” o “quieran hacer el ridículo”. Estas personas requieren en realidad ayuda y empatía (10).

Tras un intento de suicidio deberán 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 (59). **Opinión de expertos 4**

Si la derivación por este motivo no fuera necesaria, será preciso evaluar la capacidad mental, la existencia de enfermedades mentales graves, el estado de ánimo y realizar una valoración psicosocial que incluya la evaluación de necesidades (identificación de factores de riesgo psicológicos y del entorno que puedan explicar dicho intento) y del riesgo de futuros episodios (identificación de una serie de factores predictores de la conducta suicida).

Es importante realizar entrevistas tranquilas y abiertas en un lugar apropiado, caracterizadas por un nivel adecuado de privacidad y empatía, que faciliten la expresión de la intencionalidad suicida. En caso de episodios repetidos no se deberá minimizar el riesgo.

Los puntos más importantes a evaluar serían los siguientes (136, 140):

- Características del intento: peligrosidad objetiva y percibida por el paciente, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, deseos de morir, apoyos externos, actitud postintento.
- Intentos autolíticos previos.
- Evaluación de factores sociodemográficos.
- Trastornos mentales asociados.
-

Antecedentes familiares (intentos de suicidio y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares). **Opinión de expertos 4**

Pueden ser sugestivos de riesgo inminente de suicidio la persistencia o aumento de intensidad de la ideación o plan suicida sobre todo en el último mes o último año y que en el momento de la evaluación el paciente presente agitación, violencia, distrés o incomunicación activa (negativismo) (141).

6.2.2.2 Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria

En el paciente con ideación suicida, ciertos signos de alarma pueden ser relevantes para la toma de decisiones. Así, se procederá a una derivación urgente desde atención primaria al servicio de psiquiatría, en los siguientes casos (59, 80): **Opinión de expertos 4**

- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta suicida grave reciente
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida
- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato. Si está disponible el contacto directo, consultar con el dispositivo de salud mental de referencia
- Presencia de tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte.

Ante un episodio de conducta suicida, la urgencia de la derivación dependerá de las características clínicas del cuadro y de la historia clínica del propio paciente. Cabe recordar que la gravedad o la trivialidad aparente de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones no se relacionan necesariamente con la gravedad del trastorno mental. Si existiese alguna duda sobre la gravedad de un episodio de autolesiones, es recomendable contactar con el servicio de urgencias de referencia o la red de salud mental y evaluar la necesidad de la derivación por este motivo (59).

Se valorará la contención mecánica y la vigilancia en el caso de riesgo elevado de lesiones, así como necesidad de traslado urgente involuntario en pacientes con claro riesgo suicida (138).

La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de urgencias del hospital de referencia, en los siguientes casos (59, 80):

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente). **Opinión de expertos 4**

La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de salud mental (Dependiendo de su organización funcional, la atención urgente por parte del servicio de salud mental podrá ser en el servicio de urgencias del hospital de referencia o en otra ubicación), en los siguientes casos (59, 80):

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave o de cuadro confusional
- Conducta autolítica grave reciente
- Repetidas tentativas previas
- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte
- En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición. **Opinión de expertos 4**

Podrá contemplarse la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) de aquellos pacientes con ideación o conducta suicida en los que no estén presente ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:

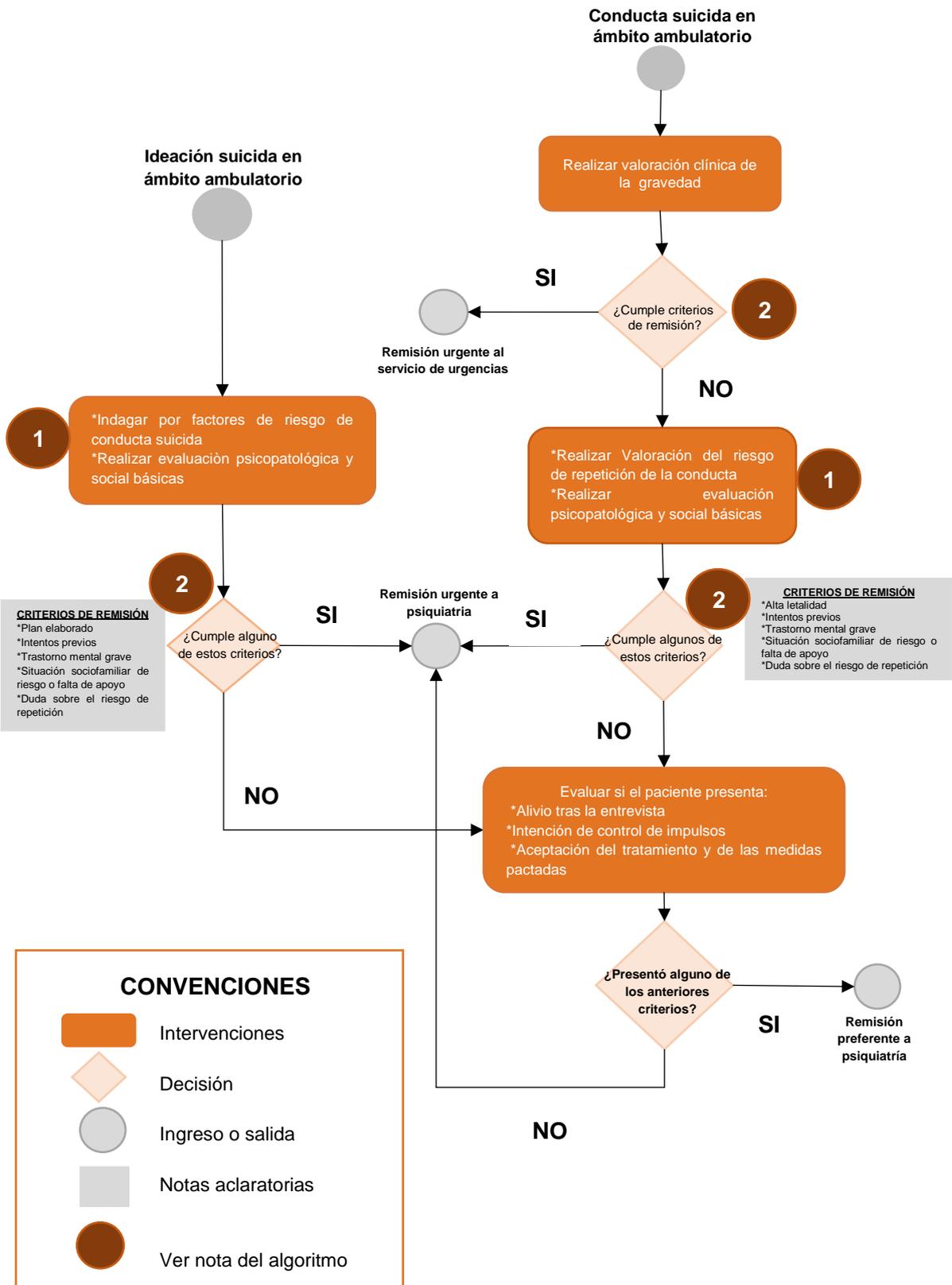
- Alivio tras la entrevista

- Expresión de intención de control de impulsos suicidas
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Ausencia de factores clínicos de riesgo: alucinaciones, delirios, depresión moderada/grave
- Apoyo sociofamiliar efectivo.
-

Es conveniente explicar al paciente el motivo de la derivación a la unidad de salud mental de referencia y concertar una cita de seguimiento en atención primaria, para asegurar que la relación con el paciente continúe (138).

Por último, una vez producido un episodio de conducta suicida, es importante asegurar una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria. A pesar de que éste juega un papel fundamental en el seguimiento de los pacientes y muchas veces son atendidos en la consulta al poco tiempo de sufrir el episodio de conducta suicida, no siempre son informados de estos episodios (142).

Gráfica 7. Algoritmo de manejo de la conducta suicida e ideación suicida en el ámbito ambulatorio



Fuente: Adaptado de GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

NOTAS DEL ALGORITMO

Generales

El manejo de la ideación y la conducta suicidas deberá incluir siempre:

- Psicoeducación
- Apoyo individual y familiar
- Coordinación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales
- Atención a la posible patología de base y a comorbilidades
- Hacer partícipe a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento
- Garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

1. Evaluación psicopatológica y social básicas

Tras un episodio de ideación o conducta suicidas se debe realizar una evaluación psicopatológica y del medio social básicas, tanto en el ámbito ambulatorio como en el servicio de urgencias. Deberá incluir la evaluación de los factores psicológicos y contextuales y una valoración de los factores de riesgo. Esta evaluación será preliminar y se completará posteriormente por el servicio de salud mental. Podrá ser necesario contar con la valoración e intervención de los servicios sociales. La remisión al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

2. Criterios de remisión

La decisión final sobre la remisión se realizará mediante una valoración global de estos criterios. De forma general, se considera que al menos uno de los criterios debe ser positivo para decidir la remisión urgente. Los motivos de dicha remisión deberán ser registrados en la historia clínica. En algunos casos, y como medida de seguridad, será necesario hacer el traslado en ambulancia.

- Tenga en cuenta las definiciones de ideación suicida y conducta suicida de acuerdo a la presente GPC

Resumen de la evidencia

Abordaje de la ideación suicida en atención primaria	
4	Una forma efectiva de reducir las tasas de suicidio es mejorar la capacidad de los médicos de atención primaria en reconocer y tratar los trastornos mentales (137) .
4	Hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida. También hay que tener en cuenta que el que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa (138) .
4	Distintos organismos han elaborado recomendaciones acerca de las principales acciones a realizar o evitar ante una situación de ideación suicida (15, 74), así como la forma de realizar preguntas de forma empática (138, 140) .
4	Si el paciente tiene ideación y/o planificación suicida será necesario graduar el nivel de riesgo (32) .
4	Los puntos más importantes a evaluar en un paciente con ideación suicida son (136, 140) : <ul style="list-style-type: none">– Factores sociodemográficos– Trastornos mentales asociados– Existencia de intentos previos– Antecedentes familiares de conducta suicida y de trastorno mental.
Evaluación de la conducta suicida en atención primaria	
4	Tras un intento de suicidio deberán 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 (59) .
4	Los puntos más importantes en la evaluación de un episodio de conducta suicida en atención primaria son (136, 140) : <ul style="list-style-type: none">– Características del intento: peligrosidad objetiva y percibida por el paciente, objetivo de la conducta, planificación, posibilidad de rescate, deseos de morir, apoyos externos y actitud– Intentos autolíticos previos– Factores sociodemográficos– Trastornos mentales asociados– Antecedentes familiares (intentos de suicidio y/o suicidios consumados en la familia, trastornos mentales familiares).

Criterios de derivación de pacientes desde atención primaria

4	<p>En general, la derivación urgente desde atención primaria al servicio de salud mental de un paciente con ideación suicida se realizará en los casos de (59, 80):</p> <ul style="list-style-type: none">- Presencia de enfermedad mental grave- Conducta suicida reciente- Plan de suicidio elaborado- Expresión de intensionalidad suicida- En situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte- En casos de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato
4	<p>Ante un episodio de conducta suicida, la derivación desde atención primaria será urgente, y al servicio de urgencias del hospital de referencia, en los siguientes casos (59, 80):</p> <ul style="list-style-type: none">- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en atención primaria- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia (previa estabilización del paciente).
4	<p>La derivación será urgente, desde atención primaria al servicio de salud mental, en los siguientes casos (59, 80):</p> <ul style="list-style-type: none">- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado- Presencia de enfermedad mental grave- Conducta autolítica grave reciente- Repetidas tentativas previas- Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de soporte- En casos de duda sobre la gravedad del episodio o riesgo de repetición.

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo de expertos, consideró necesario realizar la modificación del término autolítico por autoagresivo para mejorar la comprensión del lector.

Para el caso de los servicios de salud en Colombia, se modificó el término atención primaria por consulta externa y urgencias; de igual manera el servicio de salud mental por servicio de psiquiatría.

En el caso de la recomendación No. 19 el grupo de expertos considero necesario incorporar la ideación suicida persistente todos o casi todos los días.

7 EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Preguntas para responder:

- ¿Cómo se estratifica el nivel de riesgo de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida?
- En un paciente que acude a un servicio de urgencias por una conducta suicida, ¿qué otros aspectos deberían ser evaluados, además de los físicos, con el fin de tomar decisiones inmediatas?
- ¿Cuál debe ser la formación del médico de urgencias en el reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conducta suicida?
- ¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario psiquiátrico de un paciente con conducta suicida?

7.1.1 Recomendaciones

27. En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la identificación de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica. (avalía-t 2012)

Recomendación D

28. Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. (avalía-t 2012)

Recomendación D

29. La presencia de un «contrato de seguridad» no garantiza en modo alguno la seguridad real de la persona. No hay evidencia de que actúe como un impedimento para el suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación D

 30. Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un psiquiatra. (NZGG 2008)

* En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por tele psiquiatría.

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida, deberán ser catalogados en el triage de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada. (avalia-t 2012)
- ✓ Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triage en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. (avalia-t 2012)
- ✓ La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. (avalia-t 2012)
- ✓ Durante la estancia de un paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y las acciones de auto o heteroagresividad. (avalia-t 2012)
- ✓ El médico de urgencias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica. (avalia-t 2012)
- ✓ Los pacientes con un intento de suicidio deberán ser valorados por un psiquiatra y/o un psicólogo clínico, cuando así lo considere el médico de urgencias. (avalia-t 2012)
- ✓ La derivación al psiquiatra y/o al psicólogo clínico por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica. (avalia-t 2012)
- ✓ En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter prioritario a un servicio de psiquiatría, con el acompañamiento de los familiares. (avalia-t 2012)
- ✓ Se deberán fortalecer los siguientes aspectos de la atención a las personas con ideación y/o conducta suicida:
 - Comunicación entre pacientes y profesionales
 - Actitud empática y respetuosa de los profesionales
 - Acceso a la consulta especializada
 - Información sobre la ideación y/o conducta suicida a pacientes, cuidadores, familiares y allegados(avalia-t 2012)
- ✓ Si la persona no es hospitalizada, deben tomarse las medidas apropiadas para el seguimiento oportuno por parte del prestador de servicios de (por ejemplo, profesional de salud, etc.) dentro de las 24 horas. (NZGG 2008)
- ✓ Las razones para no hospitalizar deben estar claramente documentadas en la historia clínica de la persona. (NZGG 2008)

- ✓ Todos los clínicos que trabajan con personas que se autolesionan o son suicidas deben estar bajo supervisión clínica regular para mitigar el impacto negativo que este trabajo puede tener tanto en ellos como en la calidad de su trabajo con personas suicidas. (NZGG 2008)

7.1.2 Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial

7.1.2.1 Recomendaciones

31. Al realizar una evaluación del riesgo de suicidio siempre tenga en cuenta la presencia de una enfermedad mental concomitante, en particular los siguientes diagnósticos, que están asociados con un mayor riesgo:

- Depresión mayor - factores de riesgo agudos: anhedonia severa, insomnio, ansiedad.
- Abuso de sustancias: factores de riesgo agudos: depresión co-mórbida, pérdida o ruptura interpersonal reciente.
- Esquizofrenia: factores de riesgo agudos: edad <40, cronicidad de la enfermedad con exacerbaciones frecuentes, conciencia del deterioro y mal pronóstico, depresión.
- Trastorno de personalidad límite o trastorno de personalidad antisocial - factores de riesgo agudos: trastornos comórbidos del Eje I, particularmente depresión.
(avalía-t 2012)

Recomendación B

32. Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.

(mhGAP 2016)

33. Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.

(mhGAP 2016)

34. Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

(mhGAP 2016)

7.1.2.2 Resumen de la Evidencia

Los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario (143, 144), suponiendo además, un volumen de trabajo nada despreciable.

En estos servicios pueden verse tres grupos diferentes de pacientes con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con trastornos mentales, aunque sin intencionalidad suicida conocida.
- Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silencioso.

Un importante desafío para los servicios de urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, tamización, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración más estrecha entre los servicios de urgencia y los de salud mental (145).

Algoritmo de manejo de la conducta suicida en atención primaria Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención en salud y priorizarlos según su gravedad. En los últimos años se han desarrollado sistemas informáticos que utilizan modelos de estratificación del riesgo y que permiten una rápida toma de decisiones. Estos sistemas dan más valor a la sensibilidad que a la especificidad, es decir, identifican la mayor parte de los casos susceptibles de gravedad, aunque también una pequeña proporción de casos negativos.

7.1.2.2.1 Concepto y modelos de triage

El triage se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia. Su puesta en marcha precisa una adecuada estructura, tanto física como de personal y una escala de clasificación que sea válida, útil y reproducible (146). **Opinión de expertos 4**

En Colombia, según la resolución 5596 de 2015 el triage en los servicios de urgencias es un sistema de Selección y Clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles que consiste en una valoración clínica breve que determina la prioridad en que un paciente será atendido (147). El “triage”, como proceso dinámico que es, cambia tan rápidamente como lo puede hacer el estado clínico del paciente.

Se ha puesto de manifiesto la existencia de ciertos problemas en la organización y en la gestión de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias, que en ocasiones se objetivan en la propia clasificación de los pacientes que acuden o son remitidos a dichos servicios. Así, se ha visto que no existe homogeneidad en el tipo de profesional que efectúa el primer contacto con el paciente, no se utilizan protocolos de clasificación en el triage, y en todo caso no está implantado un sistema de triage normalizado y universalizado. Por ello, la disponibilidad de un modelo de triage estructurado en los servicios de urgencia hospitalarios es una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad (148).

El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco de la Ley Estatutaria dispuso nuevos criterios para la clasificación de pacientes en el servicio de urgencias que se denomina triage, mediante la resolución 5596 del 24 de Diciembre de 2015, el cual es de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitado este servicio (147).

Los objetivos del triage en Colombia son (147):

1. Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes, identificando aquellos que requieren atención inmediata.
2. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución
3. Disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a urgencias
4. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en que consiste su clasificación de triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad.

En ninguna circunstancia el “triage” podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias.

En Colombia son 5 categorías de triage (147):

Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud según lo establecido en la resolución 5596 de 2015 son responsables de (147):

1. Definir e implementar un método de "Triage" de cinco categorías que cumpla con lo contemplado en la presente resolución.
2. Garantizar los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios para la realización del "Triage".
3. En los casos de "Triage" categorías I y II, se deberá dar cumplimiento a los tiempos de atención definidos en la presente Resolución.
4. Para las categorías III, IV y V, las instituciones prestadoras de servicios de salud que tengan habilitado el Servicio de Urgencias deben establecer tiempos promedio de atención que serán informados a los pacientes y sus acompañantes. Los tiempos promedio de atención deben ser publicados en un lugar visible del servicio de urgencias.
5. Asegurar la reevaluación periódica de los pacientes ya clasificados que se encuentran en espera de la atención definitiva.
6. Disponer de información que permita a los usuarios comprender la metodología de "Triage" usada en el servicio de urgencias.
7. Proporcionar la información adecuada a los pacientes y acompañantes sobre los recursos iniciales a emplear y los tiempos promedio en que serán atendidos.

7.1.2.2.2 El triage de pacientes con conducta suicida

La forma de presentación en un servicio de urgencias de los pacientes con conducta suicida es muy heterogénea, abarcando desde los que presentan una situación de compromiso vital, hasta los que debido a su trastorno mental pueden intentar huir del centro.

Principios generales de la valoración inicial

- Debe preguntarse a las personas si tienen objetos con los que se pueda autolesionar tales como objetos filosos, vendas, o cuerdas. Los medicamentos deben quitarse. Si la persona tiene un arma peligrosa que no está dispuesta a entregar, debe llamarse a la policía y seguir el protocolo específico que maneje la institución (10).
- La persona debe ponerse en una sala especial donde no haya acceso a material peligroso y donde sea posible una observación segura (10).
- El paciente puede requerir monitoreo y observación de su condición física en un área crítica. Aun así, quizá se necesite tener a alguien sentado a su lado para mejorar la seguridad durante el tiempo de observación (10).
- La evaluación debe ocurrir tan rápido como sea posible. Si la persona trata de salir antes de que se termine la valoración, y si son infructuosos los intentos para calmarla

y persuadirla para que permanezca en urgencias, deberá tomarse una decisión en cuanto al uso del control (10).

- Los amigos y familiares que acompañan a la persona también necesitan ser apoyados por el profesional de salud (10).
- Debe iniciarse el tratamiento médico apropiado (10).
- Cualquiera que hable acerca de suicidio necesita ser tomado en serio. Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado previamente pensamientos suicidas o exhibido señales de alerta a las familias o profesionales de la salud (10).
- Los clínicos pueden omitir información clave al registrar sus valoraciones de la conducta suicida en la historia clínica. Esto puede evitarse completando las notas del caso con valoraciones estructuradas (10). La información debe incluir lo siguiente:
 - valoración relevante del riesgo de suicidio
 - preocupaciones de los miembros de familia extendida/familia
 - historia psiquiátrica previa
 - tratamiento previo recibido
 - Análisis del riesgo/beneficio sobre los tratamientos recibidos
- La capacitación en la evaluación de la ideación y/o conducta suicida pueden mejorar el desempeño de todo el personal, y la toma de decisiones apropiadas para las personas con ideación y/o conducta suicida (10).

7.1.2.2.3 Manejo inicial de la crisis

Al final de la evaluación inicial, debe haber un plan claramente documentado que incluya específicamente una estrategia de seguridad. Los componentes clave del plan de tratamiento deben ser:

1. Garantizar la seguridad de la persona. La meta inmediata del manejo es evitar que una persona en crisis cometa suicidio hasta que esa crisis haya pasado. Para este fin, es necesario tomar una decisión temprana independientemente de si se admite o no en una unidad hospitalaria.
2. Establecer una relación terapéutica efectiva, creando un sentido de asistencia significativa.
3. Establecer el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad mental y orientarse hacia cualquier cosa que haya precipitado la angustia de la persona.

Una pregunta clínica clave es “¿cómo será la situación de la persona cuando salga de aquí?”. Si no será mejor, entonces permanece el riesgo de su suicidio. Cualquier plan de manejo por lo tanto debe incluir estrategias para dirigirse a los factores de riesgo continuo y a los estresores psicosociales de la persona, tomando en cuenta la seguridad.

La presencia de un “contrato de seguridad” no garantiza de ninguna forma la seguridad presente de la persona. No hay evidencia de que eso actúa como un freno para el suicidio (10).

Las dos primeras medidas que deben adoptarse ante un paciente con conducta suicida son una evaluación inmediata de su situación clínica y la instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad. En líneas generales, la asistencia inmediata y de calidad está garantizada en los pacientes más graves, pero a

medida que disminuye el grado de urgencia, la inmediatez y la calidad se hace más dependiente de una adecuada relación entre la oferta y la demanda.

Lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera una atención inmediata, por lo que, independientemente del sistema de triage que se utilice y para concretar lo máximo posible el grado de necesidad de una atención inmediata, se deberían contestar las siguientes preguntas y documentarlas adecuadamente: **Opinión de expertos 4**

- 1) ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar?
- 2) ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?
- 3) ¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente?
- 4) ¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico? (78).

Horowitz et al. (125) desarrollaron el Cuestionario de riesgo de suicidio (*Risk of Suicide Questionnaire*, RSQ) con el objetivo de detectar el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado. Su versión original en inglés demostró ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad. Su versión en castellano, validada con niños y adolescentes mexicanos (126), obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza. Consta de 14 preguntas tipo *Lickert* de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems relacionados con la conducta suicida actual, ideación y conducta autodestructiva pasadas y factores estresantes actuales. **Estudio cualitativo Q**

No obstante, este cuestionario ha sido utilizado también por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (149). **Serie de casos 3**

Basado en el cuestionario de Horowitz también se ha elaborado una herramienta de 14 ítems para el triage del riesgo de suicidio, específica para pacientes de edad pediátrica (150). **Estudio cualitativo Q**

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del triage sería que todos los pacientes fuesen catalogados al menos en el nivel III, es decir que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al servicio de urgencias. Para ello, la Guía Española de Práctica Clínica sobre prevención y tratamiento de la Conducta Suicida propone la versión breve del cuestionario de Horowitz et al. (125) para ser formulado por el personal encargado del triage en el servicio de urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.

Tomando como referencia el artículo de Dieppe et al. (150), se han asignado unos códigos de colores de manera que, dependiendo de las respuestas, los pacientes serían clasificados con los códigos amarillo o naranja (Tabla 20).

Tabla 20. Preguntas a formular en el triage ante una conducta suicida

Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Sí	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		-----
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		
Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color		

Fuente: Elaboración a partir de Dieppe et al. (146)

7.1.2.2.4 Evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Lugar de realización de la evaluación y medidas de seguridad

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. De ser posible debería existir un espacio específico para estas situaciones y disponer de un adecuado sistema de seguridad: la puerta debe abrir en ambos sentidos y no debe poder cerrarse desde el interior.

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes (151).

Actitudes de los profesionales de urgencias ante la conducta suicida

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales (152, 153).

Una revisión sistemática de estudios cualitativos indica la existencia de una actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (81). **Estudio cualitativo Q**

Una posible explicación podría ser que la formación de los profesionales de los servicios de urgencias de un hospital general suele estar enfocada fundamentalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de patologías somáticas, por lo que en ocasiones, los pacientes con sintomatología psicológica pueden producir sensación de impotencia y generar actitudes negativas o de indiferencia (154, 155). Además, el estrés del trabajo incrementa esta actitud negativa hacia los pacientes con intentos de suicidio, sobre todo hacia aquellos con intoxicaciones medicamentosas repetidas (156). **Serie de casos 3**

Las personas con conducta suicida reiterada pueden provocar actitudes equivocadas en el personal sanitario que dificulten el posterior manejo de la conducta suicida. La persona que amenaza su vida ha de ser considerada, siempre y sin excepciones, como alguien que siente que tiene un serio problema, a quien hay que tratar del modo más adecuado y ayudar en la medida de lo posible.

Esta necesidad de una actitud adecuada del personal sanitario puede verse comprometida por ciertos pacientes, que para obtener algún beneficio, aducen ideas de suicidio o amenazan directamente con suicidarse si no se hace lo que piden (ingresar, obtener una baja laboral o una incapacidad, recuperar una pérdida afectiva, etc...). Son situaciones delicadas que desafían la pericia del profesional para prevenir la conducta suicida, cuyo riesgo puede ser subestimado y, además, evitar el refuerzo de una conducta disfuncional, con su consiguiente reiteración.

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. Con frecuencia, los pacientes que acuden a un servicio de urgencias son valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa y en ocasiones algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad, lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente (157).

Por lo que respecta al médico de urgencias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida) (157). **Opinión de expertos 4**

Las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían las siguientes (78): **Opinión de expertos 4**

- Desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en:
 - Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales
 - Antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar)
 - Abuso de alcohol o drogas
 - Situación personal, social y eventos estresantes
- Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental
- Evaluación de enfermedades mentales graves
- Evaluación del estado de ánimo
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación especializada
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

La identificación de los factores (ver apartado 4) que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros (4, 22). **Opinión de expertos 4**

Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida (158). **Estudio de cohortes 2+**

La evaluación de un paciente con conducta suicida no siempre se realiza correctamente. Así, en un estudio realizado en España se observó que únicamente en el 22,5% de los informes de atención a pacientes con conducta suicida se cumplimentaban adecuadamente siete indicadores considerados de calidad (antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento) (74). **Serie de casos 3**

Una forma de mejorar dicha evaluación sería a través de la cumplimentación sistemática de aquellos datos considerados más relevantes, utilizando preferiblemente formatos estandarizados y documentando correctamente toda la información anterior en la historia clínica (159). **Serie de casos 3**

En la Tabla 21 pueden verse los aspectos más importantes que deberían recogerse en la evaluación de un paciente con conducta suicida.

7.1.2.2.5 Evaluación por parte del especialista en salud mental

En general se acepta que los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del servicio de urgencias. Por ello es esencial que dichos servicios tengan acceso a especialistas en salud mental para poder llevar a cabo una adecuada valoración psiquiátrica. Dada la complejidad de la etiología y de la respuesta a dar a estos pacientes y a sus familiares, en aquellos servicios en donde se disponga de otros profesionales para la atención urgente, como trabajador social y psicólogo clínico, sería deseable desarrollar un modelo de respuesta multidisciplinar e integrador que atienda a todas estas demandas (160).

La evaluación de un paciente con conducta suicida por parte de un especialista en salud mental puede hacerse en el propio servicio de urgencias o posteriormente en una consulta externa. En el caso de que el paciente no sea evaluado por el especialista en el propio acto de atención urgente, deberán registrarse las razones en la historia clínica.

La derivación al especialista deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

Las competencias de los especialistas en salud mental serían las siguientes (78):

- Realizar una aproximación diagnóstica

- Evaluar conductas suicidas de repetición
- Establecer un plan de observación e intervención sobre el paciente
- Contactar con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado
- Establecer qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o heteroagresividad, por lo que deben ser más vigilados
- Implementar los planes de tratamiento incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociofamiliares. **Opinión de expertos 4.**

Tabla 21. Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias en la evaluación de un paciente con conducta suicida

Datos personales	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudedad Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabaja/estudia <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____
Factores de riesgo	Antecedentes de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión mayor <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Tr. cond. alimentaria <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia reciente de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: <input type="checkbox"/> Historia familiar previa de suicidio: <input type="checkbox"/> Presencia de eventos vitales estresantes: <input type="checkbox"/> Factores sociales y ambientales: <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social/familiar <input type="checkbox"/> Historia de maltrato físico o abuso sexual <input type="checkbox"/> Historia de acoso
Características del intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar _____ <input type="checkbox"/> Intoxicación por otro producto químico, especificar _____ <input type="checkbox"/> Daño físico (cortes, etc..) <input type="checkbox"/> Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Letalidad de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento <input type="checkbox"/> Lamento de resultado no fatal
Evaluación clínica	Existencia de alteración del nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Afectación de capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Sí, especificar _____ <input type="checkbox"/> No Estado de ánimo, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Eutimia <input type="checkbox"/> Euforia <input type="checkbox"/> Ánimo inadecuado <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoyo social o familiar actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conclusiones	Riesgo de suicidio inmediato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> En 24 horas <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> Otro periodo, especificar: _____

Fuente: Elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España)

7.1.2.2.6 Evaluación del riesgo de suicidio en el servicio de urgencias

Existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio y de esta manera, a la evaluación clínica global realizada por el facultativo (161).

Como hemos visto en el apartado de Evaluación, la escala SAD PERSONS es ampliamente utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo de suicidio y a la toma de decisiones sobre si ingresar o no al paciente (94). A pesar de que esta escala no ha sido validada ni existen estudios que evalúen sus propiedades psicométricas, ha sido recomendada por su contenido didáctico y su facilidad de aplicación (95) y para su uso también en atención primaria (96). **Opinión de expertos 4**

Cooper et al. (162) desarrollaron una sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida (Tabla 22), obteniendo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 25% en la identificación de pacientes con alto o bajo riesgo de repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses. Los autores consideran que la aplicación de este instrumento podría facilitar la evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias y centrar los recursos psiquiátricos en aquellos pacientes de alto riesgo. **Estudio cualitativo Q**

Tabla 22. Preguntas del test Manchester Self-Harm para la conducta suicida

<ul style="list-style-type: none">- ¿Tiene antecedentes de conducta suicida?- ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico previo?- ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?- ¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiazepinas?
Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente de “alto riesgo” de repetición de la conducta suicida.

Fuente: Adaptado de Cooper et al. (162)

Un posterior estudio de estos mismos autores (163) comparó la sensibilidad y especificidad del test frente a la evaluación global del riesgo de conducta suicida realizada por especialistas en salud mental o en urgencias (Tabla 23), siendo los resultados favorables al test. Para los autores, aquellos pacientes con bajo riesgo de nueva conducta suicida, necesitarían una evaluación psiquiátrica pero podría realizarse de forma diferida a nivel ambulatorio. **Estudio cualitativo Q**

Tabla 23. Comparación de la evaluación del riesgo de suicidio por clínicos o por el test de Manchester

Evaluación clínica (Esp. en S. Mental o Urgencias)	Test de Manchester
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad: 85% (IC 95%, 83-87) - Especificidad: 38% (IC 95%, 37-39) - Valor predictivo positivo: 22% (IC 95%, 21-23) - Valor predictivo negativo: 92% (IC 95%, 91-93) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad: 94% (IC 95%, 92-96) - Especificidad: 26% (IC 95%, 24-27) - Valor predictivo positivo: 21% (IC 95%, 19-21) - Valor predictivo negativo: 96% (IC 95%, 94-96)

Fuente: Cooper et al. (163)

Sin embargo, este test no valora aspectos clave como el grado de letalidad de la tentativa, su planificación, la presencia de trastorno mental actual, etc. por lo que podría ser válido para un primer intento de suicidio (tipos I-II), pero no para la conducta suicida de, por ejemplo, un paciente con un primer brote psicótico que podría puntuar cero, y ser catalogado como de bajo riesgo de repetición.

¿Qué hacer con un paciente con conducta suicida que desea abandonar el servicio de urgencias antes de ser valorado?

Si un paciente con una conducta suicida desea marcharse antes de haber sido realizada una evaluación de su estado y son infructuosos los intentos de persuasión para que permanezca en el servicio de urgencias, se deberá intentar valorar al paciente lo antes posible y si es necesario tomar las medidas que se consideren oportunas, especialmente si la persona continúa expresando intencionalidad suicida. En algunos casos (riesgo de auto o heteroagresión) se habrá de valorar, incluso, la idoneidad de utilizar medidas de contención. Es importante tener en cuenta que los pacientes que abandonan el servicio de urgencias antes de una adecuada evaluación, tienen un alto riesgo de repetición de su conducta suicida (151).

En los casos en que los pacientes se nieguen a recibir tratamientos que potencialmente pueden salvarle la vida, será muy importante realizar una evaluación de la competencia para la toma de decisiones.

Al abandonar el hospital el paciente debería recibir por escrito, tanto el plan de tratamiento y seguimiento en la unidad salud mental, como aquella información necesaria acerca de cómo recibir ayuda futura.

Si no se admite a la persona deberá hacerse los arreglos apropiados para el seguimiento con el médico tratante, lo cual deberá ser dentro las 24 horas siguientes, las razones por las cuales no se hospitaliza el paciente deben ser claramente descritas en la historia clínica (10).

Calidad de la atención a personas con conducta suicida

Es fundamental que la atención prestada a las personas con conducta suicida sea de calidad, resumiéndose a continuación cinco posibles áreas de mejora (81):

- Mejora en la comunicación entre pacientes y profesionales: mayor consideración en el trato a los pacientes, información sobre su situación y posibilidad de participar en las decisiones de tratamiento.
- Mayor preparación profesional acerca de la conducta suicida: una mejor información y una formación específica sobre el tratamiento de la conducta suicida podría mejorar la interacción entre profesionales y pacientes.
- Mayor empatía hacia las personas con conducta suicida: se necesita que los pacientes sean escuchados y no juzgados y que el trato con el personal sea natural, les muestren su preocupación y les den apoyo.
- Mejor acceso a la asistencia sanitaria especializada: es precisa una mayor presencia de los especialistas en salud mental en los hospitales y una mejora de las infraestructuras que permitan unos menores tiempos de espera.
- Mejor información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general: las personas con conducta suicida no siempre entienden lo que les está sucediendo o por qué lo han hecho, sintiéndose muchas veces solas, por lo que necesitan que se les facilite más información sobre la conducta suicida y su prevalencia. También es importante que se haga extensiva a familiares y cuidadores y a la sociedad en general, de manera que se reduzca el estigma que esta situación tiene. **RS de estudios cualitativos Q**

Formación del médico de los servicios de urgencias

Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. En este sentido, se ha demostrado que la formación, tanto en la evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en el manejo de estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con la de los cuidados proporcionados (164).

Un estudio en el que se comparó la evaluación psicosocial realizada a pacientes con conducta suicida en un servicio de urgencias, antes y después de una sesión de formación específica, mostró un incremento del 13% al 46% en el porcentaje de historias clínicas consideradas adecuadas, mejorando también la comunicación entre los profesionales del servicio de urgencias y los especialistas de salud mental (165). **Serie de casos 3**

Otro programa de adiestramiento en la evaluación de la conducta suicida también demostró mejoras en el manejo de los pacientes por los participantes (médicos de atención primaria, de servicios de urgencias y profesionales de salud mental) (166). Sin embargo, las tasas de suicidio en dicha área sanitaria se mantuvieron constantes, antes y después de la intervención, por lo que cabría concluir que los programas de formación del personal sanitario no son suficientes para reducir la tasa de suicidio entre la población (167). **Serie de casos 3.**

La formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir todos aquellos aspectos considerados de su competencia y, entre otros, los siguientes:

- Formación adecuada en la realización de una evaluación del estado y capacidad mental del paciente y de su estado de ánimo
- Habilidades en la detección de riesgo de suicidio inmediato
- Conocimiento básico de las condiciones médico legales de las situaciones de emergencia, especialmente del consentimiento informado del tratamiento y, en situaciones de no consentimiento, habilidad suficiente para manejar una situación de emergencia.

Por otra parte, en la formación del médico de urgencias se deberían cumplir los siguientes requisitos:

- Asegurar que todo profesional que se incorpore a un servicio de urgencias reciba una formación específica dentro de la primera semana de su incorporación
- La formación deberá especificar su duración y el contenido
- Se deberá contemplar el grado de competencia necesario para la atención de estos pacientes.

7.1.2.2.7 Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social.

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible (4), aunque un factor clave a la hora de decidir si una persona puede ser tratada de forma ambulatoria o mediante ingreso hospitalario es su seguridad, ya que, en general, los pacientes con mayor intencionalidad suicida se manejan mejor ingresados (10, 168, 169). **Opinión de expertos 4**

La GPC elaborada por el *New Zealand Guidelines Group* (NZGG) (10) considera los siguientes factores:

- Factores cuya presencia aconseja la hospitalización del paciente:
 - Necesidad de tratamiento médico de la conducta suicida
 - Tratamiento psiquiátrico más intensivo (p. ej. psicosis aguda)
 - Ausencia de adecuado soporte psicosocial (170). **RS de ECA 1+**
- Factores en los que la hospitalización deberá tenerse en cuenta (171, 172):
 - Cuando falla la alianza terapéutica y la intervención en la crisis, persistiendo la actitud suicida
 - Cuando el paciente tiene insuficiente soporte para permanecer en la comunidad. **ECA 1+**

Se ha demostrado que las admisiones cortas (1 – 4 días) no reducen el riesgo de suicidio de una persona (10). Esto sugiere que de 1 a 4 días es un periodo de tiempo insuficiente para tratar la enfermedad mental subyacente de una persona. Sin embargo, dichas admisiones cortas pueden ser apropiadas como parte de un plan de manejo de riesgo continuo para una persona crónicamente suicida.

Por su parte, la APA (4) elaboró los siguientes criterios de hospitalización del paciente con conducta suicida (Tabla 24). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Son escasos los estudios que analizan los criterios de ingreso hospitalario de los pacientes con conducta suicida.

Baca-García et al. (173) observaron que de las 47 variables demográficas y clínicas recogidas en 509 pacientes atendidos por conducta suicida, únicamente 11 se asociaron significativamente con la hospitalización (Tabla 25), siendo la de mayor valor predictivo, la intención de repetir el intento de suicidio. **Serie de casos 3**

Sin embargo, un posterior estudio de los mismos autores (174) reanalizó los datos anteriores mediante la técnica *Data Mining*, observando una sensibilidad del 99% y una especificidad del 100% con únicamente cinco variables, que serían las predictoras de indicación de hospitalización de un paciente con conducta suicida:

- Consumo de fármacos o alcohol durante la conducta suicida
- Lamento tras ver que el intento de suicidio no fue efectivo
- Ausencia de soporte familiar
- Ser ama de casa.
- Historia familiar de intentos de suicidio.

Serie de casos 3

Tabla 24. Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el servicio de urgencias
<p><u>Necesidad de ingreso</u> Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente psicótico - Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado - Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate - Presencia de planes o ideación persistente - El paciente lamenta haber sobrevivido - El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida - Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida - Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda - El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario <p>En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan específico de alta letalidad - Importantes intentos de suicidio previos <p><u>El ingreso puede ser necesario</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario <p>En presencia de ideación suicida con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicosis - Trastorno psiquiátrico mayor - Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves - Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección) - Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva - Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado - Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida - Ausencia de una adecuada relación médico paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio - En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo <p><u>Alta desde el servicio de urgencias con recomendaciones de seguimiento</u> Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al servicio de urgencias - Métodos/planes e intento de baja letalidad - El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo - El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento <p><u>El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios

Fuente: American Psychiatric Association (4)

Tabla 25. Variables asociadas con el ingreso hospitalario

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario	Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el servicio de urgencias
Intención de repetir la conducta suicida	Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida
Plan para usar un método letal	Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo
Bajo funcionamiento psicosocial antes de la conducta suicida	Disponibilidad de un método para suicidarse que no fue usado
Hospitalización psiquiátrica previa	Creer que el intento podría influir en otros
Conducta suicida el año anterior	Disponer de soporte familiar
Planificación para que nadie pueda salvar su vida después de la conducta suicida	

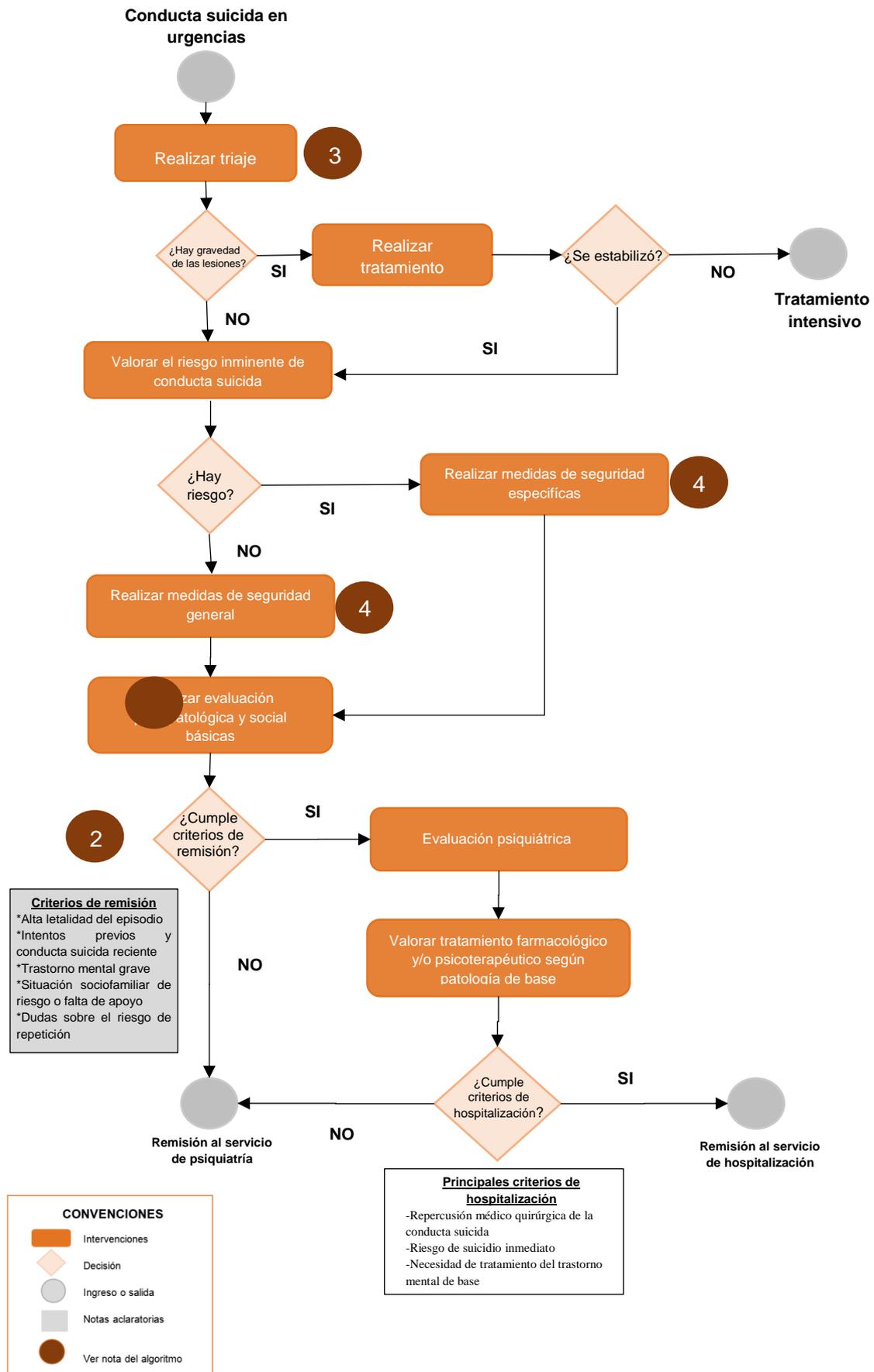
Fuente: Baca-García et al. (173)

Un estudio finlandés nos muestra un 25% de hospitalizaciones de 1198 tentativas de suicidio atendidas, siendo los principales criterios de hospitalización psiquiátrica, la edad avanzada, la presencia de trastornos psicóticos o de trastornos del humor, la ausencia de consumo de alcohol antes de la conducta suicida, la enfermedad física, la tentativa de suicidio en un día de semana, los tratamientos o consultas psiquiátricas previas y el hospital que atendió la tentativa de suicidio (175). **Serie de casos 3**

Un estudio transversal en el que se evaluaron 404 pacientes atendidos hospitalariamente por conducta suicida mostró que el método de conducta suicida, la historia psiquiátrica previa y un diagnóstico psiquiátrico contribuyeron significativamente a la decisión de llevar a cabo un tratamiento ambulatorio o de ingreso hospitalario. En particular, los métodos de conducta suicida diferentes de la intoxicación medicamentosa o de las lesiones cortantes (lo que implica métodos más agresivos) se asociaron con el ingreso hospitalario. Pacientes con historia de ingreso psiquiátrico y un diagnóstico actual de esquizofrenia o trastornos psicóticos fueron ingresados con mayor frecuencia, mientras que aquellos pacientes con diagnósticos de trastornos adaptativos o neuróticos se asociaron más con tratamientos ambulatorios (176). **Serie de casos 3**

Por último, en una muestra de 257 adultos con conducta suicida, la hospitalización se asoció significativamente con el diagnóstico de psicosis, historia previa de intentos de suicidio y la existencia de un plan de suicidio preconcebido. Una vez controlados los factores de confusión, dichas variables clasificaron correctamente el 80% de las decisiones de hospitalización (177). **Serie de casos 3**

Gráfica 8. Algoritmo de manejo de la conducta suicida en el servicio de urgencias



Fuente: Adaptado de la GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

NOTAS DEL ALGORITMO

Generales

El manejo de la ideación y la conducta suicidas deberá incluir siempre:

- Psicoeducación
- Apoyo individual y familiar
- Coordinación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales
- Atención a la posible patología de base y a comorbilidades
- Hacer partícipe a la familia y allegados en el proceso de evaluación y tratamiento
- Garantizar un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

1. Evaluación psicopatológica y social básicas

Tras un episodio de ideación o conducta suicidas se debe realizar una evaluación psicopatológica y del medio social básicas, tanto en el ámbito ambulatorio como en el servicio de urgencias. Deberá incluir la evaluación de los factores psicológicos y contextuales y una valoración de los factores de riesgo. Esta evaluación será preliminar y se completará posteriormente por el servicio de salud mental. Podrá ser necesario contar con la valoración e intervención de los servicios sociales. La remisión al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

2. Criterios de remisión

La decisión final sobre la remisión se realizará mediante una valoración global de estos criterios. De forma general, se considera que al menos uno de los criterios debe ser positivo para decidir la remisión urgente. Los motivos de dicha remisión deberán ser registrados en la historia clínica. En algunos casos, y como medida de seguridad, será necesario hacer el traslado en ambulancia.

3. Triage

Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias debido a una conducta suicida deberían ser catalogados de forma que se asegurase su atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada. Utilice el sistema de triage Colombiano (ver sección "Concepto y modelos de triage")

El Cuestionario de Riesgo de Suicidio podría ayudar en el triage a conocer el grado de necesidad de atención inmediata (en personas en las que no existe afectación física grave). Las preguntas del cuestionario serían las siguientes:

- ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?
- ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?
- ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?
- ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?

4. Medidas de seguridad

Deberán adoptarse todas aquellas medidas de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad. De forma general, a los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino y no debe haber medicamentos a su alcance. En algunos casos será necesario avisar al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar estos objetos potencialmente dañinos.

Cuando existe un riesgo inminente de conducta suicida, además de las medidas anteriores, deberá valorarse la necesidad de contención mecánica, no dejar a la persona sola y/o asegurar la supervisión y contacto regular con algún profesional del servicio de urgencias.

- Tenga en cuenta la definición de conducta suicida de acuerdo a la presente GPC

7.1.3 Resumen de la evidencia

La clasificación de pacientes (triage) en los servicios de urgencias	
4	El triage se define como la revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia (146) .
2+	El Cuestionario de riesgo de suicidio (<i>Risk of Suicide Questionnaire</i> , RSQ) (125) ha demostrado ser un instrumento con alta sensibilidad y especificidad en la detección de riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado, aunque también ha sido utilizado en adultos (149) . Su versión en castellano obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada alta con constructos como la desesperanza (126) .
Q	La versión breve del RSQ (126) podría ayudar a conocer el grado de necesidad de una atención inmediata en aquellas personas que acuden por conducta suicida a un servicio de urgencias y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Las preguntas a formular serían las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo? - ¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse? - ¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado? - ¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?
Evaluación del pacientes con conducta suicida en el servicio de urgencias	
Q	A pesar de que cualquier persona que habla de suicidio debe ser siempre tomada en serio, se ha descrito la existencia de una posible actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio (81) .
4	El médico de urgencias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades y del riesgo de suicidio (157) .
4	La identificación de factores de riesgo de suicidio es de gran importancia ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros (4, 22) .
3	Una forma de mejorar la recogida de información y con ello la evaluación del paciente con conducta suicida sería a través de la cumplimentación sistemática de formularios estandarizados (ver tabla 16) (159) .
4	En la evaluación del riesgo de suicidio en el servicio de urgencias la escala SAD PERSONS es utilizada ampliamente a pesar de no haber sido validada en España ni existir estudios que evalúen sus propiedades psicométricas (94) .

Q	El test de Manchester Cooper, aunque con alta sensibilidad en la identificación de pacientes con riesgo de repetición de la conducta suicida, podría, aunque no en todos los casos, ser válido para un primer intento de suicidio (tipos I-II) (162, 163) .
Q	Se han identificado áreas de mejora en la atención de la conducta suicida: comunicación entre pacientes y profesionales, formación de los profesionales, empatía hacia las personas afectadas, acceso a la asistencia sanitaria especializada e información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y público en general (81) .
Formación del médico de los servicios de urgencias	
3	La formación de los profesionales, tanto en evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora sus actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención a estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con los cuidados proporcionados (165) .
Criterios de ingreso hospitalario de pacientes con conducta suicida	
4	En general, la decisión de ingresar o no al paciente dependerá de tres factores principales: la repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, el riesgo suicida inmediato del paciente, la necesidad de tratamiento del trastorno mental de base y la falta de apoyo sociofamiliar efectivo (4, 10).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

Para este apartado el grupo de expertos no consideró modificaciones para las recomendaciones.

8 TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (SALUD MENTAL)

Preguntas para responder

- En un paciente con conducta suicida, ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
- ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?
- ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

8.1.1 Niveles de observación en unidades de hospitalización

Puntos de buena práctica

- ✓ Es vital revisar regularmente el estado mental de los individuos bajo observación estrecha. Esto debe hacerse formalmente en la ronda de enfermería al final de cada turno. La jefe de enfermería y el psiquiatra encargado deben revisar el nivel de observación al menos diariamente cuando se revisa el plan general de manejo. (NZGG 2008)
- ✓ Los niveles de observación y los cambios en esta situación deben ser documentados por separado en las notas clínicas, con contra-firmas de la jefe de enfermería y del clínico responsable. La documentación incluirá la fecha, la hora y la firma, el nivel de observación, la fecha de finalización y el papel de cada persona firmante. (NZGG 2008)
- ✓ Los cambios o reducción en los niveles más cercanos de observación pueden ser iniciados o aprobados por dos miembros del equipo clínico y uno de ellos siempre debe ser el psiquiatra encargado del caso (NZGG 2008)

8.1.1.1 Resumen de la evidencia

Hay tres niveles especiales de observación por encima del nivel básico requerido para todos los hospitalizados psiquiátricos.

Dentro del alcance

Esto es para la persona en riesgo extremadamente alto de suicidio que está expresando un intento suicida activo. Ella/el pueden haber realizado recientemente un acto de autolesión deliberado, tener estados psicóticos impredecibles y/o ser impulsivos y agresivos, lo cual requiere observación dentro del alcance de la persona con fines de seguridad. En algunas ocasiones, es posible que se requiera más de una enfermera.

Misma sala y a la vista

Esto es para la persona en alto riesgo de suicidio que está expresando un intento suicida activo, pero donde hay menos preocupación en cuanto a la conducta autodestructiva impulsiva. La persona puede haber realizado recientemente un acto de autolesión deliberado o tener estados psicóticos impredecibles. Esto requiere observación visual constante en una base 1:1, con la enfermera en la misma sala y viendo a la persona.

Observaciones Frecuentes (intervalo máximo en un periodo de 10 a 20 minutos)

Esto se requiere para la persona que se considera que está en un riesgo de suicidio significativamente incrementado en comparación con el hospitalizado psiquiátrico promedio, o donde el grado de riesgo es incierto. Se recomienda que la cadencia de observaciones se varíe para asegurar que la persona no puede predecir el tiempo exacto de la siguiente valoración.

Si al valorar a una persona se requiere uno de los niveles anteriores de observación, los detalles de esto deben documentarse cuidadosa y sistemáticamente. La gente que comete suicidio mientras participa en servicios de salud mental es probable que haya tenido su nivel de cuidado reducido antes de cometer dicho acto (es decir, haber sido juzgada como si estuviera en un riesgo disminuido) (10).

8.1.2 Manejo del paciente hospitalizado

8.1.2.1 Recomendaciones

35. La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores:

- Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida
- Riesgo suicida inmediato del paciente
- Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base
- Falta de apoyo social y familiar efectivo.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

36. Con el fin de reducir el riesgo de suicidio en la persona, la estancia hospitalaria debe ser de más de 4 días. (NZGG 2008)

Recomendación A

37. Para una persona con riesgo crónico de suicidio, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas. (NZGG 2008)

Recomendación C

38. El personal de la unidad de hospitalización siempre debe estar atento,

especialmente la primera semana después de la admisión cuando la persona aún no es bien conocida. (NZGG 2008)

Recomendación C



39. El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible. (NZGG 2008)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ La ideación y/o conducta suicida debe abordarse desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la participación de los profesionales de la salud de los distintos niveles asistenciales. (avalia-t 2012)
- ✓ Es óptimo contar una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como con el apoyo de familiares y allegados del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico de la ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)
- ✓ Siempre que sea posible, los clínicos deben involucrar a las personas o cuidadores de la persona suicida cuando trabajan con esa persona. Esto es igualmente cierto para el componente de evaluación, la gestión de crisis y el tratamiento posterior. En cualquier momento las familias pueden dar información al clínico sin que comprometa la privacidad de la persona. (NZGG 2008)
- ✓ Si una persona que se considera de alto riesgo suicida declina la participación de otros, el clínico puede anular esa solicitud en interés de mantener a la persona segura. (NZGG 2008)
- ✓ Las personas evaluadas como de alto riesgo de suicidio deben estar bajo estrecha supervisión. (NZGG 2008)
- ✓ El nivel de apoyo y observación debe reflejar el riesgo de suicidio cambiante de la persona. (NZGG 2008)

8.1.2.2 Resumen de la evidencia

Las personas en daño inminente de suicidio requieren un ambiente estructurado con personal capacitado clínicamente (10). Aunque la admisión de hospitalizados reduce el riesgo, no proporciona protección absoluta. Algunas personas intentarán y terminarán el suicidio a pesar de estar en cuidado hospitalizado, más comúnmente en la primera semana de su admisión (10). Por lo tanto el personal necesita ser particularmente

vigilante, en especial cuando la persona no es bien conocida. El nivel y frecuencia de apoyo y observación deben reflejar el nivel cambiante de riesgo de suicidio de la persona. Se requiere supervisión cercana para las personas que se valoran en un alto riesgo de suicidio.

Las dificultades de enfermedades mentales/psicológicas subyacentes deben tratarse vigorosamente. Debe considerarse la orientación a los síntomas específicos, tales como ansiedad, agitación e insomnio. Esto puede incluir tanto intervenciones psicofarmacológicas como psicológicas y deben introducirse tan pronto como sea posible en la admisión de la persona.

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo de expertos para mejorar la comprensión de las recomendaciones realizó en la recomendación No. 37 un cambio cuyo objetivo fue adicionar “cuando tengan una ideación activa o intentos”, así como ideación y/o conducta suicida recurrente.

9 INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

9.1.1 Recomendaciones

40. La psicoterapia empleada debería incidir siempre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida). (avalia-t 2012)

Recomendación B

Puntos de buena práctica

- ✓ Las técnicas psicoterapéuticas juegan un importante papel en el tratamiento de los pacientes con conducta suicida, por lo que se recomienda garantizar su disponibilidad para aquellas personas que las necesiten. (avalia-t 2012)
- ✓ En niños, niñas y adolescentes se recomienda que siempre se realice intervención psicoterapéutica indicada de acuerdo al problema psicológico o patología de base. (avalia-t 2012)

9.1.2 Resumen de la evidencia

9.1.2.1 Generalidades de las estrategias de intervención

Independientemente de si la persona se maneja hospitalizado o ambulatoriamente, las estrategias de tratamiento deben apuntar a los siguientes objetivos:*

- mantener la seguridad
- identificar y tratar cualquiera de las enfermedades mentales subyacentes
- identificar estresores psicosociales y desarrollar estrategias para intervenir.

Esto debe hacerse en colaboración tanto con la persona en riesgo de suicidio como con su familia y allegados.

Hay evidencia insuficiente para recomendar tratamientos específicos para reducir el riesgo de intentos de suicidio adicionales. Los estudios en este campo están limitados por pequeños tamaños de muestras, grupos de diagnóstico heterogéneos y baja probabilidad de medidas de desenlace. La literatura es más clara en la descripción de la ventaja terapéutica que ocurre al ver al mismo profesional durante la hospitalización y en el manejo ambulatorio. Esta continuidad aumenta su disposición a tomar medicamentos y también a asistir a las citas (10). Todas las intervenciones que se describen a continuación han mostrado en su totalidad alguna efectividad.

- Es crucial la terapia a largo plazo para tratar cualquier enfermedad mental subyacente (incluyendo el abuso de sustancias).
- Tanto la terapia conductual cognitiva como la psicoterapia interpersonal se mostraron como intervenciones terapéuticas prometedoras para reducir la probabilidad de

autolesión deliberada y también síntomas de depresión entre personas que asistieron a urgencias por un intento de suicidio (10).

- La terapia conductual dialéctica también ha mostrado ser prometedora en la reducción del suicidio y en los intentos de autolesión entre personas con trastorno límite de personalidad mientras están en terapia (10).

Una de las mayores dificultades en el estudio del tratamiento de la conducta suicida, es que el suicidio consumado es un hecho excepcional, por lo que se necesita una muestra muy amplia para mostrar diferencias estadísticamente significativas cuando se comparan distintos tratamientos. A esta dificultad hay que añadir que muchos estudios excluyen a los pacientes de alto riesgo suicida y que los periodos de seguimiento no suelen ser largos. Debido a esto, una estrategia alternativa para analizar el efecto de un tratamiento sobre el suicidio es seleccionar variables de resultado altamente asociadas a la conducta suicida (176).

9.1.2.2 Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida

Existe una serie de dificultades específicas en los ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) cuando se trata de comprobar y comparar la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos:

- La existencia de factores comunes a todos los tratamientos psicológicos (variables del terapeuta y del paciente, relación terapéutica) que afectan potencialmente a los resultados obtenidos tanto en el grupo experimental como en el grupo control.
- Los tratamientos psicológicos no siempre están estandarizados por lo que pueden existir diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado. No obstante, cada vez hay más manuales estandarizados de tratamiento.
- En la mayoría de los estudios el grupo de comparación sigue el tratamiento habitual o atención convencional, pero no se define de forma operativa, lo que dificulta la comparación entre grupos.

El tratamiento psicoterapéutico de la conducta suicida está adquiriendo cada vez más importancia, sobre todo aquél que se basa en técnicas cognitivoconductuales.

Se localizaron diferentes revisiones sistemáticas (177, 178) y metanálisis (167, 179, 180) que evaluaban la psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida. También se encontraron revisiones sistemáticas específicas sobre psicoterapia como tratamiento de la conducta suicida en trastornos de la personalidad (181) y trastorno bipolar (182), así como revisiones específicas sobre una terapia en particular, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual (TCC) (183), la terapia de resolución de problemas (TRP) (184) o la terapia dialéctico-conductual (TDC) (185, 186).

Para actualizar el conocimiento en relación con las terapias que incluyen técnicas cognitivo-conductuales, se seleccionó el metanálisis realizado por Tarrrier et al. en 2008 (183). Para el resto de modalidades de psicoterapia empleadas en el tratamiento de la

conducta suicida se tomó como referencia la guía del NICE (53). Esta guía, además de las terapias de corte TCC, aporta también evidencia sobre Terapia interpersonal (TIP), Terapia familiar (TF) y Terapia psicodinámica. Tiene también un apartado que evalúa la terapia a largo plazo versus a corto plazo y que incluye un único estudio (187) que no aclara el tipo específico de psicoterapia empleada ni ofrece resultados concluyentes.

9.1.2.2.1 Otras Psicoterapias

Aunque los modelos cognitivo y conductual de forma independiente parten de supuestos diferentes, se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

La investigación más reciente en el ámbito de la prevención de la conducta suicida se ha centrado en este tipo de tratamientos. Así, el metanálisis de Tarrier et al. (178) incluye 28 estudios de los que 18 fueron publicados a partir del año 2000.

Características de los estudios incluidos en el estudio de Tarrier et al. (2008)

En este metanálisis se incluyeron estudios que utilizan técnicas cognitivo-conductuales como parte sustancial del tratamiento para reducir la conducta suicida. Se incluyeron aquellos estudios en los que se midió alguna variable de resultado relacionada con la conducta suicida (tasa de repetición, ideación, desesperanza y satisfacción con la vida). Cuando se midió más de una variable, se seleccionó la más relevante en relación al suicidio. **Metanálisis de ECA 1+**

Se observó cierto grado de variabilidad entre los estudios incluidos en cuanto a la metodología, las técnicas concretas de tratamiento y su implementación. Además, gran parte de estos estudios se realizaron en EE.UU. y con muestra mayoritariamente adulta. A pesar de esto, un aspecto común a todos los trabajos es que son homogéneos tanto a nivel macroterapéutico (estrategia) como microterapéutico (procesos y mecanismos) (178). De todas estas modalidades de psicoterapia, la más frecuente fue la Terapia dialéctico – conductual (TDC).

En el metanálisis de Tarrier et al. se incluyen las siguientes intervenciones psicoterapéuticas:

- Terapia cognitivo-conductual (Tabla 26)
- Terapia dialéctico-conductual (Tabla 27)
- MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (Tabla 28)
- Terapia de resolución de problemas (Tabla 29)
- Otras terapias de corte cognitivo-conductual: Terapia conductual, TCC en formato grupal, tratamiento integrado, *LifeSpan*, entrenamiento de habilidades y Terapia breve basada en las soluciones (Tabla 30).

Las características de estos estudios se resumen en las tablas que se presentan a continuación, junto con una breve descripción del tipo específico de terapia empleada.

Terapia cognitivo-conductual

Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye técnicas conductuales en mayor o menor medida, de ahí la denominación de TCC (3).

La TCC parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con el objeto de intervención, que puede ser la depresión, la conducta suicida, etc. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal, aunque también hay estudios que adoptan formatos más breves para casos menos graves (entre 6-8 sesiones) y se asume que la duración de la terapia puede prolongarse en caso de mayor gravedad o cuando hay otras patologías asociadas (3).

Los estudios de TCC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se presentan en la Tabla 26.

Tabla 26. Estudios de terapia cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Patsioskas y Clum; 1985 (179)	15	Intento de suicidio (ideación)	Terapia individual	10/10
Salkovskis et al.; 1990 (172)	20	Intento de suicidio (repetición†)	Tto. Habitual	5/5
Klingman y Hochdorf; 1993 (180)	237		No tratamiento	10/12
Raj et al.; 2001 (181)	40	Autolesión deliberada (ideación)	Tto. Habitual	10/12
Wood et al.; 2001 (182)	63	Autolesión (ideación)	Tto. Habitual	12/5
March et al.; 2004 (183)	439	Depresión (ideación)	Fluoxetina vs Fluoxetina + TCC vs placebo	14/11
Brown et al.; 2005 (184)	120	Intento de suicidio (ideación)	Tto. Habitual	9/9

Autor; año (ref.)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Tarrier et al.; 2006 (185)	278	CS en esquizofrenia (repetición†)	Counselling vs tto. Habitual	17/19

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número pacientes; CS: conducta suicida; Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. (178).

Terapia dialéctico-conductual

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan (186) específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

Uno de los objetivos centrales de este modelo, que combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas autolesivas como de la conducta suicida, motivo por el cual existe un número considerable de estudios que abordan su eficacia.

De modo genérico, la TDC se centra en los siguientes elementos clave del trastorno límite de la personalidad:

El desarrollo de la plenitud de la conciencia o atención plena (*mindfulness*): es la capacidad para prestar atención a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgar y sin evaluar.

- La regulación emocional, partiendo del supuesto de que las personas con diagnóstico de trastorno límite de personalidad experimentan emociones de forma muy intensa y lábil.
- La eficacia interpersonal, que tiene por objetivo el cambio y la mejora de las relaciones interpersonales.
- El aumento de la tolerancia a la ansiedad. Parte de que el dolor y el malestar forman parte de la vida y el hecho de no aceptarlo incrementa aún más el malestar.

Los estudios de TDC incluidos en el metanálisis de Tarrier et al. se reflejan en la Tabla 27.

Tabla 27. Estudios de terapia dialéctico-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Linehan et al.; 1991 (187)	44	CS en TLP (ideación)		182/104

Linehan et al.; 1999 (188)	28	TLP y dependencia drogas (intento†)	Tto habitual	156/104
Koons et al.; 2001 (189)	20	CS en TLP (repetición†)		69/48
Rathus y Miller; 2002 (190)	111	CS en TLP (intento†)		28/24
Verhuel et al.; 2003 (191)	58	Autolesión, TLP (intento†)		191/104
Katz et al.; 2004 (192)	62	Intento de suicidio, ideación (ideación)		20/14
Van den Bosch et al.; 2005 (193)	58	TLP (intento†)		178/104
Linehan et al.; 2006 (194)	101	TLP, CS (Intento†)	Tto comunitario	89/65

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; CS: conducta suicida; TLP: trastorno límite de la personalidad; Tto: tratamiento; ref: referencia Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. (178).

MACT (Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy)

La MACT (*Manual Assisted Cognitive Behaviour Therapy*) (Tabla 28), es una terapia que incluye elementos de la TCC, TDC y biblioterapia. Se basa en el entrenamiento de habilidades y es muy empleada en pacientes con trastornos de la personalidad. Incluye sesiones con el terapeuta y también concede un importante papel al material de autoayuda (195).

Tabla 28. Estudios de MACT (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Evans et al.; 1999 (196)	34	Autolesión, TLP (repetición†)	Tto habitual	5/3
Tyrer et al.; 2003 (197)	480	Autolesión (repetición)		7/7
Weinberg et al.; 2006 (198)	30	Autolesión, trastorno bipolar (repetición†)		3/6

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. . (178).

Terapia de resolución de problemas

La TRP parte de la base de que un incremento de las habilidades de resolución de problemas puede ayudar a reducir la carga que suponen y la ideación suicida. Este tipo de terapia habitualmente comienza con un listado y priorización de problemas, propuesta y selección de las estrategias para afrontarlos, posibles obstáculos y monitorización de todo el proceso. También se entrena la generalización de las habilidades adquiridas a

otras situaciones (199). En la Tabla 29 se presentan los estudios sobre TRP incluidos en Tarrier et al. (178).

Tabla 29. Estudios de terapia de resolución de problemas (metanálisis de Tarrier et.al.)

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones
Lerner y Clum; 1990 (200)	18	Ideación suicida (ideación)	<i>Counselling</i>	15/10
Mcleavy et al.; 1994 (201)	39	Intoxicación voluntaria (desesperanza)	Resolución de problemas en formato breve	5/5
Rudd et al.; 1996 (202)	264	Ideación suicida (intento†)	Tto habitual	126/36
Nordentof et al.; 2005 (203)	401	Intento de suicidio, ideación (repetición†)	Tto habitual	42/14

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. . (178).

Otras terapias de corte cognitivo-conductual

En este apartado se incluyen los estudios que utilizan técnicas cognitivas y/o conductuales de forma preferente pero, o bien estas técnicas están integradas en un protocolo amplio de tratamiento que engloba sesiones grupales y/o familiares (204, 205), o bien se centran en una técnica concreta (206, 207) (Tabla 29).

Tabla 30. Estudios de otras terapias de corte cognitivo-conductual (metanálisis de Tarrier et al.)

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración / Sesiones*
Liberman y Eckman; 1981 (213)	Terapia conductual	24	Intento de suicidio (repetición†)	<i>Insight oriented therapy</i>	32/8
Nordentof et al.; 2002 (205)	Tto integrado	341	Primer episodio de psicosis (intento†)	Tto habitual	58/39
Power et al.; 2003 (208)	Tto habitual + <i>LifeSpan</i>	42	Primer episodio de psicosis (desesperanza)	Tto habitual	10/10
Donaldson et al.; 2005 (206)	Entrenamiento de habilidades	39	Intento de suicidio (ideación)	<i>Counselling</i>	12/7

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración / Sesiones*
Rheeet.al.; 2005 (207)	Terapia breve basada en las soluciones	55	Ideación suicida (satisfacción con la vida)	Terapia de factores comunes vs lista de espera	8/8

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Intento de suicidio, planificación, potencialidad o probabilidad. N: número de pacientes; Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. (178).

Resultados del metanálisis

De los 28 estudios seleccionados inicialmente para la revisión, cuatro de ellos no pudieron incluirse en el metanálisis (188, 197, 203, 205), por lo que finalmente fueron 24.

El resultado global fue que las terapias de corte cognitivoconductual presentaron un efecto positivo sobre la conducta suicida en comparación con otros tratamientos. Además, se realizaron diferentes análisis agrupando los estudios según sus características, con los resultados siguientes:

- Edad: el tamaño de efecto fue significativo para adultos, pero no cuando la muestra fue mayoritariamente adolescente.
- Grupos de comparación: las terapias obtuvieron un tamaño de efecto significativo cuando se compararon con los grupos “no tratamiento” o “tratamiento habitual”, pero no fue significativo cuando se comparó con otra forma de terapia.
- Objetivo del tratamiento: el tamaño del efecto fue significativo cuando la ideación/conducta suicidas fue de modo expreso uno de los objetivos de la intervención, pero no lo fue cuando el objetivo de la psicoterapia se centró en otros aspectos para reducir la conducta suicida (depresión, esquizofrenia, distrés).
- Variable de resultado: en un primer análisis se encontró que todas fueron significativas menos cuando ésta fue la desesperanza. Sin embargo, sólo dos estudios la incluían como variable más cercana a la conducta suicida. En un meta-análisis donde se incluyeron todos los estudios en los que se midió, se encontró que el tamaño de efecto fue significativo.
- Tipo de terapia: en este análisis se comparó la TDC frente al resto de los tratamientos. Tanto las psicoterapias cognitivo conductuales como las basadas en la TDC obtuvieron un tamaño del efecto significativo y comparable entre sí.

Modo de terapia: los tratamientos individuales, así como los tratamientos individuales con sesiones grupales obtuvieron tamaños de efecto más fuertes que los tratamientos basados de forma exclusiva en sesiones grupales. **Metanálisis de ECA 1+**

Evidencia científica disponible posterior al estudio de Tarrier et al. (2008)

Posteriormente a este estudio se publicaron 9 ECAs sobre el tratamiento de la conducta suicida con psicoterapias cognitivo-conductuales (Tabla 31).

Tabla 31. Estudios incluidos de terapias de corte cognitivo-conductual

Autor; año (ref)	Tratamiento	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Eskin et al.; 2008 (209)	Terapia de resolución de problemas	46	Depresión y CS (Probabilidad de suicidio)	Lista de espera	4/6
Unutzer et al.; 2006 (210)	Terapia de resolución de problemas	180 1	Ideación suicida	Tto habitual	ND/4-8
Davidson et al.; 2006 (211)	Terapia cognitivo-conductual	106	TLP (intentos de suicidio)	Tto habitual	30/30
Goodyer et al.; 2007 (212)	Terapia cognitivo-conductual + fluoxetina+cuidados estándar†	208	Depresión (ideación y conducta suicida)	Fluoxetina+cuidados estándar†	ND/19
Bateman et al.; 2007 (213)	Terapia cognitivo-conductual	63	CS (ideación e intensidad) en esquizofrenia	Befriending	ND/19
Slee et al.; 2008 (214)	Terapia cognitivo-conductual	82	CS (ideación)	Tto habitual	12/12
Hazell et al.; 2009 (215)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	72	Autolesión (ideación)	Tto habitual	12/5
Clarkin et al.; 2007 (216)	TDC	62	CS en TLP	PBT vs TA	ND/ TDC y TA =52; PBT=104
McMain et al.; 2009 (217)	TDC	180	TLP (CS)	Tto habitual	144/144
Green et al.; 2011 (218)	Terapia cognitivo-conductual (grupal)	183	Autolesión (CS, ideación)	Tto habitual	12/5

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones; †Cuidados estándar: monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales. CS: conducta suicida, N: número de pacientes; ND: no determinado; PBT: psicoterapia basada en la transferencia; ref: referencia; TA: terapia de apoyo; TDC: Terapia dialéctico-conductual, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al.

Se localizó un ECA sobre TRP (209) que evaluó su efectividad (6 sesiones de frecuencia semanal) frente a la lista de espera. La muestra estuvo formada por adolescentes con depresión y riesgo suicida. En el grupo que recibió TRP se encontró una disminución significativa en las puntuaciones de las escalas de depresión (Hamilton y BDI) y una reducción del riesgo de suicidio medido con la escala de probabilidad de suicidio (*Suicide Probability Scale*, SPS). También se halló un aumento significativo de la autoestima y la asertividad en el grupo que recibió TRP. **ECA 1+**

Otro ensayo evaluó la TRP en pacientes mayores con depresión mayor, en comparación con el tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en la colaboración con el médico de atención primaria de profesionales de enfermería y psicólogos que realizaron asesoramiento, psicoeducación y la evaluación. Los pacientes recibieron tratamiento farmacológico antidepresivo o TRP durante 12 meses y sus resultados se compararon con el grupo de tratamiento habitual (tratamiento farmacológico antidepresivo, *counselling* o derivación a Salud Mental). El grupo que recibió la intervención experimental obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control, durante la intervención y tras un año de seguimiento (210). **ECA 1+**

Otro estudio comparó la efectividad de la TCC unida al tratamiento habitual, en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno de la personalidad. Se encontró una reducción significativa del número de intentos de suicidio en el grupo que recibió la TCC al final del estudio y durante el seguimiento de dos años (211). **ECA 1+**

En 2007 se publicó el estudio ADAPT (212) en el que se comparó la efectividad del tratamiento con fluoxetina frente a fluoxetina + TCC en adolescentes con depresión moderada o grave. Se incluyeron aquellos pacientes que no respondieron a una breve intervención psicoeducativa realizada previamente al inicio del estudio. La ideación y conducta suicidas se midió con las escalas K-SADS-PL y HoNOSCA. Además de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) y la TCC, todos los pacientes recibieron cuidados habituales (monitorización regular del estado mental, psicoeducación, medidas de apoyo, técnicas de resolución de problemas, atención a las posibles comorbilidades y coordinación con otros profesionales). Se encontró que añadir TCC a la fluoxetina, no mejoró las variables clínicas, aunque cabe destacar que los cuidados habituales de este estudio son casi una intervención en sí mismos. **ECA 1+**

Otros autores (213) evaluaron la eficacia de la TCC en comparación con el *Befriending* en la reducción de la conducta suicida en un grupo de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, sintomatología positiva y negativa activas y resistentes a la medicación. La media de sesiones fue de 19 en un periodo de 9 meses. Los resultados mostraron que si bien ambos grupos presentaron una reducción de la conducta suicida, ésta solo fue significativa en el grupo que recibió TCC, manteniéndose la mejoría hasta el final del periodo de seguimiento. **ECA 1+**

También se evaluó el efecto de la TCC en formato corto tras un episodio de conducta suicida en pacientes con conducta suicida recurrente o crónica (214). La TCC se añadió al tratamiento habitual (psicofármacos, otras formas de psicoterapia y hospitalización) y se comparó con este último. Se vio que el grupo que recibió la TCC mejoró de forma significativa en todas las variables de resultado medidas (conducta suicida, depresión, ansiedad, autoestima y resolución de problemas). También se observó que las dificultades en la regulación de emociones, como el control de impulsos y las conductas orientadas a un objetivo, tienen un papel importante como mediadores de la conducta suicida (219). **ECA 1+**

Sobre la TCC en formato grupal, Hazell et al. (215) y Green et al. (218) intentaron replicar un estudio previo (182) para comprobar si la TCC grupal (5 sesiones) era más efectiva que el tratamiento habitual en adolescentes para la prevención de la conducta suicida. En los dos estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque aspectos como el diferente grado de experiencia de los profesionales y la inclusión de adolescentes de mayor riesgo en los últimos estudios podrían explicar los resultados. **ECA 1+**

Un estudio (216) comparó la efectividad de tres tratamientos psicoterapéuticos para el trastorno límite de la personalidad: TDC, psicoterapia basada en la transferencia (*Transference focused psychotherapy*) y terapia de apoyo de corte psicodinámico. Se concluyó que tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida. **ECA 1+**

Otro ECA (217) evaluó la efectividad de la TDC en comparación con el tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en ambos grupos y en todas las variables medidas, aunque sin diferencias entre ellos. Reseñar que la intervención en el grupo control fue muy amplia e incluyó algunos aspectos comunes a la TDC, como la psicoeducación o las sesiones de autoayuda. **ECA 1+**

Por último, una revisión sistemática (220) mostró que la TDC podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas específicamente en adolescentes con TLP y trastorno bipolar. Esta revisión sistemática incluye el metanálisis de Tarrier (178), la revisión sistemática realizada por Guilé et al. (221), **además de un ECA y cuatro estudios observacionales. RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+**

Terapia interpersonal

La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman y Weissman (222). Aunque originalmente se diseñó para pacientes con depresión, en la actualidad su ámbito de actuación se ha extendido a diferentes trastornos.

La TIP tiene muchos aspectos en común con la terapia cognitiva, aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original dispone de 3 etapas a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones (3).

La guía del NICE (59) incluye un estudio (223) cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la TIP psicodinámica breve (una vez por semana, 4 semanas y por una enfermera en el domicilio del paciente) en personas tras un episodio de intoxicación voluntaria. El grupo control recibió el tratamiento habitual en atención primaria (excluyendo cualquier tipo de psicoterapia o seguimiento psicológico). A los 6 meses de seguimiento se encontró que el grupo que recibió TIP había mejorado de forma significativa en comparación con el grupo control (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el BDI y mayor satisfacción con el tratamiento). **ECA 1+**

En pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor/menor e ideación suicida se realizó una intervención consistente en la prescripción de citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. En el grupo de tratamiento habitual, se dio información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión. A los 12 meses, ambos grupos obtuvieron una reducción de la ideación suicida, aunque los pacientes del grupo experimental presentaron una disminución mayor de la gravedad de la depresión y mayor tasa de recuperación que el grupo control (224). A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (225). **ECA 1+**

Un último estudio (226) evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida en comparación con el tratamiento habitual (en el ámbito escolar). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza. **ECA 1+**.

Las características de los estudios anteriores se resumen en la tabla 27

Tabla 32. Estudios incluidos de terapia interpersonal

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Guthrie et al.; 2001 (223)	119	CS (repetición)	Tto habitual	3/4

Bruce et al.; 2004 (224) , Alexopoulos et al.; 2009 (225)	568	Ideación suicida (ideación)	Tto habitual	Sin datos
Tang et al. 2008 (226)	73	CS (ideación suicida)	Tto habitual (ámbito escolar)	10/12

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número pacientes; CS: conducta suicida, Tto: tratamiento; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al. .

Terapia familiar

La terapia familiar toma como modelo la teoría general de sistemas y hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Desde la TF se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de los miembros presenta un problema, los demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. Se trata por tanto de un modelo que trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia. Aunque existen diferentes escuelas, la terapia familiar podría dividirse en conductual, psicodinámica y sistémica.

Las características comunes de las intervenciones familiares son:

- Incluye varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración aproximada de una hora.

La guía del NICE (59) incluye un solo estudio (227) que compara la TF en el hogar llevada a cabo por dos trabajadores sociales frente al tratamiento habitual. La intervención experimental consistió en una sesión de evaluación y cuatro sesiones de tratamiento en el domicilio del paciente. Todos los participantes fueron menores de 16 años. En este estudio no se encontró evidencia suficiente para determinar si existe una diferencia significativa entre ambas formas de tratamiento en la prevención de la repetición de la conducta suicida y en la reducción de la ideación. En cuanto a la desesperanza, no se encontraron diferencias significativas entre ambas formas de tratamiento. **ECA 1+**

No se ha localizado ningún estudio posterior al incluido en la guía del NICE sobre terapia familiar.

Terapia psicodinámica

Deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico: la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo

que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. Una diferencia fundamental entre el psicoanálisis y la terapia psicodinámica es que esta última se centra en el aquí y ahora, y el objetivo del tratamiento es el problema actual del paciente (228).

Una variante de este tipo de tratamiento, aplicada en pacientes con conducta suicida, es la terapia psicodinámica deconstructiva. Es un tratamiento estandarizado desarrollado para problemas complejos de conducta, como adicciones, trastornos de la alimentación y también para autolesiones y conducta suicida recurrente. Esta terapia favorece la elaboración e integración de experiencias interpersonales y atribuciones de uno mismo y de otros y se basa en una alianza terapéutica positiva (229).

La guía del NICE no incluye ningún estudio sobre la terapia psicodinámica como tratamiento de la conducta suicida.

Se localizó un estudio (230) en el que se evaluó la efectividad de la terapia psicodinámica deconstructiva frente al tratamiento habitual en pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol. En este estudio se encontró que la terapia psicodinámica disminuye de forma estadísticamente significativa la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional. **ECA 1+**

En otro estudio (231) se evaluó la psicoterapia psicodinámica a corto plazo realizada en hospital de día frente a la terapia ambulatoria habitual en trastornos de la personalidad. La intervención en el grupo experimental consistió en una combinación de las terapias psicodinámica y cognitivo-conductual en formato grupal durante 18 semanas. Encontraron una mejoría global en ambos grupos en todas las variables medidas (ideación y conducta suicidas, estrés sintomático, problemas interpersonales, funcionamiento global y problemas de la personalidad) (Tabla 33). **ECA 1+**

Tabla 33. Estudios incluidos de terapia psicodinámica

Autor; año (ref)	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Comparación	Duración/ Sesiones*
Gregory et al.; 2009 (230)	30	TLP y abuso de alcohol (CS)	Tto habitual	Sin datos/48
Arnevik et al.; 2009 (231)	114	TLP (CS)	Terapia ambulatoria habitual	Sin datos/16

*Duración total estimada (horas) y número de sesiones. N: número de pacientes; CS: conducta suicida, TLP: trastorno límite de la personalidad, Tto: tratamiento, ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir del metanálisis de Tarrier et al.

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

No se realizaron ajustes por parte del grupo desarrollador en este apartado.

10 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

10.1.1 Recomendaciones

41. En niños, niñas y adolescentes con depresión mayor e ideación y/o conducta suicida, se recomienda el uso de terapia combinada (antidepresivos como fluoxetina, sertralina, escitalopram + psicoterapia). (avalia-t 2012)

Recomendación D

42. Se recomienda que el seguimiento del paciente se realice por parte del mismo terapeuta a nivel hospitalario y ambulatorio, lo anterior da lugar a que las personas en riesgo de suicidio sean más propensas a aceptar la toma de medicamentos y asistir a las citas. (NZGG 2008)

Recomendación A

43. El clínico debe tener en cuenta que en algunos casos, cuando se prescriben antidepresivos la recuperación en aspectos motores de la conducta preceden a la recuperación del estado de ánimo lo cual podría constituir un riesgo de actuación del paciente para el que se debe estar preparado. (NZGG 2008)

Recomendación C

44. Los médicos deben tener precaución al prescribir benzodiazepinas (tanto a corto como a mediano plazo), especialmente si la persona también sufre de depresión o tiene factores de riesgo para suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación C

44.1 En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. (avalia-t 2012)

Recomendación A

Puntos de buena práctica

- ✓ En general, si una persona es sospechosa de estar en riesgo de suicidio, los medicamentos apropiados deben ser prescritos y dispensados en dosis y cantidades que son menos probables de ser letales en la sobredosis o en combinación con otras drogas o alcohol. (NZGG 2008)

10.1.2 Resumen de la evidencia

Como ya se ha comentado anteriormente, la conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales (232, 233). La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida.

El tratamiento farmacológico de la misma deberá incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad).

El tratamiento farmacológico en niños con conducta suicida viene dado por el trastorno psiquiátrico subyacente y los fármacos utilizados deben ser suministrados y custodiados por un adulto para evitar un abuso o sobreingesta (234, 235). Si los padres del niño presentan una enfermedad mental, el tratamiento psiquiátrico de los padres contribuye a la mejora del niño, probablemente por un mejor funcionamiento familiar y por disminución de factores estresantes (234).

Existen escasos estudios específicos del tratamiento de la conducta suicida, ya que la mayoría analizan aquellos fármacos empleados en el abordaje de las patologías subyacentes a dicha conducta. Para contestar a la pregunta clínica se efectuó una búsqueda de GPC, revisiones sistemáticas, metanálisis y estudios primarios, realizándose una selección de artículos específicamente para cada uno de los siguientes grupos de fármacos: antidepresivos, litio, anticonvulsivantes y antipsicóticos.

10.1.2.1 Antidepresivos

Las propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas de los antidepresivos les confieren eficacia contra la depresión y la ansiedad, condiciones que con frecuencia subyacen a la ideación y conducta suicidas. La acción sobre el sistema serotoninérgico de los ISRS reduce la impulsividad y la agresividad, vinculadas a menudo con la conducta suicida (236).

La mayor disponibilidad y uso de los antidepresivos (ISRS y nuevos antidepresivos) desde finales de los años 80 ha coincidido en distintos países con una reducción notable de las tasas de suicidio por lo que en distintos estudios se ha sugerido una posible relación entre estos factores (49).

Pacientes con trastorno afectivo

Trastorno depresivo

El tratamiento antidepresivo produce una disminución de la ideación y de la conducta suicidas (3, 4, 170, 224, 225, 236-240), si bien, la mayoría de los estudios realizados son de corta duración (de semanas a pocos meses) (Tabla 34).

Tabla 34. Estudios que evalúan el tratamiento antidepresivo sobre la conducta suicida

Autor; año (ref), NE	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones
March et al.; (TADS) 2004 (183) ECA 1++	439 adolescentes, 12-17 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina (20-40 mg), terapia cognitivo-conductual (15 sesiones), combinación de ambas o placebo	Reducción significativa de la ideación suicida en el grupo de terapia combinada
Gibbons et al.; 2007 (238) Estudio de cohortes retrospectivo 2+	226 866 pacientes adultos. Diagnósticos de trastorno depresivo unipolar e inespecífico (incluyeron episodio depresivo único, recurrente, distimia y trastorno depresivo no clasificado en otros conceptos)	ISRS, AD no ISRS (bupropion, mirtazapina, nefazodona, y venlafaxina), AD tricíclicos	Los ISRS disminuyen el riesgo de intentos de suicidio en pacientes adultos con depresión
Mulder et al.; 2008 (241) Serie de casos 3	195 pacientes ambulatorios (> 18 años) con diagnóstico de trastorno depresivo mayor	Fluoxetina dosis media 28,1 mg/día o nortriptilina 93,5 mg/día dosis media durante 6 semanas, hasta los 6 meses se permitían otras combinaciones	Reducción significativa de Ideación y conducta suicidas cuando se tratan con AD

Autor; año (ref), NE	Pacientes/estudios	Tratamiento	Conclusiones
Alexopoulos et al.; 2009 (225) ECA 1+	598 pacientes mayores de 60 años con depresión mayor o síntomas depresivos. Dos ramas de tratamiento: 1. 15 sesiones de medidas de ayuda, monitorización de síntomas depresivos y efectos secundarios realizadas por un "cuidador" (enfermero/a, asistente social, psicólogo/a). El medico pauta tratamiento con citalopram y /o psicoterapia interpersonal. 2. Tratamiento habitual con información sobre el tratamiento de la depresión.	Citalopram 30 mg/día (posibilidad de otros AD) y/o psicoterapia interpersonal comparado con grupo control con tratamiento habitual (18-24 meses)	El seguimiento mantenido y el tratamiento para la depresión, reduce ideación suicida y aumenta las tasas de remisión de la depresión a largo plazo
Zisook et al.; 2009, STAR-D (240) Serie de casos 3	4041 pacientes ambulatorios (18-75 años) con trastorno depresivo mayor no psicótico	Citalopram 10-60 mg durante 12-14 semanas	Disminución de ideación suicida en pacientes con ideación previa

NE: nivel de evidencia; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AD: antidepresivos; ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Una revisión de distintos estudios publicados en pacientes con trastorno depresivo observa que el tratamiento con fluoxetina, paroxetina o fluvoxamina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien apuntan que este efecto antisuicida no está demostrado en estudios de más larga duración que los publicados hasta esa fecha. Por otra parte, analizando todos los datos de los estudios publicados, concluyen que no se evidencia un aumento de ideación o conducta suicidas durante el tratamiento con antidepresivos (236). **RS de ECA 1+ y otros estudios 2++**

En el estudio TADS, realizado en adolescentes con depresión mayor (DSM-IV), la ideación suicida, presente entre el 27 y el 29% de los pacientes, se redujo en todos los grupos de tratamiento (fluoxetina, TCC, combinación de ambas o placebo), aunque esta reducción fue significativa únicamente en el grupo de terapia combinada (183). **ECA 1++**

Un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con trastorno depresivo unipolar y trastorno depresivo inespecífico, observó una menor tasa de intentos de suicidio entre los pacientes tratados con antidepresivos que entre los que no lo fueron, si bien esta menor tasa fue únicamente significativa para los ISRS y los tricíclicos (238). **Estudio de cohortes 2+**

En los pacientes con trastorno depresivo que presentan agitación asociada estaría indicado un tratamiento precoz y limitado en el tiempo con ansiolíticos. Al ser fármacos que pueden provocar dependencia, se deberá realizar una monitorización y evitar su uso en aquellos pacientes con dependencia y abuso de sustancias (242).

La evidencia epidemiológica proveniente de autopsias psicológicas indica que en las víctimas de suicidio, la depresión podría haber sido tratada de forma insuficiente. Esta conclusión se basa en la baja frecuencia con que se detectan antidepresivos en la sangre de los pacientes con conducta suicida. También se ha observado que, cuando mejoran las habilidades de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, las cifras de suicidios consumados bajan, especialmente en mujeres (49).

Desde una perspectiva clínica, la fuerte asociación entre depresión y suicidio, además de la eficacia y seguridad de los nuevos antidepresivos, apoyaría su uso como parte de un abordaje integral de los pacientes con trastorno depresivo mayor y potencial riesgo suicida, incluyendo su uso prolongado en pacientes con trastorno depresivo recurrente (4, 237, 242). **RS de distintos tipos de estudios 3, 4**

Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) pueden ser letales en sobredosis, lo que limita su uso en pacientes potencialmente suicidas (4, 237, 242) en los que es importante restringir la cantidad diaria de fármaco disponible (242). Por su seguridad, los ISRS se consideran los fármacos de primera elección en este tipo de pacientes. Otros nuevos antidepresivos, como el bupropion o la mirtazapina, tienen también baja letalidad en sobredosis (4, 242). **RS de distintos tipos de estudios 3, 4**

Trastorno bipolar

A diferencia de la depresión unipolar, existe escasa evidencia del beneficio de los antidepresivos a corto y largo plazo sobre la conducta suicida (243).

En un estudio de cohortes retrospectivo realizado en pacientes con trastorno bipolar (244) se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes durante el tratamiento con antidepresivos en monoterapia, menos con estabilizadores del ánimo y de frecuencia intermedia con tratamiento combinado. Una limitación importante del estudio es que, al ser retrospectivo, posiblemente los pacientes de mayor gravedad hubieran recibido con más frecuencia tratamiento con antidepresivos. **Estudio de cohortes 2+**

Especialmente en pacientes con trastorno bipolar tipo I, existe riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (245). **Estudio de cohortes 2+**

Otros diagnósticos

La evidencia de la reducción del riesgo de suicidio en los pacientes tratados con antidepresivos se limitaría únicamente a aquellos diagnosticados de depresión mayor (4, 239). En los trastornos de personalidad del cluster B (que incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista), el trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos de la conducta alimentaria, los resultados son inconsistentes (239).

Relación entre fármacos antidepresivos y conducta suicida

Desde la década de los noventa existe una polémica sobre la posible relación de los antidepresivos de nueva generación con la ideación y conducta suicidas en la infancia y adolescencia. Como se ha señalado (246), la discusión surge por un artículo de Teicher et al. en 1990 (247) en el que se señala que la fluoxetina podía inducir o exacerbar la conducta suicida. El problema radica en que normalmente los ECA de fármacos antidepresivos realizados en niños y adolescentes no consideran el suicidio como variable de resultado. Lo más habitual es que se valore la conducta suicida de forma retrospectiva, una vez que se ha producido. Este hecho, en ocasiones, dificulta la asociación entre las variables que podrían estar directamente relacionadas con la ideación o conducta suicidas (239).

En España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) adoptó las conclusiones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) e informa del balance beneficio/riesgo favorable para el uso de fluoxetina en la depresión infanto juvenil (248). En la Tabla 35 se resumen las recomendaciones de diferentes instituciones sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes (237).

Tabla 35. Uso de antidepresivos en la depresión mayor en la infancia y la adolescencia

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
<i>Royal College of Paediatrics and Child Health</i> ; 2000. Reino Unido, (249)	– Uso de antidepresivos si no hay otra alternativa y si existe indicación justificada
<i>Committee on Safety of Medicines (CSM)</i> ; 2003. Reino Unido, (250)	– Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable en menores de 18 años – Se desaconsejó el uso de otros antidepresivos
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2004. EE.UU. (251)	– Advierte de la posible asociación entre el uso de antidepresivos y el aumento de conducta o ideación autolítica
<i>Food and Drug Administration (FDA)</i> ; 2007. EE.UU., (252)	– Fluoxetina: único fármaco autorizado; no descartable la aparición de ideación autolítica en mayor medida al comenzar con cualquier fármaco antidepresivo

INSTITUCIÓN	RECOMENDACIÓN
Committee on Human Medicinal Products de la Agencia Europea de Evaluación de Fármacos (EMA); 2005, (253)	<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina: beneficio supera riesgo potencial - Advierte del posible aumento de hostilidad y pensamientos suicidas
Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS); 2005-06; España, (254, 255)	<ul style="list-style-type: none"> - Fluoxetina: balance riesgo/beneficio favorable - No deberían utilizarse otros antidepresivos - Necesarios más estudios para garantizar seguridad

DM: depresión mayor Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (237).

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en el adulto está bien documentada (3, 256).

Con el objetivo de dilucidar la relación entre paroxetina y conducta suicida en pacientes adultos, Kraus et al. realizaron en 2010 un estudio retrospectivo de 57 ECA. En él comparaban paroxetina con placebo en diferentes trastornos mentales, concluyendo que la paroxetina, en comparación con placebo, no se asocia con un aumento del riesgo de conducta suicida en el conjunto de pacientes tratados. En un subgrupo (11 pacientes de 3455), mayoritariamente jóvenes y con trastorno depresivo mayor, sí se encontró un aumento significativo de conducta suicida (aunque ningún suicidio consumado), aunque casi todos habían sufrido estrés psicosocial previo al intento. Aunque este estudio tiene importantes limitaciones, como el escaso número de casos, la naturaleza retrospectiva del mismo y la financiación por la industria farmacéutica, los autores recomiendan una monitorización cuidadosa durante la terapia con paroxetina (246). **RS de ECA 1+**

La atribución de un rol suicidogénico a los antidepresivos resulta contradictoria con los estudios publicados hasta la fecha. Para llegar a una conclusión de esa naturaleza, habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se asocian con el acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica (257).

Litio

Se desconoce el mecanismo fisiopatológico por el cual el litio reduce el riesgo de suicidio, aunque podría deberse a una reducción de la impulsividad, de la agresividad y de la falta de control conductual (22, 258-261), produciendo una estabilización del humor y haciendo disminuir la angustia y la conducta agresiva (262).

La mayoría de los estudios comparan el tratamiento con litio frente a placebo u otra terapia, en pacientes con trastorno afectivo mayor, trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo mayor recurrente (4, 77, 236, 242, 263-266). En el anexo de material metodológico se incluye una tabla con los artículos incluidos en cada uno de los estudios evaluados.

El metanálisis realizado en 2006 por Baldessarini et al. (263) es el estudio más amplio y con mayor nivel de evidencia de los seleccionados en la búsqueda. El resto de los citados anteriormente no aportan estudios relevantes que no hayan sido ya incluidos en éste. Incluye un total de 45 estudios de los que 31 eran ECAs, con un total de 85.229 pacientes.

El objetivo del metanálisis fue comparar las tasas de intento de suicidio y de suicidio consumado en pacientes con trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo mayor tratados a largo plazo con litio frente a un grupo control. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: **Metanálisis 1+**

- Disminución de la tasa de intentos de suicidio (1,2% / año) en los pacientes tratados con litio frente a los no tratados (3,9% / año)
- Disminución de la tasa de suicidios consumados en los pacientes tratados con litio (0,1%/año) frente a los no tratados (0,7% / año)
- La mayor reducción de la conducta suicida fue en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores.

Las conclusiones de los autores fueron que el tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores. Este efecto lo atribuyeron a la disminución de la agresividad e impulsividad con el tratamiento y sugieren que el litio podría ser más efectivo en la reducción de riesgo suicida que otros estabilizadores como la carbamazepina, divalproato y lamotrigina. **Metanálisis 1+**

Otro estudio del mismo grupo realizado posteriormente (267) muestra que el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que recibían carbamazepina o ácido valproico.

Una búsqueda de estudios primarios localizó tres estudios no incluidos previamente: un ECA (268) y dos estudios de cohortes retrospectivos (269, 270).

El ensayo clínico (268) evaluó el efecto protector del litio sobre el suicidio en 167 pacientes adultos con intentos previos en los 3 meses previos. Los pacientes estaban diagnosticados de trastorno depresivo mayor (76%), distimia (4,8%) o trastorno adaptativo (19,2%) y fueron aleatorizados para recibir litio o placebo durante doce meses. Aunque los autores concluyen que el tratamiento con litio se asoció con un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente, debería interpretarse con cautela debido a las limitaciones del estudio (alta tasa de abandono y heterogeneidad de la muestra incluida). **ECA 1+**

Un estudio retrospectivo (269) comparó las tasas de suicidio consumado e intentos de suicidio en pacientes con trastorno bipolar que recibieron tratamiento con litio frente a

valproato y/o otros anticonvulsivantes. Se observó un mayor riesgo de intentos de suicidio en los pacientes tratados con valproato frente a los que tomaban litio, aunque no un mayor riesgo de suicidio consumado. **Estudio de cohortes 2+**

El último estudio retrospectivo (270) comparó las tasas de conducta suicida entre el litio y anticonvulsivantes (valproato y carbamazepina) y entre periodos de toma del estabilizador versus discontinuación. Este estudio se ha excluido de las conclusiones de esta guía debido a la metodología del estudio y por sus limitaciones, entre otras, el empleo de múltiples psicofármacos de forma concomitante al litio y anticonvulsivantes. **Estudio de cohortes 2+**

Otros estudios de menor nivel de evidencia muestran también los efectos beneficiosos del tratamiento con litio sobre la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar.

Un trabajo (271) que incluye uno de los metanálisis anteriores (263) y un estudio retrospectivo (272), concluye que el litio reduce el riesgo de suicidio en pacientes con trastorno bipolar u otro trastorno afectivo mayor. Otra revisión narrativa sobre el papel de la psicofarmacología en la prevención del suicidio concluye que, en la actualidad, a pesar de los inconvenientes del tratamiento con litio, debería ser el tratamiento de elección para los pacientes con trastorno bipolar con riesgo de suicidio y parece tener un papel protector de los actos suicidas de pacientes con trastornos depresivos (273). **Metanálisis 1+ Estudio de cohortes 2+**

Por último, reseñar un documento editado por el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” que concluye que en pacientes con trastorno bipolar se ha demostrado que el tratamiento con sales de litio reduce el riesgo de conducta suicida y su mortalidad a partir del primer año y que la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida, por lo que se recomienda la retirada gradual al menos durante dos semanas (95). **Opinión de expertos 4**

Anticonvulsivantes

La acción de los fármacos anticonvulsivantes sobre los receptores GABAérgicos hace que además de su acción anticonvulsiva tengan también una acción ansiolítica, por lo que algunos de ellos podrían ser de utilidad en casos de riesgo suicida, al estabilizar el humor y reducir el comportamiento agresivo e impulsivo (274).

Existen pocos estudios que evalúen el efecto de los anticonvulsivantes sobre la conducta suicida, siendo metodológicamente limitados (267). La mayoría de los seleccionados en la búsqueda bibliográfica abordan el tratamiento con anticonvulsivantes en el trastorno bipolar (ver tabla 31) y sólo algunos en pacientes con trastorno afectivo mayor (263), esquizofrenia (4, 270, 275) o trastorno límite de la personalidad (236).

En esta revisión se incluyen estudios sobre ácido valproico y carbamazepina (ver Tabla 36), gabapentina (269), lamotrigina y oxycarbazepina (276). Sólo se encontró un estudio

que comparase el ácido valproico con la olanzapina (277). En la Tabla 36 se pueden ver las características, objetivos y conclusiones de los distintos estudios incluidos.

Tabla 36. Estudios del tratamiento con anticonvulsivantes en pacientes con riesgo o conducta suicidas

Autor; año (ref)	Pacientes	Comparación	Estudio, nivel de evidencia
Guía APA; 2003 (36)	Trastorno bipolar o esquizofrenia	CBZ/ AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Ernst y Goldberg; 2004 (236)	Trastorno bipolar	CBZ/AV vs litio	RS 2+
	Trastorno límite de personalidad	CBZ vs placebo	
Yerevanian et al.; 2007 (270)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia, manía	Distintos estabilizadores, AD, antipsicóticos y	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Yerevanian et al.; 2003 (275)	Trastorno bipolar I y II, trastorno esquizoafectivo, ciclotimia	CBZ/AV vs litio	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Collins et al.; 2008 (269)	Trastorno bipolar	Litio vs valproato/ gabapentina/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Goodwin et.al.; 2003 (272)	Trastorno bipolar I y II	Litio vs AV/ CBZ	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Sondergard et al.; 2008 (276)	Trastorno bipolar	Litio vs AC, LMG y ox- carbazepina)	Estudio observacional retrospectivo 2+
Baldessarini y Tondo; 2009 (267)	Trastorno bipolar.	Litio vs AC	Metanálisis 1+
Houston et.al.; 2006 (277)	Pacientes con trastorno bipolar	Riesgo suicida con olanzapina + litio o AV	ECA 1+

APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; AD: anti- depresivos; AC: anticonvulsivantes; AV: ácido valproico; CBZ: carbamazepina; LMG: lamotrigina; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Las conclusiones de los anteriores estudios se pueden resumir en:

- El riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio frente a los que reciben carbamazepina o ácido valproico (4, 267, 269, 272). **Metanálisis 1+ Estudio de cohortes 2+. RS de estudios 2+**
- Estudios que analizaban la carbamazepina y el ácido valproico frente a litio en pacientes con trastorno bipolar encontraron resultados favorables al litio

aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En pacientes con trastorno límite de personalidad, la carbamazepina presentó una disminución significativa de la conducta suicida respecto al placebo (236). **Estudio de cohortes 2-**

- Los estudios que concluyen que existe cierta protección de la carbamazepina frente a la conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar, presentan deficiencias metodológicas (270, 275). **Estudio de cohortes 2+**

Un estudio observó menor riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar tratados con litio que con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina), aunque en ambos casos, el tratamiento continuado disminuyó el riesgo de suicidio. En pacientes inicialmente tratados con anticonvulsivantes, las tasas de conducta suicida disminuyeron al cambiar a litio o utilizarlo como potenciador, mientras que no se modificaron si el tratamiento inicial era el litio y se realizó el cambio o la potenciación con un anticonvulsivante (276). **Opinión de expertos 4**

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con trastorno bipolar, los fármacos anticonvulsivantes son eficaces en el tratamiento de las fases maníacas (ácido valproico) o depresivas (lamotrigina), aunque no está demostrado que reduzcan las tasas de suicidio consumado o de tentativas de suicidio (95). **Estudio de cohortes 2+**

Respecto a pacientes con trastorno límite de la personalidad, se ha observado un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (236).

Riesgo de conducta suicida de los anticonvulsivantes

La *Food and Drug Administration* (FDA) advirtió en 2008 del incremento de conducta suicida en pacientes con trastornos mentales tratados con anticonvulsivantes (278). El estudio de once fármacos antiepilépticos mostró un incremento de la conducta suicida con todos ellos, manifestado ya una semana después del inicio de tratamiento y persistiendo durante 24 semanas. El riesgo relativo de suicidio fue mayor en los pacientes con epilepsia en comparación con pacientes con trastornos mentales. Aunque la FDA analizó sólo estos fármacos antiepilépticos, considera que sus conclusiones podrían ser extrapolables a todos los fármacos de este grupo terapéutico.

A raíz del documento anterior se llevaron a cabo diferentes estudios con el fin de dilucidar la relación existente entre fármacos anticonvulsivantes y conducta suicida (Tabla 37). Sin embargo, las conclusiones de los estudios son distintas y los pacientes evaluados presentaban trastornos diferentes.

Tabla 37. Estudios sobre el uso de anticonvulsivantes y riesgo de conducta suicida

Autor; año (ref)	Pacientes	Objetivo / Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Patorno et al.; 2010 (279)	Pacientes con tratamiento con AC	AC (topiramato o CBZ) frente otros AC (gabapentina, LMG, oxcarbazepina y TGB)	Estudio de cohortes retrospectivo 2+
Bjerring et al.; 2010 (280)	6780 suicidios con tratamiento AC	Investigar riesgo conducta suicida asociado a tratamientos AC	Estudio de cohortes retrospectivo 2-
Gibbons et al.; 2009 (281)	Pacientes con trastorno bipolar	Determinar si fármacos AC aumentan el riesgo de conducta suicida en pacientes con trastorno bipolar	Estudio observacional 3
Arana et al.; 2010 (282)	Pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar	Examinar asociación entre fármacos. AC y conducta suicida	Estudio de cohortes retrospectivo 2+

AC: anticonvulsivantes; CBZ: carbamazepina; TGB: tiagabina; LMG: lamotrigina; ref: referencia.

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Un estudio de cohortes retrospectivo (279) comparó los nuevos fármacos anticonvulsivantes (gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, y tiagabina) frente a fármacos de referencia como el topiramato y la carbamazepina. Para los autores, el uso de gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina y tiagabina aumentan el riesgo de conducta suicida en comparación con el uso de topiramato o carbamazepina. **Estudio de cohortes 2+**

En trastorno bipolar, un estudio observó una asociación entre algunos antiepilépticos y un aumento de riesgo de conducta suicida, si bien presentaba importantes limitaciones metodológicas (280). Otro estudio no evidenció incremento del riesgo de conducta suicida debido al tratamiento anticonvulsivante (281). **Estudio de cohortes 2. Serie de casos 3**

Por último, Arana et al. (282) estudiaron la asociación existente entre la utilización de fármacos anticonvulsivantes y la conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con epilepsia, depresión o trastorno bipolar. En la cohorte estudiada (5.130.795 pacientes incluidos en una base de datos de Reino Unido), y de forma contraria a la FDA, los autores no observaron asociación entre el uso de anticonvulsivantes y un riesgo incrementado de conducta suicida en pacientes con epilepsia o trastorno bipolar, aunque sí en pacientes con depresión o en aquellos tomaban anticonvulsivantes pero no presentaban epilepsia, depresión o trastorno bipolar. **Estudio de cohortes 2+**

Antipsicóticos

Los primeros antipsicóticos se utilizaron en la práctica clínica a principios de los años 50, formando actualmente un grupo heterogéneo de fármacos clasificados en de primera generación o convencionales y de segunda generación o atípicos. Ambos grupos han demostrado ser eficaces en el control de la conducta impulsiva, así como en el comportamiento autoagresivo y heteroagresivo (258).

La mayoría de los estudios localizados se realizaron en pacientes con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, y solo algunos en pacientes con depresión o con trastorno límite de la personalidad.

Antipsicóticos convencionales o de primera generación

No se conoce hasta qué punto, los antipsicóticos de 1ª generación, como flufenazina, tiotixeno y haloperidol, pueden ser beneficiosos a la hora de limitar el riesgo suicida de pacientes con trastornos psicóticos (4, 259). En la Tabla 38 se resumen los estudios incluidos.

La guía de la APA hace referencia a que desde la introducción en los años 50 de los antipsicóticos, los suicidios asociados a la esquizofrenia no han disminuido especialmente, lo que sugiere que los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (4). **Opinión de expertos 4**

Tabla 38. Estudios incluidos de pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación

Autor; año (ref)	Pacientes/estudios	Comparación	Estudio. Nivel de Evidencia
Ernst y Goldberg; 2004 (236)	14 estudios, pacientes con esquizofrenia, trastorno límite de personalidad u otros diagnósticos	Múltiples medicaciones (clorpromacina, flufenacina, haloperidol, trifluoperacina, flupentixol)	RS de distintos tipos de estudios 2++
Hawton et al.; 1998 (170)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol vs placebo	RS de ECAs 1+ (Sólo un estudio)
GPC NICE; 2004 (59)	Pacientes con 2 o más intentos previos de suicidio, N = 37 (18 fármaco y 19 placebo)	Flupentixol (20 mg depot) vs placebo	RS de ECAs 1+

GPC: guía de práctica clínica, APA: American Psychiatric Association; RS: revisión sistemática; ECA: ensayo clínico aleatorizado; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Una revisión sistemática observó que el haloperidol y la trifluoperazina se asociaban con una reducción del riesgo suicida debido al efecto reductor de la impulsividad. Las conclusiones de los autores resaltaban la alta variabilidad de los estudios publicados

hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (236). **RS de estudios 2+**

En pacientes con trastorno límite de personalidad, el tiotixeno (no comercializado actualmente en España), el haloperidol y la trifluoperazina presentan un efecto antiimpulsivo y, por tanto, una reducción de riesgo suicida (236, 258). **Opinión de expertos 4**

Un estudio en el que se comparó flupentixol (20 mg en forma depot, actualmente no disponible en España en esta formulación) frente a placebo, mostró una reducción significativa del riesgo de conducta suicida, aunque el ensayo era relativamente pequeño (30 personas completaron el tratamiento durante seis meses) y todos los sujetos habían tenido intentos previos de suicidio (170). **RS de ECA 1+**

Por su parte, la GPC realizada por NICE incluye también otro ECA realizado en 58 pacientes a tratamiento durante 6 meses con distintas dosis de flufenazina (12,5 mg vs 1,5 mg en forma depot), sin encontrar diferencias significativas en la reducción de episodios de conducta suicida (59). **RS de ECA 1+**

Por último, el “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, los antipsicóticos de segunda generación podrían ser superiores a los convencionales en la prevención del suicidio. Otra de las recomendaciones de dicho Comité es que el uso de los antipsicóticos depot sería más conveniente en pacientes con alto riesgo de suicidio, ya que aseguran el tratamiento y no pueden utilizarse con fines autolíticos. Además, en pacientes con trastorno límite de la personalidad o trastornos de la personalidad con elevada impulsividad, los antipsicóticos a dosis bajas resultarían útiles para el control del impulso suicida (95). **Opinión de expertos 4**

Antipsicóticos atípicos o de segunda generación

Clozapina

Es el antipsicótico atípico con más datos sobre la reducción del riesgo de conducta suicida y el único fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento y reducción del riesgo de conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia resistente.

En el anexo de material metodológico se muestran los objetivos, número de estudios y conclusiones de las guías, revisiones sistemáticas y metanálisis que abordan el tratamiento con clozapina.

Un estudio de cohortes (283) realizado en 2001 no encontró una protección significativa de la clozapina frente al suicidio consumado, aunque sí un menor riesgo global de muerte.

Estudio de cohortes 2+

En 2003 se realizó el *International Suicide Prevention Trial* (InterSePT), un ECA multicéntrico e internacional con 980 pacientes que comparaba el efecto de la clozapina frente a olanzapina sobre la conducta suicida en pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, todos ellos con intentos de suicidio previos o ideación suicida actual. A los dos años de seguimiento se observó una reducción significativa de la conducta suicida en aquellos pacientes tratados con clozapina, aunque sin diferencias estadísticamente significativas en la tasa de suicidio consumado (284).

ECA 1++

Todos los metanálisis y revisiones posteriores (4, 49, 77, 236, 242) hacen mención a ambos estudios y apoyan las conclusiones del InterSePT. Otros estudios de carácter no sistemático (22, 271, 273, 285) hacen también hincapié en los beneficios de la clozapina en la prevención de intentos de suicidio en pacientes esquizofrénicos o con trastornos esquizoafectivos, si bien en algún caso se indica que esta reducción es menor que la que produce el litio en los pacientes con trastornos afectivos (271). **Opinión de expertos 4**

El “Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales” concluye que en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que han realizado un intento de suicidio o presentan ideación suicida, la clozapina se debería considerar como el único fármaco antipsicótico que ha demostrado una reducción en las tasas de tentativas de suicidio y otras conductas suicidas (95). **Opinión de expertos 4**

A pesar de todo ello, la clozapina está considerada un medicamento de especial control médico pudiendo ser utilizada sólo en el caso de que el paciente sea resistente al tratamiento con otros antipsicóticos y en España no está permitido su uso como antipsicótico de primera elección.

Olanzapina

Los resultados del estudio InterSePT (284) en cuanto a reducción de la conducta suicida son mejores para la clozapina que para la olanzapina. Destacar que los intentos de suicidio en los pacientes tratados con olanzapina fueron aproximadamente la mitad que los producidos previamente a la introducción del tratamiento, lo que sugiere también un posible efecto beneficioso de la olanzapina sobre el riesgo de conducta suicida. **ECA 1++**

La revisión sistemática de Ernst et al. (236) realizó tres comparaciones con olanzapina: Olanzapina frente a risperidona en pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos: tras 28 semanas se obtuvieron tasas significativamente más bajas de intentos de suicidio con la olanzapina. **RS de estudios 2+**

- Olanzapina frente a haloperidol en pacientes psicóticos crónicos: al año de seguimiento se observó un riesgo 2,3 veces menor de comportamiento suicida con la olanzapina.
- Olanzapina frente haloperidol y frente a placebo: no se encontraron diferencias en la incidencia de suicidio entre los tres grupos, aunque sí una reducción de pensamientos suicidas en el grupo de la olanzapina.

Risperidona

Los estudios realizados hasta la fecha con risperidona son metodológicamente limitados debido al tamaño muestral. La revisión sistemática de Ernst et al. (236) realiza un epígrafe sobre risperidona y además del estudio reseñado anteriormente de olanzapina frente risperidona, incluye un estudio realizado en 123 pacientes con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo, depresión psicótica o esquizofrenia en el que se compara la risperidona frente a una combinación de haloperidol y amitriptilina, no observando diferencias significativas en la ideación suicida. Otro estudio incluido en esta revisión presentaba un escaso tamaño muestral por lo que no se ha tenido en cuenta. **RS de estudios 2+**

Un ECA llevado a cabo en 2008 con el objetivo de investigar la eficacia de la risperidona administrada conjuntamente con antidepresivos sobre la conducta suicida en pacientes con depresión mayor observó que la risperidona como coadyuvante es beneficiosa en este tipo de pacientes y reduce el riesgo suicida. Ahora bien, su extrapolación a la práctica clínica es difícil debido nuevamente al pequeño tamaño muestral (286). **ECA 1+**

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador considero que la recomendación No. 41 debía ser modificada, para que abarcara la población a niños, niñas y adolescentes (NNA) con depresión mayor y aunado a ellos, modificar los ejemplos del paréntesis por antidepresivos + psicoterapia. Lo anterior dado que para el caso de los NNA la evidencia demuestra que existen otras opciones terapéuticas.

El grupo de expertos considero que el tratamiento específico de las patologías asociadas a la conducta suicida excede los alcances de la guía ya que cada una de estas será terma de la guía a la que corresponda.

En relación a la psicoterapia, los expertos consideran que si bien las terapias cognitivo conductuales son las intervenciones psicoterapéuticas más estudiadas en este campo, no hay estudios comparativos que demuestren la superioridad de la efectividad de este tipo de psicoterapias sobre otras que también han mostrado resultados favorables. De otra parte, como se menciona en la evidencia de esta GPC, las psicoterapias, independientemente de su modelo u orientación, tienen elementos comunes que afectan potencialmente los resultados y no siempre están estandarizadas, pudiendo existir "diferencias individuales y pequeñas variaciones que influyen en el resultado". En la práctica clínica, es usual que las psicoterapias combinen intervenciones de diversas orientaciones, por ejemplo técnicas familiares sistémicas y cognitivo conductuales. Por lo anterior, el grupo de expertos y el panel invitado al consenso formal consideró dejar sólo psicoterapias en la recomendación.

10.1.2.2 Sedación

10.1.2.2.1 Recomendaciones

45. La sedación con medicamentos puede ser necesaria si la persona muestra un comportamiento violento, agitado, o síntomas de psicosis. Considere la posibilidad de prescribir un antipsicótico como el haloperidol o una benzodiacepina de vida corta o media como el clonazepam o midazolam que son las únicas que se encuentran en presentación intramuscular.

En caso que el paciente acepte vía oral se intentará con una benzodiacepina de vida corta o media o un antipsicótico de dispersión oral como Olanzapina o Risperidona.

En niños menores de doce años una alternativa son los antihistamínicos como difenhidramina. (NZGG 2008)

Recomendación C

46. Los antipsicóticos, las benzodiacepinas y cualquier depresor del Sistema Nervioso Central, está contraindicado en pacientes con intoxicación exógena y depresión del Sistema Nervioso Central, evidenciado por disminución en el estado de alerta, de la atención o de la conciencia. (NZGG 2008)

Recomendación A

Punto de buena práctica

- ✓ Los antipsicóticos pueden causar reacciones distónicas dolorosas para algunas personas, particularmente entre aquellas personas que nunca han tomado un antipsicótico antes. En tales casos, se aconseja la co-prescripción de un agente anticolinérgico (como biperideno) o un antihistamínico. (NZGG 2008)
- ✓ Las benzodiazepinas sólo deben utilizarse para la sedación como medida a corto plazo. Deben administrarse bajo supervisión. (NZGG 2008)
- ✓ Compruebe si hay reacciones alérgicas a algunos medicamentos sedantes. Pregúntele a la persona u obtenga antecedentes de la historia clínica. (NZGG 2008)
- ✓ Si una persona ha sido sedada y luego tiene que ser transportada a otro lugar para la evaluación, deberá hacerse con apoyo médico durante el traslado. El médico que lo acompaña debe estar al tanto de posibles complicaciones médicas de la sedación (p. Ej., Paro respiratorio después del uso intravenoso de benzodiazepinas). (NZGG 2008)

10.1.2.2 Resumen de la evidencia

Algunos pacientes extremadamente angustiados o agitados, pueden beneficiarse de alguna sedación farmacológica. El objetivo es prevenir o evitar daño a otros, a su entorno físico o así mismo y disminuir su angustia lo suficiente para que puedan describir qué los está inquietando, y de este modo definir la estrategia de tratamiento. Este no es un tratamiento para las dificultades psicológicas subyacentes. La sedación urgente solo debe usarse bajo supervisión médica y cuando otros métodos no farmacológicos, tales como una observación “especializada” y el apoyo de familia y allegados no funcionan adecuadamente.

El médico tratante de un paciente con conducta suicida y/o heteroagresividad deberá tener en cuenta la legislación Colombiana cuando sea necesario hacer internación involuntaria y contención farmacológica o física en cuyo caso deberá consignar en la historia clínica claramente las indicaciones precisas que lo llevaron a tomar cualquier decisión de tratamiento, procurar conseguir el consentimiento de un familiar o representante legal y como lo dicta la **Ley 1306 de 2009 en su artículo 21 (287)** sobre el Internamiento psiquiátrico de Urgencia “deberá informar al instituto de Bienestar Familiar, dentro de los 5 días hábiles siguientes, el ingreso del paciente internado de urgencia, relacionando los datos sobre identidad, estado clínico y terapia adoptada”.

Eso establece que un médico puede sedar urgentemente a una persona, mediante inyección si es necesario, si tiene “bases razonables para creer que la persona presenta un daño significativo para ella misma o cualquier otra persona” (10).

Debe reconocerse que la sedación podría nublar el estado mental de una persona (adormilándola o confundiéndola), lo cual puede hacer más difícil la valoración. También debe usarse con extrema precaución si la persona ya está drogada con alcohol u otros fármacos.

Broadstock (10) revisó 12 artículos de investigación que reportaban ensayos controlados aleatorizados en escenarios de sala psiquiátrica y de urgencias y encontró que los enfoques farmacológicos para sedación urgente parecen ser tanto efectivos como de seguridad razonable. No se sugirieron beneficios definitivos de un antipsicótico sobre otro, antipsicótico sobre benzodiazepinas o combinaciones de fármacos sobre regímenes de fármacos simples. (El principal foco de esta revisión fue en personas que fueron violentas más que suicidas per se). Sin embargo, el haloperidol es contraindicado para pacientes depresivos (a menos que se establezcan en medicación antidepresiva), o donde podría suceder depresión del sistema nervioso central (SNC) (tal como si hubieran estado bebiendo). El haloperidol solo debe usarse para sedación si la persona muestra comportamiento violento o agitado, o síntomas de psicosis. Hay precauciones acerca del uso de benzodiazepinas en el largo plazo con personas que son suicidas (10).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador posterior al análisis de la implementabilidad de estas recomendaciones en el contexto colombiano, considero realizar el ajuste de las recomendaciones en relación a la disponibilidad y acceso a medicamentos de acuerdo al registro sanitario vigente en Colombia. Para el caso de la recomendación 45, de acuerdo a las necesidades particulares para los niños se planteó como opción, el uso de difenhidramina.

11 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

11.1 Recomendaciones

47. La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor y que presenten ideación y/o conducta suicida, que pongan en peligro su vida, y que no han respondido a otros tratamientos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

47.1 Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

Puntos de buena práctica

- ✓ La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente (adolescentes (14-18 años) y adultos), teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente. En todos los casos se deberá obtener el consentimiento informado por escrito. (avalia-t 2012)
- ✓ Su aplicación debe ser consultada con los padres o allegados del paciente. (Nueva de expertos)
- ✓ No se recomienda terapia electroconvulsiva en menores de 12 años. (Nueva de expertos)

11.1.1.1 Resumen de la evidencia

La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, la TEC ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia (1, 2, 4, 288, 289).

La técnica precisa ser realizada con anestesia general y se han descrito efectos secundarios inmediatos, como confusión mental, amnesia y cefalea y trastornos cognitivos a corto plazo (288, 290).

La decisión de indicar la TEC deberá basarse siempre en criterios como la gravedad de la enfermedad, la consideración de indicaciones y contraindicaciones médicas, la resistencia

a otros tipos de tratamiento, la valoración de situaciones especiales como el embarazo o el riesgo grave de suicidio, antecedentes de buena respuesta en un episodio anterior y la preferencia del paciente (291).

Eficacia y seguridad de la TEC en el tratamiento de la conducta suicida

En 2005 se publicó una revisión sistemática con el objetivo de establecer la efectividad y el coste-efectividad de la TEC como tratamiento de la depresión (uni o bipolar), esquizofrenia, catatonía y manía (292). Los estudios incluidos evaluaban la TEC sola o asociada a fármacos o psicoterapia frente al tratamiento con TEC simulada, fármacos o estimulación magnética transcraneal. Los autores incluyeron cuatro revisiones de estudios de diferente diseño metodológico (293-296) y dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, la del grupo Reino Unido - TEC (297) y la del *Cochrane Schizophrenia Group ECT* (298), en las que se evidencia la eficacia y seguridad del tratamiento con TEC en pacientes con depresión mayor, no existiendo suficiente evidencia para realizar conclusiones sobre su efectividad en la esquizofrenia, catatonía y manía.

En esta revisión, el suicidio como variable de resultado no fue evaluado en ninguno de los ensayos clínicos incluidos. La evidencia se obtuvo únicamente de estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo que muestran resultados positivos (aunque a veces contradictorios) respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (Tabla 39).

Posteriormente a la citada revisión (292), únicamente se ha publicado un ECA y dos estudios caso control que evalúan la TEC y consideran la conducta suicida como variable de resultado.

Un estudio retrospectivo caso control en 30 pacientes tratados con TEC por presentar trastorno mental grave (trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno esquizoafectivo), asociado o no a abuso de sustancias, calculó la puntuación obtenida con el 24-ítem *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS-24) antes y después de recibir la TEC. Los resultados se compararon con las puntuaciones al ingreso y al alta de controles pareados que no recibieron TEC, aunque sí tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron una mejoría de las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala, siendo mayor en el grupo TEC, y dentro de él, fue más pronunciado en el grupo con trastorno mental grave asociado a abuso de sustancias. Los autores sugieren que la TEC podría ser una de las primeras opciones de tratamiento en pacientes con trastornos depresivos graves, ideación suicida y abuso de sustancias (299). **Estudio caso-control 2+**

Tabla 39. Estudios observacionales que abordan el tratamiento de la conducta suicida con TEC

Autor; año (ref)	Tipo de estudio. Nº pacientes	Diagnóstico	Resultados
Tsaung et al.; 1979 (300)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 74	Trastorno esquizoafectivo	No mortalidad por suicidio en los pacientes tratados con TEC, frente a tres suicidios entre los que no la recibieron
Avery y Winokur; 1976 (301)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 519	Trastorno depresivo	Menor conducta suicida en pacientes que recibieron TEC o tratamiento antidepresivo respecto a pacientes con tratamiento antidepresivo inadecuado o que no recibieron ni TEC ni antidepresivos
Babigian y Guttmacher; 1984 (302)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = ND	Trastorno depresivo	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes con trastorno depresivo que recibieron TEC y controles que no la recibieron
Black et al.; 1989 (303)	Estudio retrospectivo de serie de casos N = 1076	Trastorno afectivo primario	No diferencias en la tasa de suicidio entre pacientes tratados con TEC, antidepresivos o un tratamiento considerado inadecuado
Sharma; 1999 (304)	Estudio de casos y controles N = 45	Depresión mayor (45%), trastorno bipolar (27%), esquizofrenia (13%), trastorno esquizoafectivo (9%) y otros diagnósticos (9%)	Mayor número de suicidios (n = 7) en el grupo tratado con TEC que en el grupo control (n = 2)

N: número de pacientes; TEC: terapia electroconvulsiva; ref: referencia. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Un estudio de 1206 pacientes ingresados por depresión mayor grave entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998 observó que los intentos de suicidio fueron menos frecuentes durante y después de la TEC que con el tratamiento con fármacos antidepresivos, y la gravedad del intento de suicidio se redujo en aquellos pacientes con al menos 4 semanas de tratamiento farmacológico antidepresivo, en comparación con no tratamiento y TEC. Por ello, los autores recomiendan la continuación con tratamiento antidepresivo después del tratamiento con TEC, lo que podría tener un efecto preventivo disminuyendo la tasa de suicidios consumados y reduciendo la severidad y la frecuencia de intentos de suicidio (305). **Estudio caso- control 2+**

Por último, en pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar sometidos a tres sesiones semanales de TEC bilateral se observó que de los 131 pacientes con alta intencionalidad suicida expresada, alcanzaron cero puntos en la escala de Hamilton (ausencia completa de ideas, gestos y conducta suicida) el 80,9% de los mismos, el 38% al cabo de una semana de tratamiento y el 61,1% tras dos semanas (306). **Serie de casos 3**

Guías de Práctica Clínica y documentos de consenso

NICE (288) basándose en los mismos estudios incluidos en una revisión sistemática previa (292), considera que la TEC debería utilizarse únicamente para conseguir una rápida mejoría cuando persisten síntomas graves a pesar de un tratamiento adecuado y/o cuando se considera que el cuadro clínico puede amenazar la vida de la persona, en pacientes con depresión mayor grave, catatonia o un episodio maníaco grave o prolongado. **RS de distintos tipos de estudios 3**

El *Royal College of Psychiatrists* (Reino Unido) (289) considera que la TEC podría ser el tratamiento de elección en el trastorno depresivo grave cuando existe una necesidad urgente de tratamiento, como por ejemplo, cuando el episodio se asocia con: **Opinión de expertos 4**

- Conducta suicida
- Ideación o planes suicidas serios
- Situación que amenaza la vida debido a que el paciente rechaza alimentos o líquidos.

El *Bundesärztekammer* (Asociación Médica Alemana) (1) propone la TEC como tratamiento de primera elección en varias patologías y, en concreto, en la depresión grave con alta probabilidad de suicidio o rechazo de alimentos. **Opinión de expertos 4**

El *Australian and New Zealand College of Psychiatrists* (2) considera que la principal indicación de la TEC sería la depresión mayor, especialmente con síntomas psicóticos o catatónicos y/o riesgo suicida o de rechazo de comida o bebida. **Opinión de expertos 4**

La APA (4), basándose en un documento previo (307), recomienda la TEC en aquellos casos de depresión mayor grave con presencia de ideación o conducta suicidas y, en algunas circunstancias, en casos de ideación o conducta suicidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar maniaco o mixto. Aunque no existe evidencia de la reducción a largo plazo del riesgo de suicidio, tras el empleo de un ciclo de TEC, la APA recomienda un mantenimiento con fármacos o TEC. **RS de distintos tipos de estudios 3**

El Consenso Español sobre TEC (291) considera como síndromes depresivos con indicación primaria de TEC, aquellos episodios depresivos graves con o sin síntomas

psicóticos, cuando existe inhibición intensa, alto riesgo de suicidio o ansiedad/agitación severas.

Otras indicaciones que se consideran son:

- Resistencia o contraindicación al tratamiento antidepresivo
- Depresión/manía durante el embarazo
- Situaciones somáticas críticas que requieran una rápida respuesta terapéutica.

No se hace referencia a la TEC en otros trastornos como esquizofrenia o manía aguda. En la Tabla 40 se resumen los principales diagnósticos y situaciones clínicas en las que estaría indicada la TEC.

Tabla 40. Diagnósticos en los que la TEC podría considerarse como indicación primaria

- Depresión mayor grave,
 - con alto riesgo de suicidio (1, 2)
 - con/sin síntomas psicóticos
 - con necesidad de rápida respuesta terapéutica
 - por preferencia del paciente (3)
- Esquizofrenia con ideación o conducta suicidas grave (4) y/o grave agitación o estupor catatónico
- Trastorno esquizoafectivo con ideación o conducta suicidas grave (4)

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

En relación a la utilización de la TEC en niños y adolescentes, la evidencia científica es limitada debido a la falta de estudios controlados que demuestren su efectividad, si bien estudios de casos sugieren que podría ser efectiva en ciertas situaciones de depresión mayor del adolescente, no existiendo estudios en niños preadolescentes (237).

La terapia electroconvulsiva se considera un tratamiento eficaz para los pacientes con trastorno mental grave y con efectos secundarios mínimos comparados con los psicofármacos. Según los estudios de distintas series de pacientes, este riesgo está entre 1/10.000 o 1/25.000 pacientes, que es similar al de cualquier procedimiento quirúrgico menor que utilice anestesia general de corta duración, no obstante el hecho de que se trate de un procedimiento que requiere administración de anestesia y que su uso pueda generar algún efecto como confusión mental, amnesia y cefalea hace que se requiera obligatoriamente para su realización adecuadas normas de buena práctica clínica del equipo tratante y el debido consentimiento informado por el paciente o en su defecto por el representante legal, y así asegurarse de informar adecuadamente las indicaciones (en este caso depresión mayor con conducta suicida que ponga en riesgo la vida y que no haya respondido a otros tratamientos) y contraindicaciones como: presión intracraneal aumentada, hemorragia cerebral reciente, malformaciones vasculares, aneurismas cerebrales, Infarto de Miocardio, Accidente Cerebrovascular transitorio, glaucoma de ángulo cerrado, cirugía ocular reciente y procesos degenerativos óseos graves).

Aunque en ciertos casos cuando la capacidad de decisión del paciente este alterada y la obtención del consentimiento se dificulte, las instituciones y el equipo tratante deben procurar tomar la decisión en forma compartida con el paciente o representante legal, tanto para adultos como para menores adultos (14- 18 años) la depresión no excluye la capacidad de decisión en todos los casos, aquí si es importante evaluar la capacidad para la toma de decisiones, sin embargo prevalece el interés superior del menor en tanto este en riesgo su integridad física. (Sentencia T968 del 2009, Sentencia C-900 del 2011, Sentencia T477 de 1995: sobre el interés superior del menor y consentimiento informado en pediatría) (308-310).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

Para mejorar la comprensión de la recomendación orientada a terapia electroconvulsiva, el grupo desarrollador modificar la redacción de la recomendación e incluir dos puntos de buena práctica orientados a la consulta que se debe realizar a los padres o allegados del paciente, así como que esta terapia no debe realizarse en menores de 12 años.

12 PLANIFICACIÓN DEL ALTA DEL PACIENTE

12.1.1 Recomendaciones

 48. El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio.

*El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida. (NZGG 2008)

Recomendación A

 49. Si la persona no asiste a su cita de seguimiento y se cree que todavía tiene un riesgo significativo de suicidio, el clínico debe hacer esfuerzos para contactar a esa persona inmediatamente para evaluar su riesgo de ideación y/o conducta suicida o auto-agresión. (NZGG 2008)

Recomendación D

50. Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas domiciliarias, de cuidadores y familiares, gestores comunitarios, técnicos en salud pública, auxiliares de enfermería y gestores de las EAPB) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.

(mhGAP 2016)

51. Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, tome las debidas precauciones, active apoyo psicosocial y consulte a un especialista de salud mental si está disponible

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

- ✓ El plan de alta debe ser desarrollado en consulta con la persona y sus personas clave de apoyo (incluyendo la familia si es apropiado) y clínicos. (NZGG 2008)
- ✓ Si procede, la familia o los parientes deben ser informados del riesgo de la persona, informados de su próxima cita e invitados a asistir. También deben participar en los procesos de planificación del alta. (NZGG 2008)
- ✓ El equipo de cuidado continuo debe recibir al menos un reporte verbal previo al alta. También deben estar incluidos en el plan de alta médica reuniones o proceso de toma de decisiones. (NZGG 2008)
- ✓ A la salida del paciente, el médico tratante expedirá la epicrisis junto con la formulación y el plan completo de tratamiento y seguimiento, así como contactos clave para llamar si es necesario. (NZGG 2008).

12.1.2 Resumen de la Evidencia

Los primeros días y semanas posteriores a la dada de alta del hospital se asocian con un riesgo incrementado de suicidio particularmente para personas que se admitieron después de un intento suicida, con ideación suicida o depresión (10).

El seguimiento de las personas que no toman tratamiento después del alta, aumenta de manera significativa su disposición subsecuente para participar en el tratamiento (10).

En consecuencia, cuando se toma la decisión de dar de alta a una persona, o a no admitir a una persona con conducta suicida o factores de riesgo elevados, es recomendable que ocurran los siguientes pasos.

1. Si no se admite a una persona, escribir en detalle en la historia clínica el por qué una persona no ha sido hospitalizada y hacer arreglos de seguimiento para garantizar seguridad, así como manejo y cuidado continuo.
2. Programar citas de seguimiento por el profesional tratante en los primeros días después de la dada de alta.
3. Hacer que participen la familia, familia extendida y allegados en la planeación del alta.

El equipo tratante dará las indicaciones pertinentes al paciente y acudientes para el manejo en casa y el correspondiente plan de seguimiento el cual también deberá quedar consignado en la historia clínica.

Resumen de la evidencia

Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la conducta suicida

Terapias de corte cognitivo-conductual

1+	Las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en adultos con conducta suicida cuando se comparan con “no tratamiento” o “tratamiento habitual”. Cuando se comparan con otras formas de psicoterapia no existen diferencias significativas en la efectividad comparada (178) .
1+	Las terapias cognitivo-conductuales son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir ésta de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados (178) .
1+	En adultos, los tratamientos cognitivo-conductuales de carácter individual o combinados con sesiones grupales obtienen mejores resultados que en formato grupal. Sin embargo, en adolescentes, la terapia grupal parece más eficaz que la terapia individual (178) .
1+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y conducta suicida, la TDC muestra una efectividad comparable al resto de tratamientos cognitivo-conductuales (178) .

1+	Sobre la TCC en formato grupal para adolescentes con conducta suicida previa, aunque en el metanálisis de Tarrier et al. (178) se concluyó que era más efectiva que el tratamiento habitual basándose en un estudio realizado por Wood et al. (182) , dos ECA posteriores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (215, 218) .
1+	En adultos mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el tratamiento antidepresivo o TRP y seguimiento telefónico obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual (210) .
1++	En adolescentes con depresión mayor, la terapia combinada de fluoxetina y TCC produjo una mejoría más rápida en comparación con fluoxetina y TCC de forma independiente, lo que representa un efecto protector de la conducta suicida (183) . Sin embargo en adolescentes con depresión moderada grave, la TCC en combinación con fluoxetina y cuidados estándar amplios no fue más efectiva que la fluoxetina combinada con dichos cuidados (212) .

1+	La terapia cognitivo-conductual redujo de forma significativa la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (211) , en pacientes con conducta suicida recurrente (214) y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a la medicación (213) .
1+	Tanto la TDC como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (216) .
1+	En adolescentes con depresión y riesgo suicida, la TRP redujo de forma significativa las puntuaciones de las escalas de depresión, disminuyó el riesgo de suicidio y aumentó significativamente la autoestima y la asertividad (209) .
3	En adolescentes con trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar, la terapia dialéctico-conductual podría ser efectiva en la reducción de la conducta e ideación suicidas (220) .
Terapia interpersonal	
1+	La terapia interpersonal psicodinámica breve realizada en adultos tras un episodio de intoxicación medicamentosa voluntaria obtuvo a los 6 meses mejores resultados (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck y mayor satisfacción con el tratamiento) que el tratamiento habitual (223) .
1+	En mayores de 60 años con depresión e ideación suicida, tras 24 meses de tratamiento con TIP y/o citalopram, se redujo de forma significativa la ideación suicida en comparación con el grupo que recibió tratamiento habitual (225) .
1+	Una intervención intensiva de TIP en adolescentes con riesgo suicida fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (226) .
Terapia familiar	
1+	No existe evidencia suficiente para determinar si en menores de 16 años con ideación y conducta suicidas, la terapia familiar es un tratamiento eficaz (227) .
Terapia psicodinámica	
	En pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, la terapia psicodinámica deconstructiva fue eficaz en la disminución de la
1+	En pacientes con trastornos de la personalidad, la combinación de terapia psicodinámica y cognitivo-conductual en hospital de día (formato grupal durante 18 semanas) no obtuvo mejores resultados que el tratamiento ambulatorio habitual (231) .

Tratamiento farmacológico de la conducta suicida

Antidepresivos	
1+	En pacientes con depresión mayor, el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina reduce la ideación suicida cuando se compara con placebo, si bien no está demostrado en estudios de larga duración. No se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos aumente el riesgo de suicidio (236) .
1++	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida, la terapia combinada (ISRS-fluoxetina + TCC) redujo la ideación suicida de forma significativa (183) .
1+	En pacientes mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el seguimiento mantenido y el tratamiento con terapia combinada (citalopram u otro antidepresivo + TIP), redujo la ideación suicida y aumentó las tasas de remisión de la depresión a largo plazo (225) .
2+	En pacientes con trastorno bipolar se observó que los intentos de suicidio fueron más frecuentes en aquellos que recibieron tratamiento con antidepresivos en monoterapia (244) . En pacientes con trastorno bipolar tipo I se ha observado riesgo de desestabilización psicopatológica si los antidepresivos no se acompañan de estabilizadores del ánimo (245) .
Litio	
1+	El tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos. Este efecto se atribuye a la disminución de la agresividad e impulsividad (263) .
1+	Aunque en menor proporción que el litio, el ácido valproico y la carbamazepina se han mostrado también eficaces en la reducción de la conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar (267) .
1+	Un ensayo clínico observó una asociación entre el tratamiento con litio y un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente (268) .
4	En pacientes con trastorno bipolar, la retirada rápida del litio se asocia con un aumento de la conducta suicida (95) .
Anticonvulsivantes	

1+	En pacientes con trastorno bipolar, el riesgo de conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) es menor cuando éstos son tratados con litio que con carbamazepina o ácido valproico (267, 269, 272) .
2+	En pacientes con trastorno límite de la personalidad existe un efecto favorable del tratamiento con carbamazepina sobre el control de la impulsividad y la conducta suicida (236) .
2+	Los pacientes con trastorno bipolar a tratamiento continuado con anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina y oxcarbazepina) presentan una reducción de las tasas de conducta suicida, si bien los resultados sugieren una superioridad del tratamiento continuado con litio en la prevención del suicidio (276) . Existe controversia sobre si los fármacos anticonvulsivantes incrementan o no el riesgo de conducta suicida. Mientras que la FDA avisa de un posible aumento, estudios posteriores no encuentran asociación significativa entre el empleo de anticonvulsivantes y la conducta suicida (278, 279, 282) .
Antipsicóticos	
2+	Una revisión sistemática de antipsicóticos de primera generación resaltaba la alta variabilidad de los estudios publicados hasta ese momento respecto al tratamiento, dosis, duración, medicación concomitante y diagnósticos, lo que limitaba poder realizar conclusiones generalizadas sobre su eficacia en la conducta suicida (236) .
4	Para algunos autores, los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida (4).
1++	La clozapina ha mostrado una reducción significativa de la conducta suicida en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia (284) .
1+	En pacientes adultos con esquizofrenia, la olanzapina ha mostrado una reducción de la conducta y del pensamiento suicida, aunque en menor grado que la clozapina (284) .
1+	La risperidona como coadyuvante en pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida podría ser beneficiosa y reducir el riesgo suicida (286) .
Terapia electroconvulsiva	

3	Estudios observacionales realizados en pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo o esquizoafectivo muestran resultados positivos respecto a un posible efecto de la terapia electroconvulsiva sobre la conducta suicida (292) .
2+	Un estudio caso-control realizado en 30 pacientes con trastorno mental grave asociado o no a abuso de sustancias, mostró una mejoría en las puntuaciones relativas a las áreas de depresión y de suicidio de la escala Brief Psychiatric Rating Scale. Los resultados se compararon con controles pareados que no recibieron TEC aunque sí tratamiento farmacológico, siendo más favorables en el grupo que recibió TEC y que presentaba también abuso de sustancias (313).
2+	En un estudio caso-control realizado con pacientes con depresión mayor grave (ingresados entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998), los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en los tratados con terapia electroconvulsiva que en los que recibieron fármacos antidepresivos (305) .
3	En pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar, la terapia electroconvulsiva redujo la intencionalidad suicida, alcanzando cero puntos en la escala de Hamilton el 38% de los pacientes al cabo de una semana, el 61% tras dos semanas y el 76% a las tres semanas (306) .

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

Para esta sección “planificación de alta del paciente” el grupo desarrollador no realizó modificación de las recomendaciones.

13 ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Preguntas para responder

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional

¿Qué programas sobre prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional?

Potenciación de factores protectores y resiliencia

¿Qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores de protectores y resiliencia?

Restricción del acceso a medios letales

¿Qué medidas se pueden tomar para la restricción de medios letales?

Medios de comunicación y suicidio

¿Qué medidas pueden adoptar los medios de comunicación para reducir la conducta suicida en la población?

¿Cuál es el papel de Internet en la conducta suicida?

Programas formativos de prevención de la conducta suicida

Los programas formativos de sensibilización, detección y abordaje de la ideación y la conducta suicida llevados a cabo en profesionales sanitarios ¿se han mostrado efectivos a la hora de reducir las tasas de suicidio consumado?

¿Desde el punto de vista formativo, qué medidas de prevención de la conducta suicida podrían realizarse en profesionales no sanitarios?

13.1 Programas generales de prevención de la conducta suicida

13.1.1 Recomendaciones

52. Se recomienda la puesta en marcha de líneas de acción específicas que mejoren el acceso a los servicios para la prevención y tratamiento adecuado de la ideación y/o conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales de la salud en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Formación en los primeros auxilios psicológicos y emocionales
- Educación a la población general
- Educación a los profesionales de los medios de comunicación sobre cómo deben publicar las noticias de suicidios para evitar la imitación de la conducta y el acto suicida (Efecto Werther), omitiendo los elementos que puedan inspirar compasión al lector y no sugerir que el suicidio ha contribuido en algún modo a resolver los problemas del suicida.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación y/o conducta suicida.

- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con ideación y/o conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en los profesionales de la salud como en la población general
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación C

53. Se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación. (avalia-t 2012)

Recomendación C

54. Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamiento.”

(mhGAP 2016)

55. Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.

(mhGAP 2016)

56. Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.

- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

(mhGAP 2016)

13.1.2 Resumen de la evidencia

Desde hace más de 40 años, la OMS recomienda la elaboración y aplicación de estrategias de prevención del suicidio, y en el año 1969 publicó un documento donde reconocía la importancia de encuadrar la prevención del suicidio en el campo de la salud pública y la necesidad de establecer centros de prevención del suicidio a nivel nacional y local (311). En 1984, los países de la oficina regional para Europa de la OMS incluyeron la reducción del suicidio dentro de sus objetivos de política sanitaria (312).

Más tarde, en 1999 emitía una iniciativa a nivel mundial llamada SUPRE (*Suicide Prevention*) (313) con el propósito de reducir la progresiva mortalidad debida al suicidio.

Entre los objetivos generales del programa estaba disminuir la morbilidad relacionada con la conducta suicida y eliminar los tabúes que rodean al suicidio. Destacaba que la prevención del suicidio requiere la intervención de un equipo multidisciplinar, incluyendo sectores sanitarios y no sanitarios. Para ello elaboró una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales particularmente relevantes para la prevención del suicidio:

- Médicos generales (80) y profesionales de atención primaria (32)
- Profesionales de los medios de comunicación (314)
- Docentes y demás personal institucional (315), orientadores psicopedagógicos (316)
- Funcionarios de prisiones (317)
- En el trabajo (318)
- Respuesta de primera línea (bomberos, policías y socorristas) (319)
- Supervivientes de un suicidio (320).

En una reunión de la OMS en 2004, sobre las “Estrategias de Prevención del Suicidio en Europa”, se plantearon las siguientes recomendaciones basadas en una revisión sistemática previa (321): **RS de estudios 2+**

- La prevención de la conducta suicida necesita un enfoque global y debe ser responsabilidad de los gobiernos
- Son necesarios programas de prevención del suicidio que incluyan intervenciones específicas para los diferentes grupos de riesgo, contando para ello con los diferentes sectores implicados
- Los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en servicios de urgencias, deben estar capacitados para identificar el riesgo de suicidio y para colaborar con los servicios de salud mental
- La formación de los profesionales y la educación de la población general debe centrarse en los factores de riesgo y protección
- Es necesario fomentar la investigación y la evaluación de los programas de prevención del suicidio
- Los medios de comunicación deben participar y seguir las directrices propuestas por la OMS.

Diferentes países han desarrollado estrategias para la prevención del suicidio, definidas como “un enfoque global y nacional para reducir la conducta suicida, mediante respuestas coordinadas y culturales en múltiples sectores públicos o privados de la sociedad” (144). Así, países como EE.UU., Dinamarca, Nueva Zelanda, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemania, Finlandia o Noruega (144, 321-325), entre otros, han elaborado estrategias nacionales para la prevención del suicidio siguiendo las propuestas de la OMS.

Mann et al. (326) propusieron un modelo de prevención basado en las intervenciones que han demostrado efectividad en la prevención del suicidio en pacientes con presencia de trastornos mentales y otros factores de riesgo. En este modelo, las intervenciones

preventivas se centran en los siguientes aspectos: formación de los profesionales de atención primaria, concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación) (gráfico 10). **RS de estudios 2+**

Las revisiones sistemáticas realizadas en este campo, en la línea de las propuestas de la OMS, y los programas de prevención del suicidio existentes en distintos países, destacan las siguientes recomendaciones para la prevención del suicidio (144, 312, 321, 323, 327, 328): **RS de estudios 2+**

- Reducir la disponibilidad y el acceso a los medios letales, como sustancias tóxicas, armas de fuego, etc
- Mejorar los servicios de salud y su accesibilidad, así como promover las funciones de apoyo y rehabilitación
- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión y otros trastornos mentales
- Desarrollar intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas
- Aumentar la concienciación de los profesionales de salud, mejorar sus actitudes y reducir los tabúes existentes hacia el suicidio y el trastorno mental
- Mejorar la formación sobre prevención del suicidio en los médicos de atención primaria
- Promover la intervención y formación de los profesionales en los centros educativos
- Aumentar el conocimiento de la población general sobre los trastornos mentales y su reconocimiento en una etapa temprana, y reducir el estigma asociado al suicidio
- Implicar a los medios de comunicación y fomentar el tratamiento responsable de las noticias relacionadas con la conducta suicida
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio y la recolección de datos sobre las causas del suicidio.

El establecimiento de una política nacional de prevención del suicidio por parte de los gobiernos refleja un compromiso para hacer frente al problema (328). Sin embargo debido a su origen multifactorial, se necesitan diferentes tipos de intervenciones y a distinto nivel para reducir las tasas de suicidio a largo plazo. Un problema añadido es la dificultad de conocer el efecto de cada una de las intervenciones, lo que dificulta enormemente la discriminación de las estrategias de prevención de suicidio más eficaces (329). Se ha argumentado que algunos programas de prevención del suicidio llevados a cabo en Australia, Finlandia, Noruega y Suecia han tenido poco impacto en la reducción de las tasas de suicidio entre los jóvenes y la población general (330). Sin embargo, estudios posteriores encontraron resultados positivos en la disminución de suicidios e intentos de suicidio tras intervenciones comunitarias en minorías étnicas, mayores y jóvenes (327).

Uno de los programas de prevención realizado en Europa, fue el *Nuremberg Alliance Against Depression* (NAAD), llevado a cabo en los años 2001 y 2002 y que incluyó formación a médicos de atención primaria, campañas de información en medios de comunicación, cooperación con figuras clave o *gatekeeper* e intervención en grupos de riesgo. Los resultados mostraron la efectividad del programa, con una disminución significativa tanto de intentos como de suicidios consumados (reducción del 21,7% al finalizar la intervención y del 32% un año más tarde) en comparación con los datos de referencia de Nuremberg y otra región alemana con la que se comparó (331, 332).

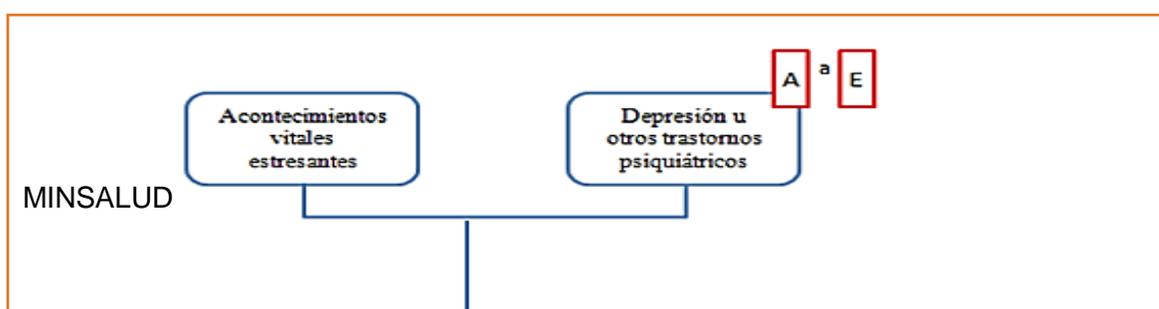
Estudio cuasi-experimental 2+

A partir de estos resultados, el programa se ha extendido a otras zonas de Alemania y se han iniciado actividades similares en otros 17 países europeos, favorecidas por el proyecto OSPI (*Optimizing Suicide Prevention Interventions*) (333), la Alianza Europea contra la depresión (*European Alliance Against Depression*, EAAD) (334) y el “Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar” (335).

Actualmente se está realizando un estudio multicéntrico, prospectivo y controlado basado en las líneas desarrolladas en el proyecto de Nuremberg. El protocolo de actuación se publicó en 2009 con una previsión de intervención de dos años. El estudio se lleva a cabo en cuatro países (Irlanda, Alemania, Hungría y Portugal), y en los cuatro niveles mencionados anteriormente (333):

- Formación a los médicos de atención primaria
- Campañas informativas para población general orientadas a la desestigmatización de la depresión y elaboración de una guía con directrices para los profesionales de los medios de comunicación
- Campaña de capacitación a figuras clave o *gatekeeper*
- Intervención en grupos de alto riesgo, favoreciendo el acceso a salud mental y proporcionando apoyo a pacientes y familiares.

Gráfica 9. Modelo de intervenciones preventivas basado en los factores de riesgo



Fuente: Mann et al. (326)

Además de lo anterior, existen una serie de iniciativas con participación activa de los implicados, siendo algunos ejemplos los siguientes (321):

- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio: reúne a profesionales y voluntarios de más de 50 países, dedicándose a la prevención de la conducta suicida y a proporcionar un foro de debate para todos los grupos.
- Centros de prevención del suicidio: existen varios en toda Europa que proporcionan apoyo e intervención temprana, líneas telefónicas de apoyo, capacitación de los trabajadores de urgencias y atención primaria, apoyo a los supervivientes y campañas de sensibilización sobre el suicidio en población general.
- Verder: red belga de apoyo a los supervivientes de suicidio con varios grupos de apoyo y que ofrece recomendaciones sobre sus derechos.

- Human Ecological Health: trabaja en Ucrania en particular con prisioneros y personal del ejército.
- Mental Health Europe: ONG europea que tiene por objetivo aumentar la conciencia sobre la carga del suicidio, así como fomentar programas de prevención. Ayuda a organizaciones pertenecientes a la misma a poner en marcha proyectos y a tomar medidas.

14 PROGRAMAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN COLOMBIA

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, cuenta con el componente de “Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia” que incluye dentro de sus objetivos: Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

Una de las metas del plan decenal para evaluar la dimensión de salud mental y convivencia social es, para el año 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes (336).

La Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud mental en su Artículo 8 y la Resolución 5521 de 2013 en el capítulo VI hacen alusión directa a la atención sobre el comportamiento suicida y brinda las condiciones para la atención integral de urgencias, ambulatoria y con internación incluyendo una atención con calidad a las personas que presentan intento de suicidio, dentro del plan obligatorio de salud (337, 338).

En el Foro Nacional de Suicidiología realizado el pasado 6 de Octubre en el 2011, la Defensoría del Pueblo señaló que además de las causas clínicas y características de la comunidad en cuanto a género, ciclo vital, diversidad cultural y etnia, que conducen a la ideación y /o conducta suicida existen circunstancias específicas del contexto Colombiano como:

- Desplazamiento forzado
- Falta de oportunidades de las familias
- Disfunción familiar
- Dificultades económicas
- Desempleo

Dichas circunstancias deberán tenerse en cuenta en los planes de prevención y políticas para la atención de personas con conducta suicida, así como también es necesario reconocer e incluir la participación de otros entes como religiosos, líderes de comunidades, familias y gobernantes como actores valiosos en la intervención y prevención de la conducta suicida demostrando que ésta no depende sólo del sector salud (339).

En Octubre de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social en convenio con la Organización Panamericana de la salud y SINERGIAS realizaron una revisión crítica de la literatura sobre intervenciones efectivas para la prevención e intervención de la conducta suicida (339). La información recolectada llevo a la construcción de recomendaciones específicas para el contexto Colombiano con respecto a los siguientes temas:

- Identificación de personas en riesgo y promoción del acceso a los servicios
- Educación a los “gatekeepers”
- Limitación del acceso a métodos letales
- Mejora del tratamiento de enfermedades mentales
- Atención a las necesidades de los dolientes del suicida
- Educación a la población en general e intervenciones comunitarias
- Adopción de protocolos de reporte de casos de suicidio en los medios de comunicación

En cuanto a la identificación de personas en riesgo y promoción del acceso a los servicios, en Colombia se viene implementando el entrenamiento a agentes comunitarios en tamizaje, canalización, primeros auxilios en salud mental e intervenciones breves, bajo el modelo de Rehabilitación Basada en la comunidad (RBC) que se define como una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país (340); estos agentes comunitarios de RBC se capacitan para detectar individuos con alteraciones de salud mental o signos de alarma de suicidio, aplicando un instrumento de tamizaje que define el requerimiento de una intervención inmediata y canalización a servicios de salud de consulta externa o de urgencias, donde los médicos generales y otros profesionales de la salud debidamente entrenados recibirán los casos referidos por los agentes de RBC e iniciarán la atención en salud mental requerida. Para esto se requiere una articulación eficiente del sistema de referencia y contra referencia para que luego de la atención especializada se realice un adecuado seguimiento desde el primer nivel en conjunto con los agentes de RBC y las familias favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando recaídas y hospitalizaciones (339).

Con respecto a las intervenciones educativas y de formación al público en general, en Colombia existen instituciones que trabajan formando *gatekeepers* o personas de primer contacto como la Fundación Proyecto Krisálida y la Corporación Buscando Ánimo realizando talleres para fortalecer las redes de apoyo entre los estudiantes, empoderar a los padres y jóvenes resilientes y capacitar a los docentes en el manejo de estas situaciones, también la Corporación Nuevos Rumbos, Fundación Ginestra y la Fundación Amor a la Vida trabajan en capacitación y asesoría para prevenir el suicidio, en el Anexo 12 se encuentra el listado de estas instituciones con sus direcciones de contacto y actividades que desempeñan (339).

También la Secretaria de Educación de Bogotá y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF han implementado acciones de prevención de la conducta suicida dirigidas a niñas, niños y adolescentes desde diferentes programas y estrategias que abordan temas de manejo adecuado del tiempo libre, escenarios de participación, orientación en

salud sexual y reproductiva para promover las relaciones familiares y tener en cuenta los intereses y necesidades de los jóvenes y adolescentes en la construcción de sus proyectos de vida. Otras intervenciones comunitarias son los centros de escucha (para la escucha inmediata orientación, acompañamiento y derivación) y las Zonas de orientación escolar (ZOE) diseñadas para fortalecer a la comunidad educativa en la prevención de la exclusión y el estigma a personas con uso de sustancias psicoactivas y problemáticas prevenibles a nivel individual, familiar y comunitario, como la prevención del bullying (339).

En el documento de revisión crítica de la literatura sobre intervenciones en Suicidio realizado por el MSPS, recomiendan específicamente además facilitar el acceso a servicios especializados en salud mental, aumentando el número de instituciones que atienden salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, realizando programas en los municipios o implementando servicios de salud mental móvil que se desplacen por los municipios atendiendo los casos detectados; también recomiendan la necesidad de tener un registro unificado nacional con datos epidemiológicos sobre las personas con conductas suicidas para poder contactar a las personas afectadas y ofrecerles alternativas de tratamiento y facilitar seguimiento, monitoreo de las intervenciones y planear futuras estrategias (339).

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (**SISVECOS**) es el sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá que capta los datos correspondientes a los casos de ideación, amenaza e intento de suicidio, generando información oportuna, válida, confiable y comparable de cada uno de los eventos enunciados con el fin de dar cuenta del comportamiento epidemiológico de los mismos y así mismo facilitar el seguimiento y el monitoreo de los casos, este proceso de seguimiento se apoya mediante la intervención psicosocial de la conducta suicida en cualquiera de los ámbitos de la vida cotidiana.

El sistema busca identificar los casos mórbidos de conducta suicida con el fin de reducir los suicidios consumados en la ciudad, su objetivo general es fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida en el Distrito Capital con el fin de caracterizar y describir su comportamiento epidemiológico y orientar las acciones encaminadas hacia la prevención y mitigación del riesgo en sus diversas manifestaciones, con énfasis en el suicidio Consumado (341).

Otras fuentes de información son la historia clínica, el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y las fichas de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) que se diligencian en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), información que debe ser enviada a la Oficina de epidemiología de la Secretaría de Salud Municipal cada mes (339).

Potenciación de factores protectores y resiliencia

Aunque la investigación sobre la conducta suicida se ha centrado tradicionalmente en los factores de riesgo, el hecho de que estos no incidan en todas las personas de la misma

manera sugiere la existencia de factores protectores que podrían estar modulando dicho riesgo.

El interés por los factores protectores radica en que su potenciación podría ayudar a prevenir el suicidio. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en su evaluación que presenta ciertas dificultades: algunos de los factores propuestos han sido extrapolados de la investigación en otros campos, no existe homogeneidad en la terminología empleada y en ocasiones algunos factores protectores propuestos son la descripción en positivo de un factor de riesgo (46).

Los factores protectores de la conducta suicida que cuentan con más evidencia de asociación se pueden clasificar en factores personales (46, 69, 70, 342-344) y sociales/medioambientales (11, 34, 46, 49, 50, 69, 311, 342) (Tabla 41). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3**

Tabla 41. Factores protectores relacionados con la conducta suicida

PERSONALES	SOCIALES / MEDIO AMBIENTALES
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad en la solución de problemas - Tener confianza en uno mismo - Habilidad para las relaciones sociales - Flexibilidad cognitiva - Tener hijos (mayor evidencia en mujeres) - Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio - Nivel educativo medio – alto - Hábitos de vida saludables - Extraversión apertura a la experiencia, responsabilidad - Locus de control interno - Percepción de autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar y social (no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad) - Integración social - Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos - Adoptar valores culturales y tradicionales - Recibir tratamiento integral y a largo plazo (pacientes con trastornos mentales, enfermedad física o abuso de alcohol) - Disponer de sistemas de ayuda y recursos

Fuente GPC Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida (avalia-t) (España)

Un concepto muy relacionado con los factores protectores que ha adquirido importancia recientemente es el de resiliencia. Este término hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas (familias, grupos o comunidad) de afrontar con éxito o positivamente las situaciones estresantes. También se ha descrito como una capacidad, percepción o conjunto de creencias que protegen al sujeto del desarrollo de conducta suicida frente a factores de riesgo o estresores (345). Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son (345): **RS de distintos tipos de estudios 3**

- Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de

- suicidio. También cuenta con cierta evidencia la confianza en la capacidad de solución de problemas.
- Creencias y actitudes: de todas las variables estudiadas, el alto nivel de autonomía es la que cuenta con mayor evidencia y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.
 - A pesar de que fomentar la resiliencia es una de las bases de la prevención en salud mental, sobre todo en la infancia y la adolescencia (346) y en los mayores (347), la mayoría de estudios se han centrado en los factores de riesgo (depresión y otros trastornos mentales, aislamiento social, etc.), siendo muy limitada la investigación sobre la potenciación de factores protectores:

Prevención universal

En un estudio llevado a cabo en el ámbito escolar, se investigó la efectividad de un programa basado en la potenciación de factores protectores mediante la implicación de iguales (*peer leaders*), para la prevención del suicidio en comparación con un grupo control en lista de espera (348). El estudio se llevó a cabo en 18 centros en EE.UU. (6 en el área metropolitana y 12 en el área rural). El programa se implementó en 453 adolescentes, propuestos por los profesionales de cada centro y por los estudiantes. La intervención consistió en el entrenamiento de 2-3 trabajadores de cada centro y a los adolescentes, en el conocimiento de los factores protectores de suicidio, habilidades y recursos disponibles y posteriormente, una última fase de comunicación a los compañeros de todo lo aprendido. A los cuatro meses, se encontró una mejoría significativa en estos adolescentes en valores relacionados con el suicidio, comunicación con los adultos e implicación escolar.

En cuanto al impacto del programa en los estudiantes en general, la intervención incrementó de manera significativa la percepción de apoyo por parte de los adultos y la aceptación a pedir ayuda (348). **ECA 1+**

Prevención selectiva

En Australia debido al aumento de suicidios en adolescentes aborígenes, se llevó a cabo un programa de prevención inmerso en el plan nacional de prevención del suicidio, basado en información sobre los factores protectores, dirigido a profesionales de salud mental y educación, familias y adolescentes. El programa se desarrolló en 4 etapas, cada una de las cuales duró 10 semanas. Los participantes asistieron a una sesión de cuatro horas a la semana. Al final del mismo se encontró un incremento significativo de la capacidad de controlar circunstancias adversas (empoderamiento), autoestima, resiliencia, habilidades de solución de problemas y bienestar (349). **Estudio cualitativo Q**

Prevención indicada

Una revisión sistemática de intervenciones preventivas en mayores de 50 años con riesgo de suicidio incluyó, además de otros estudios, dos centrados en la potenciación de factores protectores (347).

El primero de ellos se basó en la TCC grupal y su objetivo fue mejorar el bienestar subjetivo de prejubilados (50-65 años). La muestra consistió en 21 personas seleccionadas debido a la presencia de ideación suicida, que se distribuyeron en el grupo de TCC (n = 10) o el grupo control (n = 11, participantes de otro estudio de adaptación a la jubilación). Al final del programa, el grupo experimental presentó menores niveles de depresión y distrés psicológico y un aumento significativo de variables como esperanza, objetivos, serenidad, flexibilidad y actitud positiva frente a la jubilación y la mejoría se mantuvo a los 6 meses (350).

El segundo estudio fue llevado a cabo con adultos mayores de 60 años y elevado riesgo de suicidio, con el objetivo de mejorar el funcionamiento y las habilidades sociales, mediante un programa basado en la TIP (1 sesión semanal durante 16 semanas). Al final de la intervención se encontró una reducción significativa en los niveles de síntomas depresivos y de ideación suicida e ideas de muerte en comparación con el nivel basal (351). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador para mejorar la comprensión y la implementabilidad estas recomendaciones, consideró la necesidad de modificar algunos conceptos relacionados con la arquitectura del sistema de salud Colombiano; de igual manera se expuso por separado la educación que se requiere específicamente para los medios de comunicación como un actor.

En relación a la recomendación 53, se consideró que era aplicable, necesaria y útil en toda la población, no solo a la población mayor, por lo anterior, se modificó el alcance de la misma en relación a la población objetivo.

En el anexo 13, se disponen de las líneas de atención en crisis para Colombia.

14.1 Restricción del acceso a medios letales

14.1.1 Recomendaciones

57. Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados:

- Restricción de la venta de psicotrópicos
- Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general.
- Uso de antidepresivos de menor toxicidad
- Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos, detectores de CO2 en hogares, etc.
- Menor toxicidad del gas de uso doméstico
- Instalación de barreras en lugares elevados (puentes, viaductos, balcones, azoteas)
- Restricción sobre posesión y control de armas de fuego
- Control de plaguicidas y cianuro.

(avalía-t 2012)

Recomendación B

58. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP adaptada 2016)

14.2 Resumen de la evidencia

Distintos estudios han puesto de manifiesto que los suicidios llevados a cabo con un determinado método se reducen cuando este está menos accesible (312), aunque en algunos casos las tasas de suicidio global se compensan con el aumento de suicidios por otro método (323, 326). La restricción del método depende del país, haciéndose más énfasis en unos que en otros (144).

Las medidas de restricción de acceso a medios letales más frecuentemente citadas son (144, 312, 323, 326, 327): **RS de estudios 2++**

- Restricción de venta de psicotrópicos
- Reducción del tamaño de los envases de analgésicos: la legislación que limitó el tamaño de envase de paracetamol y salicilatos de venta libre en Reino Unido disminuyó la tasa de suicidios por este método en un 22% (144)
- Uso de antidepresivos de menor toxicidad
- Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos
- Disminución de la toxicidad del gas de uso doméstico (ej. Suiza y Reino Unido) (326).
- Instalación de barreras en lugares elevados

- Restricción sobre la posesión y control de armas de fuego: la disponibilidad de armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio en todas las edades, incluso en niños (ej. EE.UU.) (144)
- Control de plaguicidas (ej. zonas rurales de China).

14.2.1 Medios de comunicación y suicidio

Parece existir una asociación entre el tratamiento inadecuado de las noticias sobre suicidios y un efecto imitativo del mismo, denominado suicidio por contagio o efecto Werther (352). Por el contrario, la forma y el contenido de las noticias sobre suicidio también puede ejercer un efecto preventivo, conocido como efecto Papageno (353). Debido a esta compleja interacción, diferentes países han elaborado directrices para los medios de comunicación sobre cómo deben enfocar las noticias sobre suicidios, aunque existen pocos estudios que hayan evaluado posteriormente la efectividad de estas medidas sobre la reducción de sus tasas.

Dentro del programa SUPRE, la OMS publicó un documento, considerado de referencia, en el que se ofrecían una serie de recomendaciones para los profesionales de la comunicación sobre cómo abordar y publicar noticias con contenido sobre suicidios o intentos de suicidio (Tabla 42) (314).

En este mismo documento se recomendaba transmitir también la frecuente asociación entre el suicidio y la depresión y que ésta es un trastorno tratable, así como ofrecer apoyo a los allegados y aportar información sobre los recursos de ayuda disponibles (314).

Opinión de expertos 4

Además de estas directrices de la OMS, distintos países han desarrollado también recomendaciones para los medios de comunicación, como es el caso de Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canadá, Reino Unido, Hong Kong y Sri Lanka. Las recomendaciones más importantes que se recogen en estas guías son (354): **RS de distintos tipos de estudios 3,4**

- No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista
- Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias
- Aportar información precisa, responsable y ética
- Aprovechar la oportunidad para educar a la población
- Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles
- Tras un suicidio, tener siempre en cuenta a los familiares y allegados
- Considerar a los periodistas como personas vulnerables (sólo en tres guías).

Tabla 42. Recomendaciones de la OMS sobre la información del suicidio en los medios de comunicación

QUE HACER
<ul style="list-style-type: none">- Trabajar estrechamente con las autoridades de la salud en la presentación de los hechos- Referirse al suicidio como un hecho, no como un logro- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores- Resaltar las alternativas al suicidio- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios- Aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma
QUE NO HACER
<ul style="list-style-type: none">- Publicar fotografías o notas suicidas- Informar sobre detalles específicos del método utilizado- Aportar razones simplistas- Glorificar ni tratar el suicidio de forma sensacionalista- Emplear estereotipos religiosos o culturales- Culpabilizar

Fuente: Modificado de OMS (314)

Más recientemente, la OMS realizó una revisión sistemática en la que incluyó todos aquellos estudios que analizaban el impacto de los medios de comunicación sobre el suicidio y el efecto de las guías sobre cómo publicar noticias de suicidios (352) (Tabla 43).

RS de distintos tipos de estudios 2+,3

Como puede verse en esta revisión, existe evidencia consistente sobre la relación entre el tratamiento inadecuado de la información sobre el suicidio y un incremento del mismo. En concreto, las noticias que idealizan o dramatizan los suicidios y las que implican a personas famosas se relacionan especialmente con conductas imitativas. Por ello es importante que los medios de comunicación se impliquen en la prevención del suicidio, publicando dicha información de forma responsable (352). **RS de distintos tipos de estudios 2+,3**

A partir de estos resultados, la OMS vuelve a recomendar a los medios de comunicación la publicación responsable de noticias sobre conductas suicidas, evitando normalizar el suicidio y la utilización de lenguaje sensacionalista y de imágenes y descripciones del método empleado. También vuelve a hacer hincapié en la necesidad de incluir información sobre los recursos preventivos existentes y dónde pedir ayuda (352). **Opinión de expertos 4**

En cuanto al propio contenido de la información, la repetición de noticias sobre un mismo suicidio, así como la referencia a los mitos que existen se asocian a un incremento del número de suicidios. Sin embargo se ha visto que la información sobre ideación suicida no asociada a suicidios y la que ofrece estrategias de afrontamiento en circunstancias adversas podrían tener un efecto preventivo (353).

Se ha constatado la poca evidencia existente sobre el efecto de las recomendaciones elaboradas para los medios de comunicación sobre el modo de tratar la conducta suicida.

Serie de casos 3

Tabla 43. Estudios incluidos en la revisión sistemática de la OMS sobre el efecto de la publicación de suicidios en los medios y el impacto de las guías

Autor; año (ref.)	Objetivo	Resultados
Stack; 2000 (355)	Examinar el impacto de la publicación de información de suicidios en los medios sobre la conducta suicida.	<ul style="list-style-type: none"> - Las noticias de suicidios de famosos aumentaron la probabilidad de un suicidio por contagio en un 14,3% - La probabilidad de asociación entre los suicidios ficticios fue 4,03 veces mayor que en el caso de noticias reales; aunque la aparición de noticias sobre suicidios en los periódicos también fue un predictor significativo de la conducta suicida - A mayor aparición de suicidios en los medios, mayor fue el efecto encontrado. No existe evidencia de diferencias por grupos de edad; aunque se incluyeron estudios con diferente metodología.
Pirkis y Blood; 2001 (356, 357)	Examinar el efecto de la publicación de noticias sobre suicidios.	<ul style="list-style-type: none"> - La aparición de noticias en los periódicos, televisión y libros se asoció a un incremento significativo de suicidios, en especial las noticias relacionadas con personajes públicos - Los grupos más vulnerables fueron los jóvenes y las personas de mediana edad - En cuanto a la aparición de suicidios no reales en el cine, música o televisión, su efecto no es concluyente.
Sudak y Sudak; 2005 (358)	Examinar el impacto de los medios sobre el suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> - Se encontró un incremento del suicidio tras noticias que trataron el suicidio de forma incorrecta - Los suicidios que más influencia tuvieron en la conducta suicida de otros, fueron los llevados a cabo por famosos, políticos y mujeres - El impacto de las guías para medios no es concluyente.
Mann et al.; 2005 (326)	Revisar la evidencia existente en relación a las guías dirigidas a medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> - En dos estudios se relacionaron las recomendaciones realizadas en las guías para los medios con un descenso de las tasas de suicidios.

Autor; año (ref.)	Objetivo	Resultados
Pirkis et al.; 2006 (354)	Evaluar la relación entre el suicidio y los medios de comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una relación clara entre las noticias y un aumento del suicidio; aunque en el caso de los medios de ficción (p.ej. obras literarias o cinematográficas) la relación no es clara - Las guías existentes para los medios incluyen recomendaciones similares. Su implementación ha sido variable, aunque la forma más común ha sido su difusión mediante envío por correo a los medios - Se incluyeron dos estudios que evaluaron el efecto de las guías. - Uno de ellos realizado en Suiza, encontró un aumento de la calidad de las noticias sobre suicidios, aunque no evaluó su impacto en las tasas de suicidios. El otro estudio, realizado en Austria, encontró un 70% de reducción en las tasas de suicidio en el metro y un 20% en las tasas globales de suicidio.

Fuente: OMS (352)

Tras un aumento del número de suicidios en el metro de Viena (Austria), se llevó a cabo un estudio en esta ciudad consistente en la elaboración de guías para los medios de comunicación y de campañas de prevención. Se observó una disminución del 75% en el número de suicidios producidos en el metro y un 20% en la tasa global de suicidios (359). Un posterior estudio realizado también en Austria, observó nuevamente una reducción significativa de la tasa anual de suicidios, esta vez a nivel nacional y especialmente en las regiones donde los periódicos colaboraron de forma más activa. También se puso de manifiesto el impacto de las guías en la calidad de la información ofrecida (360). **Estudio cuasi-experimental 2+**

Otro estudio, llevado a cabo en Hong Kong, realizó una comparación de las noticias publicadas antes y después de la implementación de una campaña destinada a los medios de comunicación y consistente en seminarios donde se presentó la guía basada en las recomendaciones de la OMS. Se observó que, tras la implementación de esta campaña preventiva, disminuyeron las tasas de suicidio y que se publicaron menos imágenes y titulares sobre suicidios en los medios escritos; aunque este hecho se atribuyó a cambios producidos en el formato de los periódicos tras la campaña (361). **Estudio cuasi-experimental 2+**

Por último, resaltar que para el desarrollo e implementación de este tipo de guías se necesita una estrecha colaboración entre los profesionales sanitarios y los medios de comunicación. Así, en un estudio cualitativo mediante entrevistas realizadas a 15 periodistas de Nueva Zelanda se puso de manifiesto el reconocimiento de la necesidad de

su implicación de cara a la promoción de la salud pública y su gran empatía hacia las víctimas y sus familiares; aunque una de las principales barreras para la adopción de las recomendaciones de las guías fue el escepticismo hacia el efecto imitativo de la conducta suicida provocado por la cobertura periodística. Es importante destacar que los profesionales están inmersos en una cultura profesional y de organización, por lo que cualquier intento de poner en práctica guías o recomendaciones deberán tenerlos en cuenta (362). **Estudio cualitativo Q**

14.2.2 Internet

Aunque la influencia de Internet sobre la conducta suicida ha sido menos investigada que otros medios de comunicación más tradicionales, presenta la misma ambivalencia en relación con la conducta suicida que otros medios; por un lado facilita un contexto de información y de interacción social que podría tener consecuencias negativas para la conducta suicida; aunque también podría ser un buen medio para la prevención.

Durkee et al.(363) publicaron recientemente una revisión sistemática con el objetivo de analizar la relación entre Internet y el suicidio. Se centró en el uso patológico de Internet, páginas web pro-suicidio, pactos de suicidio y prevención del mismo.

El uso patológico de Internet se ha asociado con la presencia de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo y conducta antisocial y en algunos estudios con la presencia de ideación y conducta suicidas (363). **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Páginas web pro-suicidio

Estudios realizados introduciendo palabras clave relacionadas con el suicidio en los motores de búsqueda más frecuentes (Google, Yahoo, MSN, ASK) han puesto de manifiesto la gran cantidad de información disponible sobre métodos y formas de suicidio (363). En uno de ellos se encontró que el 30% del contenido de las páginas web más visitadas estaba relacionado con información sobre métodos de suicidio, mientras que sólo un 25% trataba de aspectos preventivos (364). En otro estudio se encontró que de 373 páginas con contenido relacionado con el suicidio, el 11% podría clasificarse como contenido prosuicida, el 30% como neutro y el 29% como antisuicida (365). **RS de distintos tipos de estudios 2+, 3**

Es importante destacar que la información sobre el suicidio en la red ha aumentado progresivamente en los últimos años y que las personas jóvenes son las más vulnerables. En este sentido, en un estudio realizado en 2009 se comprobó que el volumen de información sobre suicidios en la red se correlacionaba de forma inversa cuando no se tiene en cuenta la edad, es decir, a mayor cantidad de información en Internet, menor número de suicidios. Sin embargo cuando se analizaba el grupo de edad de 15 a 25 años, dicha relación era directa: a más información, mayor tasa de suicidios. Este estudio pone

de manifiesto cómo los adolescentes y adultos jóvenes pueden utilizar la información de una forma autodestructiva (366). **Serie de casos 3.**

Las redes sociales y los foros suponen también una importante fuente de información y de relaciones sociales en Internet y se ha estimado que son utilizados por el 70% de los jóvenes, llegando incluso a tener alguna de las más utilizadas, hasta 500 millones de usuarios en todo el mundo (367). **Serie de casos 3**

En un estudio reciente, con entrevistas realizadas a 719 jóvenes de 14 a 24 años, se constató que; aunque la información sobre el suicidio provenía en el 79% de los casos de fuentes tradicionales (familia, amigos o periódicos), las fuentes informáticas fueron también muy frecuentes (59%). En concreto, las redes sociales fueron citadas como fuente en el 24% de los casos; aunque su uso no se asoció a un incremento de la ideación suicida. Sin embargo, la discusión en foros sobre suicidio, además de ser una fuente de información relativamente frecuente (15%), sí que se asoció a un incremento significativo (367). **Serie de casos 3**

Por último, estudios realizados con entrevistas a usuarios de foros sobre suicidio pusieron de manifiesto que son percibidos como un medio que ofrece empatía, retroalimentación y apoyo a problemas psicológicos y sociales (363).

Pactos de suicidio

Un pacto de suicidio es una decisión entre dos o más personas que se ponen de acuerdo para llevarlo a cabo en un lugar y momento determinado. Los pactos de suicidio en Internet suelen producirse en los chats y existen ejemplos en países como Japón, Reino Unido, Noruega y Corea del Sur (363). **RS de distintos tipos de estudios 2+,3**

Aunque los pactos de suicidio son los fenómenos más frecuentes, también existen variantes, como los suicidios narrados *online* y la simulación del propio suicidio en la red (368). **Opinión de expertos 4**

Prevención del suicidio a través de Internet

Internet podría ser una buena herramienta para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Algunas de las ventajas que presenta son (363): **RS de distintos tipos de estudios 3**

- Facilita la interacción social
- Fácil acceso y rápida diseminación de la información
- Ofrece información sobre aspectos relacionados con la salud, por lo que podría ser una buena plataforma para la educación
- Proporciona apoyo mediante el uso adecuado de redes sociales y chats.
- Aunque existe poca literatura al respecto, los resultados obtenidos en los estudios realizados hasta la fecha son prometedores.

Dentro de ellos, un estudio realizado con estudiantes universitarios que habían participado en un Tamización de depresión y de riesgo suicida *online*, y posterior entrevista personal, comparó los que mantuvieron contacto *online* con el terapeuta con los que no lo hicieron. Se encontró que los estudiantes que mantuvieron contacto con el terapeuta a través de Internet tuvieron mayor probabilidad de entrar en tratamiento que los que realizaron la entrevista personal, posiblemente debido a que estos contactos *online* ofrecen un contexto de privacidad y de fácil acceso, que permiten mantener un *feedback* y motivar a aquellos estudiantes con riesgo de suicidio para recibir ayuda (369). **Serie de casos 3**

En otro estudio se analizó la proporción de contactos relacionados con el suicidio en una línea telefónica de ayuda, en un chat (con respuesta en tiempo real) y en un grupo de autoayuda *online* asincrónico (la respuesta no se produce en tiempo real). Las amenazas de suicidio fueron más frecuentes en el grupo de ayuda *online*, que en la línea telefónica y el chat. Los resultados sugieren que los grupos favorecen la comunicación de sentimientos en comparación con un chat individual donde la respuesta es inmediata (370). **Serie de casos 3**

Al igual que en el caso de otros medios de comunicación, cualquier medida para intentar regular el contenido de la información sobre suicidios en Internet deberá buscar un equilibrio entre la libertad de expresión y la protección de la salud pública. Algunas medidas que han sido propuestas son (364):

- El uso de *programas de filtrado* por parte de los familiares para impedir el acceso a determinados foros o blogs
- Intentar que las páginas con información útil para los pacientes (encaminada a la prevención o a ofrecer apoyo), aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con palabras clave
- Regularizar el control de los contenidos de Internet (mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores).

Algunos países ya realizan un control activo de esta información, como es el caso de Reino Unido con la *Internet Watch Foundation*. Australia en el 2006 ha ilegalizado el uso de Internet para promover la idea o detalles de cómo llevar a cabo un suicidio y en Japón y Corea se ejerce un control activo por parte de los servicios proveedores (364). **Opinión de expertos 4**

Un ejemplo de estas medidas es la llevada a cabo por Google, que desde el año 2010 ha incorporado una funcionalidad que consiste en proporcionar información sobre recursos de ayuda sobre el suicidio. Esta medida se ha llevado a cabo en diferentes países, entre ellos España, de manera que al teclear la palabra suicidio aparece información del Teléfono de la esperanza.

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador no considero aspectos para realizar modificaciones en este apartado.

15 PROGRAMAS FORMATIVOS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

15.1 Recomendaciones

59. Se recomienda que todo profesional, tanto de la salud como de otros sectores, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades básicas para su manejo. (avalia-t 2012)

Recomendación C

60. De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal de salud sobre ideación y/o conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis, información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas de atención y páginas web de ayuda online. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o juego de roles. (avalia-t 2012)

Recomendación C

Punto de Buena práctica

- ✓ La capacitación del médico de atención primaria en salud debe profundizar en la evaluación del riesgo, el apoyo a las personas con factores de riesgo que no presenten ideación activa o conductas suicidas y a la detección de casos para ser remitidos al especialista. Además la capacitación debe incluir el manejo de la urgencia psiquiátrica, es decir la capacidad para sedar un paciente agitado, heteroagresivo o autoagresivo, hasta que se logre su remisión. (nueva de expertos)

15.2 Resumen de la evidencia

15.2.1 Profesionales sanitarios

La OMS recomienda, ya desde 1969, la formación sobre prevención del suicidio en las facultades de medicina con el fin de que los alumnos adquieran conocimientos sobre la ideación y la conducta suicidas (311). Posteriormente, la guía elaborada por el NICE en 2004 (59) recomienda que todo el personal, sanitario y no sanitario, con posibilidad de estar en contacto con personas con conducta suicida tenga un entrenamiento apropiado para tratar y entender a este tipo de pacientes. La actualización en 2011 de esta guía (371) dedica un capítulo a la formación del profesional sanitario de atención primaria, salud mental, urgencias y de otros profesionales del campo de la salud. Así mismo, la guía de la EPA (European Psychiatric Association) de tratamiento y prevención del suicidio, también del 2011 (372), dedica asimismo un apartado a la mejora de las habilidades del personal médico.

15.2.2 Programas formativos de carácter general

El programa STORM (Skills-based Training On Risk Management) de prevención del suicidio está dirigido a médicos generales, a especialistas en salud mental y al resto de profesionales sanitarios (167, 371, 373). Este programa evaluó sus resultados analizando las tasas de suicidio en las zonas donde se realizó el estudio, sin observar una disminución de las mismas, aunque encontró mejoras significativas en la actitud y confianza de los profesionales (167, 373). **RS de estudios 2+,3 Estudio cuasi-experimental 2+**

Un posterior estudio (374) sobre la implementación de este programa, al igual que en estudios anteriores, encontró cambios significativos en la actitud y confianza. La difusión y la adopción de medidas comenzaron ya en el momento de la organización del programa, con dotación de recursos y formación de formadores. Los puntos clave de la implementación fueron la presencia de un líder de apoyo, favorecer la demanda a los mismos y el soporte financiero. **Estudio cuasi-experimental 2+**

Por su parte, la guía del NICE (371) recomienda la formación de aquellos profesionales del campo de la salud y de la asistencia social que trabajan con personas en riesgo de suicidio. Esta formación debería incluir la evaluación, el tratamiento y el manejo de la conducta suicida y sensibilización sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia con estas personas. Además, realiza una serie de recomendaciones: **RS de distintos tipos de estudios 2+,3**

- La formación debería estar orientada específicamente a mejorar la calidad de la atención a las personas en riesgo de suicidio
- Se debería involucrar a las personas en riesgo de suicidio en la planificación y ejecución de la formación
- Los programas de formación deberían usar como medida de resultado la información sobre la atención percibida por los pacientes
- Se debería considerar el impacto emocional del suicidio en el profesional y su capacidad para ejercer de manera competente y empática.

A su vez, la guía de la EPA (372) considera que la formación de los médicos y de otros trabajadores de salud por parte de psiquiatras es un método eficaz en la prevención del suicidio. Al igual que en estudios anteriores, los participantes en los cursos de formación (médicos de atención primaria, salud mental y urgencias) presentaban un aumento de conocimientos, mejoraron la detección y el tratamiento de la depresión y presentaron cambios positivos en las actitudes, disminuyendo tabúes y estigmas sobre el suicidio. Los autores consideran necesaria una educación continua del personal de salud que está en contacto con personas con conducta suicida, ya que la formación contribuirá a mejorar las estrategias de prevención y tratamiento. **RS de distintos tipos de estudios 3**

Por último, un programa basado en la formación de formadores (375) evaluó la capacidad de las personas asistentes a cursos a la hora de aplicar las medidas y actividades en

sus centros de trabajo y mantenerlas en el tiempo. El estudio analizó también los obstáculos de la aplicación de las medidas preventivas en sus respectivos centros. El programa se dirigió al personal sanitario en general y fue evaluado a los 5 años mediante entrevista telefónica. Los resultados mostraron una actitud favorable al programa, tras el cual fueron capaces de realizar una serie de actividades preventivas a corto plazo, desarrollarlas y mantenerlas a largo plazo en sus centros de trabajo, siendo muy importante el apoyo y el compromiso de sus centros. **Estudio cuasi-experimental 2+**

15.2.3 Programas formativos en el ámbito de la atención primaria

Como ya se ha comentado anteriormente, la mayoría de los médicos han tenido contacto en algún momento de su actividad profesional con un paciente en riesgo de suicidio y, de hecho, el 75% de las personas que han intentado suicidarse han contactado con su médico de atención primaria el año anterior al suceso. Ello hace necesario que estos profesionales tengan una adecuada formación sobre la evaluación y el manejo de la ideación y la conducta suicida (376).

En cuanto a la formación clínica, los estudios indican que la mayoría de los profesionales no tienen suficiente capacitación para proporcionar una adecuada evaluación y tratamiento de pacientes con conducta suicida ni criterios claros de cuando derivar a la atención especializada (377). Datos de una encuesta realizada a 1100 responsables de programas de formación en medicina de familia, medicina interna y pediatría, mostraron deficiencias en la formación de estos colectivos en el manejo de depresión y conducta suicida (378), a pesar de que para la OMS, los profesionales de atención primaria deben estar disponibles, accesibles, informados y comprometidos en proporcionar atención a personas en riesgo de suicidio (180). Por tanto, la formación de médicos de atención primaria representa una de las estrategias de prevención del suicidio más importantes (323, 326), debido a su prolongado y estrecho contacto con la comunidad y a ser el vínculo entre ella y el sistema sanitario especializado (180).

Todos los programas revisados sobre formación del personal de atención primaria en prevención de conducta suicida tienen en cuenta la formación del médico en la mejora de la capacidad de detección y tratamiento de la depresión (44, 379-383).

En la tabla siguiente (Tabla 44) se resumen las características de los programas.

La duración de los programas y sus formatos son variados, yendo desde las 3-4 horas (370, 380) a los dos días de forma presencial (382), o mixto con formación online de 35 horas y presencial de ocho (379). Todos ellos abordan la formación mediante conferencias y juego de roles o análisis de casos, siendo los resultados obtenidos distintos debido a la disparidad de sus metodologías. **Estudio caso control 2+. Estudio cuasi-experimental**

Tabla 44. Programas de formación en atención Primaria

Autor, año, país, ref y NE	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación
Rutz W. 1996, Gotland (Suecia) (381) Estudio caso-control, NE 2+	Dos partes durante 2 años, cada parte se presentó dos veces durante dos días. Programa: conferencias, discusión de casos y sesiones grupales sobre depresión 1ª parte: clasificación, etiología, tratamiento, casos clínicos y videos 2ª parte: trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, suicidio, factores psicosociales, psicoterapia y aspectos de los pacientes y su familia.	A corto y largo plazo: – Prescripción de antidepresivos y ansiolíticos – Tasa de suicidios a los 2,5 y 9,5 años.
Hegerl, Alemania (331, 332) Estudio pre-post, NE 2+	12 sesiones en 2 años sobre diagnóstico, tratamiento y tendencias suicidas. Sesiones de 4 horas con 15 participantes máximo. 2 videos de 20 minutos uno para médicos y otro para pacientes y familiares.	– Tasa de intentos de suicidio y suicidios consumados. – Al finalizar el programa y al año.
Zonda et al, 2006, Hungría, (383) Estudio caso-control, NE 2+	Dos días 1er día: conferencias y casos clínicos. 2º día: centrado en depresión.	A corto y largo plazo: ingresos hospitalarios de pacientes con trastorno de pánico o depresión, tasas de suicidio y prescripción de antidepresivos.
Roskar et al, 2010, Eslovenia, (380) Estudio pre-post, NE 2+	4 horas: dos de formación teórica y dos de juego de roles. Basado en el estudio de Gotland.	A corto y a largo plazo: prescripción de antidepresivos y ansiolíticos, tasa de suicidio a los 3 años.
Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2010, España, (379)	Componente online (un mes, 35 horas) y jornada presencial de 8 horas.	---

Taliaferro et al, 2011, EEUU, (382) Opinión de expertos, NE 4	Cursos interactivos con juego de roles, expresión de sentimientos, orientación de recursos y derivación a especialistas.	---
NICE, 2011, Gran Bretaña (371) GPC (RS), NE 2+, 3	4 estudios: sesión de 3 horas, con presentación oral y discusión en grupo.	---

Ref: referencia, NE: nivel de evidencia; GPC: Guía Práctica Clínica; RS: revisión sistemática; NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*.

En el caso del programa de Nuremberg, también se observó una disminución de las tasas de suicidio al finalizar la implementación y un año más tarde, aunque al tratarse de un programa multinivel con varias líneas de intervención, los resultados no pueden atribuirse solo a la formación de los profesionales de primaria (331, 332). En cuanto a las variables de resultado no relacionadas directamente con el suicidio, los resultados más importantes muestran una mejoría significativa en la actitud y la confianza, con una valoración positiva de los profesionales sobre la adquisición de conocimientos sobre evaluación y la gestión de la crisis (371, 372, 380, 382, 383).

Los autores de los diferentes estudios coinciden en la necesidad de realizar este tipo de formación (379-381, 383) y que los programas deberían incluir información sobre epidemiología, factores de riesgo y protección y aquellas señales de advertencia que más frecuentemente aparecen en las personas con ideación y conducta suicida (382).

15.2.4 Programas formativos para profesionales de salud mental

La OMS recomienda desde 1969 que los profesionales de salud mental, como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especialistas en salud mental y trabajadores sociales, reciban formación específica sobre el suicidio, haciendo especial hincapié en la evaluación del riesgo de suicidio justo antes del alta médica (311).

Una revisión sistemática (384) sobre programas de formación para profesionales de la salud, especialmente de salud mental, recoge 12 programas realizados en EE.UU. que se resumen en la Tabla 45.

Tabla 45. Programas de formación en salud mental

Programa	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación	Resultados
----------	---	------------	------------

Programa	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación	Resultados
The Air Force Managing Suicidal Behavior Project (U.S. Air Force Suicide Prevention Program: http://afsp.p.afms.mil)	- Conferencias - 12 horas.	Pre-post a los 6 meses.	Mejoras post-formación en algunos aspectos como la confianza. Los resultados no son concluyentes sobre el impacto en la capacitación.
Assessing and Managing Suicide Risk (AMSR; SPRC: http://www.sprc.org/traininginstitute/index.asp)	- Conferencias, grupo de discusión general - 7 horas.	---	---
Certification in the Chronological Assessment of Suicide Events (CASE; Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing: http://www.suicideassessment.com/)	- Conferencias, discusión en grupos pequeños y discusión general, videos y roleplaying -6horas.	---	---
Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS; Catholic University: http://psychology.cua.edu/faculty/jobes.cfm)	- Conferencias - 6 horas.	---	---
Question, Persuade, refer, and Treat (QPRT; QPR Institute: http://www.qprinstitute.com)	- Conferencias - 8 horas.	Pre-post inmediatamente en gatekeeper.	Incremento significativo de conocimientos post test.
Recognizing and Responding to Suicide Risk (RRSR; American Association of Suicidology: http://www.suicidology.org)	- Conferencias, discusión en grupos pequeños y discusión general, escribir sobre un caso y role-playing -15horas.	Pre-post inmediatamente en gatekeeper.	Incremento en tamización y detección.

Programa	Formato del programa: técnica de entrega y duración	Evaluación	Resultados
Risk Assessment Workshop (Department of Psychology, University of California San Francisco (UCSF): http://psych.ucsf.edu/faculty.aspx?id=296)	- Conferencias y escribir sobre un caso - 5 horas.	Pre-post inmediatamente en profesionales salud mental.	Mejoras en la confianza y la habilidad en comparación con el grupo de comparación.
Skills-Based Training on Risk Management (STORM; The Storm Project, University of Manchester, United Kingdom: http://www.medicine.manchester.ac.uk/storm/)	- Discusión en grupos pequeños, role-playing y videos -6horas.	Pre-post a los 4 meses en profesionales y pre-post inmediatamente , 2 meses y 6 meses en gatekeeper.	Mejoras en los conocimientos, actitudes y confianza, sin cambios en habilidades.
Suicide: Understanding and Treating the Self-Destructive Processes (Glendon Association: http://www.glendon.org/)	- Discusión en grupos pequeños y juego de roles -6horas.	Pre-post a los 2 meses en profesionales de salud mental.	Mejora de la confianza.
Suicide Assessment Workshop (Queen Elizabeth Psychiatric Hospital, Birmingham, UK: http://www.uhb.nhs.uk)	- Conferencias y videos - 5 horas.	---	---
Suicide Care: Aiding Life Alliances (LivingWorks, Inc: http://www.livingworks.net/)	- Pequeños grupos de discusión y discusión general -8horas.	Pre-post a los 2 meses en gatekeeper.	Presentan mayor confianza y mejoras en las habilidades.
Unlocking Suicidal Secrets: New Thoughts on Old Problems in Suicide Prevention (Training Institute for Suicide Assessment and Clinical Interviewing: http://www.suicideassessment.com/)	- Discusión en grupos pequeños, discusión general, conferencias y videos 6 horas.	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Pisani et al. (384)

Los programas duraron una media de 7,5 horas (entre 5 y 15), siendo el formato más frecuente las conferencias y discusiones de grupo. **RS de estudios +2**

De los doce, sólo en siete se llevó a cabo un estudio de evaluación de sus resultados, y la mayoría examinaron el efecto de la formación en los conocimientos, habilidades o actitudes de los participantes, sin contemplar ninguna variable de resultado relacionada con la conducta suicida (384).

Los resultados encontrados mostraron que los talleres de formación son un medio eficaz para transmitir conocimientos, mejorar la confianza y promover el cambio de actitudes. Sólo dos programas presentaron mejoras en las habilidades (*Risk Assessment Workshop* y *Suicide Care: Aiding Life Alliances*).

Los autores de la revisión concluyen que existen programas formativos válidos para los profesionales de Salud Mental, y que el gran número de profesionales que participan cada año en estos talleres hace ver la importancia de la formación como estrategia de prevención del suicidio (384).

15.2.5 Programas formativos en los servicios de urgencias

Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar una valoración inicial de aquellos pacientes que solicitan atención sanitaria y de priorizarlos según su gravedad, lo que incluye también a los pacientes en riesgo de suicidio. Esta valoración inicial hace necesario que el personal de urgencias disponga de unos conocimientos adecuados sobre cómo abordar la conducta suicida, ya que se ha visto que la formación tanto en la evaluación como en el manejo, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención en estos pacientes (371).

Los programas formativos pretenden mejorar los conceptos generales, los factores de riesgo y protectores, y desarrollar las competencias necesarias para realizar las entrevistas clínicas y la evaluación psicopatológica (167, 371, 373, 374, 385-387). Las características de los programas encontrados en la literatura son variados: se desarrollan en 2-3 horas (386, 387) o en 4 días alternos o continuos (167, 373, 374), van dirigidos a médicos internos residentes (386), a personal de urgencias en general (374, 385, 387), únicamente a médicos de urgencias (379) o a varios profesionales a la vez (167, 373, 374), y se enfocan a distintos grupos de pacientes, como a niños y adolescentes (386), personas con intento de suicidio por tóxicos (385) o pacientes con conducta suicida en general (387). **Estudio cuasi-experimental 2+ Serie de casos 3**

La guía del NICE (371) resalta, además, que la formación contribuye a disminuir los sentimientos de ansiedad e impotencia entre los profesionales que atienden personas con conducta suicida. Las conclusiones de los autores coinciden en la necesidad de implementar este tipo de programas en los servicios de urgencias, mostrándose en la Tabla 46 sus características más importantes. **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Todos los programas revisados muestran como resultado un aumento de conocimientos y de autoeficacia en el manejo de los intentos de suicidio y de la conducta violenta (371, 372, 374, 385-387).

Tabla 46. Programas de formación en los servicios de urgencias

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Cailhol et al, 2007, Suiza, (385) Serie de casos, NE 3	<ul style="list-style-type: none"> - Formación centrada en la contención y detección de conductas violentas - Charlas, reuniones frecuentes del personal, protocolos, informes después de la intervención y presencia del médico en todas las intervenciones de seguridad. 	Médicos, enfermeras y personal de seguridad.	Evaluación antes y 5 meses después de la puesta en marcha del programa.
Shim et al 2010, EEUU, (387) Serie de casos, NE 3	<ul style="list-style-type: none"> - Dos horas de conferencias didácticas (definiciones, factores de riesgo y protección...) - 1 hora de debate abierto. 	Profesionales de urgencias.	Evaluación a corto plazo, antes y después de la formación.
Horwitz et al 2011, EEUU, (386) Serie de casos, NE 3	<ul style="list-style-type: none"> - 5 módulos de 30 minutos: <ol style="list-style-type: none"> 1. prevalencia y factores de riesgo, 2. diagnósticos relacionados con la conducta suicida, 3. desarrollo de competencias en entrevistas y evaluaciones psiquiátricas, 4. formación de cómo realizar un examen mental y de cómo se recoge la información 5. familiarizar al médico con una nueva vía de atención. 	Médicos internos residentes.	Evaluación a corto plazo. Se realizan test de conocimiento o al final del programa.
NICE 2011, (371) GPC (RS), NE 2+, 3	- 4 estudios incluidos.	Distintos grupos de profesionales.	---

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; RS: revisión sistemática; NICE: *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Fuente: GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

15.2.6 Otros programas formativos

Se han localizado programas específicos para personal que realiza su trabajo en plantas de hospitalización, como el de enfermería (388-390) o los médicos internos residentes (391).

– Personal de enfermería: la formación impartida se realiza a base de discusiones de casos, *juego de roles* y conferencias, ya sea de forma presencial (388-390) (389-391) u *online* (390). Los resultados de estos programas mostraron una mejoría en la competencia y actitudes de los participantes hacia la identificación y tratamiento de pacientes con conducta suicida (388-390). **Estudio cuasi-experimental 2+**

– Médicos internos residentes: el programa consiste en 2 horas de entrenamiento, viéndose que las habilidades de manejo son mejores inmediatamente después de la realización del curso; aunque no permanecen a los 6 meses. Sin embargo, los cambios que se produjeron en la actitud y la confianza se mantuvieron en el tiempo (391). **Serie de casos 3**

Profesionales no sanitarios

Profesionales de centros educativos y servicios sociales

La OMS recomienda la formación teórico-práctica de profesores, educadores y de los alumnos, para poder aumentar la conciencia y comprensión del riesgo de suicidio y que les haga adquirir mayor número de habilidades y recursos tanto para la comprensión del suicidio, como para su prevención y capacidad de afrontamiento (315). Estos programas pueden ayudar a los profesores a identificar a los alumnos que estén en riesgo de suicidio y a los estudiantes para que sean conscientes de cómo pueden ayudar a sus compañeros con problemas (316). La formación debe estar dirigida a aumentar las habilidades de comunicación sobre cuestiones relativas al suicidio, mejorar la capacidad para identificar síntomas depresivos y conducta suicida y aumentar el conocimiento sobre los recursos disponibles (315). **Opinión de expertos 4**

Estos programas son extensivos a las denominadas figuras clave (*gatekeeper*) (323, 326, 376, 389). Dentro de los centros educativos, las figuras clave podrían ser los propios profesores y compañeros, los orientadores psicopedagógicos, los monitores de actividades extraescolares, u otros miembros del personal del centro.

Los programas formativos existentes presentaron variabilidad respecto al número de horas de formación, y van desde 32-36 horas hasta 5 días (392), siendo lo habitual, dos días (392, 393). **RS de estudios 2+ Estudio cuasi-experimental 2+**

Algunos autores proponen para una buena implementación de los programas en los centros educativos (394): **Opinión de expertos 4**

- Estar apoyados por la dirección del centro
- Ofrecerse al inicio del curso

- Ser breves
- Estar destinados a todo el personal de la institución escolar.

En la Tabla 47 se resumen las características de los programas de formación sobre suicidio en centros educativos.

Estos programas, desarrollados en escuelas, universidades o centros de menores, lograron mejoras significativas en la confianza, percepción de habilidades y en un mayor conocimiento de la conducta suicida (392-398), que se mantuvieron en el tiempo durante 3-6 meses (392, 393, 395, 398) e incluso 18 meses, si bien son necesarias sesiones de refuerzo de la formación inicial a lo largo del tiempo (396). Los resultados mostraron que la oferta de formación específicamente diseñada puede ayudar al personal/alumnos de la escuela (392-398) o de centros de menores (396) a sentirse mejor preparados para apoyar a jóvenes en riesgo de conducta suicida.

No existen datos sobre la influencia de este tipo de actividades formativas en las tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados y además, el tiempo de evaluación de estos estudios es muy corto (3-6 meses).

Tabla 47. Programas de formación en centros educativos

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Gibbons et al , 2008, EE.UU., (394) Opinión de expertos, NE 4	– Conocimientos sobre suicidio, mitos, comportamientos, actitudes, role-playing y casos prácticos.	Personal de centros escolares.	Evaluación antes e inmediatamente después de la formación.
Robinson et al 2008, Australia, (393) Estudio pre-post, NE 2+	Dos días: – 1er: conocimientos, actitudes, evaluación, planificación y manejo del riesgo – 2º: información sobre trastornos mentales, terapias, políticas y procedimientos.	Personal de centros escolares.	Evaluación antes, después y a los 6 meses de la formación mediante test de habilidades, conocimientos y actitudes.
Keller at al, 2009, EE.UU., (396) Estudio pre-post, NE 2+	Dos horas: – reconocimiento de señales, cómo ofrecer esperanza y cómo y dónde obtener ayuda.	Todas aquellas personas que traten con niños (educadores, protección infantil, justicia de menores, salud).	Evaluación antes, inmediatamente después de la formación y a los 6 y 18 meses.

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
Tompkins et al, 2009, EE.UU., (398) RS, NE 2+ Programa QPR (Question, persuade, and Refer)	Dos horas: – prevalencia del suicidio en jóvenes, factores de riesgo de depresión y suicidio e intervenciones que se deben realizar.	Personal de escuelas secundarias.	Antes y después de la intervención y a los tres meses.
Thompson et al, 2010, EE.UU., (397) Estudio pre-post, NE 2+	– Alumnos: manual sobre bienestar, autoevaluación, habilidades de afrontamiento y recursos de contacto y tratamiento – Profesores: reunión anual, 30 minutos sobre factores de riesgo, como detectarlos y cómo responder.	Estudiantes universitarios y sus profesores.	Antes y después de la entrega del manual, se analiza la tasa de respuesta de la encuesta y niveles de depresión.
Indelicato et al, 2011, EE.UU., (395) Estudio pre-post, NE 2+ Programa QPR (Question, persuade, and Refer)	Dos horas: – reconocimiento de señales de advertencia, cómo ofrecer esperanza y cómo y dónde obtener ayuda.	Dirigido tanto a estudiantes universitarios, como a profesores y empleados.	Antes de la intervención y al mes y tres meses.

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia, RS: revisión sistemática

Otros profesionales (centros penitenciarios, policías, bomberos y voluntarios comunitarios).

Trabajadores de centros penitenciarios

Uno de los componentes más importantes dentro de un programa de prevención de suicidio en los centros penitenciarios es contar con personal bien capacitado a través de formación específica, que para la OMS debería contemplar los siguientes aspectos (317): **Opinión de expertos 4**

- Factores de riesgo, señales, síntomas de advertencia y períodos de mayor riesgo
- Conocimiento de las situaciones que favorecen la conducta suicida en un centro penitenciario
- Actitudes del personal acerca del suicidio y políticas de prevención del centro.

Policías, bomberos

La OMS publicó en 2009 un documento titulado “Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea”, debido a que estos grupos pueden ser los primeros mediadores en conflictos con personas que presentan problemas de salud mental, emocionales, abuso de sustancias y/o conducta suicida. Es necesario, por tanto, desarrollar la capacitación de estos profesionales en diferentes tareas y crear estrategias y protocolos para el manejo de crisis (319). **Opinión de expertos 4**

Las instituciones deben garantizar que estos profesionales estén capacitados para reconocer señales y síntomas de trastornos mentales, así como identificar riesgos de suicidio y entender la legislación local en salud mental. Además, esta capacitación debería realizarse mediante situaciones de la vida real en grupos de discusión dirigidos por un profesional de salud mental. Estos grupos se reunirían regularmente y discutirían situaciones de la vida real y realizarían *juego de roles* donde los participantes pondrían en práctica diferentes formas de comunicación dependiendo de la naturaleza de la crisis (319).

Voluntarios comunitarios

Uno de los colectivos más importantes en la prevención del suicidio son los trabajadores o voluntarios en servicios a la comunidad. Los programas de sensibilización del suicidio para estos grupos suelen tener entre 60 y 90 minutos de duración y muestran una mejoría en los conocimientos y la predicción de situaciones de riesgo suicida. Se ha visto, además, que los voluntarios son capaces de desempeñar un papel eficaz en la búsqueda de ayuda de profesionales (399-402). **Estudio cuasi-experimental 2+**

Las características de los programas anteriormente mencionados se pueden ver en la Tabla 48.

Tabla 48. Programas de formación sobre prevención de conducta suicida en otros profesionales

Autor, año, país, ref	Formato del programa (técnica de entrega, duración y frecuencia)	Participantes	Evaluación
-----------------------	--	---------------	------------

Matthieu et al, 2008, EEUU, (401) Estudio cuasi-experimental NE 2+	60 minutos – Conferencias en grupos de 70 personas con juego de roles entre 5-7 minutos.	Personal sanitario de centros “veteranos”.	no de de de	Pre y post formación mediante test autoaplicados, valoración de conocimientos.
Tsai et al, 2010, Taiwán, (402) Estudio cuasi-experimental, NE 2+	90 minutos – Sensibilización del suicidio y depresión.	76 voluntarios comunitarios.		---
Lu et al, 2011, Taiwán, (400) Estudio cuasi-experimental, NE 2+	80 horas – Educación didáctica, incluyendo asesoría telefónica, visitas a hogares e intervención en crisis.	15 voluntarios con un año de experiencia y 15 voluntarios noveles de centros sociales.		A los 3 meses.
Fountoulakis et al, 2011 (399) RS, NE 2+	---	Inclusión de 14 programas.		---

Ref: referencia; NE: nivel de evidencia; RS: revisión sistemática

Resumen de la evidencia

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional	
4	El proyecto SUPRE es una iniciativa de la OMS (313) con el objetivo de reducir la progresiva mortalidad debida al suicidio. Para ello elaboró una serie de documentos dirigidos a profesionales y grupos sociales relevantes en la prevención del suicidio (profesionales de atención primaria (32, 80), medios de comunicación (314), docentes (315, 316), funcionarios de prisiones (317), trabajadores (318), supervivientes de un suicidio (320), bomberos, policías y socorristas (325); no se han encontrado datos de efectividad de esta iniciativa.

2+	<p>La OMS realizó una serie de recomendaciones sobre las intervenciones preventivas del suicidio (321):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deben partir desde la salud pública con participación del gobierno - Deben incluir programas específicos para grupos de riesgo - Los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar grupos de riesgo, por lo que la formación debe centrarse en factores de riesgo y protección - Es necesario implementar políticas de evaluación de los programas - Los medios de comunicación deben estar implicados en la prevención del suicidio.
2+	<p>Posteriormente, diferentes revisiones sistemáticas de prevención del suicidio destacan las siguientes recomendaciones (144, 312, 323, 326-328):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitación del acceso a medios letales - Mejora en el acceso a los servicios sanitarios y proporción de apoyo a personas en riesgo de suicidio - Identificación, tratamiento y seguimiento adecuados de personas con depresión y otros trastornos mentales - Desarrollo de intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas - Mejora de la formación del personal sanitario. - Eliminación de tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio, tanto en personal sanitario como en la población general - Implicación de los medios de comunicación y centros educativos en la prevención de la conducta suicida.
2+	<p>Mann et al.(326) propusieron un modelo de prevención basado en las intervenciones que han demostrado efectividad en pacientes con trastornos mentales y otros factores de riesgo (formación y concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación).</p>
2+	<p>A nivel europeo, el programa multinivel de Nuremberg (Nuremberg Alliance Against Depression), llevado a cabo durante dos años y con 4 líneas de intervención (formación a médicos de atención primaria, sensibilización de los medios de comunicación y de la población general, entrenamiento de figuras clave e intervención en grupos de riesgo), obtuvo una reducción significativa de las tasas de intentos de suicidio y de suicidios consumados en relación a las tasas iniciales y a las de una región de referencia, y esta reducción se mantuvo al año del programa (331, 332).</p>
4	<p>En comparación con otros países europeos, en España existe una muy escasa implementación de programas de tipo preventivo. No existe un plan nacional de prevención específico y hasta ahora solo se han desarrollado iniciativas locales (403).</p>

Potenciación de factores protectores y resiliencia	
2++ 2+ 3	Los factores protectores del riesgo de suicidio se pueden clasificar en personales (habilidad en la solución de problemas, autoestima, flexibilidad cognitiva, hábitos de vida saludables, entre otros) (46, 69, 70, 342-344) y sociales/medioambientales (como contar con apoyo familiar y social, integración social, disponer de ayuda y recursos) (11, 34, 46, 49, 50, 69, 342).
3	Los factores protectores relacionados con la resiliencia que más se han asociado a la prevención de la conducta suicida son (345): – Capacidades y procesos cognitivos: el estilo atribucional podría tener un papel central en la conducta suicida, de forma que si es positivo podría moderar el riesgo de suicidio. También cuenta con cierta evidencia la confianza en la capacidad de solución de problemas. – Creencias y actitudes: el alto nivel de autonomía es la variable que cuenta con mayor evidencia, y podría ejercer una función preventiva. Otras variables que podrían estar implicadas y moderar el riesgo de suicidio son el apoyo social percibido, el apego y las creencias relacionadas con el suicidio.
1+	En el ámbito escolar, un programa basado en la potenciación de factores protectores a través de iguales (peer leaders) mejoró en los estudiantes la percepción de apoyo por parte de los adultos y consiguió mayor aceptación a pedir ayuda. También se encontró en los peer leaders un aumento significativo de la información en relación con el suicidio, conexión con los adultos e implicación escolar (348).
Q	En Australia se llevó a cabo un programa de prevención del suicidio de adolescentes aborígenes, basado en la potenciación de factores protectores y dirigido a profesionales, familias y los propios adolescentes (4 módulos de 10 semanas, 1 sesión semanal). Al final de su implementación se encontró un incremento significativo en los niveles de empoderamiento (empowerment), autoestima, resiliencia, habilidades de solución de problemas y bienestar (349).
3	Un programa de adaptación a la jubilación en el que se empleó terapia TCC grupal obtuvo una disminución de los niveles de depresión y de distrés psicológico. También se observó un aumento significativo de variables como esperanza, objetivos, serenidad, flexibilidad y actitud positiva frente a la jubilación, y la mejoría se mantuvo a los 6 meses (350).
3	La TIP (16 sesiones semanales) orientada a mejorar el funcionamiento social y las habilidades en adultos mayores de 60 años con elevado riesgo de suicidio, obtuvo una reducción significativa en los niveles de síntomas depresivos, ideación suicida e ideas de muerte, en comparación con el nivel basal (351).
Restricción del acceso a medios letales	

2++	Existe evidencia sobre una disminución de la conducta suicida cuando se realiza una restricción del acceso a medios letales (acceso a sustancias tóxicas, armas de fuego...), aunque es necesario tener en cuenta que la restricción del tipo de método depende del país (144, 312, 323, 326, 327).
Medios de comunicación y suicidio	
<i>Medios de comunicación</i>	
2+ 3	Existe evidencia consistente sobre la relación entre el tratamiento inadecuado de la información sobre el suicidio en los medios y un incremento del mismo. Las noticias que idealizan o dramatizan los suicidios y las que implican a personas famosas se relacionan especialmente con conductas imitativas. Sobre el efecto de las guías con recomendaciones para los medios, su evidencia no es concluyente (67).
4	La OMS publicó un documento en el que se ofrecen una serie de recomendaciones para los medios de comunicación sobre cómo enfocar las noticias sobre suicidios (68).
3	Distintos países (Australia, Nueva Zelanda, EE.UU., Canadá, Reino Unido, Hong Kong y Sri Lanka, entre otros) han desarrollado recomendaciones para los medios de comunicación basadas en las directrices de la OMS. Las más importantes son (354): <ul style="list-style-type: none"> – No tratar las noticias sobre suicidios de forma sensacionalista – Evitar especificar detalles sobre sus características y circunstancias – Aportar información precisa, responsable y ética – Aprovechar la oportunidad para educar a la población – Ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles – Tras un suicidio, tener siempre en cuenta a los familiares y allegados.
3	Otros aspectos que también se han relacionado con un aumento de la conducta suicida son la repetición de noticias sobre un mismo suicidio y la referencia a los mitos que existen sobre el mismo (353).
2+	En Austria, tras la implementación de medidas dirigidas a los medios de comunicación, se observó una reducción significativa de la tasa anual de suicidios a nivel nacional y especialmente en las regiones donde la prensa colaboró de forma más activa. También se puso de manifiesto una mejora en la calidad de la información ofrecida (360).
2+	En Hong Kong, tras la implementación de las recomendaciones de la OMS para los medios, se observó una disminución de las tasas de suicidio y se publicaron menos imágenes y titulares sobre suicidios (361).
Q	Los periodistas reconocen la necesidad de su implicación en la prevención del suicidio y su papel en la promoción de la salud. Una de las principales barreras para la adopción de las recomendaciones de las guías sobre el tratamiento de la información sobre el suicidio fue el escepticismo sobre el efecto contagio (362).

<i>Internet</i>	
2+	El uso patológico de Internet se ha asociado con la presencia de ideación y conducta suicidas (363).
2+	Se ha constatado que gran parte de la información de Internet sobre el suicidio podría clasificarse como contenido pro-suicidio y que los jóvenes son especialmente vulnerables a esta información (363-366).
3	En jóvenes de 14 a 24 años, se ha puesto de manifiesto que aunque la información sobre el suicidio provenía en la mayoría de los casos de fuentes tradicionales (familia, amigos o prensa), las redes sociales y foros fueron cada vez más frecuentes (367).
4	Los pactos de suicidio en Internet son un fenómeno que adquiere cada día mayor importancia. También se pueden encontrar en la red variantes de este fenómeno como los suicidios narrados <i>online</i> y la simulación del propio suicidio en la red (363).
4	Internet podría ser una buena herramienta para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Algunas de las ventajas que presenta son (363): <ul style="list-style-type: none"> - Facilita la interacción social - Presenta un fácil acceso y rápida diseminación de la información - Ha demostrado ser un buen medio para ofrecer información sobre aspectos relacionados con la salud, por lo que podría ser una buena plataforma para la educación - Puede proporcionar apoyo mediante el uso adecuado de redes sociales y chats.
3	Un estudio realizado con estudiantes universitarios que habían participado en un Tamización de depresión y de riesgo suicida <i>online</i> , y posterior entrevista personal, comparó aquellos que mantuvieron contacto <i>online</i> con el terapeuta con los que no lo hicieron. Se encontró que los estudiantes que mantuvieron contacto con el terapeuta a través de Internet tuvieron mayor probabilidad de comenzar un tratamiento (369).
3	En otro estudio se analizó la proporción de contactos relacionados con el suicidio en una línea telefónica de ayuda, en un chat y en un grupo de autoayuda <i>online</i> asincrónico. Las amenazas de suicidio fueron más frecuentes en el grupo de ayuda <i>online</i> , que en la línea telefónica y el chat (370).

4	<p>Algunas medidas que han sido propuestas para intentar regular el contenido de la información sobre suicidios en Internet son (364):</p> <ul style="list-style-type: none"> - El uso de programas de filtrado por parte de los familiares para impedir el acceso a determinados foros o blogs - Intentar que las páginas con información útil para los pacientes (encaminada a la prevención o a ofrecer apoyo), aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con palabras clave - Regularizar el control de los contenidos de Internet (mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores).
Programas formativos de prevención de la conducta suicida	
<i>En profesionales sanitarios</i>	
3	<p>Los programas de formación para la prevención del suicidio dirigidos a profesionales de la salud deben incluir aspectos relacionados con los factores de riesgo, la evaluación y el tratamiento y manejo de la conducta suicida, así como sobre el estigma y la discriminación que generalmente se asocia (371, 372).</p>
2+	<p>Estos programas de formación se pueden realizar mediante conferencias, juego de roles y discusión de casos (371, 380, 382-384, 388-391).</p>
2+	<p>Los programas formativos se relacionan con un aumento de la confianza de los profesionales sanitarios, mejora de sus actitudes y habilidades en la detección y manejo de la depresión, aunque no existe evidencia concluyente sobre su efecto en la conducta suicida (167, 371, 373-375).</p>
2+	<p>No se ha demostrado que los programas formativos dirigidos a profesionales de atención primaria disminuyan las tasas de suicidio, aunque mejoran los conocimientos adquiridos y provocan cambios en la actitud y en la confianza de los participantes en el programa que se mantienen durante 6 meses (371, 372, 380, 382, 383).</p>
2+	<p>Estudios sobre formación de profesionales de salud mental en la prevención de la conducta suicida muestran resultados positivos en la adquisición de conocimientos, cambios de actitud (372, 384) y en la habilidad para manejar estos pacientes, aunque su influencia sobre las tasas de suicidio no ha sido evaluada (384).</p>
2+	<p>Los programas de formación sobre prevención del suicidio en los servicios de urgencias aumentan los conocimientos de los profesionales y la percepción de autoeficacia frente al manejo del paciente con riesgo de suicidio (372, 374, 385-387).</p>

2+	Los programas específicamente desarrollados para profesionales de enfermería y médicos internos residentes, muestran una mayor confianza, actitud y competencia en el manejo de pacientes con conducta suicida (388-391), aunque en el caso de los médicos internos residentes la mejora fue temporal, lo que plantea la necesidad de refuerzo de los programas de forma periódica (391).
4	Para la puesta en marcha de programas preventivos y educativos en profesionales de la salud, el documento "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España" (403) propone tener en cuenta los siguientes aspectos, entre otros: conocer las necesidades del área, mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida, facilitar herramientas de ayuda diagnóstica y realizar una evaluación interna y externa del programa.
2+	Para la implementación de un programa de formación sobre prevención de la conducta suicida es necesario (374): <ul style="list-style-type: none"> - Contar con un líder o coordinador de apoyo en la organización - Favorecer una mayor demanda de formación - Tener un adecuado soporte financiero para su desarrollo.
<i>En profesionales no sanitarios</i>	
2+	Los programas desarrollados para prevención de la conducta suicida en escuelas, universidades o centros de menores mejoran significativamente el nivel de confianza, la percepción de habilidades y el conocimiento sobre el suicidio y se mantienen a los 3-6 meses de su finalización (incluso a los 18 meses, con sesiones de refuerzo de la formación inicial) (393-398).
4	Para la puesta en marcha de un programa de prevención de la conducta suicida en un centro educativo es recomendable el apoyo del director del centro, ofrecerlo al inicio del curso, ser de corta duración y estar destinado a todo el personal de la institución (394).
4	En los centros penitenciarios, los programas de prevención del suicidio tienen como objetivo principal capacitar al personal para la identificación y manejo de reclusos con riesgo de suicidio (317).
4	Los programas de formación destinados a policías, bomberos y socorristas se pueden desarrollar mediante estudios de casos y situaciones reales y tratan de capacitar a estos profesionales en gestión de crisis (319).

2+	Los programas de formación y sensibilización sobre el suicidio para figuras clave (gatekeeper) o voluntariado se pueden realizar empleando material didáctico junto con visitas a domicilio y <i>juego de roles</i> . Sus resultados muestran una mejoría en los conocimientos y la gestión de crisis, sobre todo en la búsqueda de ayuda de profesionales (400-402).
----	---

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador realizó modificaciones relacionadas con el sistema de salud colombiano y algunas denominaciones, con el objetivo de brindar una mayor claridad a los usuarios de la recomendación. Por otro lado se consideró necesario que las actividades relacionadas con la formación del personal de salud debía incluir aspectos como información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas, páginas web y juego de roles.

16 TAMIZACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO

Preguntas para responder:

¿La tamización de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de tamización para identificar el riesgo de suicidio?

¿Preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada?

16.1 Recomendaciones

61. En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de tamización. (avalia-t 2012)

Recomendación C

62. En atención primaria, se sugiere implementar programas de tamización del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de tamización puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano. (avalia-t 2012)

Recomendación C

 63. En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas e impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos. (avalia-t 2012)

*La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental)

Recomendación C

64. En adultos mayores se recomienda la implementación de tamización de depresión,

asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio.

Algunos instrumentos de tamización que podrían utilizarse son: 15-item Geriatric Depression Scale (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI). (avalia-t 2012)

Recomendación C

65. Se alienta al personal de urgencias a utilizar el protocolo de triage descrito y la herramienta de evaluación RAPID, para evaluar la urgencia de la necesidad de remisión de salud mental y medidas de seguridad. (NZGG 2008)

Recomendación D

65.1 En centros penitenciarios se recomienda la tamización del riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de tamización en esta población. (avalia-t 2012)

Recomendación D

16.2 Resumen de la evidencia

Es bien conocido que los profesionales de atención primaria juegan un papel relevante en la identificación y manejo de pacientes con ideación o conducta suicidas (133), ya que se estima que en torno a un 2-3% de los pacientes que acuden a un centro de atención primaria presentaron ideación suicida en el mes anterior (404). Así mismo, es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria antes de una tentativa o de un suicidio consumado, y se calcula que un 75% lo ha hecho el año anterior y un 45% el mes previo (134, 135).

Sin embargo, a pesar de la prevalencia de la ideación y la conducta suicidas y del conocimiento de sus factores de riesgo, alrededor del 83% de las personas con conducta suicida no han sido identificadas previamente por su médico, incluso siendo evaluadas en los meses previos al intento (405). Esta situación ha llevado a plantear la pregunta de si la administración de un test de Tamización (bien en atención primaria, en los servicios de urgencias o en el ámbito de la salud mental), podría detectar de forma fiable el riesgo de suicidio de los pacientes.

16.2.1 Fundamentos de la Tamización

Una Tamización es un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica. Cabe destacar que una Tamización no es una valoración diagnóstica definitiva y que los individuos que dan positivo deberán someterse a pruebas diagnósticas que confirmen la enfermedad o condición para recibir el tratamiento oportuno (406).

Habitualmente, una Tamización se recomienda cuando: la enfermedad o condición clínica causa una gran morbilidad o mortalidad, existe un tratamiento efectivo, su prevalencia no es demasiado baja y su detección temprana es considerada crítica (407). El riesgo de suicidio cumple estos requisitos si se asume la efectividad del tratamiento de la depresión, presente en un porcentaje muy elevado de los pacientes con conducta suicida.

Se diferencian dos métodos de Tamización: el universal, en el que el test se utiliza en toda la población sin tener en cuenta la presencia de factores de riesgo o síntomas, y el selectivo en el que se aplica únicamente en aquellos pacientes con determinados factores de riesgo o una serie de síntomas o signos particulares.

Los instrumentos de Tamización deberían ser breves, fáciles de utilizar y con sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) aceptables. En el caso del riesgo de suicidio interesa detectar todos los casos positivos, a expensas de tener un elevado número de falsos positivos, considerándose más importante la sensibilidad que la especificidad. Sin embargo, la relativa baja frecuencia de la conducta suicida hace difícil encontrar un test de Tamización preciso. Por ejemplo, supongamos una frecuencia de 10 por 10000 personas y que el test tuviese una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80%. El número de verdaderos positivos sería de 9, el de falsos negativos de uno y el de falsos positivos de 1998. En este ejemplo, el VPP del test, es decir la probabilidad de conducta suicida si se obtiene un resultado positivo, sería únicamente del 0,45%. Tan elevado número de falsos positivos supondría una importante carga para el sistema sanitario motivado por las posteriores evaluaciones a las que tendrían que ser sometidos estos pacientes para desestimar la positividad del test de Tamización.

16.2.2 Tamización de riesgo de suicidio en adultos

Los estudios de Tamización de riesgo de suicidio son muy escasos. Gaynes et al. (406) realizaron una revisión sistemática en 2004 con el objetivo de conocer si la realización de una Tamización de riesgo de suicidio en el ámbito de la atención primaria disminuiría la morbimortalidad en pacientes cuyo riesgo no había sido identificado previamente. Los autores no encontraron estudios que contestasen a esa pregunta, existiendo también poca información sobre la utilización de tests de Tamización en este contexto.

RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+

Basándose en la evidencia científica existente, el U.S. *Preventive Services Task Force* (USPSTF) consideró que no había pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en

contra, la tamización de riesgo de suicidio en la población general. Más específicamente, el USPSTF no encontró evidencia de que esta Tamización redujera la conducta suicida o la mortalidad, siendo limitada la evidencia sobre la precisión de las herramientas de Tamización para detectar riesgo de suicidio en el ámbito de la atención primaria (408). **Opinión de expertos 4**

Posteriormente, se realizó un estudio en el que se evaluaba un programa de Tamización de ideación y conducta suicidas y de trastornos mentales graves realizado en 272 pacientes de un distrito urbano de Hungría. Se observó una prevalencia de pacientes con intentos de suicidio del 2,9% de los que el 9% tuvo pensamientos, gestos o intentos suicidas en el mes previo. También se encontró que un 60% de los pacientes con ideación o conducta suicidas tuvieron un episodio depresivo previo, frente al 6,8% de los no suicidas (409). **Estudio observacional 3**

Herramientas de Tamización de riesgo de suicidio en adultos

Gaynes et al. (406) identificaron un estudio en el que se evaluaba un test de 62 ítems susceptible de ser utilizado en atención primaria, el *Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care*, en el que el riesgo de suicidio durante el mes anterior se evaluaba mediante tres ítems (404). Los resultados, recogidos por un profesional de enfermería, se compararon con una entrevista estructurada, considerada el “gold estándar”. El ítem “pensamientos de muerte” presentó una sensibilidad del 100%, una especificidad del 81% y un VPP del 5,9%. El ítem “deseo de estar muerto”, una sensibilidad del 92%, una especificidad del 93% y un VPP del 14%. Por último, el ítem “*feeling suicida*” (ideación suicida) obtuvo una sensibilidad del 83%, una especificidad del 98% y un VPP del 30%. Únicamente la depresión mayor y el abuso de drogas o su dependencia se asociaron de forma independiente con la ideación suicida. **RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+**

La tamización de ideación y conducta suicida realizado por Voros et al. (409) utilizó el cuestionario *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Prime-MD) (410) para valorar los trastornos mentales graves y seis preguntas de la *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (411) para valorar la ideación, los gestos e intentos suicidas. El cuestionario Prime-MD catalogó al 6,5% de los participantes con trastorno depresivo y al 4,7% con trastorno de ansiedad. Un análisis multivariante corroboró que los pacientes con conducta suicida toman de forma significativa más antidepresivos y ansiolíticos, tienen más episodios depresivos y ansiosos, más intentos de suicidio previos, más antecedentes de tratamiento psiquiátrico y visitan con menos frecuencia al médico de atención primaria. Para los autores, el cuestionario Prime-MD, complementado con preguntas sobre conducta suicida, es un método efectivo para los médicos de atención primaria a la hora de valorar el riesgo suicida y reconocer los trastornos mentales más frecuentes. **Estudio observacional 3**

16.2.3 Tamización de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia

En respuesta al aumento de las tasas de suicidio en adolescentes de EE.UU., en los últimos 20 años se han llevado a cabo diferentes programas de prevención en el ámbito escolar centrados en el entrenamiento de habilidades o en intervenciones tras un suicidio y que han sido introducidos en los contenidos formativos. Sin embargo, pocos programas han sido evaluados científicamente y algunos de ellos han mostrado tener un impacto limitado (412).

Para algunos autores, la tamización de riesgo de suicidio supone un importante reto debido a varios factores (413):

- Gran variación de las propiedades psicométricas de los tests existentes, con una sensibilidad que oscila entre el 48% y el 100%
- Excesiva brevedad de muchos de los instrumentos
- Modificación del punto de corte que puede mejorar la sensibilidad a costa de la especificidad
- Variabilidad de los criterios de identificación de los jóvenes en riesgo
- Variación de los criterios de validez que limitan las comparaciones entre instrumentos
- Necesidad de disponer de la estructura adecuada para realizar un seguimiento de todos aquellos pacientes que dan positivo en la tamización.

Debido a su frecuente asociación, la tamización de depresión suele ser el centro de interés de la prevención del suicidio en adolescentes en atención primaria. Así, y a pesar de la inexistencia de estudios que evaluaran los resultados de un programa de Tamización de depresión en jóvenes (414), se ha indicado la realización de un Tamización de los adolescentes con elevado riesgo de depresión cuando acuden a la consulta del médico de atención primaria (415). Por su parte, el USPSTF, basándose en estudios realizados con adultos, también sugirió realizar la tamización de depresión mayor en adolescentes de 12 a 18 años siempre que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean adecuados. Este mismo organismo consideró que la evidencia era insuficiente para recomendarlo en niños entre 7 y 11 años de edad (416).

Programas y estudios de Tamización de riesgo de suicidio en centros educativos

El *Teen Screen Program* (417) es un programa de Tamización cuyo objetivo es identificar, problemas de salud mental como la depresión o el riesgo de suicidio en todos los jóvenes antes de abandonar la escuela secundaria. Los participantes completan uno de las siguientes encuestas autoaplicadas: *Columbia Health Screen* (CHS), *Diagnostic Predictive Scales* (DPS-8), o *Columbia Depression Scale* (CDS). Los jóvenes con una puntuación positiva en la herramienta de Tamización son entrevistados con la *Diagnostic Interview Schedule for Children* y entrevistados por un profesional de salud mental, quien determina si es necesaria una evaluación posterior (418). **Opinión de expertos 4**

La tamización del riesgo de suicidio en centros educativos se ha desarrollado fundamentalmente en los EE.UU. y se ha descrito a menudo como herramienta, como programa o como ambos, si bien su puesta en marcha sigue siendo controvertida. Pena y Caine, en una revisión sistemática en 2006 (413) recogen los diferentes programas, estudios y herramientas de Tamización de riesgo de suicidio existentes hasta ese momento. Los autores concluyeron que la evidencia sobre su efectividad no es suficiente y que se necesitan nuevas investigaciones para determinarla. **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Posteriormente estudios tampoco encontraron datos sobre el posible impacto de la tamización en la conducta suicida futura (419-421). En la Tabla 49 se resumen los estudios incluidos en la revisión de Pena y Caine (413) así como dos publicados posteriormente.

Tabla 49. Estudios de Tamización de riesgo de suicidio en centros educativos

Autor, año, ref	Muestra	Métodos	Resultados
Shaffer et al., 1996 (422)	2004 adolescentes de 8 escuelas secundarias de zona metropolitana de Nueva York.	Columbia Teen Screen. Se administró una segunda vez en el seguimiento.	Los problemas de los estudiantes de alto riesgo eran desconocidos para los demás.
Aseltine , 2003 (423)	92 escuelas norteamericanas del programa Signs of Suicide (SOS).	Encuestas realizadas entre 2000-01. Información sobre el programa obtenida individualmente por cada coordinador.	Cerca del 60% mejoró en la búsqueda de ayuda (6,8/estudiantes/ mes el año anterior a 10,6/estudiantes/mes los 30 días después del programa). No efectos adversos.
Aseltine y DeMartino, 2004	2100 estudiantes de 5 escuelas de secundaria de EE.UU.	Asignación aleatoria. Grupo de intervención (programas de prevención dentro de los contenidos formativos y Columbia Depression Scale). 3 meses	Grupo de intervención: menos intentos de suicidio en los 3 meses siguientes que grupo control. No mejoría en la conducta de búsqueda de ayuda.

Autor, año, ref	Muestra	Métodos	Resultados
Gutierrez et al., 2004 (425)	390 estudiantes de 9-12° de escuelas secundarias urbanas del mediooeste de EE.UU.	Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR). Evaluación por staff de asesoramiento del colegio.	4 niveles de riesgo: 3,1% en crisis, 4,4% preocupación notable, 3,8% necesidad aparente y 88,7% no indicadores 4 niveles de intervención: intensiva, intermedia, monitorización y no
Gould, 2005 (426)	2342 adolescentes de 6 estados de Nueva York (2002-2004). Estudiantes de escuelas secundarias (13-19 años) y adolescentes de alto riesgo de suicidio.	Asignación aleatoria Grupo experimental incluyó la pregunta de suicidio de Beck Depression Inventory, el Suicidal ideation Questionnaire y preguntas sobre intentos de suicidio previos. Grupo control no incluyó esas preguntas.	No diferencias en los niveles de alteración del estado de ánimo ni en los síntomas depresivos Ideación suicida: (grupo experimental 4,7%, control 3,9%, P=0,49). Los estudiantes de alto riesgo del grupo experimental presentaron menor ideación o conducta suicidas y menos alteraciones de malestar emocional o síntomas depresivos que los estudiantes de alto riesgo del grupo control.
Hallfors et al., 2006 (427)	1323 (9-11 grado) estudiantes de 10 escuelas de secundaria de dos distritos urbanos de EE.UU.	Suicide Risk Screen (SRS) El staff de la escuela sigue los estudiantes con tamización positiva.	29% de positivos (niñas dos veces más que niños) Alto número de falsos positivos por lo que un tercio de estudiantes no realizaron seguimiento.

Autor, año, ref	Muestra	Métodos	Resultados
Nemero ff et al., 2008 (420)	530 estudiantes de escuelas e institutos de EE.UU.	Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV) Entrevista estructurada y posterior diagnóstico de acuerdo con DSM-IV.	72% de alumnos en riesgo de trastorno mental (el 75% no habían estado nunca en tratamiento psiquiátrico). El 28% de los positivos en el test mostraron riesgo de suicidio.
Scott et al., 2009 (421)	1729 estudiantes de 7 escuelas secundarias del área metropolitana de New York.	Columbia Suicide Screen (CSS) y Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3) Profesionales de la escuela y personal ciego al resultado evaluaron los aspectos emocionales.	489 estudiantes (28,3%) en riesgo de suicidio (tamización) y 460 (26,6%) por profesionales. Identificación de problemas mentales: 34% con tamización, 13% por profesionales, 35% por ambos y 18% por ninguno.

Ref: referencia

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de Pena y Caine (413)

Tamización del riesgo de suicidio de adolescentes en atención primaria

Los médicos de atención primaria son, en muchos casos, los principales referentes en salud mental de los adolescentes y más del 70% visitan a su médico al menos una vez al año (419). En 2010 se realizó un estudio para valorar si la tamización de riesgo de suicidio en atención primaria incrementaba la tasa de detección en adolescentes (428). Tres médicos previamente formados participaron en la tamización que consistió en dos preguntas estandarizadas sobre pensamientos de muerte y de ideación suicida y los resultados se compararon con datos de la historia clínica del año anterior. En la fase pre-intervención se cribaron 1561 jóvenes entre 12 y 18 años y se identificaron 13 como de alto riesgo de suicidio. En la fase postintervención se tamizaron 1415 jóvenes y se registraron 51. La exploración del riesgo de suicidio se incrementó un 219%, la detección de personas en riesgo un 392% y la derivación a salud mental aumentó de forma proporcional al incremento en la identificación. Para el autor, la tamización estandarizada permite identificar a los jóvenes con riesgo de suicidio que necesiten derivación a un servicio especializado. **Estudio cuasi-experimental 2**

Tamización del riesgo de suicidio de adolescentes en los servicios de urgencias

Otro escenario importante para la tamización de riesgo de suicidio en niños y adolescentes son los servicios de urgencias, que en ocasiones constituyen su único contacto con el sistema de salud. Además, el riesgo de suicidio no detectado en los servicios de urgencias se asocia con una mayor morbilidad y con un incremento

en la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, datos de una encuesta muestran que los médicos de un servicio de urgencias pediátrico reconocieron realizar Tamización de trastornos mentales únicamente al 10% de los pacientes, generalmente tras presentar algún tipo de reclamación (428). Esto podría deberse a la falta de tiempo, de herramientas de detección apropiadas y/o a la ausencia de protocolos consensuados. Cuando se realizaba la tamización, las tres condiciones encontradas con mayor frecuencia fueron la depresión (83%), las tendencias suicidas (76%) y el abuso de sustancias (68%). Como conclusión, los autores destacaron el interés de que los servicios de urgencias cuenten con herramientas adecuadas para la tamización de pacientes con riesgo de suicidio. **Estudio cualitativo Q**

Asarnow et al. (429) evaluaron el riesgo de suicidio en niños y adolescentes de entre 10 y 18 años con ideación suicida y uno o varios intentos previos. El estudio se realizó en dos servicios de urgencias diferentes y se utilizó un ítem del cuestionario *Youth Risk Behaviour Survey* (YRBS) (“En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has intentado suicidarte?”) (430). La presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos en ambos servicios de urgencias. Entre los factores específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, el haber tenido contacto o relación con suicidios o intentos y el embarazo de la persona o de su pareja (429). **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

King et al. (431) analizaron la validez y utilidad de un Tamización de riesgo de suicidio en 298 adolescentes atendidos en un servicio de urgencias. El riesgo elevado de suicidio se definió como: a) puntuación ≥ 31 en el *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior* (IQ-JR) o un intento de suicidio en los tres meses previos, o b) abuso de alcohol y depresión [≥ 3 puntos en la *Alcohol Use Disorders Identification Test-3* (AUDIT-3), ≥ 76 puntos en la *Reynolds Adolescent Depression Scale-2* (RADS-2)]. Para analizar la validez concurrente se utilizaron la *Beck Hopelessness Scale* (BHS) y el *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers* (POSIT). El 16% de los adolescentes fueron identificados como de alto riesgo de suicidio, y de ellos, un 98% presentaban ideas graves de suicidio o un intento reciente y un 27%, abuso de alcohol y depresión. La adición de estos criterios no incrementó la identificación de casos. De los pacientes identificados como de alto riesgo de suicidio, el 19% habían acudido a Urgencias por causas no psiquiátricas, el 35,4% por quejas psicológicas o somáticas sin ideación o comportamiento suicida y un tercio no recibían ningún tratamiento por trastorno mental o por adicción a drogas. **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

Por último, Fein et al. (432) pusieron a prueba un sistema informatizado de Tamización (*Web-based Behavioral Health Screening- Emergency Department, BHS-ED*) para identificar problemas psiquiátricos en un servicio de urgencias hospitalario. La tamización lo completaron 857 adolescentes de 14 a 18 años. Los autores señalaron que la utilización de esta herramienta incrementó significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (4,2% vs 2,5%), y su

incorporación aumentó las evaluaciones realizadas por trabajadores sociales o psiquiatras (2,5% vs 1,7%). Noventa y cinco pacientes (11,1%) informaron de ideación suicida en el último año y 31 (3,6%) en las dos últimas semanas. De éstos, 15 habían hecho planes de suicidio o realizado algún intento suicida. **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

Herramientas de Tamización de riesgo de suicido en adolescentes

Una revisión sistemática realizada por Pena y Caine (413) encontró siete herramientas de Tamización validadas psicométricamente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes y utilizadas generalmente en el ámbito escolar: *Columbia Suicide Screen* (CSS), *Diagnostic Predictive Scales* (DPS), *Suicidal Ideation Questionnaire* (SIQ), *Suicidal Ideation Questionnaire JR* (SIQ-JR), *Risk of Suicide Questionnaire* (RSQ), *Suicide Risk Screen* (SRS) y *la Suicide Probability Scale* (SPS) (Tabla 50). **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Los instrumentos más comúnmente utilizados para detectar riesgo de suicidio son el SRS (433), el SIQ (434) y el CSS (435). Éste último es el principal test de Tamización utilizado en los centros educativos de EE.UU., habiendo demostrado que detecta estudiantes en riesgo de suicidio con mayor fiabilidad que los trabajadores de las escuelas (421). Con el fin de mejorar sus propiedades psicométricas, Scott et al. (436) construyeron dos algoritmos, uno de umbral bajo que clasifica al 35% de los estudiantes como positivos (96% de sensibilidad y 61% de especificidad), y otro de umbral elevado en el que el porcentaje de identificación se reduce al 24% (92% de sensibilidad y 78% de especificidad).

En escuelas de secundaria, el CSS, el SIQ y el SIQ-JR tienen un valor predictivo positivo entre 0,16 y 0,33 lo que origina un importante número de falsos positivos. El RSQ y el DPS, usados generalmente en clínica, tienden a tener un alto VPP (0,53 a 0,55), por lo que podría recomendarse su uso en programas de Tamización en escuelas (437). La sensibilidad de los siete instrumentos oscila entre 1,00 y 0,48, lo que significa que hasta un 52% de jóvenes en riesgo de suicidio darán negativo con estos instrumentos (413).

El RSQ se utiliza también para detectar conducta suicida en niños y adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (125). Existe una versión en castellano; aunque validada con niños y adolescentes mejicanos, que obtuvo una moderada consistencia interna y una correlación moderada-alta con constructos que se vinculan con el riesgo suicida, como la desesperanza (126). Este cuestionario también fue utilizado por profesionales de enfermería para detectar el riesgo de suicidio de adultos y de adolescentes que acuden a un servicio de urgencias (149).

16.2.4 Tamización de riesgo de suicidio en adultos mayores

Es sabido que los adultos mayores tienen un riesgo incrementado de suicidio consumado respecto a otros grupos de edad (438) y los estudios de autopsias psicológicas han demostrado que la principal causa de suicidio es la depresión (439).

Tabla 50. Herramientas de Tamización para la prevención de suicidio en adolescentes

Nombre; autor, año, ref.	Muestra	Nº de ítems. Criterio de validación	Valores psicométricos	
Columbia Suicide Screen (CSS) Shaffer et al. 2004 (435)	N:258 Siete escuelas superiores del área metropolitana de Nueva York (67% completaron la tamización).	Cuestionario autoaplicado: 11 ítems englobados dentro de un cuestionario de salud general de 32 ítems Trastorno del estado de ánimo o abuso de sustancias según DISC más ideación suicida o intento previo.	S: 75% E: 83% VPP: 16% VPN: 99%	
Diagnostic Predictive Scales (DPS) Lucas et al. 2001 (440)	Jóvenes entre 9-18 años En múltiples residencias y clínicas de EE.UU.	54 ítems principales (84 en total) DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children 2.3).	S:67-100% E: 49-96% VPP: 6-74%	
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) Reynolds, 1991 (434)	Jóvenes entre 14-18 años 121 escuelas secundarias en una pequeña ciudad de medio oeste de EE.UU.	30 ítems Punto de corte de 14 en Suicidal Behavior Interview.	PC 30 S: 100% E: 49% VPP: 25%	PC40 S: 83% E: 70% VPP: 33%
Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ-JR) Keane et al., 1996 (441)	163 escuelas de secundaria.	15 ítems Documentación de los intentos de suicidio ocurridos en los 4 meses después de administrar el SIQJR por trabajador escolar y psicólogo infantil.	S: 80% E: 86% VPP: 27%	

Nombre; autor, año, ref.	Muestra	Nº de ítems. Criterio de validación	Valores psicométricos
The risk of Suicide Questionnaire (RSQ) Horowitz et al., 2001 (125)	149 niños y adolescentes atendidos en urgencias pediátricas de hospital universitario urbano por razones psiquiátricas.	4 ítems SIQ de 41 o más para adolescentes (grado 10 o mayor). SIQ-JR de 31 o menos para adolescentes (por debajo del grado 10). Existe versión en español (validada en México. Disponible en https://es.scribd.com/document/351457259/Escala-RSQ).	S: 98% E: 37% VPP: 55% VPN: 97%
Suicide Risk Screen (SRS) Thompson y Eggert, 1999 (433)	581 jóvenes de 7 es- cuelas de secundaria con abandono de estudios.	20 ítems SIQ-JR de 23-31 Direct Suicide Risk (DSR) usando Measure of Adolescent Potential for Suicide (MAPS) Valoración clínica de global Clinical Risk Assesment (CRA).	S: 87-100% E: 54-100% VPP: 63,1-69%
Suicide Probability Scale (SPS) Larzelere et al., 1996 (442)	855 jóvenes de centro residencial de trata- miento.	36 ítems Intentos de suicidio según consta en los informes diarios de los supervisores de cada centro desde 1988 hasta 1991.	S: 48,3% E: 80,3% VPP: 8,1%

Ref: referencia; S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; N: número. Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España). a partir de Pena y Caine (413)

Oyama et al. (443) realizaron una investigación para cuantificar el efecto de una intervención comunitaria sobre el riesgo de suicidio consumado en pacientes mayores de 60 años. Incluyeron 5 estudios, todos ellos realizados en Japón, en los que emplearon programas de prevención universales que incluían Tamización comunitario de la depresión, seguimiento y educación para la salud. La tamización se realizó en dos fases, mediante un cuestionario autoadministrado y con una evaluación realizada por enfermeras o psiquiatras. Se constituyeron dos grupos, según el seguimiento fuese realizado por un psiquiatra o por un médico de atención primaria. Para el primer caso, el metanálisis incluyó 16110 personas antes de la implementación del programa y 21170 después, reduciéndose el número de suicidios de 51 a 19 (riesgo relativo de 0,30 para hombres y de 0,33 para mujeres). En el grupo en el que el seguimiento lo hizo un médico de atención primaria el metanálisis incluyó 23340 personas antes de la implementación del programa y 27865 después, reduciéndose el número de suicidios de 71 a 44, siendo el riesgo relativo de 0,73 para hombres y de 0,36 para mujeres. Según

esta investigación, la implementación de programas de Tamización comunitario de la depresión, seguimiento y educación para la salud se asocia con una reducción del riesgo de suicidio en adultos mayores, siendo mayor cuando el seguimiento lo lleva a cabo un psiquiatra. Las ventajas de la intervención se producen especialmente en varones y las causas podrían ser el mayor componente impulsivo de éstos y la mayor dificultad de tratamiento en atención primaria. Remarcar que este estudio fue desarrollado y evaluado únicamente en Japón, siendo difícil la extrapolación de sus resultados a entornos diferentes debido a las diferencias culturales, organizativas y estructurales con otros países. **RS de estudios cuasi-experimentales 2++**

Posteriormente, estos mismos autores evaluaron la efectividad de un programa de Tamización comunitario de depresión, realizado en 6 municipios rurales del norte de Japón, para la prevención del suicidio (444). Tras una primera valoración inicial, el programa de Tamización se realizó en dos etapas. En la primera utilizaron la *Zung Selfrating Depression Scale* (SDS), la *Geriatric Depression Scale-five ítems* (GDS-5) o la *Depression and Suicide Screen* (DSS). De los 2552 participantes, 486 presentaron un test positivo. En la segunda etapa, 420 pacientes con test positivo fueron evaluados por profesionales de enfermería o trabajadores sociales mediante la *WHO Composite International Diagnosis Interview* (WHO-CIDI). Si se consideraba que los pacientes presentaban un episodio depresivo eran derivados bien a un psiquiatra o eran seguidos por estos mismos profesionales. En los municipios en los que se implementó el programa, el riesgo de suicidio se redujo tanto en hombres como en mujeres (61% y 51%, respectivamente, aunque sólo significativamente en los primeros), mientras que en los municipios de referencia no se produjo ningún cambio. **Estudio cuasi-experimental 2++**

Herramientas de Tamización de riesgo de suicidio en adultos mayores

Heisel et al. (445) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de dos escalas breves (*15-item Geriatric Depression Scale*, GDS) y (*5-item GDS subscale*, GDS-SI) para ser empleadas como instrumentos de Tamización en adultos mayores en el ámbito de atención primaria. Los autores administraron las escalas a 704 personas de ambos sexos y con una media de edad de 75 años. Se evaluó también la presencia de ideación suicida con los ítems de la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRDS) y la entrevista estructurada de la DSM-IV (SCDI). Los pacientes que expresaron ideación suicida (n = 69) obtuvieron puntuaciones más altas en la GDS y en la GDS-SI que las personas sin ideación suicida (n = 557). Con el punto de corte de 4 en la GDS se obtuvo una sensibilidad del 75%, una especificidad del 82%, un VPP del 34% y un VPN del 96%. Las conclusiones de los autores fueron que tanto la GDS, como la GDS-SI identifican adecuadamente aquellos pacientes con ideación suicida, si bien es necesario estudiar su aplicabilidad en la práctica clínica. **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

16.2.5 Tamización de riesgo de suicidio en centros penitenciarios

Los reclusos tienen mayor riesgo de suicidio que la población general y este riesgo no se relaciona únicamente con la estancia en prisión, sino también con factores presentes a lo largo de sus vidas (446).

Recomendaciones de prevención del suicidio en centros penitenciarios

La OMS publicó en 2000 la guía “*Preventing Suicide. A Resource for Prison Officers*”, como parte de una iniciativa mundial de prevención del suicidio. Posteriormente, Konrad et al. (446) realizaron una actualización de dicha guía que se resume a continuación:

Opinión de expertos 4

- Tamización al ingreso: deberá realizarse nada más producirse el ingreso en un centro penitenciario y, posteriormente, si las circunstancias o condiciones lo requieren. Cuando sea posible, la tamización debería ser realizada por personal sanitario cualificado o en su defecto por funcionarios de prisiones entrenados. Los cuestionarios de Tamización deberán preguntar por variables estáticas (demográficas) y dinámicas (variables situacionales y personales). Una vez identificado el riesgo de suicidio, deberá quedar reflejado en el historial, comunicarse al personal de prisiones y en un breve periodo de tiempo un profesional de salud mental debería evaluar al individuo.
- Observación post-ingreso: para ser efectiva la prevención del suicidio debería realizarse una observación periódica. Los funcionarios de prisiones deberán identificar y estar alerta ante indicadores de riesgo de suicidio como labilidad emocional, insomnio, cambios de humor o de hábitos alimentarios, sentimientos de desesperanza, posibles conflictos familiares o con otros presos.
- Seguimiento: deberán establecerse pautas para el seguimiento, la supervisión y la intervención de profesionales de salud mental en aquellos pacientes en los que se haya identificado un alto riesgo de suicidio.

Escalas de evaluación del riesgo suicida en población reclusa

Perry et al. (447) llevaron a cabo una revisión sistemática con el objetivo de analizar los trabajos que valorasen la validez y fiabilidad de las escalas de Tamización y midiesen el riesgo suicida en adultos sometidos a privación de libertad. Los autores compararon cuatro escalas (Tabla 51) y, según indicaron, la mayoría de los trabajos aportaba poca información sobre el cumplimiento de los *Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD). Además, se observaron en algunos de ellos, limitaciones metodológicas y heterogeneidad en las muestras. Para los autores, ninguna de las escalas mide la validez de predicción futura de suicidio consumado o conducta suicida, por lo que es difícil establecer la mejor escala de Tamización ante muestras tan heterogéneas. **RS de estudios de pruebas diagnósticas 2+**

Otra escala no incluida en la tabla anterior es la *Massachusetts Youth Screening Instrument Versión 2* (MAYSI-2). Está compuesta por 52 ítems y 7 escalas y fue diseñada para identificar el riesgo de trastornos mentales graves, y trastornos emocionales y de comportamiento en jóvenes reclusos. Stathis et al. (448) la utilizaron en una muestra de 402 jóvenes australianos (298 hombres y 104 mujeres, de los que 212

eran indígenas). Se detectaron problemas de salud mental en el 75% de los varones y en el 90% de las mujeres. Además, el 81% de los indígenas y el 75% de los no indígenas puntuaron por encima del punto de corte en al menos una escala. Entre los varones, el 59% presentaban consumo de alcohol y drogas, el 28% irritabilidad y otro 28%, quejas somáticas. Entre las mujeres, el 67% presentaba consumo de alcohol y drogas, el 45% quejas somáticas, el 42% depresión ansiedad y el 30% ideación suicida. **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

Tabla 51. Herramientas de Tamización para la prevención de suicidio en centros penitenciarios

Nombre	Características	Nº de ítems	Valores psicométricos
Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE)	Escala autoaplicada Valora apoyo social (12 ítems: familia, amigos, funcionarios de prisiones y uso de estrategias para solución de problemas) y optimismo (15 ítems: síntomas de depresión, desesperanza futura, comportamiento e intento suicida).	27	S: 81% E: 71% VPN: 55%
Suicide Checklist (SCL)	Escala heteroaplicada Once ítems valoran depresión e ideación suicida y 6 historia previa de comportamiento suicida.	17	S: 70% E: 21% VPN: 24%
Suicide Probability Scale	Escala autoaplicada Valora desesperanza, ideación suicida, sentimientos de minusvalía y hostilidad.	36	S: 53% E: 78% VPN: 78%
Suicide Potential Scale	Escala autoaplicada Valora historia de suicidio previo, intervenciones psiquiátricas o psicológicas recientes, pérdida reciente de familiares o pareja, problemas actuales, influencia de alcohol y/o drogas, signos de depresión y presencia de un plan suicida.	9	S: 86% E: 80%

S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; Nº: número
Fuente: GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España). a partir de Perry et al. (447)

16.2.6 Tamización de riesgo de suicidio en el medio militar

Herramienta de tamización de riesgo de suicidio en las Fuerzas Militares de Colombia

Para medir el riesgo suicida en uniformados de las Fuerzas Militares de Colombia, se recomienda el uso de la escala para medir riesgo de suicidio de González, Oliveros, et al, 2013 validada para la población Colombiana.

Dicha escala se propuso desde una investigación cuyo objetivo general fue adaptar y validar un instrumento psicométrico de tamizaje para medir riesgo suicida en las fuerzas Militares; se revisó, adaptó, y validó mediante una aplicación piloto del instrumento de tamizaje ¿estoy en riesgo?, propuesto por González (2005), a una muestra de 70 militares de diferentes rangos al personal uniformado de la Escuela de Logística del Ejército Nacional. En el análisis de datos se encontró que los 13 ítems escogidos presentan una consistencia interna de 0.52, y explica el 74.35% del constructo en dos factores (ideación y comportamiento) y concluyó que las evidencias de validez y confiabilidad de la prueba son suficientes para continuar el proceso de desarrollo de la prueba, aportando un instrumento de tamizaje para el riesgo suicida en la población militar (449) (ver Tabla 52)

Tabla 52. Prueba de tamización para el riesgo suicida en el medio militar

AFIRMACIÓN		SI	NO
1	¿Pienso que convivo en un hogar disfuncional?		
2	¿Me siento desilusionado con mi vida actual?		
3	¿Vivo con mi padrastro o madrastra?		
4	¿Tengo actualmente una relación de pareja disfuncional?		
5	¿He tenido ideas, fantasías o sueños de morir?		
6	¿He pensado en el día y la forma de mi muerte?		
7	¿Alguna vez he intentado suicidarme?		
8	¿Presento dolores y malestar físico con frecuencia?		
9	¿He tenido ideas, fantasías o sueños de morir?		
10	¿He sentido que pierdo el control y no sé lo que hago?		
11	¿Alguna vez he ido a consulta: psicológica, psiquiátrica o espiritual?		
12	¿Alguna vez me ha formulado medicamentos un psiquiatra?		
13	¿Pienso que los demás estarían mejor sin mí?		
14	¿Pienso que las personas no merecen mi amistad?		
15	¿Tengo alguna persona conocida de absoluta confianza?		
16	¿Si me muero, le daría una lección a alguien?		
17	¿Creo que con el alcohol o las drogas enfrentaré mejor los problemas?		
18	¿Considero que me sentiría mejor si bebo alcohol o consumo drogas?		
19	¿Consumo alcohol u otras drogas en exceso?		
20	¿Uso alcohol o drogas para escapar de la realidad?		

Fuente: Adaptación y validación de una prueba de tamizaje para medir riesgo suicida en población militar. Bogotá 2011 González, Oliveros, et al. (449)

Normas de corrección y puntuación:

Después de verificar que en cada ítem solo este marcada una respuesta, sí o no, se procederá a otorgar la puntuación a cada respuesta que será de 1 en caso de que el individuo haya marcado sí y 0 si por el contrario marcó no.

Para obtener la puntuación se deberá hacer la sumatoria de las puntuaciones otorgadas, exceptuando los ítems 11 y 12 los cuales se consideran factores protectores.

En caso de que la puntuación total sea mayor o igual a 1 significará que el individuo se encuentra en algún grado de riesgo y se deberá dar alarma e iniciar un proceso de intervención en los ítems que haya marcado con Sí. Cuando la puntuación obtenida sea cero (0) significará que el individuo, al momento de la aplicación no presenta riesgo evidente o no lo quiso manifestar. En todo caso se recomienda contrastar con otros aspectos de la evaluación clínica y realizar seguimiento permanente.

Para determinar en qué área se presenta el factor de riesgo será necesario contrastar las preguntas puntuadas con Sí dentro de la tabla de especificaciones (Tabla 53) y de ese modo saber en qué área centrar la intervención, sin ignorar las demás (449)

Tabla 53. Tabla de especificaciones

	Ideación 50%	Intento (Comportamiento)50%	TOTAL
Disfunción familiar 20%	2 Reactivos ¿Pienso que convivo en un hogar no funcional? ¿Me siento desilusionado con mi vida actual?	2 Reactivos ¿Vivo con mi padrastro o madrastra? ¿Tengo actualmente una relación de pareja disfuncional?	4
Antecedentes de suicidio 20%	2 Reactivos ¿He tenido ideas, fantasías o sueños de morir? ¿He pensado en el día y la forma de mi muerte?	2 Reactivos ¿Alguna vez he intentado suicidarme? ¿Presento dolores y malestar físico con frecuencia?	4
Antecedentes psiquiátricos 20%	2 Reactivos ¿Estoy preocupado por las ideas que tengo sobre mi muerte? ¿He sentido que pierdo el control y no sé lo que hago?	2 Reactivos ¿Alguna vez he ido a consulta psicológica, psiquiátrica o espiritual? ¿Alguna vez me ha formulado medicamentos un psiquiatra?	4
Apoyo social 20%	2 Reactivos ¿Pienso que los demás estarían mejor sin mí? ¿Pienso que las personas no merecen mi amistad?	2 Reactivos ¿No tengo una persona conocida de absoluta confianza? ¿Si me muero, le daría una lección a alguien?	4

	Ideación 50%	Intento (Comportamiento)50%	TOTAL
Consumo de SPA 20%	2 Reactivos ¿Creo que con el alcohol o las drogas enfrentaría mejor los problemas? ¿Considero que me sentiría mejor si bebo alcohol o consumo drogas?	2 Reactivos ¿Consumo alcohol o drogas en exceso? ¿Uso alcohol o drogas para escapar de la realidad?	4
TOTAL	10	10	20

Fuente: Adaptación y validación de una prueba de tamizaje para medir riesgo suicida en población militar. Bogotá 2011 González, Oliveros, et al. (449)

16.3 Posibles efectos adversos de la Tamización

Gould et al. (426) realizaron un ensayo controlado y aleatorizado con el objetivo de conocer si el hecho de preguntar a estudiantes sobre la conducta o la ideación suicida en un programa de Tamización aumentaba el malestar emocional o generaba ideación suicida (Tabla 49). A pesar de las limitaciones del estudio (participaron sólo el 64% de alumnos de escuelas suburbanas de población mayoritariamente blanca y de bajo estatus socioeconómico, no extrapolable a otros contextos), los autores no encontraron evidencia de un efecto iatrogénico de los programas de Tamización de suicidio. **ECA 1+**

Una revisión de la literatura para valorar el efecto sobre la salud del Tamización rutinario de trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes (de 7 a 18 años) no encontró estudios que examinasen los posibles daños de los programas de tamización (414). **RS distintos tipos de estudios 2+, 3**

Por último, un estudio realizado con jóvenes de 12-20 años utilizando el cuestionario *Coping with difficult emotions* no observó influencia de los ítems de ideación suicida sobre el estado de ánimo (450). **Estudio de pruebas diagnósticas 2+**

16.3.1 Evaluación rápida de pacientes que requieren ser trasladados

Herramienta RAPID

Es una herramienta propuesta de la guía de Nueva Zelanda “*The assessment and management of people at risk of suicide*”. Estas preguntas son para ayudar en la evaluación de las personas con potenciales problemas de salud mental en Urgencias, y considerar la urgencia de la necesidad de remisión a un servicio de salud mental y establecer medidas de seguridad.

Nombre _____	Dirección: _____
Pariente más cercano: _____	Teléfono: _____

<p>Usar el examen de estado mental si esta desorientado.</p>	<p>CUÁL ES EL PROBLEMA?</p>																
<p>Considere las cuestiones de seguridad para la persona y el personal.</p>	<p>Desorientación en:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tiempo?</td> <td><input type="checkbox"/> Lugar?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Persona?</td> <td><input type="checkbox"/> Ansiedad/ Ataques de pánico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ideación suicida</td> <td><input type="checkbox"/> Comportamiento Extraño</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pensamientos desordenados</td> <td><input type="checkbox"/> Intoxicación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Depresivo</td> <td><input type="checkbox"/> Agresión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alucinando</td> <td><input type="checkbox"/> Abstinencia de drogas y alcohol</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estrés</td> <td><input type="checkbox"/> Agitación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Delirante</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Tiempo?	<input type="checkbox"/> Lugar?	<input type="checkbox"/> Persona?	<input type="checkbox"/> Ansiedad/ Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Ideación suicida	<input type="checkbox"/> Comportamiento Extraño	<input type="checkbox"/> Pensamientos desordenados	<input type="checkbox"/> Intoxicación	<input type="checkbox"/> Depresivo	<input type="checkbox"/> Agresión	<input type="checkbox"/> Alucinando	<input type="checkbox"/> Abstinencia de drogas y alcohol	<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Delirante	
<input type="checkbox"/> Tiempo?	<input type="checkbox"/> Lugar?																
<input type="checkbox"/> Persona?	<input type="checkbox"/> Ansiedad/ Ataques de pánico																
<input type="checkbox"/> Ideación suicida	<input type="checkbox"/> Comportamiento Extraño																
<input type="checkbox"/> Pensamientos desordenados	<input type="checkbox"/> Intoxicación																
<input type="checkbox"/> Depresivo	<input type="checkbox"/> Agresión																
<input type="checkbox"/> Alucinando	<input type="checkbox"/> Abstinencia de drogas y alcohol																
<input type="checkbox"/> Estrés	<input type="checkbox"/> Agitación																
<input type="checkbox"/> Delirante																	
<p>Utilizar las indicaciones para evaluar suicidio.</p>	<p>PORQUE DEBE SER REMITIDO AHORA A SALUD MENTAL?</p>																
<p>Puede necesitar instituir medidas para prevenir auto descargas inapropiadas antes de evaluación completa AHORA</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auto referido</td> <td><input type="checkbox"/> Otros están preocupados por el</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Crisis personal</td> <td><input type="checkbox"/> Remitido de medicina general</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> La persona no hablará</td> <td><input type="checkbox"/> Motivos de ley de salud Mental</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Se presentó la policía</td> <td><input type="checkbox"/> Autoagresión deliberada</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Auto referido	<input type="checkbox"/> Otros están preocupados por el	<input type="checkbox"/> Crisis personal	<input type="checkbox"/> Remitido de medicina general	<input type="checkbox"/> La persona no hablará	<input type="checkbox"/> Motivos de ley de salud Mental	<input type="checkbox"/> Se presentó la policía	<input type="checkbox"/> Autoagresión deliberada								
<input type="checkbox"/> Auto referido	<input type="checkbox"/> Otros están preocupados por el																
<input type="checkbox"/> Crisis personal	<input type="checkbox"/> Remitido de medicina general																
<input type="checkbox"/> La persona no hablará	<input type="checkbox"/> Motivos de ley de salud Mental																
<input type="checkbox"/> Se presentó la policía	<input type="checkbox"/> Autoagresión deliberada																
<p>Esta la persona sedada o somnolienta para dar una adecuada historia?</p>	<p>PUEDO OBTENER UNA HISTORIA ADECUADA AHORA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>																
<p>La persona necesita un intérprete?</p>	<p>HAY UNA HISTORIA PSIQUIÁTRICA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>																
<p>Busque historia clínica antigua</p>	<p>Si la respuesta es si, cual es el diagnóstico? _____</p>																
<p>Haga una lista de problemas</p>	<p>Toma medicamentos actualmente? _____</p>																
<p>Buscar el consentimiento para hacer contacto con la familia.</p>	<p>Estatus legal? <input type="checkbox"/> Ley de salud Mental <input type="checkbox"/> Informal</p>																
<p>Necesita contactar a alguien de inmediato? o puede esperar a mañana</p>	<p>Existe un plan de manejo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>																
<p>Información del contacto</p>	<p>QUE ES LO QUE LA PERSONA QUIERE?</p>																
<p>Información del contacto</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alguien con quien hablar</td> <td><input type="checkbox"/> Alojamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ellos no saben</td> <td><input type="checkbox"/> Hospitalización en Psiquiatría</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicación</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento hospitalario</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Desintoxicación</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Alguien con quien hablar	<input type="checkbox"/> Alojamiento	<input type="checkbox"/> Ellos no saben	<input type="checkbox"/> Hospitalización en Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Medicación	<input type="checkbox"/> Tratamiento hospitalario	<input type="checkbox"/> Desintoxicación	<input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio								
<input type="checkbox"/> Alguien con quien hablar	<input type="checkbox"/> Alojamiento																
<input type="checkbox"/> Ellos no saben	<input type="checkbox"/> Hospitalización en Psiquiatría																
<input type="checkbox"/> Medicación	<input type="checkbox"/> Tratamiento hospitalario																
<input type="checkbox"/> Desintoxicación	<input type="checkbox"/> Tratamiento ambulatorio																
<p>Información del contacto</p>	<p>DONDE PUEDO OBTENER INFORMACIÓN? (Detalles de contacto)</p>																
<p>Información del contacto</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Miembros de la familia o amigos?</td> <td><input type="checkbox"/> Médico general?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centro de salud de la comunidad?</td> <td><input type="checkbox"/> Organizaciones de voluntarios</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Líder comunitario</td> <td><input type="checkbox"/> Terapeuta / consejero?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ONGs?</td> <td><input type="checkbox"/> Psiquiatra? <input type="checkbox"/> Psicólogo?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Miembros de la familia o amigos?	<input type="checkbox"/> Médico general?	<input type="checkbox"/> Centro de salud de la comunidad?	<input type="checkbox"/> Organizaciones de voluntarios	<input type="checkbox"/> Líder comunitario	<input type="checkbox"/> Terapeuta / consejero?	<input type="checkbox"/> ONGs?	<input type="checkbox"/> Psiquiatra? <input type="checkbox"/> Psicólogo?								
<input type="checkbox"/> Miembros de la familia o amigos?	<input type="checkbox"/> Médico general?																
<input type="checkbox"/> Centro de salud de la comunidad?	<input type="checkbox"/> Organizaciones de voluntarios																
<input type="checkbox"/> Líder comunitario	<input type="checkbox"/> Terapeuta / consejero?																
<input type="checkbox"/> ONGs?	<input type="checkbox"/> Psiquiatra? <input type="checkbox"/> Psicólogo?																

	<p>HAY ALGUIEN MÁS CON ELLOS O EN LA SALA DE ESPERA?</p> <p>Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Donde están ahora? _____</p>
<p>Comentario</p> <p>Considere si la persona está segura estando sola. Los factores de riesgo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plan definido - desesperanza - depresión severa - síntomas psicóticos - salida reciente de una unidad psiquiátrica - uso de alcohol - dejó recientemente las drogas o la calle - intento reciente de suicidio - hombre soltero joven o anciano - habitante de la calle - enfermedad física - historia de abuso en la infancia - intento reciente de suicidio de familiar o amigo <p>SI USTED SOSPECHA QUE LA PERSONA LLEVA UN ARMA NOTIFICAR A SEGURIDAD INMEDIATAMENTE</p> <p>Predictores de violencia incluyen:</p> <p>historia de impulsividad, violencia anterior, alcohol, uso de sustancias, rasgos o comportamientos antisociales.</p>	<p>EVALUACIÓN DE SUICIDIO</p> <p>Ha pensado que la vida no vale la pena vivirla? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Ha pensado en hacerse daño? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Está pensando en suicidarse? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Ha tratado de hacerse daño anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es si cuantas veces? _____</p> <p>Cuando fue la última vez? _____</p> <p>Con que frecuencia tiene estos pensamientos? _____</p> <p>Ha pensado en algún plan? Este plan es factible? Tiene los métodos disponibles? Es probable que el método sea letal? _____</p> <hr/> <p>Ha pensado cuando podría efectuar ese plan?</p> <p>Hay razones que le impidan efectuar esos planes? _____</p> <p>Conoce a alguien que haya tratado de hacerse daño a sí mismo recientemente? _____</p> <hr/> <p>SI HA INTENTADO SUICIDARSE</p> <p>Que esperaba como resultado de su intento? (morir? O terminar su dolor?) _____</p> <p>Todavía tiene acceso al método utilizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Usó alcohol o drogas antes del intento? Que uso? _____</p> <p>Tiene acceso fácil a un arma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>HA PENSADO EN HERIR A OTRA PERSONA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, ha actuado sobre esos pensamientos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Ha estado involucrado en algún conflicto recientemente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, estaba usando drogas o alcohol en ese momento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>SE SIENTE SEGURO EN EL MOMENTO? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>CON QUIEN VIVE?</p>

Realice examen físico completo	Hay alguien en su casa ahora? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Hay alguien a quien pueda llamar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tome la decisión en el triage si debe ser remitido a unidad psiquiátrica.	COMO ESTA SU SALUD EN GENERAL?
Está evaluando la situación según la ley de salud Mental?	QUE PROVOCO ESOS PENSAMIENTOS / ACCIONES?
Es necesario llamar a la policía?	Que lo lleva a tratar de quitarse la vida? _____
	Que lo lleva a tener estos pensamientos? _____
	Que ha estado pasando en su vida últimamente? _____
	Hay cosas que lo han preocupado o molestado? _____
Si es menor de edad, es necesario llamar a ICBF y/o trabajo social para ofrecer cuidado y protección?	QUE HARIA UNA DIFERENCIA EN EL MOMENTO?
	(Puede ver la persona algo que cambie su situación?)
	Podemos hacer una lista de los principales problemas? _____
	Qué podemos hacer ahora? _____
Involucrar el apoyo de trabajo social	Que necesita hacer después? _____

Fuente: Adaptado de NZGG "The assessment and management of people at risk of suicide"(10).

Resumen de la evidencia

Tamización de riesgo de suicidio en adultos	
2+	Los estudios que abordan la tamización del riesgo de suicidio en adultos son muy escasos y ninguno de ellos contesta a la pregunta de si su realización en el ámbito de la atención primaria disminuye la morbilidad en pacientes cuyo riesgo no hubiera sido identificado previamente (406).
3	Un programa de Tamización de ideación y conducta suicida realizado atención primaria observó una prevalencia de intentos de suicidio del 2,9% de los que el 9% tuvo pensamientos, gestos o intentos suicidas en el mes previo. Además, un 60% de los pacientes con ideación o conducta suicidas tuvieron un episodio depresivo previo, frente al 6,8% de los no suicidas (409).
2+	Entre las herramientas de Tamización de riesgo de suicidio en adultos, el <i>Symptom- Driven Diagnostic System for Primary Care</i> ha mostrado una alta sensibilidad y especificidad, asociándose de forma independiente con la ideación suicida, la depresión mayor y el abuso de drogas o dependencia de éstas (406).

2+	El cuestionario <i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders</i> , complementado con preguntas sobre conducta suicida, es también un buen método para los médicos de atención primaria a la hora de valorar el riesgo suicida y reconocer los trastornos mentales más frecuentes (409).
Tamización de riesgo de suicidio en la infancia y la adolescentes	
2+	La evidencia acerca de herramientas o programas de Tamización de suicidio en centros educativos muestra resultados poco concluyentes ya que no se determinó su efectividad ni su posible impacto sobre la conducta suicida futura (413).
4	Uno de estos programas de Tamización es el TeenScreen Program que tiene como objetivo identificar, de forma temprana y voluntaria, trastornos mentales como la depresión o el riesgo de suicidio en jóvenes antes de que abandonen la escuela secundaria (114).
2+	La tamización estandarizado del riesgo de suicidio en adolescentes en el ámbito de la atención primaria permite identificar jóvenes en riesgo de suicidio que necesiten una derivación a un servicio especializado (451).
Q	Diferentes factores, como la falta de tiempo, de herramientas de detección y de protocolos consensuados hace que la tamización de riesgo de suicidio se realice en pocas ocasiones en los servicios de urgencias (428).
2+	En niños y adolescentes, la presencia de factores estresantes, síntomas clínicos y utilización de servicios sanitarios predijeron un continuum de riesgo de suicidio desde la ideación a intentos repetidos. Algunos factores de estrés específicos asociados con un incremento del riesgo de suicidio fueron las rupturas de pareja, la exposición a casos de suicidios o intentos de suicidio cercanos y el embarazo no deseado (429).
2+	En los servicios de urgencias, la tamización de riesgo de suicidio en adolescentes tiene potencial para identificar pacientes con alto riesgo de suicidio que acuden por otros motivos médicos y a pacientes con presencia de depresión, consumo de alcohol e impulsividad (431).
2+	Se ha observado que la utilización de sistemas informáticos de Tamización en un servicio de urgencias hospitalario incrementa significativamente la identificación de adolescentes con problemas psiquiátricos (432).

3	Se han encontrado diferentes herramientas de Tamización validadas psicométrica- mente para detectar riesgo de suicidio en adolescentes: Columbia Suicide Screen (CSS), Diagnostic Predictive Scales (DPS), Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), Suicidal Ideation Questionnaire JR (SIQ-JR), Risk of Suicide Questionnaire (RSQ), Suicide Risk Screen (SRS) y la Suicide Probability Scale (SPS), oscilando su sensibilidad entre 1,00 y 0,48 (413).
Tamización de riesgo de suicidio en adultos mayores	
2++	La implementación de programas comunitarios de Tamización de la depresión y de seguimiento y educación para la salud en mayores de 60 años se asocia con una reducción del riesgo de suicidio, siendo mayor esta reducción cuando el seguimiento lo realiza un psiquiatra que cuando lo realiza un médico de atención primaria. La reducción del riesgo de suicidio se ha observado en mayor medida en varones asociado especialmente a la impulsividad (443, 444) (448, 449).
2+	En el ámbito de la atención primaria podrían utilizarse como instrumentos de Tamización en adultos mayores, la 15-item Geriatric Depression Scale (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI). Dichas escalas identifican adecuadamente aquellos pacientes con ideación suicida (445).
Tamización de riesgo de suicidio en centros penitenciarios	
4	Respecto a la prevención del suicidio en centros penitenciarios, la OMS recomienda realizar un tamización del riesgo de suicidio en el momento del ingreso, preferiblemente por parte de personal sanitario cualificado, y realizar una observación post-ingreso y un adecuado seguimiento (446).
2+	Una revisión sistemática en la que se evaluó la validez y fiabilidad de escalas de Tamización y de medición del riesgo suicida en adultos sometidos a privación de libertad mostró que ninguna de ellas (Suicide Concerns for Offenders in Prison Environment (SCOPE), Suicide Checklist (SCL), Suicide Probability Scale y Suicide Potential Scale) tenía valor predictivo para detectar conductas suicidas futuras (447).
Posibles efectos adversos de la tamización	
1+	Un ensayo controlado y aleatorizado no encontró evidencia de que los programas de Tamización de suicidio tuviesen un efecto iatrogénico sobre las personas, como aumentar el malestar emocional o generar ideación suicida (426).

2+ 3	No se encontraron estudios que evaluaran los posibles daños sobre la salud de los programas de Tamización rutinario de trastornos depresivos mayores en niños y adolescentes (de 7 a 18 años) (414).
2+	Un estudio posterior realizado con preadolescentes y jóvenes de 12-20 años tampoco observó influencia de los ítems de ideación suicida sobre el estado de ánimo (450).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador consideró la relevancia de incluir como factores a tener en cuenta para orientar la tamización el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo a la evidencia de factores de riesgo. De igual forma también considero que la tamización no debe estar dirigida solo a adolescentes sino a toda la población, por lo anterior se amplió la población objeto de la recomendación.

17 CONDUCTA SUICIDA EN GRUPOS DE RIESGO

Preguntas para responder:

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en la infancia y la adolescencia?

¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia?

¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?

¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en este grupo de edad?

La conducta suicida en pacientes mayores

¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en pacientes mayores?

¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en mayores?

¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en adultos mayores?

¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en adultos mayores?

Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo

¿Qué medidas de prevención se han mostrado efectivas para evitar la conducta suicida en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?

¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían llevarse a cabo en cuidadores no profesionales de enfermos con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?

¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían adoptarse en diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo?

¿Qué medidas de prevención podrían recomendarse para evitar la conducta suicida en personas que sufren violencia doméstica?

¿Qué medidas de prevención de la conducta suicida se pueden recomendar en la población penitenciaria?

17.1 Conducta suicida en la infancia y adolescencia

17.1.1 Recomendaciones

66. En niños, niñas y adolescentes con presencia de factores de riesgo de ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social. (avalia-t 2012)

Recomendación D

67. En la evaluación de niños, niñas o adolescentes en los que se evidencia factores de riesgo para ideación y/o conducta suicida se recomienda preguntar directamente y de forma empática sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, como matoneo y/o maltrato infantil, así como también ampliar la evaluación a personas cercanas (cuidadores o profesores). (avalia-t 2012)

Recomendación C

68. De cara a la prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales se recomienda:

- Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso.
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos.
- Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes.
- Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

69. En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. (avalia-t 2012)

Recomendación C

70. Las lesiones auto infligidas entre los niños son raras y deben ser tratadas muy seriamente. (NZGG 2008)

Recomendación D

71. Siempre que sea posible, la evaluación de niños, niñas y adolescentes suicidas debe ser llevada a cabo por un profesional con formación en psiquiatría infantil y de adolescentes; de no ser posible, se recomienda que sea llevada a cabo por un clínico con habilidad en entrevistar y trabajar con personas de este grupo de edad. (NZGG 2008)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de escalas validadas de acuerdo con el criterio del profesional que lleve a cabo la evaluación. (avalia-t 2012)
- ✓ Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la ideación y/o conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva. (avalia-t 2012)
- ✓ Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños, niñas y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales. (avalia-t 2012)
- ✓ Las evaluaciones de riesgos deben basarse en información procedente de múltiples fuentes, incluido el joven, sus profesores / consejeros, padres, etc. (NZGG 2008).

17.2 Resumen de la evidencia

17.2.1 La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

Uno de los datos más llamativos a nivel internacional es el incremento de las tasas de suicidio entre jóvenes de 15-24 años, convirtiéndose en una de las tres causas más frecuentes de muerte en esta franja de edad. Por debajo de los 15 años el suicidio es relativamente poco frecuente (452), aunque cuando se produce tiene un gran impacto familiar y social.

España se sitúa entre los países de Europa con las tasas más bajas de suicidio en la infancia y adolescencia (452) y el número de casos ha permanecido estable en los últimos años (Tabla 54) (453).

A pesar de esto, se ha observado una evolución ascendente global de las tasas de suicidio en jóvenes durante el periodo 1986-2001, mientras que la tendencia en la mayoría de los países es hacia el descenso o estabilización de las tasas (454).

Tabla 54. Suicidios según grupo de edad y sexo de la víctima Colombia, 2014

Grupo de edad	Hombre			Mujer			Total		
	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.	Casos	%	Tasa x 100.000 hab.
(10 a 14)	31	2,01	1,41	26	7,81	1,24	57	3,04	1,33
(15 a 17)	76	4,92	5,68	48	14,41	3,74	124	6,60	4,73
(18 a 19)	86	5,57	9,62	26	7,81	3,05	112	5,96	6,41
(20 a 24)	235	15,22	10,77	42	12,61	2,02	277	14,75	6,50
(25 a 29)	194	12,56	9,89	43	12,91	2,23	237	12,62	6,09
(30 a 34)	149	9,65	8,76	24	7,21	1,35	173	9,21	4,97
(35 a 39)	130	8,42	8,52	25	7,51	1,55	155	8,25	4,93
(40 a 44)	111	7,19	8,05	23	6,91	1,54	134	7,14	4,67
(45 a 49)	106	6,87	7,72	20	6,01	1,33	127	6,76	4,41
(50 a 54)	101	6,54	8,11	17	5,11	1,24	118	6,28	4,51
(55 a 59)	90	5,83	8,93	12	3,60	1,07	102	5,43	4,78
(60 a 64)	65	4,21	8,30	9	2,70	1,03	74	3,94	4,46
(65 a 69)	53	3,43	9,08	6	1,80	0,90	59	3,14	4,72
(70 a 74)	49	3,17	12,06	9	2,70	1,85	58	3,09	6,50
(75 a 79)	32	2,07	10,91	2	0,60	0,52	34	1,81	5,04
(80 y más)	35	2,27	12,62	1	0,30	0,25	36	1,92	5,38
Sin información	1	0,06	0,00	-	0,00	0,00	1	0,05	0,00
Total	1.544	100	7,24	333	100	1,51	1.878	100	4,33

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, FORENSIS 2015 (455)

17.2.2 Factores de riesgo y factores protectores

Factores de riesgo individuales

Edad

Los intentos de suicidio y suicidios consumados antes de la pubertad son excepcionales y se incrementan con la entrada en la adolescencia (sobre todo asociados a los trastornos del estado de ánimo y al abuso de sustancias) (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

2++, 2+

Sexo

De forma general el suicidio es más frecuente en el sexo masculino, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio (344, 456). En España las tasas de suicidio son aproximadamente tres veces más altas en varones, tanto en la adolescencia como en los otros grupos de edad (454). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3**

Depresión y otros trastornos mentales

Más del 90% de los adolescentes que se suicidan, presentan algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio, y se estima que más del 50% presentaron un trastorno mental en los 2 años previos al suicidio. Esto es así para los adolescentes de mayor edad, aunque parece que en adolescentes más jóvenes las tasas de psicopatología en el momento del suicidio podrían ser menores (aproximadamente el 60%) (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

La depresión se asocia tanto a la ideación como a la conducta suicida. La sintomatología depresiva aumenta el riesgo de suicidio en ambos sexos (457, 458), aunque en el sexo femenino la presencia de depresión es uno de los factores de riesgo más importantes, mientras que en el sexo masculino lo es más la presencia de intento de suicidio previo (235).

Aunque el trastorno bipolar es poco frecuente antes de la pubertad, los niños y adolescentes con trastorno bipolar tienen altas tasas de conducta suicida (459). Los intentos de suicidio a esta edad se han asociado con mayor frecuencia a episodios mixtos y presencia de síntomas psicóticos, aunque en el caso de trastorno bipolar I se han detectado un mayor número de intentos de suicidio que en otras formas de trastorno bipolar (460). **Serie de casos 3**

El abuso de sustancias es otro factor de riesgo de suicidio muy importante y suele darse una alta prevalencia entre aquellos que llevan a cabo un suicidio (344). Tanto el hábito de consumo de alcohol durante periodos o momentos de desánimo como el consumo abusivo de alcohol de forma episódica se asocia con un aumento de los intentos de suicidio (461).

Otros trastornos como la distimia, los trastornos de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria, se han relacionado con el aumento del riesgo de intentos de suicidio (344).

Respecto al déficit de atención por hiperactividad en la infancia, se ha señalado que podría asociarse con un incremento del riesgo de intento de suicidio en la adolescencia (462), lo que podría estar mediado por la alta asociación que presenta con trastornos de conducta, abuso de sustancias, sintomatología de tipo depresivo y otros factores de riesgo para dicha conducta (conflictividad con los padres, pobres relaciones con iguales) en este grupo de edad.

Los problemas de sueño también se han asociado a la presencia de ideación y conducta suicida, de tal forma que presentar alteraciones en el sueño en la adolescencia temprana se correlacionó con la conducta suicida a los 15-17 años (463). En un estudio de autopsia psicológica se encontró que los adolescentes que se suicidaron presentaron mayores tasas de problemas de sueño, insomnio e hipersomnia en la última semana, y las diferencias se mantuvieron estables tras controlar la presencia de trastorno afectivo entre los grupos (464).

A pesar de que la esquizofrenia es poco frecuente antes de la pubertad, su incidencia aumenta gradualmente con la edad (376). La aparición de un primer episodio en la adolescencia tardía se ha asociado con un aumento del riesgo de suicidio (465). **Serie de casos**

Factores psicológicos

Algunas variables cognitivas como la rigidez, estar más centrado en las dificultades del presente que orientado al futuro y presentar percepción negativa o desesperanza se han relacionado con la conducta suicida en este grupo de edad. Otros factores como el neuroticismo y presentar un locus de control externo también se han asociado con los intentos de suicidio (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+, 3**

La impulsividad es un factor de riesgo importante (344, 466), sobre todo en la adolescencia temprana, al igual que la presencia de bajos niveles de competencia (467). La inhibición emocional también está altamente relacionada con la sintomatología depresiva, y con la ideación y conducta suicidas (468), así como el estrés agudo y la interacción del mismo con el perfeccionismo socialmente prescrito (pensar que los demás esperan que seamos perfectos y no tolerarán nuestros fallos) (469).

El déficit en las habilidades de solución de problemas es un factor de riesgo, pero su relación con la conducta suicida parece estar mediada por la presencia de depresión y de desesperanza (470).

La presencia de un patrón de apego inseguro durante la infancia se ha relacionado con la ideación suicida (344).

Intento de suicidio previo

La historia de intentos de suicidio antes de la pubertad es un factor de riesgo de suicidio importante, sobre todo en varones (344).

Además, los niños y adolescentes que intentan suicidarse tienen mayor riesgo de suicidio, muerte violenta y dificultades psicosociales a los 5 y 10 años tras el primer intento (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

Factores genéticos y biológicos

Los marcadores genéticos GRIK2 y GRIA3 se han asociado con la presencia de ideación suicida en adolescentes (57).

En cuanto a los factores biológicos, en adolescentes el hallazgo más consistente es la disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

Factores familiares y contextuales

Psicopatología de los progenitores

La historia de trastorno mental de los padres (sobre todo la depresión y el abuso de drogas), así como la historia de conducta suicida de los mismos, incrementan el riesgo de suicidio (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Estructura o funcionamiento familiar

El riesgo de suicidio y conducta suicida en adolescentes aumenta en aquellas familias con relaciones deterioradas entre padres y adolescentes, aunque el riesgo en estos adolescentes podría estar mediado por su propia psicopatología (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

La exposición del adolescente a violencia doméstica también se asocia a la presencia de ideación suicida persistente (471). **Serie de casos 3**

Acontecimientos vitales estresantes

Los acontecimientos vitales estresantes se asocian frecuentemente tanto a los intentos de suicidio como al suicidio consumado (344). La prevalencia de eventos vitales estresantes es diferente según la edad, el sexo y la presencia de un trastorno mental de base: los conflictos con los padres son más frecuentes en menores de 16 años, las dificultades sentimentales en chicas y la participación en bandas es un factor importante en el sexo masculino. Las pérdidas de relaciones interpersonales y los problemas legales sumadas al abuso de sustancias son frecuentes en adolescentes con conducta suicida (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

Acoso por parte de iguales (bullying)

El *bullying* en los centros educativos ha sido relacionado con la ideación y conducta suicidas y con altos niveles de malestar emocional (344, 472). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

El *Child and Adolescent Self Harm in Europe* (CASE), realizado en una muestra irlandesa, puso de manifiesto que el 19,4% de los adolescentes reconocía haber sido víctima de acoso por parte de iguales y la probabilidad de estos adolescentes de llevar a cabo un intento de suicidio fue cuatro veces mayor que aquellos que no habían vivido esta experiencia (473). **Serie de casos 3**

La asociación entre la conducta suicida y el *bullying* se hace especialmente importante ante la presencia de psicopatología y problemas de conducta, sobre todo en los varones (472). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

Así, parece que la asociación entre el *bullying* y la conducta suicida en los varones desaparece cuando se controlan los problemas de conducta y síntomas depresivos, mientras que en el sexo femenino estas variables parecen no influir (474). **Estudio de cohortes 2++**

El *cyberbullying* es la forma más reciente de acoso por parte de iguales, y aunque ha sido menos estudiado, también es un factor de riesgo de ideación y conducta suicidas, tanto en el caso de los agresores como en las víctimas (472, 475). **RS de distintos estudios 2++, 2+, 3**

Exposición

La exposición a casos de suicidio cercanos o a determinada información en los medios de comunicación incrementa el riesgo de suicidio en la adolescencia (457). La historia familiar de suicidio es un factor de riesgo crucial en adolescentes (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

Relaciones sociales

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres con el grupo de iguales y la ideación suicida o conducta suicida (457). Factores como el sexo, características culturales o la presencia de depresión parecen influir en el efecto que la red social tiene sobre el riesgo de presentar ideación o conductas suicidas (476). **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+, 3**

17.2.2.1 Otros factores

Orientación sexual

La homosexualidad ha sido relacionada con un aumento del riesgo de suicidio en la adolescencia (457). La bisexualidad también podría aumentar la sintomatología depresiva y los intentos de suicidio (477).

En un estudio se encontró que los adolescentes con conducta suicida y atracción sexual hacia su mismo sexo, presentaron mayores niveles de ansiedad que la población general y mayor probabilidad de haber visitado a un profesional de salud mental antes de su fallecimiento (478). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+, 3**

Maltrato físico y abuso sexual

La experiencia de abuso físico y sexual tiene como resultado una alta incidencia de conducta suicida en la adolescencia (479). Circunstancias biográficas como las señaladas pueden dificultar la adquisición de competencias sociales, que a su vez también constituyen factores de riesgo de suicidio (344). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

De uno u otro modo, el maltrato y/o el abuso son factores de riesgo muy importantes, tanto para el inicio como para la persistencia de la conducta suicida, especialmente en la adolescencia (480). **Serie de casos 3**

17.2.3 Factores desencadenantes

Algunos factores de riesgo que pueden anteceder a la conducta suicida y actuar como factores precipitantes son: **RS de distintos tipos de estudios 2++,2+**

- Acontecimientos vitales estresantes (344, 481)
- Crisis con los padres/conflictos familiares (344, 481)
- Factores psicológicos/personales (481)
- Problemas con el grupo de pares (344)
- Dificultades escolares (344).

Se ha propuesto que los factores de riesgo de suicidio en adolescentes podrían clasificarse según el modelo de diátesis estrés de Mann et al. (482). Según este modelo, algunos factores actuarían como factores de vulnerabilidad o diátesis (predisponentes), otros como factores estresantes (o desencadenantes) y otros que en función de su asociación temporal con la conducta suicida pueden clasificarse como de vulnerabilidad o estrés (457).

En base a esta propuesta, en la Tabla 55 se resumen los factores de intento de suicidio y suicidio en la infancia y adolescencia.

Tabla 55. Factores asociados a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia según el modelo de Mann y su nivel de evidencia

	Factores de vulnerabilidad (predisponentes)	Factores estresantes (desencadenantes)	Factores de vulnerabilidad-estrés*
Alto nivel de evidencia	Factores genéticos y biológicos Conducta suicida en la familia y psicopatología en los padres.	Depresión y otros trastornos mentales Abuso de drogas Exposición a casos cercanos Problemas familiares y con el grupo de iguales Acontecimientos vitales estresantes.	Intento de suicidio previo Maltrato físico y abuso sexual Bullying Factores psicológicos (rigidez cognitiva, desesperanza, neuroticismo y locus de control externo).
Moderado/ Bajo nivel de evidencia	Funcionamiento familiar disfuncional TDAH.	Distimia, trastornos de ansiedad y de la alimentación Problemas del sueño (insomnio o hipersomnía) Exposición al suicidio en los medios.	Otros factores psicológicos (impulsividad, perfeccionismo).

*Factores que pueden actuar como predisponentes o desencadenantes TDAH: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad Fuente: modificado de Evans et al. (2004) (457).

Factores protectores

A pesar del importante papel de los factores protectores en la reducción del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia, la cantidad de estudios que se centran en estos, es mucho menor en comparación con aquellos que se centran en los factores de riesgo.

RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+

La existencia de un buen funcionamiento familiar es uno de los factores protectores más sólidos (344). Los adolescentes de familias con alta cohesión y bajo nivel de conflictos son los que presentan menores probabilidades de realizar un intento de suicidio (343, 344, 483). **Estudio de caso – control 2+**

Otros factores protectores son:

- Habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento (344, 483)
- Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio (344, 483)
- Sexo femenino (10, 483)
- Creencias religiosas (344)
- Habilidades para estructurar razones para vivir (483)
- Nivel educativo medio-alto (344)
- Locus de control interno, autoestima, inteligencia y sistemas de apoyo y recursos (10).

17.2.4 Detección y valoración del riesgo suicida

La valoración del riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia requiere una amplia evaluación psicopatológica y social (344), idealmente por parte de un clínico que tiene habilidades para entrevistar y trabajar con niños y adolescentes (10). Es importante dirigir esta evaluación hacia los factores de riesgo específicos para este grupo de edad. **RS de distintos tipos de estudios 3**

En especial en niños y adolescentes, las valoraciones de riesgos no deben basarse solamente en información de la persona joven. La información y la contribución siempre deben extraerse de varias fuentes, incluyendo a la persona joven, sus padres o tutores, reportes escolares, maestros de escuela, consejeros guía y reportes de otros individuos cercanos (10). Es importante conocer el contexto de los adolescentes, ya que la validez de la información que aportan, depende en parte de factores como el nivel de desarrollo cognitivo o el grado de afectación psicológica en el momento de la entrevista. Aun así, es más probable que los menores informen en mayor medida de ideación y conducta suicida que sus padres (235, 344).

Los aspectos en los que hay más acuerdo entre la información aportada por padres e hijos con conducta suicida sobre la sintomatología de éstos, es en lo que se refiere a

abuso de sustancias y a trastornos de conducta disruptivos; sin embargo los padres informan en menor medida de trastornos de conducta en los que no predomina la agresividad o sobre la presencia depresión (344). **Estudios de cohortes 2+**

La autolesión entre niños es rara (10), pero debe tratarse muy seriamente. El ambiente inmediato del niño debe verificarse en cuanto a la seguridad (por ejemplo, ¿qué está sucediendo en casa?, ¿en la escuela?) y deben referirse a servicios apropiados.

Cabe destacar, que no existe evidencia de que la evaluación sobre la presencia de ideación y conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o el malestar en adolescentes, y por el contrario además de su finalidad diagnóstica, podría mejorar los niveles de ansiedad y ayudar a que el adolescente se sienta mejor comprendido (32, 80, 426, 450).

ECA 1+ Serie de casos 3 Opinión de expertos 4

En un ECA, que comparó la evaluación habitual frente a una evaluación terapéutica (evaluación psicosocial e intervención cognitiva), para determinar si existen diferencias entre ambas en el compromiso y adherencia al tratamiento en el seguimiento en adolescentes tras un intento de suicidio, se encontró que la evaluación terapéutica incrementó de forma significativa el compromiso con el tratamiento a los tres meses, por lo que podría ser útil en la primera entrevista en adolescentes con conducta suicida (484).

ECA 1+

17.2.5 Instrumentos psicométricos

Aunque la herramienta esencial en la valoración del riesgo de suicidio es la entrevista clínica, la utilización de escalas puede ser de gran ayuda para los profesionales en la evaluación. Los cuestionarios autoaplicados pueden ofrecer información adicional, sobre todo en casos de actitudes negativistas o en los que existan dificultades para comunicar verbalmente las ideas de suicidio, en las que otra modalidad podría no obtener la información de ideación suicida.

En un estudio se comparó la evaluación del riesgo de suicidio realizada por clínicos frente a una evaluación realizada por evaluadores entrenados con la entrevista semiestructurada KSADS-PL. Los resultados de este estudio muestran como, en el caso de los clínicos, se produjo una infraestimación de la presencia de conducta suicida y una sobreestimación de la ideación suicida, lo que sugiere que el empleo de escalas podría aumentar la fiabilidad de la evaluación basada en la entrevista (485).

Estudio caso – control 2+

En la Tabla 56 se incluyen algunos instrumentos que han sido empleados en este grupo de edad.

Tabla 56. Instrumentos de valoración del riesgo suicida y aspectos relacionados en la infancia y adolescencia

Nombre (ref)	Objetivo y características	Modo de aplicación	Nº de ítems
Cuestionario de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) (125)	Valoración de la conducta suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	14 4 (Versión breve)
Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (100, 486)	Evaluación el grado de desesperanza Adaptada y validada en castellano (86).	Autoaplicada	20
Escala de intencionalidad suicida (Suicidal Intent Scale, SIS) (100)	Valoración intencionalidad suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	15
Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (91)	Evaluación de la depresión Adaptada y validada en castellano (487-489).	Autoaplicada	21
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) (490)	Evaluación de la depresión Adaptada y validada en castellano (491).	Entrevista semiestructurada	
Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) (492)	Evaluación de la gravedad de la depresión (puntuación información verbal y no verbal) Adaptada y validada en castellano (493).	Entrevista semiestructurada	

Ref: referencia; Nº: número Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

17.2.6 Intervenciones preventivas

17.2.6.1 Intervenciones en el ámbito escolar

Prevención universal: Programas de prevención basados en el currículo

Los programas de prevención basados en el currículo, han sido una de las medidas más empleadas en el ámbito escolar en EE.UU., donde se vienen implementando desde hace 20 años. Estructuralmente estos programas suelen constar de 3 a 5 días de clases en las que se emplean vídeos o presentaciones sobre aspectos relacionados con el suicidio. Los objetivos generales de estos programas son (494):

- Concienciación sobre la conducta suicida
- Enseñar a los adolescentes a reconocer los signos de alarma de suicidio, tanto en sí mismos, como en los demás
- Aportar información sobre los recursos asistenciales con los que cuentan los adolescentes para solicitar ayuda y poder resolver sus problemas.

Sin embargo, a pesar de ser una de las modalidades más empleadas en la prevención del suicidio, no existen muchos estudios que hayan evaluado sus resultados. En una reciente revisión sistemática (494), se incluyeron ocho estudios de seis programas de prevención de suicidio con adolescentes de entre 13-19 años, cuyas características más importantes se resumen en la Tabla 57.

La mayor parte de los estudios se llevaron a cabo en EE.UU., con la excepción de uno que se llevó a cabo en Israel (180), y otro en Bélgica (495). Aunque ninguno de estos estudios contempló las tasas de suicidio como variable de resultado, en general se encontraron aumentos significativos en el nivel de conocimiento sobre el suicidio, actitudes hacia el mismo y conductas de autoayuda. En dos de los estudios también se encontró una disminución significativa de los intentos de suicidio -Aseltine y DeMartino (424) y Aseltine et al. (412, 494). **RS 1+**

De entre todos los programas anteriormente citados, el *Signs of Suicide* (SOS) es uno de los más conocidos. En el SOS los estudiantes reciben información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio. Posteriormente se les enseña a reaccionar ante una persona con riesgo suicida, ofrecerle ayuda y por último, comunicarlo a un adulto responsable. El programa también incluye una parte de Tamización de depresión, con la *Columbia Depression Scale* (CDS). La evaluación de este programa de prevención, realizada de forma aleatorizada y controlada, mostró una disminución significativa de intentos de suicidio autoinformados tras la puesta en marcha del programa (412, 424).

ECA 1+

Tabla 57 Características de los estudios de programas de prevención del suicidio basados en el currículo para adolescentes

Autor, año (ref.)	N	Conductas objetivo	Intervención
Klingman y Hochdorf, 1993 (180)	237	Conocimientos sobre el suicidio, actitud, empatía, emociones, estrategias de afrontamiento.	Sesiones educativas y de entrenamiento de habilidades, basado en el modelo de intervención de Meichenbaum.
Ciffone, 1993 (496)	324	Actitudes negativas sobre el suicidio, conductas de autoayuda.	2 vídeos de 15 minutos y 40 minutos de discusión estructurada.
Kalafat y Elías, 1994 (497)	253	Actitudes y conocimiento acerca del suicidio por el paciente. Conducta de autoayuda y aceptación de la intervención.	3 clases de 40-45 minutos sobre el suicidio, actitudes y signos de alarma. La tercera clase incluye un vídeo.
Kalafat y Gagliano, 1996 (498)	109	Conductas de autoayuda.	5 días de clases con información sobre el suicidio, inmersas en la asignatura de educación para la salud.
Aseltine y DeMartino, 2004 (424)	2100	Conducta e ideación suicida, conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio, conductas de autoayuda.	Programa "Signs of Suicide", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y tamización de depresión.
Portzky y van Heeringen, 2006 (495)	172	Conocimiento y actitudes sobre el suicidio, habilidades de afrontamiento.	Programa "Signs of Suicide", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y tamización de depresión.
Ciffone, 2007 (499)	421	Actitudes negativas sobre el suicidio, conductas de autoayuda.	3 días de clases enfocadas a mejorar el conocimiento sobre el suicidio y autoayuda.

Autor, año (ref.)	N	Conductas objetivo	Intervención
Aseltine et al., 2007 (412)	4133	Conducta e ideación suicida, conocimiento y actitudes hacia la depresión y el suicidio, conductas de autoayuda.	Programa "Signs of Suicide", diseñado para aumentar el conocimiento sobre el suicidio y tamización de depresión.

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir de Cusimano y Sameem (494)

Prevención selectiva: Programas de prevención basados en el entrenamiento de habilidades

Estos programas se centran en adolescentes con riesgo de desarrollar conducta suicida, por lo que comienzan con una evaluación previa donde se identifica a los participantes.

Uno de los programas de este tipo más conocidos es el *Personal Growth Class*. En este estudio se compararon tres grupos: un semestre de actividades grupales para aumentar las habilidades sociales, actividades de valoración del estado de ánimo, comunicación, mejora de la autoestima y toma de decisiones y autocontrol; otro grupo que incluía además un semestre de aplicación de las habilidades aprendidas en casa y en el centro escolar (*Personal Growth Class II*); y un tercer grupo donde solo se realizó la evaluación. En este estudio se encontró una disminución de las conductas de riesgo de suicidio, depresión, desesperanza, estrés, agresividad y un aumento de la autoestima y la red social en los tres grupos; sin embargo se encontró un aumento significativo del control personal sólo en los grupos experimentales y no en el grupo de control (500).

ECA 1+

Existe otro programa de prevención selectiva (Randell et al., 2001 (501)), donde se comparó una breve intervención llamada *Counselors Care* (C-CARE), C-CARE más 12 sesiones de entrenamiento de habilidades y un grupo de tratamiento habitual en el ámbito escolar. No se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la disminución de la conducta suicida, agresividad o estrés familiar, aunque en los grupos de entrenamiento de habilidades se encontró un aumento significativo del control personal, habilidades de solución de problemas y apoyo familiar percibido. **ECA 1+**

Prevención indicada: tratamiento en el ámbito escolar

Tang et al., (226) llevaron a cabo un estudio en adolescentes con riesgo de suicidio, en el que se evaluó la efectividad de una intervención intensiva de TIP (10/12 sesiones) en el ámbito escolar en comparación con el tratamiento habitual en los centros escolares (apoyo y psicoeducación). La TIP fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza. **ECA 1+**

Programas de prevención basados en la tamización en el ámbito escolar

La tamización en el ámbito escolar para detectar a jóvenes con alto riesgo de suicidio (intentos de suicidio previos, ideación suicida, depresión o consumo de sustancias) podría ser una buena estrategia en el ámbito escolar. Normalmente se emplean tests autoaplicados y entrevistas individuales realizadas por los profesionales de los centros escolares. Los estudios que han evaluado su eficacia, han puesto de manifiesto que esta Tamización tiene como resultado un bajo número de falsos negativos, aunque un gran número de falsos positivos. Este hecho plantea el problema de que es necesaria una evaluación clínica posterior para valorar el riesgo real de suicidio. Otro problema que presentan este tipo de programas de Tamización es su aceptabilidad, puesto que suele percibirse como una técnica más invasiva que los programas basados en el currículo o de entrenamiento de habilidades (376). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 3**

Actualmente, no existe evidencia concluyente sobre la efectividad de los programas de Tamización en el ámbito escolar (413). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Entrenamiento de figuras clave

Los programas de entrenamiento de figuras clave o gatekeeper, se basan en la formación de personas que podrían detectar a adolescentes con riesgo de suicidio, normalmente profesores o compañeros (376).

Los programas de entrenamiento de figuras clave dirigidos a profesionales de los centros educativos no han sido investigados suficientemente, aunque algunos estudios han puesto de manifiesto un incremento en los conocimientos y actitudes hacia el suicidio y en las habilidades para la identificación de alumnos con riesgo de suicidio (376). **RS de distintos tipos de estudios 3**

En cuanto a los programas dirigidos a los compañeros (*peer helpers*), tampoco han sido evaluados de manera adecuada, por lo que no existe evidencia suficiente de su efectividad y además los posibles efectos adversos de estos programas en los adolescentes que actúan como figura clave también se desconocen (376). **RS de distintos tipos de estudios 1+, 3**

Prevención en pacientes con trastornos mentales

La estrecha relación existente entre la conducta suicida y los trastornos mentales, indica que un adecuado manejo de estos pacientes podría prevenir la conducta suicida.

RS de distintos tipos de estudios 3

Algunas áreas de mejora en dicho manejo serían (376):

- Realizar una evaluación rigurosa de cara a valorar cuál sería la estrategia de tratamiento más beneficiosa
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos
- Revisión regular de los síntomas de depresión, desesperanza, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes, ya que el riesgo de suicidio puede cambiar a lo largo del tratamiento
- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales, de cara a realizar un adecuado seguimiento.

Las opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia pasan por el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la TEC.

Otras estrategias de prevención

Líneas telefónicas de ayuda

El fundamento de las líneas telefónicas de ayuda se basa en la concepción de que el suicidio se asocia a momentos de crisis, por lo podría ser importante garantizar la oportunidad de un apoyo inmediato en dichos momentos. El objetivo de estas líneas es ofrecer (502): **Serie de casos 3**

- Un servicio de apoyo, cuando es posible que no esté disponible de otra manera
- Confidencialidad y anonimato a las personas que llaman
- Información acerca de los recursos asistenciales disponibles en cada caso
- Contexto de privacidad, en el que las personas puedan expresarse sin sentirse juzgados.

Sin embargo no existe evidencia concluyente de su eficacia (376), y pocos han sido los estudios que han evaluado su uso en adolescentes (503-506). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Además en un estudio realizado a 519 adolescentes, se puso de manifiesto que solo el 2,1% utilizaban estas líneas de apoyo, y en general presentaron más actitudes negativas hacía este tipo de recurso que hacia otros, como los ofrecidos en Internet (502). **Serie de casos 3**

Acceso a métodos

La mayoría de estudios sobre el control del acceso a los diferentes métodos, se han realizado en EE.UU. y se refieren básicamente a las armas de fuego. Su presencia en el domicilio, es un factor de riesgo en adolescentes, y en algunos estudios se ha demostrado que la restricción del acceso a las mismas disminuye las tasas de suicidio, sobre todo en adolescentes y en adultos jóvenes (376, 507). **RS de distintos tipos de estudios 2+,3**

Medios de comunicación e internet

Los medios de comunicación juegan un papel crucial en la prevención del suicidio en este grupo de edad. En general el impacto de la cobertura en los medios sobre la conducta suicida depende de aspectos como la cantidad, duración y la importancia que se le atribuye a la información sobre suicidios, y este impacto parece aumentar en la adolescencia (507). **RS de distintos tipos de estudios 3**

En cuanto al efecto de Internet, aunque ha sido menos investigado que el de otros medios de comunicación, existe evidencia sobre la relación entre las visitas a sitios web y chats donde se aporta información detallada sobre los diferentes métodos de suicidio, y el aumento en las tasas de suicidio, sobre todo en personas jóvenes, aunque no se puede concluir al direccionalidad del efecto (364, 508). **Serie de casos 3**

Además, la naturaleza global de Internet, su fácil acceso y la rapidez con la se propaga la información, son dos factores que han favorecido la aparición de fenómenos como los pactos de suicidio, suicidios narrados *online* y los falsos suicidios, fenómenos para los que los adolescentes parecen ser la población más vulnerable (368). **Opinión de expertos 4**

Las estrategias de prevención del suicidio en Internet pasan necesariamente por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de programas de filtrado o software de filtrado por parte de los padres (364, 508). **Serie de casos 3**

Pero Internet también ofrece nuevas posibilidades de prevención, puesto que es un gran recurso de información utilizado por los jóvenes para consultar información sobre la salud en general y específicamente sobre enfermedades estigmatizadas, como es el caso de los trastornos mentales. Por ello es importante la disponibilidad de información específicamente dirigida a los adolescentes y a sus familiares, basados en la evidencia científica disponible (509). **Opinión de expertos 4**

18 CONDUCTA SUICIDA EN ADULTOS MAYORES

18.1 Recomendaciones

72. En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en el adulto mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas e indicadas de acuerdo al criterio clínico del profesional que atiende el paciente.

(avalia-t 2012)

Recomendación C

73. Para el manejo y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en adultos mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Punto de buena práctica

- ✓ Las evaluaciones también deben basarse en información de familiares o amigos que pueden comentar si la persona es diferente de su "yo habitual". (NZGG 2008)
- ✓ En adultos mayores deben tenerse en cuenta factores de riesgo propios de la edad, tales como enfermedades crónicas. (nueva de expertos).

18.2 Resumen de la evidencia

La prevención del suicidio en los mayores de 65 años es una prioridad a nivel internacional (22, 59, 79) ya que estas personas, al igual que los adolescentes y adultos jóvenes, representan un grupo de especial riesgo de suicidio. La edad avanzada es un importante predictor de la conducta suicida y a diferencia de lo que ocurre con otros grupos de edad, las tasas de suicidio, sobre todo en la franja por encima de los 80 años, no han presentado en los últimos años una tendencia descendente (510).

En la mayoría de los países que aportan datos sobre suicidios a la OMS, las tasas aumentan progresivamente con la edad, tanto para hombres como para mujeres; aunque existen algunos países con patrones diferentes. En Canadá por ejemplo, los suicidios son más frecuentes entre los adultos jóvenes y de mediana edad del sexo masculino, mientras que en China, las tasas de suicidio más elevadas se sitúan en los grupos de mayor edad en ambos sexos. Estas diferencias parecen deberse en gran medida a los factores culturales de cada país o región (511).

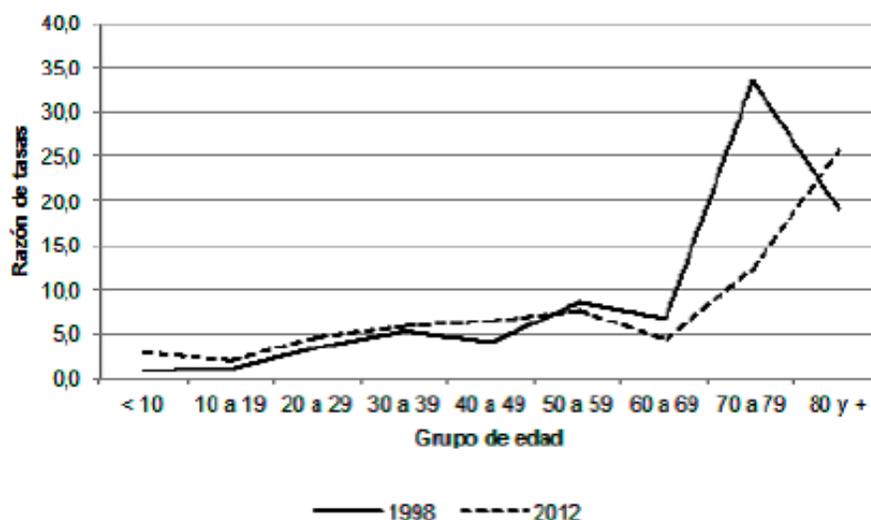
La OMS llevó a cabo en Europa entre los años 1995-2004, un estudio multicéntrico en el que se puso de manifiesto que la incidencia de intentos de suicidio a partir de los 65 años es de 61,4 / 100 000 (57,7/100 000 en hombres y 64/100 000 en las mujeres). Las

tasas más altas se encontraron en Suecia, y las más bajas en España (Guipúzcoa), donde fueron de 32,3/100 000 personas (510).

En otro estudio en Reino Unido, se observó una disminución con la edad en la relación entre intentos de suicidio y suicidios consumados, desde 200 en la adolescencia hasta menos de 10 en mayores de 60 años (12,6 en mujeres y 6 en hombres). La diferencia en la ratio entre intentos de suicidio y suicidio consumado en mujeres y hombres también se reduce a lo largo del ciclo vital, de modo particular se encontró en los mayores una proporción más elevada de intentos de alta intencionalidad. Estos datos son extensibles a la mayoría de los países europeos (512).

En Colombia, la razón de tasas de mortalidad por suicidio para hombres y para mujeres estimadas para 1998 y 2012, evidenció mayor mortalidad masculina a partir de los grupos de edad de 60 años (513).

Grafico 11. Razón de tasas de mortalidad por suicidio, Colombia, 1998 y 2012

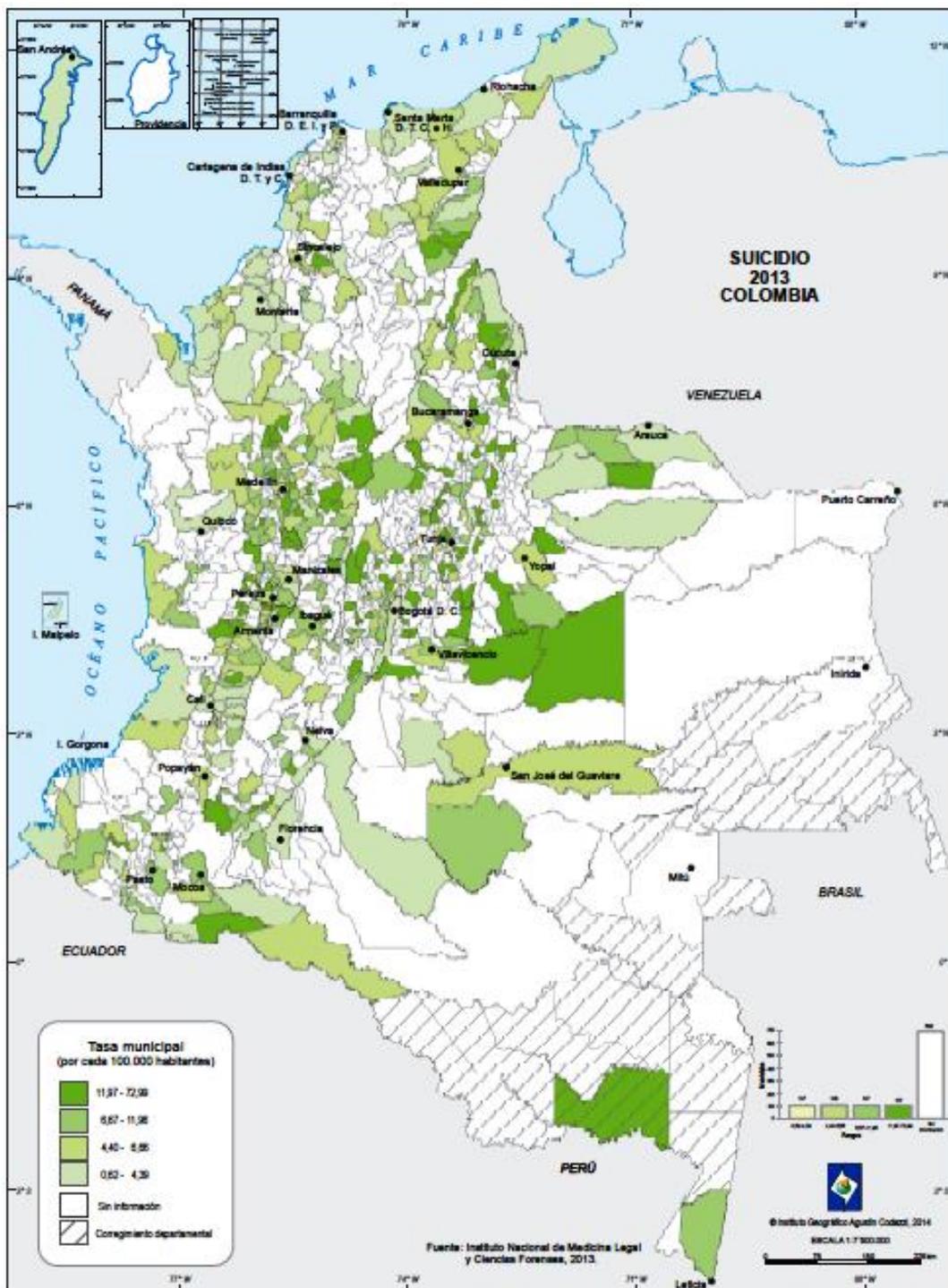


Razón de tasas de mortalidad por suicidio según sexo y grupos de edad. Colombia, 1998 y 2012

Fuente: estimaciones grupo de análisis ONS con base en Estadísticas Vitales DANE

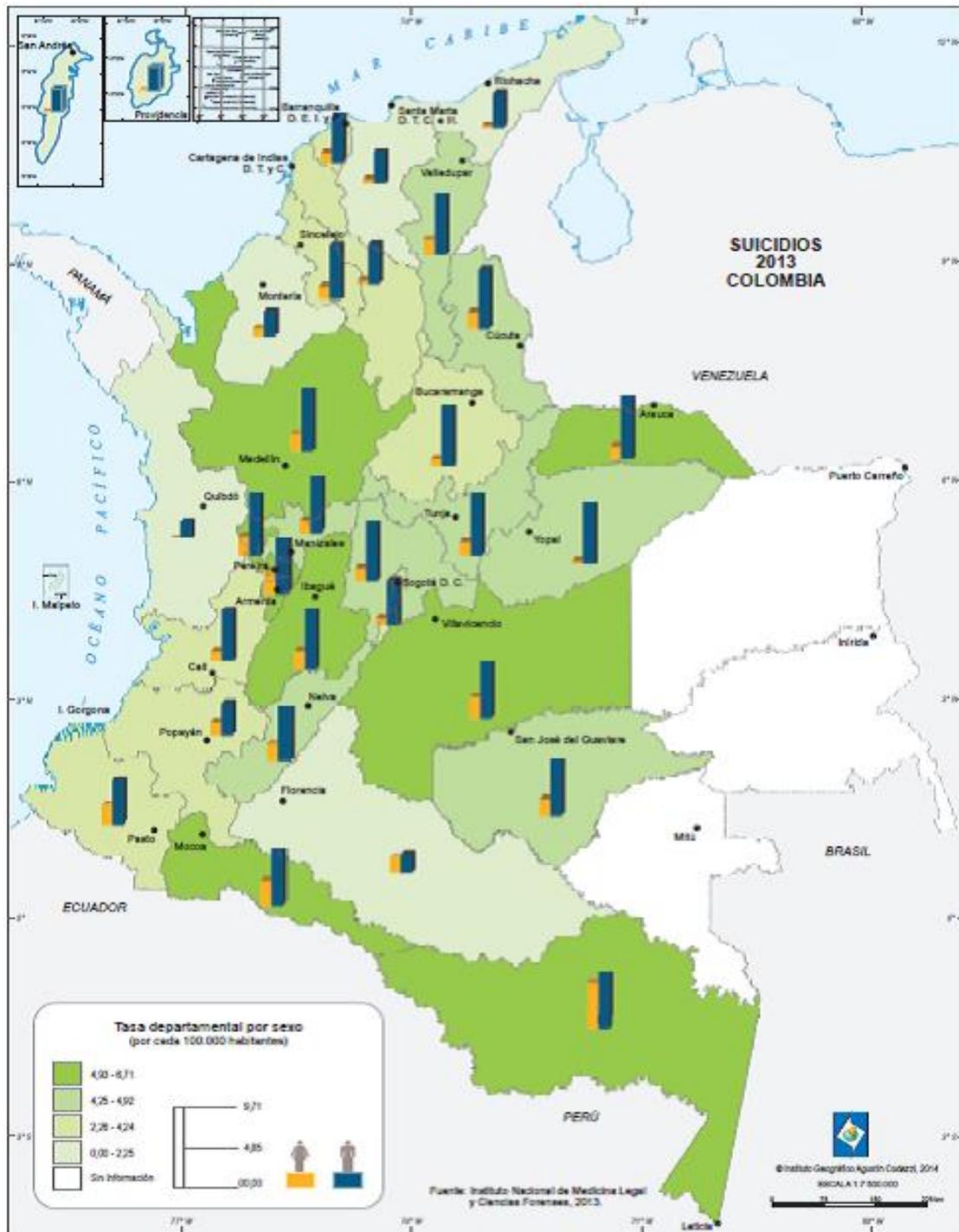
INS, Observatorio Nacional de Salud Quinto Informe Técnico: Carga de enfermedad por enfermedades Crónicas no Transmisibles y Discapacidad en Colombia 2015 (513)

Gráfica 10. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013, Tasa Municipal (por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (514).

Gráfica 11. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013, Tasa departamental por sexo (por cada 100.000 habitantes)



Fuente: Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (514).

Factores de riesgo

La conducta suicida en las adultos mayores presenta aspectos diferenciales en relación con otros grupos de edad. Los intentos de suicidio en este grupo de edad se caracterizan por presentar mayor intencionalidad (512, 515, 516) y mortalidad asociada

(512, 517) que en personas jóvenes. Es de especial importancia realizar una evaluación y detección de aquellos factores de riesgo que más se han asociado con el suicidio en este grupo de edad.

Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida

Los intentos de suicidio previos y la ideación suicida, al igual que en otros grupos de edad, son un factor de riesgo muy importante en adultos mayores (311, 510, 516, 518, 519), tanto a corto como a largo plazo (317), sobre todo en las personas con trastornos mentales (510). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

En la valoración de la ideación suicida es necesario tener en cuenta que las adultos mayores pueden evitar la comunicación de la ideación suicida o de la sintomatología depresiva (311).

Trastornos mentales y adicciones

En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto que los antecedentes de trastorno mental se asocian al suicidio, sobre todo, los del estado de ánimo y en concreto, la depresión (59, 79, 311, 342, 510, 516, 518-521). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

Por este motivo, es necesario prestar atención a la presencia de depresión o de síntomas depresivos, teniendo en cuenta que en esta etapa de la vida la depresión suele presentarse con un aumento de somatizaciones, síntomas psicóticos, apatía, irritabilidad y agitación (311, 522, 523). **Estudio caso – control 2+**

Otros trastornos que aumentan el riesgo de suicidio son los trastornos psicóticos y el abuso de sustancias, especialmente del alcohol, tanto en hombres como en mujeres (311, 510, 518, 524). Además de la asociación con trastorno mental también es importante contemplar la posible comorbilidad de enfermedad física crónica (525). **Serie de casos 3**

En un estudio realizado en una residencia de mayores en España, las muertes por suicidio alcanzaron el 2% y la relación entre intentos y consumación de suicidio fue cercana a 1:1, es decir la eficacia del método suicida fue muy elevada. Todas las personas que se suicidaron presentaban un trastorno mental y casi el 50% habían llevado a cabo un intento de suicidio previo (526). **Serie de casos 3**

También es un factor de riesgo de suicidio la historia de tratamiento psiquiátrico previo (519), lo que se interpreta como antecedente de morbilidad psiquiátrica; aunque esto depende de la patología y el tipo de tratamiento (527). **Estudio caso – control 2+**

Trastornos y rasgos de la personalidad

Aunque los trastornos de la personalidad son menos frecuentes en este grupo de edad, su presencia podría aumentar el riesgo de suicidio (311, 518), especialmente en la franja de los 65-80 años, por lo que debieran ser valorados específicamente. Parece existir una

asociación entre trastornos de la personalidad del grupo B (impulsivo y border-line) y paranoides con la conducta suicida (528). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+** Rasgos de personalidad como la rigidez cognitiva también se han asociado al aumento de conducta suicida. Estos rasgos cobran especial relevancia cuando se combinan con situaciones de pérdida o con la presencia de otras situaciones estresantes (311). **Estudio caso – control 2+**

Enfermedad física

La presencia de enfermedad física crónica es un importante factor de riesgo de suicidio (59, 79, 311, 510, 518, 520, 529-531): déficit visual, trastornos neurológicos, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, artritis, fracturas óseas y presencia de dolor moderado o grave. Además de la presencia de una enfermedad, es importante tener en cuenta la percepción que de ella tiene la persona (311, 518). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

En cuanto a las demencias no existen datos concluyentes. En general, las tasas de suicidio son mayores en la demencia leve y el riesgo se incrementa después del diagnóstico, en pacientes diagnosticados durante la hospitalización y en la enfermedad de Huntington (532). Un estudio posterior a esta revisión no encontró asociación entre demencia y riesgo de suicidio (519).

Los mayores hospitalizados debido a una enfermedad física presentan mayor riesgo de suicidio, especialmente a partir de los 80 años y particularmente las mujeres (533). También se encontró un riesgo más elevado en los mayores en tratamiento con benzodiazepinas (cuyo tipo o dosis no eran las recomendadas) y con analgésicos narcóticos (531). **Estudio de cohortes 2+**

Apoyo social y eventos vitales estresantes

Existe relación entre ciertos factores psicosociales y el riesgo de suicidio. Alguno de los factores primordiales en adultos mayores es el aislamiento social (59, 79, 510, 520, 534) y la soledad (519). **RS de distintos tipos de estudios 2++, 2+**

El riesgo puede ser mayor tras un divorcio o viudez (79, 311, 510, 518, 519), así como en personas que viven solas (519, 520) o lejos de la familia y los amigos. También constituyen riesgo los problemas familiares (311, 518) e interpersonales (530), el duelo (530), los cambios de domicilio y los problemas legales o financieros (311). **Estudio caso – control 2+**

Déficit funcional

El déficit en las habilidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria aumenta la discapacidad funcional y con ella el riesgo de suicidio en los adultos mayores (311).

RS de distintos tipos de estudios 2++

Factores protectores

Se han encontrado algunos factores que pueden reducir el riesgo de suicidio en mayores (311): **RS de distintos tipos de estudios 2++**

- Hábitos de vida saludables
- Contacto con la familia y amigos
- No consumir alcohol de manera excesiva
- Mantenerse activo
- Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida
- Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.

También se han descrito otros factores que aumentando el bien-estar psicológico pueden incidir de forma indirecta en la reducción del riesgo de suicidio: percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma, habilidades de afrontamiento, orientación al futuro y espiritualidad (311). **Serie de casos 3**

Otros factores protectores se han asociado a la disminución de la ideación suicida (342): **Serie de casos 3**

- Locus de control interno
- Percepción de autoeficacia.

En la tabla 53 se resumen los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en adultos mayores.

Tabla 58. Factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida en adultos mayores

Factores de riesgo	Factores protectores
--------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> -Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida -Trastorno mental y adicciones -Trastornos y rasgos anancásticos de la personalidad -Enfermedad física crónica -Falta de apoyo social, aislamiento y presencia de eventos vitales estresantes -Déficit funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Hábitos de vida saludables -Contacto con la familia y amigos -No consumir alcohol de manera excesiva -Mantenerse activo -Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida -Rasgos de la personalidad: extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad -Locus de control interno -Percepción de autoeficacia -Satisfacción con la vida -Habilidades de afrontamiento -Orientación al futuro y espiritualidad.
---	--

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Detección y valoración del riesgo suicida

Un alto porcentaje de mayores mantienen un contacto previo con el sistema sanitario antes de un episodio de conducta suicida, sobre todo con atención primaria y en menor medida con salud mental (342, 510). Por ello, es de especial importancia la evaluación de los factores de riesgo y de protección de cara a la prevención de la conducta suicida.

En la evaluación del riesgo de suicidio en las adultos mayores, dada la presencia de factores de riesgo específicos ya comentados, se requiere prestar una especial atención a la valoración de las circunstancias, entorno de la persona, expectativas, calidad de vida y presencia de enfermedad somática (311). A continuación se listan algunas cuestiones que los profesionales sanitarios deberían tener presente a la hora de abordar la evaluación del riesgo suicida (Tabla 59). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Tabla 59. Cuestiones a considerar en la evaluación de adultos mayores con posible riesgo de suicidio

- ¿Con quién vive el paciente? ¿Cómo es su red social? ¿Cómo es su relación con la familia? ¿Existe algún problema que impida su socialización?
- ¿Cómo se desenvuelve el paciente con las actividades de la vida diaria y el autocuidado? ¿Cuenta con algún tipo de ayuda?
- ¿Cuál es el estado físico del paciente? ¿Ha requerido hospitalización recientemente? ¿Cuál es la percepción que tiene sobre el pronóstico y tratamiento de su enfermedad?
- ¿Cuál es el estado mental del paciente? ¿Ha tenido algún ingreso previo debido a un trastorno mental o por haber presentado conducta suicida previa?
- ¿Abusa de bebidas alcohólicas o de alguna medicación prescrita (en especial hipnóticos)?
- ¿Presenta el paciente síntomas de depresión?
- ¿Cree el paciente que la vida merece la pena? ¿Cuál es la actitud del paciente hacia la muerte? ¿Desea morir? ¿Piensa en ello? ¿Tiene planes específicos sobre cómo morir y cómo llevarlo a cabo?

Instrumentos psicométricos

Los instrumentos de evaluación pueden ayudar en la valoración del riesgo de suicidio en mayores; aunque al igual que en otros grupos de edad, no pueden sustituir al juicio clínico.

La mayoría de las escalas de evaluación del riesgo suicida, no han sido desarrolladas específicamente para mayores, ni validadas en este grupo de edad. A pesar de esto, algunas de ellas pueden servir para evaluar aspectos como la presencia de sintomatología depresiva, desesperanza, ideación suicida, historia de conducta suicida previa, intencionalidad suicida, satisfacción con la vida o razones para vivir.

Una de las escalas con mejores propiedades psicométricas para la valoración del riesgo de suicidio es la Escala de ideación suicida de Beck (*Scale for Suicide Ideation, SSI*) (99) que, aunque fue inicialmente desarrollada para adultos jóvenes, ha demostrado poseer propiedades psicométricas adecuadas en adultos mayores (92). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

Otras escalas como la *Geriatric Depression Scale* (GDS) (535) o la *Geriatric Hopelessness Scale* (GHS) (536); aunque no evalúan específicamente la conducta suicida, incluyen ítems de ideación suicida que identifican adecuadamente a los adultos mayores con alta o baja ideación suicida (311). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

En cuanto a la GDS, tanto la versión de 15 ítems, como la breve de 5 (GDS-I), detectaron adecuadamente la presencia de ideación suicida en comparación con la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) y la entrevista estructurada de DSM-IV, por lo que podrían ser un instrumento de tamización a tener en cuenta; aunque serían necesarios estudios que evaluaran su aplicabilidad en la práctica clínica (445). **Serie de casos 3**

La versión de la Escala de Razones para Vivir (*Reasons for Living Scale-Older Adult Version, RFL-OA*) ha demostrado buenas propiedades psicométricas con una alta consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach = 0,98) y adecuadas validez y fiabilidad y capacidad predictiva de ideación suicida, por lo que también podría ser un buen instrumento para valorar el riesgo de suicidio (537). **Serie de casos 3**

El Índice Breve de Bienestar de la OMS (*Who-Five Well-Being Index, WHO-5-J*) es una escala de 5 ítems que ha demostrado su adecuación para la evaluación de la ideación suicida. Un estudio realizado en una muestra de mayores en Japón encontró que la escala posee una adecuada consistencia interna (coeficiente alpha de Cronbach = 0,87). El punto de corte de 14 fue el que proporcionó mejores índices de sensibilidad (78%) y especificidad (76%). Cuando la escala se combinó con la ausencia de apoyo social percibido, el punto de corte idóneo fue de 12 o haber puntuado 0 o 1 en alguno de los 5 ítems, ya que se lograron mejores puntuaciones (sensibilidad = 87%, especificidad = 75%, VPN = 99% y VPP = 10%) (538). **Serie de casos 3**

La *Brief Symptom Rating Scale* (BSRS-5) fue empleada en un estudio para valorar la necesidad de derivación a salud mental en mayores de 65 años tras un intento de suicidio. Empleando el punto de corte de 5-6, el 33,9% de dichos pacientes necesitarían ser derivados. Esta proporción es baja en comparación con estudios anteriores, lo que puede deberse a la ausencia de valoración de síntomas somáticos en dicha escala y a que las puntuaciones dependen en gran medida de si la escala se administra al propio paciente o a un familiar (539). **Serie de casos 3**

Existen otras escalas, como la *Harmful Behaviors Scale* (HBS) (540) y la *Geriatric Suicide Ideation Scale* (GSIS) (541), que se han desarrollado específicamente para pacientes mayores; aunque todavía no se cuenta con estudios sólidos de validación que apoyen su uso en la práctica clínica (311). **RS de distintos tipos de estudios 2++**

En la Tabla 60 se describen algunas de las características de los instrumentos descritos en este apartado.

Tabla 60. Instrumentos de valoración del riesgo suicida en adultos mayores

Nombre (ref)	Objetivo y características	Modo de aplicación	Nº de ítems
Escala de ideación suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SIS) (99)	Valoración de la ideación suicida Existe versión en castellano.	Heteroaplicada	1 9
Escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS) (535)	Evaluación de la depresión Existe una versión breve, ambas validadas al castellano (546, 547).	Autoaplicada	3 0 (15 la versión breve)
Geriatric Hopelessness Scale (GHS) (536)	Evaluación del pesimismo y pensamientos de desesperanza.	Autoaplicada	3 0
Inventario de razones para vivir para mayores (Reasons for Living Scale-Older Adult Version, RFL-OA) (537)	Evalúa razones para vivir.	Autoaplicada	6 9
Índice breve de bienestar de la OMS (Who-Five Well-Being Index, WHO-5-J) (538)	Evalúa bienestar Existe versión en castellano.	Autoaplicada	5
Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5) (539)	Evaluación de las dimensiones de ansiedad, depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal y otros síntomas.	Autoaplicada	5

Intervenciones preventivas

La clasificación de prevención en salud pública (prevención primaria, secundaria y terciaria) ha sido adaptada para la prevención de los trastornos mentales. En esta clasificación la prevención primaria está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada (542). En la Tabla 61 se resumen estos tres niveles de prevención, y se aportan algunas propuestas de intervención que podrían resultar útiles en la prevención del suicidio en adultos mayores (511). **Opinión de expertos 4**

Uno de los problemas de la prevención del suicidio en mayores es que, aunque existen programas diseñados para este fin, muchos de ellos no han sido contrastados empíricamente.

Una reciente revisión sistemática, con el objetivo de analizar la evidencia científica sobre los programas de prevención del suicidio en mayores, incluyó 11 intervenciones diferentes cuyo propósito fue la reducción de la conducta suicida o la depresión (347). Sin embargo, para contestar a la pregunta clínica planteada en este apartado de la GPC solo hemos incluido los estudios que evaluaran variables de resultado sobre conducta suicida (ideación suicida o tasa de suicidio).

Tabla 61. Niveles de intervenciones preventivas, objetivos y ejemplos para la prevención del suicidio en adultos mayores

Intervención	Objetivos	Ejemplos
Prevención universal	Reducir la morbilidad y mortalidad a través de la intervención sobre factores de riesgo y la potenciar los factores protectores en toda la población.	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas educativas dirigidas al público en general, a los medios de comunicación y a los profesionales implicados sobre el envejecimiento normal, depresión y conducta suicida - Restringir el acceso a medios letales - Promover programas de envejecimiento saludable.
Prevención selectiva	Prevenir la morbilidad y mortalidad a través de los factores que predisponen a la persona a una situación de especial riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover programas comunitarios de apoyo a personas con aislamiento social - Centrar los servicios médicos y sociales en la reducción de la discapacidad y potenciar la funcionalidad - Entrenar figuras clave para la detección de riesgo de suicidio (gatekeeper) - Favorecer la continuidad de los cuidados después del alta - Enseñar estrategias para mejorar el acceso a salud mental.
Prevención indicada	Tratar personas de alto riesgo, con presencia de signos y síntomas, con el objetivo de prevenir la conducta suicida o algún trastorno mental asociado.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la tamización y el tratamiento en atención primaria, sobre todo en personas con depresión, ansiedad y abuso de sustancias - Mejorar la evaluación y restringir el acceso a medios letales.

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España). a partir de Conwell et al. (511).

Prevención universal

Formación de los profesionales y medidas educativas

La formación sobre la conducta suicida es esencial en los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento de adultos mayores. Algunas áreas que se deberían contemplar en la formación de dichos profesionales son (311): **RS de distintos tipos de estudios 3**

- Identificación de los factores de riesgo y de protección específicos para este grupo de edad
- Evaluación y manejo de instrumentos psicométricos de valoración del riesgo de suicidio en adultos mayores
- Competencias para la intervención en situaciones de riesgo de suicidio
- Manejo del riesgo de suicidio y su seguimiento.

El contacto con los profesionales sanitarios puede ser crucial a la hora de prevenir el suicidio, puesto que puede favorecer la comunicación de la ideación o de la intencionalidad suicida para establecer las medidas oportunas (543). **Estudio cualitativo Q**

La educación debe ir orientada a grupos de riesgo, cuidadores, población general y medios de comunicación, con el fin de concientizar sobre los problemas específicos de este grupo de edad y reducir el estigma asociado al suicidio (311). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Restricción del acceso a medios

Según datos del INE, los métodos de suicidio más frecuentes en España en mayores de 65 años son el ahorcamiento, la precipitación y el ahogamiento (544). En cuanto al ahorcamiento, varios estudios en diferentes zonas de nuestro país lo han destacado como el método de suicidio más empleado desde hace décadas (545). **Serie de casos 3**

Otro método frecuentemente utilizado es el uso de fármacos. En un estudio, llevado a cabo en un hospital general de Inglaterra, de 730 intentos de suicidio en mayores, el 86% se realizaron mediante intoxicación medicamentosa (49,3% con paracetamol, 24% con tranquilizantes y 15,9% antidepresivos). Aproximadamente la cuarta parte de los episodios se efectuaron con alta intencionalidad suicida y la repetición de la misma se llevó a cabo en el 15,3% de los casos, en el 8,2% en el primer año tras el intento. Al final del período de seguimiento (20 años) se registraron 30 suicidios (546). **Serie de casos 3**

La restricción del acceso a medios potencialmente suicidas es fundamental. Así, los médicos deberían limitar el riesgo de sobredosis, prescribiendo envases del menor tamaño disponible y haciendo un seguimiento de su uso (311). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Prevención selectiva

Líneas telefónicas de apoyo

Existe cierta evidencia sobre la efectividad de las líneas telefónicas de apoyo para prevenir el suicidio. En Italia se llevó a cabo un estudio de seguimiento telefónico (servicio *Telehelp/Telecheck*) en el que se evaluaron los efectos a largo plazo de dicho seguimiento sobre la conducta suicida. Este estudio se realizó en el nivel de prevención

selectiva, ya que se realizó en una muestra de adultos mayores con aislamiento social y déficit funcional (547). **Estudio caso – control 2 +**

El programa consistió en el mantenimiento de contacto telefónico dos veces por semana para ofrecer apoyo y evaluar las necesidades y un servicio de urgencias las 24 horas. Se contactaron 18 641 mayores (84% mujeres) durante 11 años. En este período, se redujo el número de los suicidios en las personas que participaron en el estudio, especialmente en las mujeres, en comparación con la población mayor de la región donde se llevó a cabo.

Intervenciones comunitarias

La falta de apoyo social es un factor de riesgo de suicidio. En una zona rural de Japón se realizó un estudio basado en la autoevaluación de la depresión, promoción de actividades grupales y psicoeducación. La población pertenecía a una zona con unas altas tasas de suicidio, baja comunicación así como una pobre percepción de la salud. Tras la implementación del programa, la tasa de suicidio se redujo en un 76% en mujeres mayores de 65 años, dando lugar a un descenso significativo en comparación con la población de un área de referencia. En hombres no se encontraron cambios tras la implementación (548). **Estudio caso – control 2+**

Terapias dirigidas a fomentar la resiliencia

Recientemente se ha adaptado la TIP para su uso con adultos mayores con riesgo de suicidio. La teoría de la TIP postula la existencia de una asociación bidireccional entre el funcionamiento interpersonal y la depresión. De manera similar los problemas interpersonales y los déficits en habilidades sociales pueden causar o exacerbar la ideación y la conducta suicida, y viceversa. Este nuevo enfoque de la TIP se centra en los factores de riesgo de suicidio durante la evaluación y las sesiones de tratamiento, temas que no se recogen en los manuales de TIP estándar. La TIP adaptada (16 sesiones semanales) se empleó en una muestra de 11 participantes mayores de 60 años que tenían ideación suicida manifiesta, deseos de morir o habían realizado intentos previos de suicidio. Los resultados mostraron una disminución tanto en las ideas de muerte y en la ideación suicida como en la gravedad de los síntomas de depresión (351).

Serie de casos 3

Las características de estos dos estudios de prevención selectiva se resumen en la Tabla 62

Tabla 62. Estudios de prevención selectiva de la conducta suicida en adultos mayores

Autor, año (ref.) Tipo de estudio, NE	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Intervención

De Leo et al., 2002 (547) Estudio caso-control, NE 2+	18.6 41	Tasa de suicidio	Contacto telefónico dos veces a la semana y servicio de urgencias las 24 horas.
Oyama et al., 2005 (548) Estudio caso-control, NE 2+	12.8 12	Tasa de suicidio	Actividades grupales, psicoeducación y evaluación de la depresión.
Heisel et al., 2009 (351) Serie de casos, NE 3	11	Ideación suicida	TIP

NE: nivel de evidencia; N: número de pacientes; Ref: referencia; TIP: terapia interpersonal Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Prevención indicada

Tamización de depresión y tratamiento

En Japón se han llevado a cabo 5 estudios de cohortes basados en la tamización de depresión en zonas rurales, donde las tasas de suicidio en mayores son elevadas. Los resultados de estos estudios se han recogido en un metanálisis.

La intervención consistió en un tamización comunitaria de la depresión y posterior seguimiento y educación para la salud. La tamización se realizó en dos pasos: primero, con un cuestionario autoaplicado y en segundo lugar con una evaluación realizada por profesionales de enfermería o psiquiatras. El seguimiento, podía hacerlo el psiquiatra o del médico de primaria. El estudio puso de manifiesto que las intervenciones comunitarias de tamización de la depresión con posterior seguimiento reducen el riesgo de suicidio consumado. Las intervenciones en las que el seguimiento lo realizó un psiquiatra obtuvieron mejores resultados, sobre todo en varones (443). **Metanálisis 2++**

Posteriormente al metanálisis se realizó otro estudio en Japón en el que se llevó a cabo otra intervención comunitaria similar a las anteriores. Primero, se hizo un tamización con instrumentos autoaplicados y, después, una evaluación y posterior seguimiento por parte del psiquiatra, trabajadores sociales o psicólogos. En este estudio, el riesgo de suicidio consumado se redujo significativamente en los hombres un 61%, y fue menor en las mujeres (444). **Estudio cuasi – experimental 2++**

Cuidados Compartidos (Collaborative Care)

Se han realizado pocas investigaciones con adultos mayores que contemplen la conducta suicida como variable de resultado. En concreto, solamente se llevaron a cabo dos ensayos clínicos aleatorizados con la finalidad de reducir la ideación suicida en pacientes mayores. Ambos ensayos se efectuaron con pacientes con depresión y en el ámbito de atención primaria, en el contexto de *Collaborative Care*, por lo que son intervenciones de prevención indicada.

En un estudio en atención primaria (*IMPACT study*) realizado con pacientes con depresión mayor y/o distimia y con el objetivo de reducir la ideación suicida, se comparó la intervención de incorporar la figura de un *Depression Care Manager* (profesionales de enfermería y psicología), encargados de realizar la evaluación y psicoeducación. Las opciones de tratamiento fueron antidepresivos y la posibilidad de realizar terapia de resolución de problemas (4-8 sesiones), además de un seguimiento cercano con una entrevista personal o telefónica de forma semanal/quincenal en una primera fase y posteriormente mensual. En el grupo de tratamiento habitual, éste consistió en antidepresivos, *counselling* o derivación a un especialista en salud mental.

Las personas que recibieron la intervención experimental, obtuvieron tasas significativamente más bajas de ideación suicida a los 6, 12, 18 y 24 meses (210). La prevalencia de ideación suicida en este estudio fue de 14% y la incidencia acumulada en los 24 meses fue 31%. La probabilidad de aparición de ideación suicida estuvo mediada por la evolución de los síntomas de depresión (549).

Entre las limitaciones del estudio destaca que, aunque se aporta información sobre la intervención y el grupo de tratamiento habitual de forma global, no se aportan datos sobre el efecto de los tratamientos específicos (antidepresivos en cada grupo, pacientes que recibieron la TRP o el *counselling* o derivaciones a salud mental). Además, se excluyeron pacientes de alto riesgo y, aunque no tuvo lugar ningún suicidio, no se presentan datos sobre los intentos de suicidio o las hospitalizaciones debidas a la ideación suicida.

Bruce et al. (224) evaluaron la efectividad de una intervención frente al tratamiento habitual en pacientes mayores de 60 años, con depresión mayor o menor y presencia de ideación suicida (*PROSPECT study*). En el grupo experimental se puso en funcionamiento un algoritmo de tratamiento de la depresión con citalopram y/o TIP como tratamiento de primera elección. Además de este algoritmo, se incluyó a un profesional entrenado en el manejo de la depresión (trabajador social, profesional de enfermería o psicólogo). En el grupo de tratamiento habitual, se dio información a los médicos sobre los tratamientos recomendados en las guías sobre depresión. **ECA 1+**

A los 12 meses, tanto la intervención del grupo experimental como la del grupo que recibió tratamiento habitual obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida; aunque los pacientes tratados según el algoritmo presentaron una disminución más rápida de los síntomas de depresión (incluida la ideación suicida) y una mayor tasa de recuperación que el grupo control. La recuperación fue más lenta en los adultos mayores con ideación suicida más intensa o con historia de conducta suicida previa, y en este subgrupo se produjeron más recaídas.

A los 24 meses, los pacientes que recibieron la intervención experimental obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el grupo control (225).

En este estudio, al igual que en el anterior, no es posible identificar el efecto específico de cada uno de los tratamientos (medicación o psicoterapia).

Programas clínicos de prevención

Esta intervención se comparó con un grupo de mayores de otro estudio. Las características de los pacientes de este grupo fueron similares a las del grupo ESPP; aunque incluyó mayor número de personas viviendo solas y el porcentaje de depresión y de conducta suicida previa fue significativamente más elevado. La tasa de suicidio a los dos años fue significativamente menor en el grupo ESPP (1,99% vs 7,58%) en comparación con el grupo control, y el grupo que más se benefició de la intervención fue el de las mujeres mayores de 85 años. No surgieron diferencias significativas entre los grupos en las tasas de reintentos a los dos años (550). **Serie de casos 3**

En un estudio realizado en China se evaluó la efectividad de un programa de prevención del suicidio en mayores con intentos de suicidio previos (*Elderly Suicide Prevention Program*, ESPP) (550). Los componentes de la intervención experimental fueron: tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento en figuras clave en la detección del riesgo, y seguimiento tras el intento de suicidio siguiendo un modelo psiquiátrico orientado a la comunidad.

En la Tabla 63 se resumen las características más importantes de los estudios de prevención indicada.

Tabla 63. Estudios de prevención indicada de la conducta suicida en adultos mayores

Autor, año (ref.) Tipo de estudio, NE	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Intervención
Oyama et al., 2008 (443) Metanálisis, NE 2++	49 035	Tasa de suicidio	Tamización de depresión + seguimiento
Oyama et al., 2010 (444) Estudio de cohortes cuasi-experimental, NE 2++	486	Tasa de suicidio	Tamización de depresión + seguimiento
Unutzer et al., 2006 (549) ECA, NE 1+	1801	Ideación suicida	Cuidados compartidos (Collaborative Care).
Alexopoulos et al., 2009; Bruce et al., 2004 (224, 225) ECA, NE 1+	599	Ideación suicida	Cuidados compartidos (Collaborative Care).

Autor, año (ref.) Tipo de estudio, NE	N	Objetivo (variable conducta suicida)	Intervención
Chan et al., 2011 (550) Serie de casos, NE 3	351	Tasa de suicidio	Tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento de figuras clave o gatekeeper y seguimiento.

ECA: ensayo clínico aleatorizado; N: número de pacientes; NE: nivel de evidencia; Ref: referencia; N: número Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador consideró la necesidad de realizar ajustes encaminados a mejorar la implementación de las recomendaciones de esta sección. En relación al uso de escalas complementarias a la entrevista clínica se menciona la relevancia de poder emplear herramientas validadas y acordes al criterio del profesional que presta atención al paciente. Lo anterior dado que no hay herramientas para este tópico validadas en el contexto colombiano, pero esto no puede ser una limitación para su uso, sin embargo es necesario identificar este aspecto como una brecha y necesidad de investigación para el País.

En relación a la recomendación 73, el grupo desarrollador consideró adicionar un punto de buena práctica clínica, orientado a la necesidad de tener siempre en cuenta factores propios de la edad, como lo son las enfermedades crónicas.

18.3 Grupos étnicos

Punto de buena práctica

- ✓ Se debe reconocer qué factores psicosociales, diversidades culturales o tradicionales como la pérdida de la identidad cultural pueden desempeñar un papel muy importante en la ideación y/o conducta suicida, así como también la preservación de las identidades tradicionales son un factor protector considerable en los pueblos indígenas a tener en cuenta en el momento de evaluar a estas personas e incluir intérprete en caso de tener dificultades con el idioma. (De consenso de expertos).
- ✓ Si se necesita un intérprete, hay que tener cuidado con las cuestiones de confidencialidad, ya que muchas de las comunidades son pequeñas y la gente puede conocerse. (avalia-t 2012)

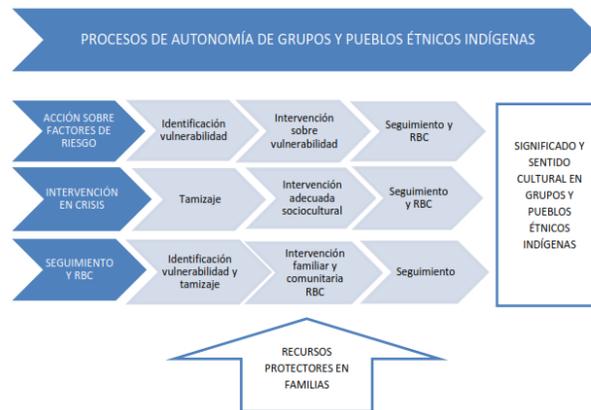
18.3.1 Resumen de la evidencia

En el año 2010, el Ministerio de Salud en convenio con la OPS/OMS, en el marco de las acciones establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014, "Prosperidad para todos", y en desarrollo de las normas que señala La Ley 1438 de 2011, a la Atención Primaria en Salud, realiza una revisión bibliográfica como parte de la consideración de que para alcanzar las metas de una salud pertinente, de calidad, eficiente y oportuna, se

debe involucrar a auxiliares de salud indígenas, sabedores tradicionales, con lineamientos para el manejo con las comunidades dispersas, así como los del Plan Decenal de Salud, que proponen una mirada diferencial en relación con el género, la discapacidad y la etnicidad.

Posteriormente el Ministerio de Salud en convenio con la Organización Panamericana de la Salud y la OMS elabora en el 2014 el “Modelo con enfoque diferencial de etnia intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas”, con el fin de proveer herramientas conceptuales y operativas integrales, dando respuesta de manera concreta a las necesidades de esta población, dentro de la normativa de derechos humanos, que identifique aspectos de vulnerabilidad, favoreciendo los procesos de autonomía y promoviendo un enfoque diferencial que para el caso particular de los pueblos y grupos étnicos indígenas el escenario del despliegue de sus recursos emocionales, cognitivos y colectivos, corresponde a su cosmovisión o “visión de mundo”, la cual se expresa en conjunto de saberes conocidos como ancestrales y/o tradicionales. De tal manera, la Salud Mental de estos pueblos y grupos corresponde a una expresión acorde con dicha cosmovisión, y existirán tantas definiciones posibles como grupos y pueblos que modularan la operación de este modelo de acción. Es importante además recalcar que en la actualidad estas cosmovisiones se encuentran permeadas por elementos de la cultura occidental, por lo cual se pueden presentar hibridación, mestizaje o sincretismos, los cuales deben ser entendidos como una posibilidad para la interculturalidad y el diálogo de saberes, y no como un obstáculo para el desarrollo de acciones (551).

Gráfica 12. Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos étnicos indígenas



Fuente: Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural, 2014 MSPS
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-salud-mental-indigena.pdf> (551)

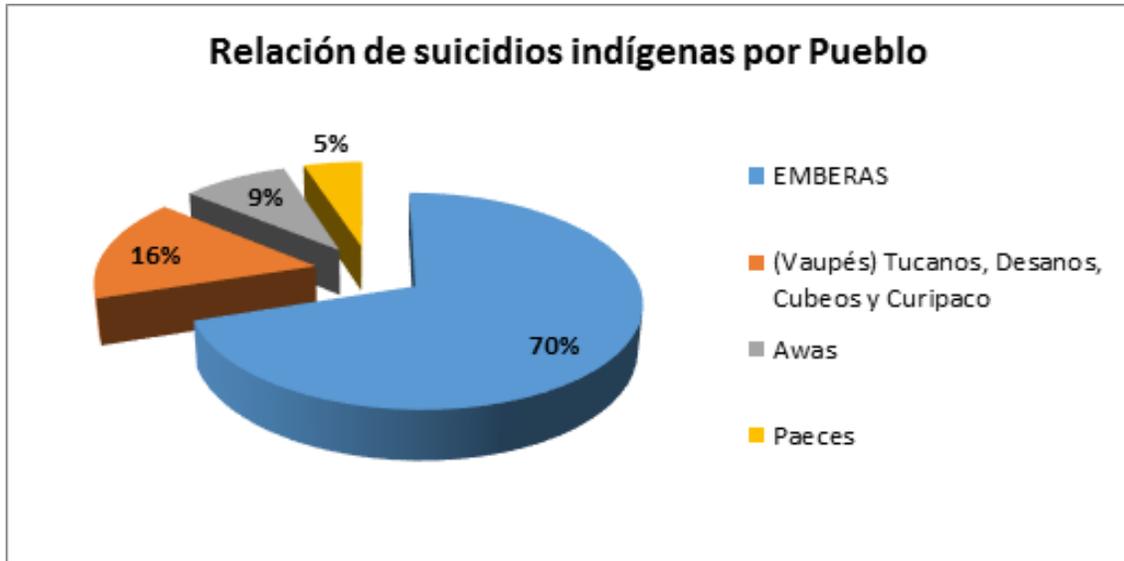
La Organización Mundial de la Salud ha identificado que el grupo poblacional con mayor riesgo a nivel mundial son los pueblos indígenas lo cual obedece a que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. El crecimiento de los jóvenes se entrelaza con la tradición cultural colectiva, los niños y adolescentes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos y en algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos como el intento de suicidio o el suicidio, estas características determinan que los indígenas tengan un riesgo más alto de comportamiento suicida que los no indígenas (552).

Según la UNICEF, en los pueblos indígenas de Brasil Colombia y Perú entre las causas de suicidio en adolescentes se encuentran: la continua discriminación, los cambios drásticos de su entorno, la violación sistemática de sus derechos y la impotencia frente a las decisiones que afectan su desarrollo lo que origina situaciones con graves consecuencias individuales y colectivas.

En Colombia en particular el suicidio infantil y juvenil se ha intensificado en zonas afectadas por el conflicto armado interno, el narcotráfico y los cultivos ilícitos entre otros, los casos más reconocidos son los de la etnia Embera (Dovidà, Katio y Chami) en los departamentos de Choco y Antioquia para quienes la cosmogonía refleja la importancia de la naturaleza para este pueblo indígena, al decir que primero está la naturaleza y después el ser humano, es decir si no hay naturaleza no hay ser humano, cuando se atenta contra la naturaleza se atenta contra la cultura y viceversa; para los Emberas, el espíritu está tanto en la naturaleza como las personas; por esto, su relación con ésta es espiritual. El territorio, entonces, es el todo, el “corazón”; sin territorio no hay espacio, sin espacio no hay vida. Al deterioro de la naturaleza producido por la industrialización se le atribuyó muchos trastornos físicos y conflictos sociales intra-étnicos, afectando la calidad

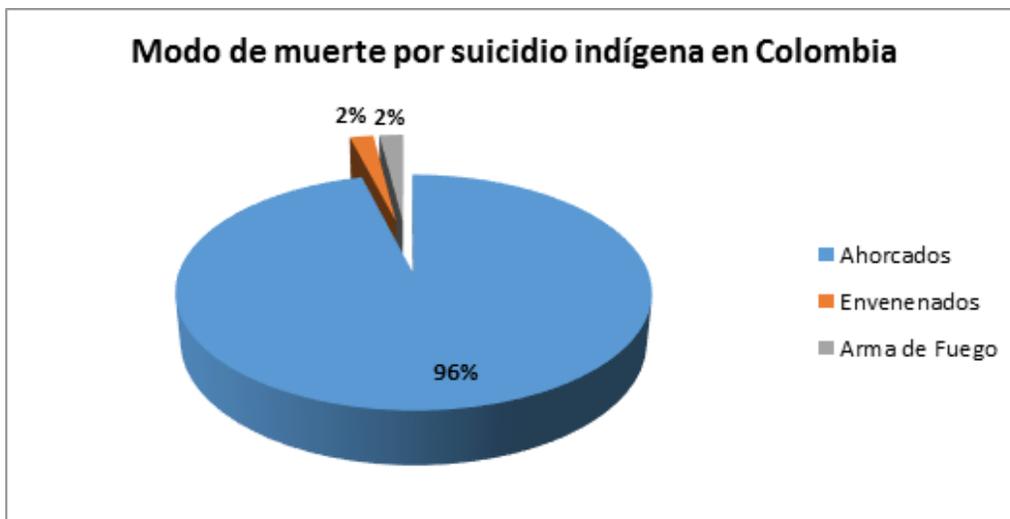
de vida de los indígenas lesionando su ordenamiento simbólico y además con grave efecto aculturador (552).

Gráfica 13. Relación de suicidios indígenas por Pueblo



Fuente: Revisión Bibliográfica sobre prevención y atención Integral a la Conducta Suicida en población Indígena Colombiana (2010) (552)

Gráfica 14. Modo de muerte por suicidio indígena en Colombia



Fuente: Revisión Bibliográfica sobre prevención y atención Integral a la Conducta Suicida en población Indígena Colombiana (2010) (552)

En septiembre del 2011 un equipo conformado por la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, el Departamento Administrativo de Salud y Seguridad Social del Chocó (DASALUD), UNICEF y la Alcaldía del Alto Baudó, emprendió una misión al municipio del Alto Baudó, con el propósito de visitar al pueblo indígena Emberá Dobodá que habitan los

ríos Dubasa y Catrú, encontrando los siguientes como asociados al suicidio indígena (552)

- 1) La falta de comida y la incapacidad de poder alimentar a sus familias, "ha llevado a hombres y mujeres a terminar con sus vidas desesperanzados por no poder darles un bienestar a sus hijos", asocian la causa de esta crisis alimentaria con la pérdida de los animales, plantas y peces.
- 2) Los "celos" y problemas que se dan en el interior de las familias; también las riñas y reacciones agresivas que se presentan en algunas ocasiones por el consumo de chicha y biche.
- 3) La debilidad de las autoridades tradicionales y de las organizaciones indígenas en la medida en que no hay un control, ni una estructura clara de regulación que establezca las pautas de convivencia y se definan procesos de ordenamiento del territorio y de la comunidad misma.
- 4) Causas mágico-religiosas, donde se explica que muchos de los casos de suicidios se deben a las invitaciones o incitaciones de seres "malignos" que les muestran el ahorcamiento como una salida a sus problemas.
- 5) Se pudo identificar una desesperanza y tristeza colectiva, asociada a una crisis alimentaria, abusos, violación de derechos y una pérdida de valores, y saberes culturales que no les permite definir de forma clara un plan de vida, situación que deja a hombres, mujeres, jóvenes y niños sin objetivos y oportunidades claras en el interior de las comunidades".

En respuesta a esta problemática la UNICEF planteó las posibilidades de tomar en cuenta la cosmovisión, aspiraciones y necesidades de las propias comunidades indígenas "no solo desde una perspectiva intercultural, sino una que reconozca y respete los derechos de los pueblos indígenas al consentimiento, basado en la libre determinación y autonomía y los procedimientos de consulta previa, libre e informada" (552).

Según la Revisión sistemática sobre Suicidio en la población indígena de Latinoamérica – 2017 de la Universidad Javeriana publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría, en Colombia, la evidencia estudiada señala al suicidio como un problema de salud pública. Del 2010 se obtienen cifras de 36 suicidios por cada 100.000 entre los Camentsá del Putumayo. Según los estudios médicos forenses y los datos de la Comunidad Amazónica de Yavaraté cerca de la frontera con el Brasil la incidencia alcanzó 238 por cada 100.000 entre el 2008 y el 2011, cifras que contrastan con el promedio nacional de 4,4 por cada 100.000. Al igual que en Brasil, los adolescentes varones y los adultos jóvenes son las principales víctimas. Un estudio en el grupo étnico Embera-Chami informó que 69% habían sufrido al menos un episodio depresivo y que el 13% había tenido ideación suicida, en este grupo Embera y en el Wounaan, el suicidio ha sido descrito como un rito de paso hacia una vida mejor, para ellos el acto comienza por una posesión demoniaca llamada "Jai Tontine", en la que la persona afectada comienza a experimentar mialgias, dolores de cabeza, aislamiento social, falta de apetito e insomnio y finalmente intenta suicidarse. El aumento de la prevalencia de suicidio en esta población podría deberse al

estrés relacionado con el conflicto armado, para lo que el gobierno comenzó un programa en el que asignaron psicoterapeutas entrenados a la zona con la esperanza de reducir la incidencia de enfermedades mentales relacionadas con el suicidio. Para los U'wa de la región andina del noroeste el suicidio es preferible a la profanación de sus tierras ancestrales por la industria petrolera y han amenazado con suicidarse saltando de un acantilado, este grupo indígena se ha unido a varias organizaciones medioambientales que ven en ellos una opción de solución a sus problemas (553).

Lo que demostró esta revisión es que los indígenas están sometidos a intensos estresores que los llevan a un camino de desesperación, desamparo y finalmente comportamiento suicida lo que implica que este fenómeno antropológico sea manejado desde una perspectiva que involucre su cultura y creencias. Y aunque sean una minoría de la población general estos representan una gran fuente de cultura tradicional y sabiduría, por lo tanto los cambios de estilo de vida influenciados por la industrialización, la degradación ambiental y la invasión de sus territorios han corrompido las almas indígenas haciéndolas parte de lo que se ha descrito como “muerte cultural” (553).

La evaluación de la ideación y/o conducta suicida de las personas pertenecientes a grupos indígenas plantea en términos generales todo un desafío debido a que exige que se tenga en cuenta su propio contexto, creencias culturales, su identidad como comunidad o grupo cultural y su propia perspectiva sobre las enfermedades mentales o el significado simbólico del suicidio, por lo tanto el profesional de la salud (médico general, psiquiatra o psicólogo) que evalúe dichos casos no puede asumir que todas las personas que están en riesgo de suicidio o han intentado suicidarse tienen valores y creencias culturales similares. Los diferentes grupos étnicos son heterogéneos y culturalmente diversos, tienen su propio idioma, costumbres, tradiciones, sentido de pertenencia a sus familias y a su religión y opiniones diferentes sobre la “mala” salud mental, para quienes los “curanderos tradicionales” son la mejor y en muchos de los casos, la única ayuda disponible (10)

Es importante reconocer a la cultura como un determinante importante de la manifestación de la enfermedad; la identidad y el bienestar de una persona perteneciente a un grupo indígena puede depender tradicionalmente del patrimonio familiar, de su rol y de la responsabilidad que ha adquirido dentro de su comunidad (10).

Se requieren conocimientos especializados de la cultura en particular para manejar situaciones como: violaciones de protocolos culturales, preocupación por un sentimiento de fracaso personal en la cultura, pérdidas de significados culturales individuales o colectivos, preocupación por los parientes fallecidos, factores socioeconómicos deficientes, desempleo, historias de despojo, desintegración familiar, trauma, maltrato, violencia, urbanización, desplazamiento forzado, discriminación y aislamiento resultante con pérdida de mecanismos de apoyo social y de relaciones interpersonales significativas. Estos diferentes escenarios de desventajas sociales generales e intergeneracionales pueden explicar parcialmente las causas de una conducta suicida, más allá de los

factores de riesgos psiquiátricos individuales, sumados a niveles elevados de estrés o escasos recursos para hacer frente a estas situaciones, abrumados además por las demandas de la vida moderna sin un propósito personal claro, sobre todo teniendo en cuenta la historia de marginación social y política a la que son sometidos los grupos indígenas de las tierras de sus antepasados (10).

La Guía de Práctica Clínica The Assessment and Management of People at Risk of Suicide – 2008 de Nueva Zelanda formula importantes consideraciones claves para tener en cuenta en la evaluación del suicidio de sus grupos culturales Māori como: (10)

- Respetar la preferencia de una persona suicida por la presencia de alguien de su mismo grupo cultural puede dar un significado benéfico en la evaluación y desarrollo de un plan de tratamiento.
- Darles la oportunidad de ser evaluados por un profesional de salud mental de su mismo grupo cultural ya que la relación y la comunicación efectiva puede ser más fácil de establecer de esta manera.
- Dar a las personas la oportunidad de contar con asesores culturales indígenas presentes en la evaluación.
- Evaluación del dolor no resuelto o pérdida del estatus cultural de la persona.
- Evaluación del abuso y dependencia de sustancias y/o alcohol y su asociación potencial con actos de agresividad o comportamiento impulsivo e imprudente.
- Mostrar interés en involucrar a la familia y apoyar a la gente respetando sus preferencias.
- Ser conscientes de las barreras lingüísticas presentes que hacen más difícil describir y expresar emociones y síntomas complejos.
- Se debe dar un adecuado manejo a la confidencialidad de la información recolectada cuando se acude a la ayuda de intérpretes debido al estigma y la vergüenza asociados con el suicidio en las comunidades.

18.4 Evaluación de personas intoxicadas.

Puntos de buena práctica

- ✓ Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha cuando una persona llega después de una sobredosis. La gente a menudo subestima las cantidades consumidas. (NZGG 2008)
- ✓ Las personas que se presentan a urgencias con ideación suicida o después de un intento de suicidio mientras están intoxicadas deben tener un ambiente seguro hasta que estén sobrios. La evaluación debe centrarse en su riesgo inmediato (mientras que todavía están intoxicados). El riesgo duradero no puede ser juzgado hasta que la persona esté sobria. (NZGG 2008)
- ✓ Se recomienda que las personas en riesgo de suicidio dejen de consumir alcohol o drogas ilícitas debido a sus potenciales efectos desinhibidores. Los miembros de la familia también deben ser informados de esto. (NZGG 2008)

18.4.1 Resumen de la evidencia

Existe un fuerte vínculo entre el consumo de alcohol y drogas y el suicidio, tanto como un factor de riesgo predisponente como un factor de riesgo precipitante (10). La intoxicación con alcohol y otras drogas pueden aumentar el riesgo de suicidio por:

- incrementar la angustia de la persona (por ejemplo, el alcohol puede actuar como un depresivo).
- incrementar la impulsividad y agresividad de la persona.
- disminuir su capacidad para resolver problemas y encontrar soluciones alternativas a sus dificultades.

A pesar de esta clara asociación con el riesgo, es menos probable que las personas sean vistas o se valoren apropiadamente si se presentan drogadas en los servicios de urgencias (10). Las personas en riesgo de suicidio deben recibir asesoría para parar el uso de alcohol o drogas ilícitas debido a sus efectos desinhibidores potenciales. Los miembros de la familia extendida/familia también deben recibir esta información.

19 EVALUACIÓN Y MANEJO DE PERSONAS CON RIESGO SUICIDA CRÓNICO O CONTINUO.

19.1 Recomendaciones

74. Los planes de manejo detallado basados en listas de síntomas crónicos y agudos deben ser desarrollados con la persona con riesgo suicida continuo. Esto ayuda a los clínicos a determinar si una persona se presenta con un riesgo nuevo / mayor que su riesgo continuo. Todos los servicios que trabajan con esta persona deben tener una copia de estos planes, y deben revisarse y actualizarse periódicamente. (NZGG 2008)

Recomendación C

75. Los servicios de urgencias siempre deben ponerse en contacto con los servicios de psiquiatría (aunque sólo sea por teléfono) cuando se presente una persona con riesgo suicida continuo. Se debe tener cuidado de no minimizar la gravedad de los intentos. (NZGG 2008)

Recomendación C

76. Cuando una persona con riesgo suicida continuo que es bien conocida por psiquiatría llega al servicio de urgencias, es crucial contar con la historia clínica, consultar su plan de manejo e, idealmente contactar a su médico o terapeuta en caso que el paciente esté sufriendo por un estresor adicional o por un cambio significativo en su enfermedad mental. (NZGG 2008)

Recomendación D

77. Se recomienda la hospitalización cuando la persona con riesgo crónico o continuo de suicidio presenta una conducta suicida o una exacerbación del riesgo por un estresor agudo, o por la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor. (NZGG 2008)

Recomendación D

19.2 Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo

78. Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación D

79. Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia intrafamiliar. (avalia-t 2012)

Recomendación C

79.1 Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)
- ✓ Se deberá realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado. (avalia-t 2012)
- ✓ Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico deben incluir la evaluación del riesgo en tres niveles diferentes: (avalia-t 2012)
 - **Universal:**
 - Evaluar la desesperanza y la ideación suicida
 - Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida.
 - Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión
 - Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo.
 - **Selectivo:**
 - Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas.
 - **Indicado:** (presencia de ideación y/o conducta suicida):
 - Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método
 - Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio
 - Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.

19.3 Resumen de la evidencia

Pacientes con gran dependencia o enfermedad somática grave

La pérdida de salud puede ser un desencadenante de la conducta suicida, especialmente si se acompaña de cronicidad, dolor, discapacidad o de un pronóstico negativo de la enfermedad (44, 496). Otros factores a considerar son si la enfermedad produce una desfiguración o si existe la presencia comórbida de trastornos mentales, en especial de depresión (4, 496, 554). También hay que tener en cuenta aquellas enfermedades que generan un aumento de la impulsividad, agresividad u hostilidad (496, 555, 556) ya que pueden presentar mayor riesgo de conducta suicida. Hay una relación lineal entre el número de problemas físicos y el riesgo de suicidio (557).

En los estudios *postmortem* existe una gran variabilidad a la hora de determinar el porcentaje de personas que sufren algún tipo de afección somática cuando se suicidan. La mayoría de los autores reconocen que es raro el suicidio en ausencia de algún trastorno mental (554, 558).

Enfermedad crónica

Habitualmente la enfermedad crónica supone una modificación del estilo de vida del paciente y una carga social, tanto desde un punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia e incapacidad del sujeto.

Algunos estudios revelan que la enfermedad crónica puede ser un factor de riesgo para la depresión (531, 559, 560), lo que podría incrementar las ideas e intentos de suicidio (561) que, con frecuencia, suceden sin antecedentes de intentos previos (157). Además, la discapacidad física y el dolor se asocian significativamente con la ideación suicida, independientemente de variables como el tratamiento y la depresión (60).

Por todo ello se necesita un seguimiento especial de estos pacientes por parte del médico para identificar precozmente una posible conducta suicida (557, 559, 560). **RS de distintos tipos de estudios 2++ Serie de casos 3**

Dolor crónico

Los pacientes con dolor crónico tienen mayor riesgo de sufrir depresión que la población general por lo que se podría esperar que este tipo de pacientes presente mayores tasas de ideación, intentos de suicidio y suicidios consumados (56, 562).

Tang et al. (563) realizaron una revisión sistemática de estudios prospectivos con el objetivo de identificar los factores de vulnerabilidad al suicidio en personas con dolor crónico. La población estudiada fueron personas con dolor crónico asociado a peor salud y menor calidad de vida y con mayor riesgo de depresión mayor, observando una prevalencia de suicidio 2-3 veces mayor que entre la población general. También la ideación suicida fue tres veces mayor entre la población con dolor crónico respecto a pacientes con dolor no crónico. **RS de distintos tipos de estudios 2+**

Los factores de riesgo cuya presencia incrementaba el riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico fueron los siguientes:

- Ubicación y tipo del dolor: el dolor de espalda y el dolor generalizado se asociaron con mayor suicidio que en la población sin dolor. Respecto al tipo, los pacientes con migrañas con aura presentaron dos veces más intentos de suicidio que aquellos con migrañas sin aura, y el dolor abdominal crónico se asoció con una mayor ideación suicida que el dolor neuropático.
- Duración: a mayor duración en el tiempo, mayor probabilidad de presentación de ideación suicida.

- Presencia de insomnio comórbido: fue un discriminador significativo para evaluar la presencia o ausencia de ideación suicida en pacientes con dolor crónico.
- Intensidad: los estudios no fueron concluyentes en este tema.

Los autores subrayan la necesidad de una evaluación del riesgo de conducta suicida en pacientes con dolor crónico y la realización de nuevos estudios que investiguen el papel de los factores de riesgo y que permitan desarrollar intervenciones que minimicen este riesgo.

Los estudios posteriores a esta revisión (563) apoyan la necesidad de realizar evaluaciones específicas sobre las tendencias suicidas y realizar tratamientos específicos que disminuyan el riesgo de suicidio en personas con dolor crónico (525, 531, 564-566).

Estudios caso – control 2+ Series de casos 3

Discapacidad física

La discapacidad física (deficiencia que afecta a una estructura o función corporal) aparece como consecuencia de una enfermedad, limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida (567) y se considera un factor de riesgo de conducta suicida (568). En la Tabla 64 se resumen los estudios recuperados en la búsqueda bibliográfica.

Los estudios anteriores coinciden en la relación existente entre discapacidad física y conducta suicida y apoyan la necesidad de una evaluación psicopatológica de las personas con discapacidad física, ya que la presencia de síntomas depresivos comórbidos es un factor importante en esta relación. Por último, los autores recomiendan instaurar programas de prevención sobre los propios pacientes así como formación para los facultativos que los atienden (568-575). **RS de distintos tipos de estudios 2+ Serie de casos 3**

Tabla 64. Características de los estudios incluidos sobre discapacidad física y suicidio

Autor, año, ref. TE y NE	Objetivos	Resultados
Kishi et al., 2001 (574) Serie de casos, NE 3	Evaluar la relación entre las características clínicas y la ideación suicida en pacientes con enfermedades físicas graves. El estudio incluyó pacientes con un accidente cerebrovascular, lesión cerebral traumática, infarto de miocardio o lesión de la médula espinal (n = 496).	Un 7,3% de pacientes con enfermedad física grave presentaban ideación suicida, sobre todo en aquellos con depresión mayor. Tras la mejora del trastorno depresivo, la ideación suicida fue disminuyendo.

Autor, año, ref. TE y NE	Objetivos	Resultados
Kaplan et al., 2007 (573) Estudio transversal, NE 3	Evaluar si la enfermedad crónica o la limitación funcional pueden ser predictores de conducta suicida. Realizado con datos recogidos en la encuesta nacional de salud durante los años 1986-94 (356 845 encuestas realizadas).	Las limitaciones funcionales parecen ser un predictor significativo de suicidio; aunque las enfermedades crónicas por sí solas no lo fueron.
Everett et al., 2008 (571) Serie de casos, NE 3	Evaluar la relación entre discapacidad física o problemas de salud a largo plazo y una serie de comportamientos de riesgo para la salud, entre ellos intentos de suicidio (encuesta a 9324 estudiantes).	Los estudiantes con discapacidad física o problemas de salud describen su salud como mala y presentan mayor comportamiento de riesgo para la salud, como p.ej., ideación suicida.
Gadalla et al., 2008 (570) Serie de casos, NE 3	Evaluar la discapacidad física a corto plazo, la limitación en las actividades de la vida diaria y la ideación suicida en personas con enfermedades físicas con o sin comorbilidades de trastornos del ánimo.	Las personas con discapacidad física y trastorno de ánimo, que a su vez presentan mayores necesidades de ayuda en las tareas diarias, muestran mayor ideación suicida.
Zochling et al., 2008 (575) Opinión de expertos, NE 4	Evaluar la causa de mortalidad en pacientes con espondilitis anquilosante.	Las muertes violentas, incluyendo las secundarias a accidente y suicidio, fueron casi el doble que en la población general. Los resultados mostraron falta de adaptación psicológica y un consumo elevado de alcohol.
Jurisic et al., 2009 (572) Serie de casos, NE 3	Analizar las consecuencias psicológicas después de un accidente (encuesta a 50 personas).	Los pacientes con discapacidad física informaron de pensamientos negativos, ideas suicidas y planificación e intento de suicidio, sin importar el tipo de discapacidad presentada. Las personas con antecedentes familiares de suicidio o intento de suicidio fueron más propensas a la planificación suicida.
Dennis et al., 2009 (569) Serie de casos, NE 3	Investigar la relación entre la ideación suicida y los problemas de salud y discapacidad física (encuesta a 8580 adultos).	Existencia de asociación entre limitaciones de actividades de la vida diaria e ideación suicida.
Giannini et al., 2010 (568) RS distintos tipos de estudios, NE 2+	Investigar los factores de riesgo de suicidio en personas con discapacidad (intelectual, lesión de médula espinal o esclerosis múltiple).	Tasas de suicidio significativamente más altas entre las personas con esclerosis múltiple o lesión medular que en población general. En ambas, la depresión se observó como el mejor indicador de ideación suicida.

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; NE: nivel de evidencia Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Otras enfermedades y conducta suicida

Aunque no en todas las enfermedades se ha investigado su relación con el suicidio, en algunas concretas se ha visto un mayor riesgo de conducta suicida, no tanto por la

enfermedad en sí, sino debido a los síntomas o discapacidades esperadas por el paciente. Así, los pacientes con cáncer presentan mayor riesgo de conducta suicida ya que se sigue asociando con muerte, dolor, mal pronóstico y tratamiento prolongado (56, 60, 573). En el caso del SIDA, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica (61). Sin embargo dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (62).

En ambas enfermedades el riesgo es más alto en el momento del diagnóstico y en los primeros años de evolución (56, 496) y un estado avanzado o un mal pronóstico incrementa notablemente el riesgo de suicidio (56, 576). **Opinión de expertos 4**

El *New York State Department of Health* (577) realiza una serie de recomendaciones sobre cómo se debe actuar ante un paciente con SIDA que presenta conducta suicida, algunas de las cuales podrían ser aplicables a cualquier población con riesgo suicida:

- Evaluar la sintomatología depresiva y los factores de riesgo específicos para conducta suicida
- Evaluar el comportamiento suicida y/o violento al inicio y por lo menos anualmente, como parte de la evaluación de salud mental
- Tratar de involucrar a amigos y familiares en la planificación del tratamiento y en el desarrollo del mismo
- En caso de identificar pacientes con ideas de suicidio o conducta violenta, discutir con ellos los motivos y desarrollar un plan para modificar los factores de riesgo.

En resumen, en pacientes con enfermedad crónica (557, 559, 560), dolor crónico (563-566) o discapacidad física (568-575), así como en ciertas enfermedades específicas como el cáncer (60) o el SIDA (61) es necesaria una especial evaluación y seguimiento para identificar posibles conductas suicidas.

Cuidadores no profesionales de enfermos

El perfil más común del cuidador es el de una mujer (esposa o hija del dependiente), ama de casa, que reside con el paciente y que presta sus servicios varias horas al día durante todos los días de la semana. La mayoría de las veces, estas tareas y responsabilidades del cuidador se realizan sin percibir remuneración económica por su trabajo (578).

Un grupo importante de cuidadores lo constituyen los mayores de 65 años, generalmente cónyuges, de especial importancia por la elevada comorbilidad que suelen presentar (578). La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, emocional, social, económico, familiar o laboral y conforman un auténtico “síndrome del cuidador” que es necesario conocer, diagnosticar y tratar (579).

Existe poca bibliografía sobre la prevalencia de suicidio entre los cuidadores de enfermos crónicos o dependientes, pero sí sobre la depresión o ansiedad en este grupo de

población. No podemos olvidar que la depresión mayor es el trastorno mental más frecuentemente asociado con la conducta suicida (46).

Una revisión sistemática (580) sobre intervenciones dirigidas a disminuir la sintomatología del cuidador de personas dependientes observó que las intervenciones con participación activa de los cuidadores principales y basadas en TCC centrados en ansiedad (581, 582), depresión (582, 583) y sobrecarga (583-586) fueron más eficaces que aquellas cuyo contenido se centró exclusivamente en la adquisición de conocimientos (580). **RS de estudios 2+**

Otro estudio, no incluido en la revisión anterior, también encontró resultados positivos en la gestión del estrés de cuidadores de adultos mayores con demencia, accidente cerebrovascular o discapacidad física, mediante una intervención con formato grupal en la que se incluía información sobre las distintas enfermedades y el estrés y técnicas de resolución de problemas y de relajación (587). **Estudio caso – control 2+**

Existe poca información sobre otro tipo de violencia, la del homicidio - suicidio, en la que familiares, habitualmente esposos, atentan contra la vida de la persona dependiente y posteriormente se suicidan o lo intentan (588). Los factores de riesgo para el homicidio-suicidio son los sentimientos de impotencia, desesperanza y agotamiento por el cuidado, unidos a la imposibilidad de mejorar la situación (588).

Los autores consideran necesario realizar una valoración del riesgo de aquellos cuidadores mayores con síntomas de depresión, cuando existe evidencia de conflictos domésticos (divorcios, violencia doméstica, separaciones...) o una historia de ideación o conducta suicida o violenta (4, 588), teniendo en cuenta, además, que la mayoría de los agresores ha visitado a su médico en el mes o semana anterior a la realización del acto violento (588).

En diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo

Tipo de trabajo

La OMS define al trabajador con riesgo de suicidio como “el resultado de una compleja interacción entre las vulnerabilidades individuales, condiciones estresantes de trabajo y condiciones estresantes de la vida”. La prevención del suicidio entre los trabajadores debería abordarse a través de (318):

- Reducción del estrés laboral
- Desestigmatización de los problemas de salud mental y búsqueda de ayuda
- Reconocimiento y detección temprana de dificultades emocionales
- Intervención y tratamiento adecuado

Un programa de prevención deberá tener como meta crear un ambiente de trabajo respetuoso, no estresante, que facilite las relaciones sociales, proporcione una identidad corporativa positiva y al mismo tiempo potencie al trabajador como individuo.

Estas estrategias pueden realizarse tanto en empresas pequeñas como grandes (318).

Opinión de expertos 4

Ciertas profesiones tienen mayor riesgo de suicidio que otras y, aunque no se ha encontrado su causa, se cree que el fácil acceso a los medios y circunstancias específicas, como presión en el trabajo, dificultades económicas o aislamiento social, pueden ser la explicación de esta mayor tasa de suicidio (496). Según la OMS, la disponibilidad inmediata de un método es un factor importante para determinar si una persona cometerá suicidio o no, por lo que es necesario reducir el acceso a los medios como estrategia efectiva en la prevención del suicidio (180).

Como en el caso de las enfermedades, no todas las profesiones han sido estudiadas en su relación con la conducta suicida, lo que puede llevar a una sobreestimación en alguna de ellas. Así, la mayoría de los estudios hacen referencia a profesionales de la salud, incluyendo estudiantes de medicina (242, 556, 589-593) o a policías, bomberos y militares (556, 594-598).

En el caso de los médicos, además del fácil acceso a los medios, se consideran factores de riesgo, un exceso de horas de trabajo, la exigencia de los pacientes, el rechazo a pedir ayuda (242), o el desgaste (592). Tanto en la profesión médica como en la policía, las mujeres presentan mayor tasa de suicidio que los hombres (242, 589, 598). Los autores de estos estudios ven necesario adoptar medidas preventivas para la reducción del acceso a medios y la promoción de la salud entre los trabajadores. **RS de distintos tipos de estudios 2+ Estudio caso – control 2+ Serie de casos 3**

Dos estudios abordan la evaluación de programas de prevención del suicidio en centros de trabajo: el primero es una revisión sistemática que incluye distintos lugares, como escuelas, centros médicos, cárceles, etc (597), y el segundo un programa llevado a cabo en las fuerzas aéreas de EE.UU. (595). Los puntos comunes de estos programas son: **RS de estudios 2+ Estudio cuasi – experimental 3**

- Educación y formación sobre el suicidio a todos los trabajadores, directivos o mandos
- Desarrollo de una adecuada relación entre los trabajadores y el personal sanitario. Entrevistas de evaluación en momentos de mayor estrés
- – Cooperación entre recursos internos y externos (médico de empresa y médico general o servicio de salud mental)
- Mejora en la gestión del personal, cuidado sanitario y detección y atención a personas de alto riesgo
- Evaluación de los programas mediante aspectos como factores asociados al suicidio, actitudes no deseables, conocimientos de salud mental y habilidades de afrontamiento.

Los resultados obtenidos por el programa de prevención de las fuerzas aéreas muestran que es posible reducir la tasa de muerte por suicidio cuando se realiza su implementación (595).

Desempleo

El desempleo es un importante factor de riesgo de suicidio, fundamentalmente en el grupo entre 35-45 años, consumidores de alcohol, personas que sufren trastornos de personalidad y aquellos que han perdido el trabajo recientemente (44, 56). Se ha visto, además, una asociación inversa entre el nivel socioeconómico del área de residencia y las tasas de suicidio, y que las áreas con mayor desempleo y menor nivel educativo presentan mayores tasas de suicidio (599). Por otra parte, la lucha contra el desempleo puede reducir las tasas de suicidio entre los desempleados y los trabajadores que se sienten inseguros en el mercado laboral (556).

Se ha estimado que el riesgo de suicidio entre desempleados es 2-3 veces mayor que en la población con empleo. Además, el riesgo de suicidio aumenta a medida que se alarga el desempleo hasta llegar a los dos años y a partir de los cuatro el riesgo se mantiene o disminuye en los hombres, pero sigue aumentando en las mujeres (4). **RS de distintos tipos de estudios 2+, 3**

La guía de la APA destaca la importancia de determinar la situación laboral de las personas como parte del proceso de valoración del riesgo suicida. Además se deben considerar otras situaciones estresantes, como la pérdida de empleo, dificultades económicas y de pareja o presentar un trastorno mental o abuso de sustancias o alcohol (4).

Un reciente estudio (600) analiza las tasas de suicidio desde 1928 hasta 2007 y encuentra que los suicidios aumentan o disminuyen en función de los ciclos económicos, fundamentalmente entre las personas en edad laboral. Los problemas económicos pueden influir en cómo las personas se sienten con ellas mismas, así como en sus relaciones sociales. **Opinión de expertos 4**

En estas circunstancias, las estrategias de prevención serían, entre otras (600):

- Proporcionar apoyo social a aquellas personas que pierden su trabajo
- Aumentar el grado de integración social
- Incrementar la accesibilidad a los servicios de salud mental.

Trabajo en grandes empresas

La existencia de suicidios en cadena en grandes empresas, hace pensar en la necesidad de planes de prevención. La OMS recomienda que en las grandes compañías, la prevención del suicidio debe abordarse mediante el desarrollo de una fuerte infraestructura de salud laboral, con inclusión de programas de apoyo a los trabajadores y favoreciendo el acceso a los servicios sanitarios (318). **Opinión de expertos 4**

Aunque no se han encontrado estudios específicos sobre el tema, el suicidio en las grandes empresas suelen asociarse con factores como la dinámica de trabajo, reubicaciones de personal y reestructuraciones o despidos masivos.

Acoso psicológico y sexual en el ambiente laboral

El *mobbing* o acoso psicológico en las empresas produce un detrimento de la salud de los trabajadores afectados y un deterioro psicológico progresivo que pueden causar su baja laboral (601).

El Informe Cisneros sobre acoso psicológico y moral en el trabajo indicaba en 2001 que más del 15% de los trabajadores en activo encuestados manifestaban haber sido objeto de acoso laboral o *mobbing* en los últimos 6 meses. Sin embargo, el número de trabajadores que sufren el acoso podría ser mayor, ya que muchos de ellos no se deciden a denunciarlo, ya sea por temor a perder el trabajo, por la dificultad de poder demostrarlo o por qué creen que no tendrán apoyo por parte de sus superiores (602).

Algunos estudios revelan que el *mobbing* puede ser un factor de riesgo de presentar depresión, ansiedad y estrés, lo que podría incrementar la conducta suicida en estas personas (59, 603-606). Así, aproximadamente entre el 10% y el 20% de los individuos que se suicidan anualmente en Suecia tienen antecedentes de acoso psicológico en el trabajo (605). Estos trabajadores pueden presentar somatizaciones, como cefalea, taquicardia, trastornos del sueño o gastrointestinales entre otros, o síntomas psicológicos como alteraciones del estado de ánimo y ansiedad (607-609), lo que repercute en su vida social (603, 605, 606). **Serie de casos 3**

Varios estudios han observado una asociación entre *mobbing* e ideación suicida. Concluyendo con la necesidad de elaborar programas preventivos y de realizar una especial atención a todas estas personas que denuncian o sufren acoso psicológico en el trabajo (371, 603-606).

El acoso sexual puede presentarse de dos formas (610):

- *Quid pro quo*, cuando se condiciona a la víctima con un beneficio
- Ambiente laboral hostil, cuando se intimida o humilla a la víctima

Las consecuencias del acoso sexual para la víctima son graves, produciéndose sufrimiento psicológico, cambios de comportamiento (aislamiento y deterioro de relaciones sociales), enfermedades físicas producidas por el estrés, abuso de sustancias, abandono del trabajo, pudiendo llegar en ocasiones al suicidio (611). **Opinión de expertos 4**

Así, se ha observado que de 32 mujeres con acoso sexual, todas sufrieron síntomas depresivos y de ansiedad, siete tuvieron depresión mayor y tres, intentos de suicidio (612). **Serie de casos 3**

Personas que sufren violencia doméstica

La violencia doméstica se asocia con una mayor tasa de ideación e intentos de suicidio, siendo 4 a 8 veces superior que en aquellas personas que no la han sufrido (4). Esta no sólo incluye las repercusiones del suceso traumático, como la muerte o un embarazo no deseado, si no también problemas de salud física o mental a largo plazo, como depresión, estrés postraumático, somatización, abuso de sustancias y suicidio (64, 604, 613). **RS de distintos tipos de estudios 3 Serie de casos 3**

Las víctimas de violencia familiar son principalmente los niños, esposas/parejas y adultos mayores. Aunque la violencia de las mujeres contra los hombres también se produce, las mujeres presentan entre 7 y 14 veces más probabilidad de sufrir graves lesiones físicas por parte de su pareja (604). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Se considera que hasta el 25% de las mujeres experimentan algún tipo de violencia doméstica a lo largo de su vida (59), siendo la posibilidad de que padezcan trastornos mentales dos veces superior de las que no la sufren (614, 615). Las mujeres embarazadas son particularmente susceptibles de maltrato con tasas que van desde el 11% al 21%, presentan más problemas emocionales y hasta un 20% de ellas presentan intentos de suicidio (615). **RS de distintos tipos de estudios 2+, 3 Serie de casos 3**

También se ha observado un riesgo de suicidio entre los agresores o quienes observan esa violencia (4, 66). Datos del 2010 nos muestran que en España los agresores, tras atentar contra su pareja, realizan un intento de suicidio en el 22% de los casos y lo consuman en un 16% (66).

Los estudios sobre este tema se centran en los factores asociados a la conducta suicida en la población que sufre violencia doméstica y la mayoría están realizados en mujeres (4, 64, 616) y adolescentes (4, 613, 614). En la Tabla 65 se resumen los estudios más relevantes recuperados en la búsqueda bibliográfica. **RS de distintos tipos de estudios 2+, 3 Estudio caso – control 2+ Serie de casos 3**

Tabla 65. Características de los estudios incluidos sobre violencia doméstica y suicidio

Autor, año, ref. TE y NE	Objetivo/población	Resultados
Golding, 1999 (64)Metanálisis NE 2++	Revisar la evidencia existente sobre la prevalencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia de género.	Incluyeron 13 estudios sobre conducta suicida en mujeres maltratadas, con tasas de prevalencia entre el 4,6-77% y una media ponderada de 17,9%.

Guía de la APA, 2003 (4) GPC 2+, 3	---	Encuentran que la violencia doméstica está asociada con un aumento del riesgo de intentos de suicidio en las personas que la sufren y que, los individuos que la ejercen o quienes la observan también aumentan el riesgo de suicidio.
Renner et al., 2009 (616) Serie de casos NE 3	Investigar los factores asociados a la ideación suicida entre las mujeres maltratadas en las relaciones de pareja.	El 43% de las mujeres presentaba ideación suicida asociada con abuso sexual o maltrato en la infancia, o cuando el maltrato en la relación de pareja era de menos de 12 meses de duración.
Espinoza-Gomez et al., 2010, (614) Estudio caso-control NE 2+	Estimar en adolescentes universitarios el grado de asociación entre violencia doméstica (verbal, física y sexual) y conducta suicida.	Hay una asociación estadísticamente significativa entre violencia y conducta suicida. También encuentran que las mujeres refieren significativamente mayor violencia física, verbal y sobre todo sexual que los hombres.

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; NE: nivel de evidencia Fuente: Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España).

Los estudios anteriores encuentran una asociación entre violencia doméstica y conducta suicida, y destacan la necesidad de desarrollar programas preventivos o realizar una especial atención a todas estas personas, generalmente mujeres, que han sufrido o sufren violencia doméstica (64, 614, 616). **Metanálisis 2++ Estudio caso – control 2+**

Población penitenciaria

El suicidio es a menudo la causa más común de muerte en las instituciones penitenciarias, con tasas 7,5 veces superiores en cárceles preventivas y 6 veces en prisiones, en relación a la población general (317). Si comparamos por sexo, las mujeres reclusas presentan mayor riesgo que los hombres (79). **RS de distintos tipos de estudios 3**

El riesgo de suicidio en esta población aumenta debido a los siguientes factores ambientales e individuales (317): **Opinión de expertos 4**

- Los centros penitenciarios son depositarios de población de alto riesgo de suicidio (población con trastornos mentales, jóvenes, abuso de sustancias o alcohol y/o aislamiento social)
- Impacto psicológico de la detención y encarcelamiento
- La no identificación de un individuo en riesgo
- Falta de profesionales de salud mental.

La población reclusa con mayor riesgo de conducta suicida son los jóvenes reclusos por un primer delito, de raza blanca, solteros y con abuso de tóxicos (79). Los momentos cuando la conducta suicida puede ser mayor son: inmediatamente después del ingreso en

prisión, después de complicaciones legales, de malas noticias familiares o tras un abuso sexual u otro trauma (4, 317). **RS de distintos tipos de estudios 3 Opinión de expertos 4**

Desde 1988, la Administración penitenciaria española viene manteniendo en todos los establecimientos programas específicos encaminados a la detección y prevención de conductas suicidas, ya que en el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria se dice que “corresponde a la Institución Penitenciaria velar por la vida, la integridad y la salud de los internos” (617).

Por su parte, el documento de la OMS sobre prevención del suicidio en cárceles y prisiones del año 2007 (317) y su actualización del mismo año realizada por Konrad et al. (446) concluyen que a pesar de que los programas existentes carecen de la capacidad de predecir de forma fiable el momento del suicidio, los funcionarios de prisiones y los sanitarios están en mejor posición para identificar, evaluar y tratar el comportamiento potencialmente suicida de los reclusos. **Opinión de expertos 4**

A pesar de que no todos los suicidios en población reclusa se pueden prevenir, sí se puede conseguir una reducción significativa de éstos con los programas integrales de prevención (4, 317, 618). En la Tabla 66 se presentan los aspectos más importantes de los diferentes programas de prevención del suicidio en cárceles recuperados en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 66. Principales aspectos en los programas de prevención del suicidio en población penitenciaria

Guía de la APA, 2003 (4)	Programa marco de prevención de suicidios. Tratamiento, sanidad y vigilancia; 2005 (617)	Konrad et al., 2007 (446). Actualización de las recomendaciones de las OMS (317)	Pompili et al., 2009 (618)
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación del personal - Identificación de sujetos en riesgo - Seguimiento - Evaluación - Inspección de la celda - Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del riesgo de suicidio al ingreso - Detección (le corresponde a todo el personal de la administración penitenciaria e irá asociada a la adopción de medidas provisionales) - Valoración de la inclusión del recluso en el programa de prevención de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación del personal - Procedimiento de tamización a la llegada y seguimiento - Comunicación entre el personal - Favorecer un buen clima social, minimizar violencia y estrés, maximizar relaciones de apoyo entre reclusos y personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación del personal - Procedimientos de selección del sujeto - Comunicación entre el persona - Documentación del caso

Guía de la APA, 2003 (4)	Programa marco de prevención de suicidios. Tratamiento, sanidad y vigilancia; 2005 (617)	Konrad et al., 2007 (446). Actualización de las recomendaciones de las OMS (317)	Pompili et al., 2009 (618)
<ul style="list-style-type: none"> - Intervención - Notificación - Presentación de informes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difusión entre el personal y colaboración con el grupo de "internos de apoyo" - Acciones que permitan una mejora del sistema: - Formación del personal - Cultura de la intervención, aumento de actividades - Perfeccionar el sistema de coordinación de la información - Coordinación entre profesionales (vigilancia, tratamiento, sanidad). 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento escrito que describa los requisitos mínimos de celda en individuos de alto riesgo (apoyo social, inspecciones rutinarias, observación) - Detección y observación de reclusos con trastornos mentales y desarrollo recursos internos o externos de salud mental - Estrategia para el interrogatorio. - Tratamiento de los intentos de suicidio - Manejo de los intentos de suicidio que se entienden como manipulativos - Tras un suicidio deben mejorarse las actividades de prevención (riesgo de suicidio en racimo). 	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos internos - Informes después de un suicidio.

Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España)

Resumen de la evidencia

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	
<i>Factores de riesgo y protectores</i>	
<p>2++</p> <p>2+</p> <p>3</p>	<p>Los factores de riesgo que más se han asociado a la conducta suicida en la infancia y adolescencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Edad adolescente (344) – Sexo masculino (344, 454, 456) – Depresión (235, 344, 457, 458), abuso de sustancias y otros trastornos mentales (344, 459-465) – Factores psicológicos: variables cognitivas, impulsividad, inhibición emocional, dificultad en solución de problemas y patrón de apego inseguro en la infancia (344, 466, 468-470) – Intento de suicidio previo (344) – Factores genéticos y biológicos (57, 344) – Factores familiares y contextuales: psicopatología de los padres (344), conflictos familiares o violencia doméstica (343, 474), acontecimientos vitales estresantes (344), <i>bullying</i> (343, 475-477) y <i>ciberbullying</i> (475, 478), exposición a casos de suicidio cercanos (343, 460), malas relaciones con el grupo de iguales (460, 479) – Orientación sexual: homosexualidad (460, 481), bisexualidad (480) – Maltrato físico y abuso sexual (343, 482, 483)
<p>2++</p> <p>2+</p>	<p>Algunos factores de riesgo que pueden anteceder a la conducta suicida en este grupo de edad y actuar como factores precipitantes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acontecimientos vitales estresantes (344, 481) – Crisis con los padres/conflictos familiares (344, 481) – Factores psicológicos/personales (481) – Problemas con el grupo de iguales o de pares (344) – Dificultades escolares (344).

<p>2++</p> <p>2+</p>	<p>Los factores protectores asociados a una reducción del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alta cohesión familiar y bajo nivel de conflictos (343, 344, 483) - Habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento (344, 483) - Actitudes y valores positivos, en particular frente al suicidio (344, 483) - Sexo femenino (10, 483) - Creencias religiosas o espirituales (344) - Habilidades para estructurar razones para vivir (483) - Nivel educativo medio-alto (344) - Locus de control interno, alta autoestima, buen nivel de inteligencia y adecuados sistemas de apoyo y recursos (10).
<p><i>Detección y valoración del riesgo suicida</i></p>	
<p>3</p>	<p>La evaluación del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia requiere una amplia evaluación psicopatológica y social (344).</p> <p>Esta evaluación debe ampliarse a las personas cercanas (padres o profesores), debido a la necesidad de contextualizar y a que la información aportada por los menores en ocasiones no coincide con la de los adultos (344).</p>
<p>1+</p> <p>3</p>	<p>No existe evidencia de que la evaluación de la presencia de ideación o conducta suicida aumente el riesgo de suicidio o produzca malestar en adolescentes. Al contrario, ayuda a mejorar los niveles de ansiedad y a que el adolescente se sienta mejor comprendido (426, 450).</p>
<p>1+</p>	<p>La evaluación psicopatológica y social acompañada de una intervención cognitiva incrementó de forma significativa el compromiso con el tratamiento a los tres meses, en comparación con la evaluación habitual (484).</p>
<p><i>Instrumentos psicométricos</i></p>	

<p>2+</p> <p>3</p>	<p>Las escalas que han demostrado propiedades psicométricas aceptables para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y adolescencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuestionario de riesgo de suicidio (<i>Risk of Suicide Questionnaire</i>, RSQ) (125) – Escala de desesperanza de Beck (<i>Beck Hopelessness Scale</i>, BHS) (50, 85, 86) – Escala de intencionalidad suicida (<i>Suicidal Intent Scale</i>, SIS) (100) – Inventario de depresión de Beck (<i>Beck Depression Inventory</i>, BDI) (91) – <i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children</i> (K-SADS) (494) – <i>Children Depression Rating Scale, Revised</i> (CDRS-R) (496).
<p><i>Intervenciones preventivas</i></p>	
<p>Intervenciones en el ámbito escolar</p>	
<p>1+</p>	<p>En el ámbito escolar, los programas curriculares de prevención universal (3-5 días de clases) se asocian con aumentos significativos del nivel de conocimiento sobre el suicidio, mejores actitudes hacia el mismo y aprendizaje de conductas de autoayuda. El programa <i>Signs of Suicide</i> se ha asociado con una disminución significativa de los intentos de suicidio. En él, los estudiantes recibieron información sobre la depresión y los signos de alarma de suicidio y sobre cómo reaccionar ante una persona con estos signos, y se les realizó un tamización de depresión (412, 424).</p>
<p>1+</p>	<p>El programa <i>Personal Growth Class</i> comparó la efectividad de tres intervenciones (un semestre de actividades grupales, de valoración del estado de ánimo, comunicación, mejora de la autoestima y toma de decisiones y autocontrol; otro grupo que incluyó además un semestre de aplicación de las habilidades aprendidas; y un tercer grupo donde solo se realizó la evaluación). En los tres grupos se encontró una disminución significativa de conductas de riesgo de suicidio, depresión, des- esperanza, estrés, agresividad y un aumento de la autoestima y la red social (500).</p>
<p>1+</p>	<p>El programa <i>Counselors Care</i> comparó una intervención basada en 12 sesiones de entrenamiento de habilidades frente a un grupo de tratamiento habitual. No se encontraron diferencias entre los grupos en disminución de la conducta suicida, agresividad o estrés familiar. En el grupo de entrenamiento de habilidades se encontró un aumento significativo del control personal, habilidades de solución de problemas y apoyo familiar percibido (501).</p>

1+	En pacientes de alto riesgo de suicidio, la terapia interpersonal (10/12 sesiones) fue más efectiva que el tratamiento habitual (apoyo y psicoeducación) en la disminución de los niveles de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza (226).
2++ 3	En la actualidad no existe evidencia sobre la efectividad de la tamización en el ámbito escolar que cuenta, además, con una baja aceptabilidad entre los profesionales ya que suele percibirse como una técnica invasiva (376, 413).
1+ 3	Los estudios de programas de figuras clave en el ámbito escolar han puesto de manifiesto un incremento en los conocimientos y actitudes hacia el suicidio y de las habilidades en la identificación de alumnos con riesgo de suicidio (376). Los programas dirigidos a compañeros (<i>peer helpers</i>) tampoco han sido evaluados de manera adecuada, por lo que no existe evidencia suficiente de su efectividad ni de sus posibles efectos adversos (376).
Prevención en niños y adolescentes con trastornos mentales	
3	Algunas áreas de mejora en el manejo del suicidio en la infancia y la adolescencia son (376): <ul style="list-style-type: none"> – Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa – Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos – Revisión regular de los síntomas de depresión, ideación suicida y presencia de posibles eventos vitales estresantes, ya que el riesgo de suicidio puede cambiar a lo largo del tratamiento – Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales, de cara a realizar un adecuado seguimiento.
Otras estrategias de prevención de la conducta suicida	
3	No existe evidencia de eficacia de las líneas telefónicas de ayuda en la prevención del suicidio en la infancia y la adolescencia (376, 502).
2+ 3	La mayoría de estudios sobre el control de acceso a métodos de suicidio se ha realizado en EE.UU, en donde la restricción del acceso a armas ha disminuido las tasas de suicidio, sobre todo en adolescentes y en adultos jóvenes (376, 507).
3	El impacto de los medios de comunicación sobre la conducta suicida parece aumentar en la adolescencia, y depende del tratamiento que se le dé a la información sobre los suicidios (364, 508).

3	Existe evidencia de una relación entre las visitas a sitios web y chats donde se aporta información detallada sobre métodos de suicidio y el aumento de suicidios en personas jóvenes (364, 508).
3	Las estrategias de prevención del suicidio pasan necesariamente por la regulación de los servicios proveedores de Internet y el uso de programas de filtro por parte de los padres (364, 508).
4	Es importante disponer en Internet de información basada en la evidencia científica sobre la prevención del suicidio, específicamente dirigida a los adolescentes y sus familiares (509).
La conducta suicida en adultos mayores	
<i>Factores de riesgo y protectores</i>	
2++ 2+ 3	<p>Los factores de riesgo que más se asocian a la conducta suicida en mayores son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intentos de suicidio previos e ideación suicida (50, 510, 516, 518, 519) – Presencia de trastorno mental (sobre todo depresión) y adicciones (50, 59, 79, 342, 510, 516, 518-521, 524, 525) – Presencia de trastornos y rasgos de la personalidad específicos (especialmente del grupo A y B) (50, 518) – Enfermedad física crónica (50, 59, 79, 510, 518-520, 529-533) – Aislamiento social y eventos vitales estresantes (50, 59, 79, 510, 518-520, 529-534) – Déficit funcional (50).
2++	<p>Los factores protectores asociados a la reducción del riesgo de suicidio en mayores son (50):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hábitos de vida saludables – Contacto con la familia y amigos – No consumo excesivo de alcohol – Mantenerse activo – Prácticas religiosas y sentimiento de tener un propósito en la vida – Rasgos de la personalidad como extraversión, apertura a la experiencia y responsabilidad.

3	<p>Los factores protectores que se asocian con una disminución de la ideación suicida son (342):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Locus de control interno – Percepción de autoeficacia – Satisfacción con la vida.
3	<p>Otros factores protectores que podrían actuar de forma indirecta, aumentando el bienestar psicológico son (50):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Percepción del significado de la vida y satisfacción con la misma – Habilidades de afrontamiento – Orientación al futuro y espiritualidad.
<i>Detección y valoración del riesgo suicida</i>	
3	<p>La evaluación del riesgo de suicidio en adultos mayores requiere especial atención de las circunstancias y del entorno de la persona, sus expectativas, calidad de vida y presencia de trastorno mental o enfermedad somática (50).</p>
<i>Instrumentos psicométricos</i>	
2+ 3	<p>Las escalas con mejores propiedades psicométricas para la valoración del riesgo de suicidio en adultos mayores son:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Escala de ideación suicida de Beck (<i>Scale for Suicide Ideation, SIS</i>) (99) – Escala de depresión geriátrica (<i>Geriatric Depression Scale, GDS</i>) (535) – <i>Geriatric Hopelessness Scale</i> (GHS) (536) – Inventario de razones para vivir para mayores (<i>Reasons for Living Scale- Older Adult Version, RFL-OA</i>) (537) – Índice breve de bienestar de la OMS (<i>Who-Five Well-Being Index, WHO-5-J</i>) (538) – <i>Brief Symptom Rating Scale</i> (BSRS-5) (539).
<i>Intervenciones preventivas</i>	
<p>Medidas de prevención universal:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Formación de los profesionales y medidas educativas</i> 	
3	<p>La formación de los profesionales implicados en el manejo de adultos mayores es esencial. Algunas áreas son (50):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identificación de los factores de riesgo y de protección específicos del suicidio – Evaluación y manejo de instrumentos psicométricos de valoración del riesgo de suicidio en adultos mayores – Aptitudes para la intervención en situaciones de riesgo de suicidio – Manejo del riesgo de suicidio y su seguimiento.

Q	El contacto con los profesionales sanitarios puede ser crucial en la prevención del suicidio, al favorecer la comunicación de ideación o intencionalidad suicidas y posibilitar el establecimiento de las medidas oportunas (543).
3	Con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma del suicidio, es importante orientar la educación a las adultos mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación (50).
<i>– Restricción del acceso a medios</i>	
3	Uno de los métodos de intento de suicidio más frecuente en mayores es la intoxicación medicamentosa. Otros métodos de suicidio utilizados son el ahorcamiento, la precipitación y el ahogamiento (545, 546).
3	El control del acceso a los medios potencialmente letales es fundamental en la prevención del suicidio. Los médicos podrían limitar el riesgo de sobredosis prescribiendo envases de pequeñas cantidades de fármacos y haciendo un seguimiento de su uso (50).
Prevención selectiva	
<i>– Líneas telefónicas de apoyo</i>	
2+	El mantenimiento de contacto telefónico dos veces por semana y el servicio telefónico de urgencias las 24 horas se asoció con una disminución significativa de la tasa de suicidios en mujeres, no así en hombres (547).
<i>– Intervenciones comunitarias</i>	
2+	Una intervención comunitaria basada en actividades grupales, psicoeducación y evaluación de la depresión obtuvo, tras su implementación, una reducción significativa del 76%, respecto de un área de referencia, en las tasas de suicidio de mujeres mayores de 65 años (548).
<i>– Promoción de la resiliencia</i>	
3	La TIP adaptada a pacientes mayores (16 sesiones de frecuencia semanal) consiguió una disminución significativa de las ideas de muerte, de ideación suicida y de la gravedad de los síntomas de depresión (351).
Prevención indicada	
<i>– Tamización de depresión y seguimiento</i>	
2++	Las intervenciones comunitarias de tamización de la depresión (evaluación + seguimiento por parte de psiquiatra o médico de atención primaria) redujeron las tasas de suicidio de forma significativa. El seguimiento realizado por el psiquiatra obtuvo mejores resultados en la reducción del riesgo de suicidio, sobre todo en hombres (443, 444).

<i>– Cuidados compartidos (Collaborative Care)</i>	
1+	Un estudio realizó una intervención de cuidados compartidos en mayores con depresión o distimia basada en la incorporación de profesionales de enfermería y psicólogos quienes realizaron su evaluación y psicoeducación. Las opciones de tratamiento fueron antidepresivos o terapia de resolución de problemas (4-8 sesiones), además de un seguimiento cercano (contacto telefónico o entrevista personal). En comparación con el tratamiento habitual (antidepresivos, <i>counselling</i> y derivación a salud mental), se obtuvo una reducción significativa de la ideación suicida a los 6, 12, 18 y 24 meses (210, 549).
1+	Un estudio realizado en mayores con depresión e ideación suicida comparó la prescripción de ISRS (citalopram) y/o TIP con tratamiento habitual, logrando una reducción significativa de la ideación suicida a los 12 meses (224, 225).
<i>– Programas clínicos de prevención</i>	
3	Un programa de prevención basado en el tratamiento combinado de la depresión, entrenamiento de figuras clave en la detección del riesgo (<i>gatekeeper</i>) y seguimiento tras el intento de suicidio con un modelo psiquiátrico orientado a la comunidad, obtuvo una reducción significativa de la tasa de suicidios a los dos años, aunque la reducción de los reintentos en el mismo plazo de tiempo no fue significativa (550).
La conducta suicida en otros grupos de riesgo	
<i>Pacientes con gran dependencia o enfermedad somática grave</i>	
2+ 3	Los estudios muestran una asociación entre la presencia de enfermedades crónicas con dolor y el riesgo de conducta suicida. La discapacidad física y el dolor pueden presentar asociación con ideación suicida sin trastorno depresivo asociado (60, 157, 561).
2+	La evidencia indica que los pacientes con dolor crónico presentan mayor prevalencia de suicidio que la población general. Los factores cuya presencia aumentan el riesgo son su localización, el tipo y la duración del dolor y/o la presencia de insomnio comórbido (563).
3	Se han encontrado distintos estudios sobre la relación existente entre las personas con discapacidad física y la presencia de conducta suicida, que es mayor cuando presentan síntomas depresivos comórbidos (568, 573, 574).
3	Los estudios muestran la necesidad de un seguimiento y evaluación por parte del médico de las personas que padecen una enfermedad crónica (557, 559, 560), dolor (563-566), discapacidad física (568-572, 575), o que presentan un mal pronóstico (60, 61).

3 4	En pacientes con enfermedades graves, existe un mayor riesgo de conducta suicida en el momento del diagnóstico, en el primer año de la enfermedad y cuando está en estado avanzado o tiene un mal pronóstico (56, 576).
<i>Cuidadores no profesionales de enfermos</i>	
4	La enfermedad crónica y la dependencia no solo afectan al propio paciente sino que también repercuten en la familia y en especial en la persona que asume el rol de cuidador (579).
2+	Existe evidencia sobre distintas intervenciones dirigidas a disminuir la sintomatología negativa del cuidador: la participación activa basada en TCC fue más eficaz que la basada solo en adquisición de conocimientos (584); otra intervención eficaz fue en formato grupal con técnicas de resolución de problemas y relajación (587).
4	Se ha encontrado poca información y de escasa evidencia sobre los factores de riesgo para el homicidio-suicidio en cuidadores; sin embargo, parecen tener peso los sentimientos de impotencia, desesperanza y agotamiento, unido a la imposibilidad de mejorar la situación (4, 588).
<i>Situaciones laborales consideradas de riesgo</i>	
2+ 3	Varios estudios abordan la relación entre el tipo de trabajo y el suicidio, aunque existen profesiones más estudiadas que otras. Los profesionales con fácil acceso a métodos letales, estrés, exceso de horas de trabajo o rechazo a pedir ayuda, presentan mayor riesgo de suicidio (242, 556, 589-598).
2+	Los programas de prevención del suicidio en centros de trabajo deben integrar aspectos sobre educación y formación a los trabajadores, servicios de apoyo, cooperación entre distintos estamentos, programas de mejora de gestión de personal y evaluación de los programas (595, 597).
2+	Existe evidencia sobre la relación entre el desempleo (44), las dificultades financieras (599, 600) o el aislamiento social y el aumento de riesgo de suicidio (4, 600).
4	Son también estrategias de prevención de la conducta suicida, determinar la situación laboral de las personas como parte del proceso de valoración, proporcionar apoyo social a los desempleados y aumentar el grado de integración social (556, 600).
3	Parece existir una asociación entre ideación suicida y acoso psicológico en el trabajo (<i>mobbing</i>). Además, los trabajadores que sufren <i>mobbing</i> suelen presentar somatizaciones, como dolores de cabeza, taquicardias, trastornos del sueño o gastrointestinales (607-609). El <i>mobbing</i> puede también causar conflictos en la vida cotidiana fuera del trabajo (603, 605, 606).

3 4	El acoso sexual en el trabajo se ha asociado con cambios de comportamiento, enfermedad física, abuso de sustancias, abandono del trabajo, síntomas depresivos, de ansiedad y conducta suicida (611, 612).
<i>Personas que sufren violencia doméstica</i>	
3	Existe poca información y de baja calidad sobre la asociación de ideación y conducta suicidas en personas que sufren violencia doméstica. Sin embargo, las tasas de ideación e intentos de suicidio son 4-8 veces mayores que en población general (4, 59).
2++ 2+	Los estudios encontrados se centran en su mayoría en mujeres (64, 616) y adolescentes (614). Las personas que sufren este tipo de violencia pueden presentar ideación suicida dentro de un contexto de estrés postraumático o depresión. La asociación encontrada entre violencia doméstica y conducta suicida hace necesario elaborar programas de prevención y de especial seguimiento de todas las víctimas.
Población penitenciaria	
4	Las personas en prisión presentan entre 6 y 7 veces mayor riesgo de suicidio que la población general. Este aumento se debe, entre otros factores, a un mayor porcentaje en la población penitenciaria de personas con trastornos mentales, abuso de sustancias o aislamiento social (317).
4	El riesgo de suicidio en la población reclusa aumenta justo después del ingreso, en jóvenes tras su primer delito, en personas con abuso de sustancias y cuando existen problemas legales o familiares (4, 79, 317).
3 4	Los programas preventivos pueden disminuir de forma significativa el número de suicidios en la prisión. Todos los programas presentan los siguientes puntos en común: formación del personal, identificación y seguimiento de sujetos de riesgo, comunicación entre el personal, utilización de recursos internos como “internos de apoyo” e informes después de un suicidio (446, 617, 618).

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador considero realizar relacionadas a la implementabilidad de la recomendación en el marco del sistema general de seguridad social en Colombia, y los servicios disponibles.

20 INTERVENCIONES EN FAMILIARES, ALLEGADOS Y PROFESIONALES DESPUÉS DE UN SUICIDIO

Preguntas para responder

¿Cuáles son las necesidades y expectativas de los allegados tras un suicidio?

Tras el suicidio de una persona, ¿existe alguna intervención preventiva que reduzca el impacto en sus familiares y allegados?

¿Existe alguna intervención comunitaria para la prevención tras un suicidio?

¿Existe alguna intervención tras el suicidio de un paciente que reduzca el impacto en los profesionales implicados en su manejo?

20.1 Recomendaciones

80. A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda:

- Contextualizar la estrategia de intervención
- Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

81. Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo a los familiares y allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. (avalia-t 2012)

Recomendación D

82. Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación y/o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas y brindar herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar. (avalia-t 2012)

Recomendación D

83. Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias. (avalia-t 2012)

Recomendación C

84. Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes. (avalia-t 2012)

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona. (avalia-t 2012)
- ✓ Se debe capacitar a los profesionales de la salud en procesos de pérdida y duelo, signos y síntomas de alarma en familiares y allegados posterior a la muerte del familiar. (nueva de expertos)
- ✓ Se deben implementar programas de ayuda psicológica para el personal de salud conformado por grupos de ventilación. (nueva de expertos)
- ✓ Tras un suicidio se recomienda la psicoterapia en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)
- ✓ Se debe realizar búsqueda activa de familiares y allegados de personas con suicidio consumado y brindarles apoyo y acompañamiento para la elaboración del duelo.

20.2 Resumen de la evidencia

20.2.1 Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio

El término superviviente de un suicidio se emplea para referirse a los allegados de una persona que ha realizado un suicidio y, aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados no familiares (pareja, amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos) (619).

El fallecimiento a causa de un suicidio supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados quienes, en comparación con la población general, además de un mayor riesgo de trastornos como la depresión o el trastorno por estrés postraumático (239) presentan un incremento de entre dos y diez veces del riesgo de suicidio (620).

Existen algunas diferencias entre el duelo tras un suicidio y el duelo tras otro tipo de fallecimiento, que pueden complicar el proceso o prolongarlo en el tiempo y que sitúan a los allegados en situación de riesgo. Entre los factores subyacentes que podrían explicar esta diferencia destacan el estigma y las implicaciones emocionales que el suicidio provoca en las personas cercanas, como los sentimientos de culpa y la búsqueda de una explicación al suicidio (239, 621).

Recientemente se ha publicado una revisión sistemática sobre estudios cuantitativos y cualitativos que se centran en las necesidades y expectativas de los allegados de una persona fallecida a causa de un suicidio (619). En esta se detectaron tres grandes áreas hacia donde se deberían dirigir los esfuerzos en este tipo de medidas:

- Apoyo de pares o iguales: los allegados demandan diferentes modalidades de intervenciones con iguales, como grupos de apoyo con otras personas que están pasando por la misma situación, o iniciativas individuales. Este tipo de intervenciones son percibidas como un entorno seguro y confidencial en donde las personas pueden expresarse con libertad y aportar su experiencia. A la mayoría de las personas en esta situación, les gustaría conocer a alguien que hubiese pasado por lo mismo.
- Apoyo social: el apoyo recibido por la familia, amigos, compañeros de clase o trabajo y vecinos es importante tras un suicidio. Dicho apoyo ayuda a normalizar la vida diaria, mediante la incorporación a las actividades cotidianas. Lo que se demanda a este tipo de apoyo es ayuda práctica para el día a día, así como su presencia y disponibilidad
- Ayuda profesional: este tipo de ayuda es la más demandada (la necesidad de ayuda profesional percibida es 9 veces mayor que en otro tipo de duelo). Aunque algunas personas sienten que pueden sobrellevar la situación sin ayuda profesional, otras exponen la existencia de diferentes barreras para recibir la ayuda profesional deseada. Sería necesario que dicha ayuda se ofreciese de forma rápida y que no fuese necesario que la persona demande la ayuda por sí misma. Los aspectos en donde se debiera hacer un especial hincapié son: aportar la información necesaria en estas circunstancias (sobre el suicidio, el proceso de duelo y cómo puede afectar el fallecimiento en la familia), ofrecer diferentes modalidades de ayuda, ofrecer tratamientos específicos en la infancia y adolescencia y realizar un seguimiento a largo plazo.

Algunos aspectos clave a considerar de cara al desarrollo de este tipo de programas son (619):

- Contextualizar las estrategias de intervención tras un suicidio en las diferentes culturas
- Tener en cuenta el efecto del estigma
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.

Uno de los estudios de esta revisión investigó las experiencias de duelo de padres cuyos hijos se habían suicidado (16 madres y 6 padres) y puso de manifiesto un conflicto entre la necesidad de hablar del suicidio libremente y estigma social percibido, motivo por el cual estos padres tuvieron menor apoyo social, algo que se considera crucial en situaciones de duelo (622). **Estudio cualitativo Q**

Otro estudio se centró en las necesidades y experiencias de los adolescentes que han superado el suicidio de una persona cercana y puso de manifiesto que una buena atención incluiría: proporcionar ayuda inmediata tras el suicidio, adaptada a las necesidades de la persona y de forma prolongada en el tiempo. Para los adolescentes también es esencial que esta atención sea flexible, empática y con la posibilidad de participar en sesiones individuales (623). El estudio enfatiza el impacto negativo del suicidio en los adolescentes, y las posibles dificultades escolares y disminución de la concentración (624). **Estudio cualitativo Q**

20.2.2 Intervenciones preventivas en familiares y allegados

La posvención o intervenciones tras un suicidio, son aquellas actividades desarrolladas con los allegados con la finalidad de prevenir posibles efectos negativos, incluyendo el mismo suicidio. Normalmente este tipo de intervenciones se dirigen a disminuir el impacto que el fallecimiento por suicidio puede tener, pero no se enfocan al tratamiento de la conducta suicida propia (en caso de personas con intento de suicidio) (625).

Son intervenciones muy importantes debido a que, por un lado, se proporciona el apoyo necesario en una situación de duelo que puede devenir patológica (por la presencia de factores como el estigma asociado, el riesgo de depresión o trastorno de estrés postraumático, sentimientos de abandono y búsqueda de una respuesta al suicidio) y, por otro, son una intervención de prevención del suicidio en sí misma (620).

La posvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo y el trabajo psicoterapéutico con los familiares puede incluir los aspectos (403): **Opinión de expertos 4**

- Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros
- Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones
- Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro
- Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera
- Confrontar el sentimiento de abandono con la realidad.

Intervenciones en la familia

Se han llevado a cabo diferentes estudios de intervenciones familiares tras un suicidio (626), dirigidas a parejas (627, 628), padres (629) o niños (630), aunque lo más habitual es que se realicen con adultos en general. En cuanto a quién realiza la intervención, existe una gran variedad: **RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+, 3**

- Equipos de intervención en crisis (631)
- Voluntariado (632)
- Profesionales de enfermería de salud mental (627, 628)
- Psicólogos clínicos (630)
- Equipos multidisciplinares (629).

Los estudios incluídos evalúan su efecto a corto plazo (tras la intervención), y solo uno de ellos realiza seguimiento a los 12 meses (628).

En la Tabla 67 se resumen las características más importantes de los estudios realizados con familias recogidos en las revisiones sistemáticas realizada por Szumilas et al. (633). En estos estudios se encontró que las intervenciones obtuvieron una mejoría significativa en: **RS de distintos tipos de estudios 1+, 2+, 3**

- Síntomas de depresión, tanto a corto (627, 630) como a largo plazo (628)
- Ansiedad, también a corto y a largo plazo (627, 630)
- Factores psicológicos a corto (627) y largo plazo (628): funcionamiento social, duelo, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos, funcionamiento interpersonal, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.
- Reducción del distrés a corto plazo (629)
- Evolución del duelo (6 meses (639) y 12 meses (628))
- Satisfacción con la participación en la terapia (631-633).

Tabla 67. Características de los estudios incluidos realizados en familias

Autor, año (ref.). TE	N	Intervención	Variables	Duración / Sesiones
Rogers et al., 1982 (632) Estudio Pre-post	53	Programa estructurado de apoyo a familias tras un suicidio.	Síntomas Satisfacción.	8 semanas 2h/semana + 4sesiones/ 2semanas.
Battle, 1984 (631) Serie de casos	36	Grupos de apoyo.	Número de sesiones, motivos para dejar la terapia.	4 meses 1,5h/semana + 4 meses 1,5h/2semanas.
Farberow, 1992 (634) Estudio controlado	82	Discusiones grupales y biblioterapia vs no tratamiento.	Sentimientos Satisfacción.	8 semanas 1,5h/semana + sesiones mensuales opcionales.
Constantino y Bricker, 1996 (627) ECA	32	Intervención grupal de apoyo (enfatisa los 12 factores de Yalom) vs grupos sociales (promoción de la socialización y ocio).	Depresión Síntomas Funcionamiento social Duelo.	8 semanas 1,5h/ semana.
Murphy et al., 1998 (629) ECA	261	Intervenciones grupales+ sesiones psicoeducativas + entrenamiento de habilidades vs tratamiento habitual.	Distrés Estrés postraumático Duelo Estado de salud Estrés del papel marital (Marital role strain).	12 semanas 2h/ semana.

Autor, año (ref.). TE	N	Intervención	Variables	Duración / Sesiones
Constantino et al., 2001 (628) ECA	60	Intervención grupal de apoyo (enfatisa los 12 factores de Yalom) vs grupo social (promoción de la socialización y ocio)	Depresión Síntomas Funcionamiento social Duelo.	8 semanas 1,5h/ semana.
Pfeffer et al., 2002 (630) Estudio controlado	75 (52 familias)	Intervención grupal vs no tratamiento.	Estrés postraumático Depresión Ansiedad Funcionamiento social.	10 semanas 1,4h/semana.
De Groot et al., 2007 (635) ECA	134 (74 familias)	TCC vs tratamiento habitual.	Duelo complicado Depresión Ideación suicida Culpabilidad por el suicidio.	4 sesiones de 2 horas.
Cerel y Campbell, 2008 (636) Caso-control retrospectivo	397	Intervención en la escena del suicidio (proveer confort, explicación de protocolos, ofrecer información) vs Intervención pasiva (modelo en el que es el propio paciente el que demanda la atención).	Tiempo transcurrido de la muerte a la intervención Asistencia e implicación en los grupos Apetito, ejercicio, sueño y concentración. Ideación suicidia.	1 sesión

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; N: número de participantes; ECA: ensayo clínico aleatorizado; TCC: terapia cognitivo-conductual. Fuente: elaboración Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir de datos de Szumilas et al. (626) y McDaid et al. (633).

Las intervenciones que se realizaron en la escena del suicidio se relacionaron con un aumento significativo de conductas de autoayuda en los allegados y mayor participación en terapias de apoyo (636). En uno de los estudios se encontró un mayor nivel de depresión y desconcierto en los participantes de la intervención grupal; aunque también se encontró una reducción en la severidad del duelo y los sentimientos de culpa (634).

En la revisión de McDaid (633) se incluye un ensayo clínico que emplea una intervención de TCC para familiares de primer grado en comparación con el tratamiento habitual. La intervención consistió en 4 sesiones de TCC llevada a cabo por enfermeras de salud mental realizada en los 3-6 meses tras el suicidio. A los 13 meses del fallecimiento, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las reacciones complicadas de duelo, ni en la presencia de ideación suicida o depresión. Sin embargo, el grupo que recibió la TCC mostró menos reacciones desadaptativas y menor percepción de culpabilidad por la conducta suicida de su familiar (635). También se encontró que las personas que presentaron ideación suicida, se beneficiaron más del tratamiento, y la TCC redujo el riesgo de duelo patológico en estas personas (637).

20.2.3 Las intervenciones en el ámbito escolar tras un suicidio

Szumilas et al. (626), incluyeron en su revisión seis estudios sobre intervenciones en el ámbito escolar: realización de *counselling* a los amigos cercanos (638, 639), intervenciones de posvención (incluido *debriefing*) a todo el centro escolar (640, 641) y formación de los profesionales (642, 643) (Tabla 68). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Dos de los estudios consideraron como variable de resultado la conducta suicida; aunque no se aportó análisis estadístico (640, 641). En uno de los estudios, los autores describieron un efecto negativo de la intervención, con seis hospitalizaciones y 30 casos de conducta suicida (gestos o intentos de suicidio) a los seis meses de su implementación (640). **RS de distintos tipos de estudios 3**

Hazell y Lewin (638), no encontraron un efecto significativo del *counselling* grupal para amigos cercanos. En el estudio llevado a cabo por Sandor et al. 1994 (639), se encontró un aumento significativo en la puntuación en autoeficacia, que se mantuvo en el seguimiento a los dos meses.

Los programas de entrenamiento de profesionales, tanto el de *gatekeeper* como el de intervención en crisis, se asociaron con un aumento significativo en el nivel de conocimientos sobre el suicidio (642, 643), y con altos niveles de satisfacción y utilidad (642).

En la revisión de McDaid et al. (633) se incluyó un ECA que comparó dos intervenciones: una terapia basada en la redacción de la situación de duelo y emociones asociadas y otra basada en la redacción de temas triviales. En este estudio se encontró una mejoría significativa en la experiencia de duelo a las 8 semanas en el grupo de redacción sobre el duelo, pero no se encontraron diferencias en otras variables medidas, como la percepción de recuperación, impacto y visitas no rutinarias al centro de salud. Sin embargo, cabe destacar que el grupo que realizó la redacción en relación al suicidio presentó menor intensidad de la reacción de duelo al inicio del estudio (644). **RS de distintos tipos de estudios 1+**

Tabla 68. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito escolar

Autor, año (ref.) TE	N	Intervención	Variables	Duración/ Sesiones
Hazell y Lewin, 1993 (638) Caso-control	126	Counselling (grupos de 20-30 personas).	Conducta suicida Riesgo de suicidio Ideación suicida Consumo de drogas.	90 minutos

Autor, año (ref.) TE	N	Intervención	Variables	Duración/ Sesiones
Sandor et al., 1994 (639) Análisis descriptivo comparativo	15	Intervención comunitaria de apoyo.	Aceptación social Competencia deportiva Apariencia física Competencia laboral Capacidad de seducción Conducta/moralidad Autoeficacia.	2 horas de de e briefing tras el suicidio y 2 sesiones en días consecutivos.
Grossman et al., 1995 (642) Ensayo de campo	400 cuidadores (53 escuelas)	Entrenamiento de respuesta a situaciones de crisis en profesionales.	Cambios en conocimientos/habilidades Satisfacción Utilidad del entrenamiento.	19 sesiones de 3 horas a lo largo de 1 año.
Callahan, 1996 (640) Serie de casos	400	Intervenciones de posvención, incluido debriefing.	Intentos de suicidio. Muertes por suicidio.	ND
Mackesy-Amiti et al., 1996 (643) Estudio Pre-Post	205	Entrenamiento de figuras clave o gatekeeper	Nivel de conocimientos.	12 sesiones de 3 horas en 4 meses.
Kovac y Range, 2000 (644) ECA	42	Terapia de redacción relacionada con el suicidio vs redacción trivial.	Experiencia y recuperación del duelo Impacto Visitas no rutinarias al centro de salud.	2 semanas 15 minutos/semana.
Pojjula et al., 2001 (641) Cuasi-experimental	89	Debriefing	Incidencia de suicidio.	2 horas

Ref: referencia; TE: tipo de estudio; N: número de participantes; ECA: ensayo clínico aleatorizado; ND: no disponible.
Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España). a partir de datos de Szumilas et al. (626) y McDaid et al. (633).

20.2.4 Intervenciones comunitarias

Se han llevado a cabo diversas iniciativas para prevenir el suicidio a nivel comunitario, pero la mayoría no han sido evaluadas.

Szumilas et al. (626), incluye dos estudios de este tipo (tabla 61). En uno de ellos se describen los resultados de un programa de prevención que consistió en la elaboración de guías para los medios de comunicación y de campañas de prevención en Viena (Austria), tras un gran número de suicidios en el metro de esta ciudad. En este estudio se encontró una disminución del número de suicidios en el período analizado (1980-1996) en comparación con el número de suicidios previos a la intervención (359). En el otro estudio incluido se describe un programa de prevención de 2 años realizado en jóvenes en Maine (EE. UU.), que consistió en la implementación de un programa comunitario

amplio basado en las recomendaciones del *Centers for Disease Control and Prevention* para la prevención del contagio de suicidio (645). Estos estudios; aunque no permiten obtener conclusiones claras acerca de sus efectos sobre el suicidio, pueden ser útiles como ejemplos de implementación de programas de prevención del contagio de suicidio (626). **RS de distintos tipos de estudios 3**

En Canadá se llevó a cabo otra intervención comunitaria, que se basó en la comparación de cuatro grupos de apoyo, que duraron dos, cuatro, seis y doce meses. Se encontró una mejoría en el Inventario de depresión de Beck al año de la intervención (con una menor reducción en las puntuaciones de dicho inventario en el grupo cuya intervención duró dos meses). Es de interés señalar que en este estudio no se tuvieron en cuenta los abandonos de los participantes en los análisis estadísticos y que los grupos ya presentaban diferencias en las variables clínicas al inicio de la intervención, además debido a la complejidad de los factores que intervienen en la terapia de apoyo, no se pueden atribuir los resultados solamente a la duración de la intervención (Tabla 69) (646). **Serie de casos 3**

Tabla 69. Características de los estudios incluidos sobre intervenciones en el ámbito comunitario

Autor (año) (ref) TE	N	Intervención	Variables	Duración/ Sesiones
Etzersdorfer y Sonneck, 1998 (359) Ensayo de campo prospectivo	ND	Desarrollo de guías para los medios de comunicación.	Número de intentos de suicidio y suicidio en el metro.	ND
Seguin et al., 2004 (646) Estudio observacional	69	Grupos de apoyo de distinta duración.	Depresión.	2, 4, 6 y 12 meses
Hacker et al., 2008 (645) Ensayo de campo	ND	Servicios de apoyo en colegios y sistema de salud. Medidas educativas para medios de comunicación.	Número de muertes por suicidio.	2 años (2003-2005)

Ref: referencia, TE: tipo de estudio; ND: no disponible; N: número de participantes Fuente: elaboración GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (España) a partir de datos de Szumilas et al. (626).

También en Canadá, en el 2004 la *Canadian Mental Health Association* (CMHA) introdujo un programa basado en el apoyo de iguales o de pares (*Peer Helpers*) que vivieron un suicidio cercano. Los participantes se distribuyeron por parejas según su edad, sexo y relación con la persona fallecida. Aunque el tamaño muestral de este estudio fue muy pequeño (7 pacientes y 9 voluntarios), los participantes mostraron resultados positivos a corto plazo en su reacción de duelo (647). **Serie de casos 3**

20.2.5 Intervenciones en profesionales de la salud tras el suicidio de un paciente

Los profesionales de la salud se relacionan con frecuencia con pacientes que presentan conducta suicida, tanto en el ámbito de la atención primaria como de la especializada. El suicidio de un paciente es siempre un hecho de gran impacto, fundamentalmente cuando ha existido una importante relación terapéutica, llegando a generar distrés grave en tres de cada diez profesionales (648). Sin embargo, la investigación sobre la trascendencia y las necesidades de los profesionales ante estas situaciones es muy limitada. **Serie de casos 3**

Las diferentes fases que suelen presentarse en un profesional tras el suicidio de un paciente, son las siguientes (649): **Opinión de expertos 4**

- Fase 1 (inmediata): de shock
- Fase 2 (intermedia): de ansiedad, desasosiego y sentimientos de culpa
- Fase 3 (postraumática): de hacerse preguntas y de dudas de uno mismo
- Fase 4 (recuperación): de renovación de la confianza.

En ocasiones pueden presentarse síntomas de depresión y trastorno por estrés postraumático, agresividad, sentimientos de duelo y culpa, de aislamiento y humillación, así como baja autoestima y preocupación por la reacción de los compañeros (235, 239). **Opinión de expertos 4**

Entre los factores que se han relacionado con la aparición de distrés en los profesionales destacan cuestiones relacionadas con el plan terapéutico, posibles reacciones negativas de los compañeros o directivos y la posibilidad de implicaciones legales del caso, fundamentalmente si el paciente no estaba hospitalizado (650). No se han localizado estudios que evalúen intervenciones específicamente dirigidas a disminuir las posibles consecuencias del suicidio en estos colectivos. **Serie de casos 3**

Los profesionales de salud mental han puesto de manifiesto que buscar apoyo en los compañeros fue la estrategia más útil (651, 652) y que la revisión del caso ofrece la oportunidad de mejorar el manejo del suicidio y de su impacto (651, 653). También se considera importante recibir formación específica sobre el manejo del suicidio (654).

Un colectivo de especial interés es el de los médicos en formación, especialmente vulnerables a la aparición de distrés tras el suicidio de un paciente (653, 655). Aunque sus programas de formación suelen incluir módulos sobre el manejo de la conducta suicida (factores de riesgo, reconocimiento de los signos de alarma y tratamiento), un estudio mostró que sólo el 19% de los médicos residentes se sintieron preparados para enfrentarse al fallecimiento por suicidio de un paciente (656).

Un caso particular lo forman los pacientes hospitalizados, en los que los supervivientes abarcan no sólo los familiares y amigos cercanos, sino también los pacientes de la unidad y el personal, tanto sanitario como no sanitario que conocía al paciente. Bartels (657) recomienda que, inmediatamente tras el suicidio de un paciente hospitalizado se realice una reunión de todo el personal de la unidad para informar del suicidio y para

desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes de la unidad y contener reacciones potencialmente peligrosas, incluyendo la imitación de la conducta suicida.

En cuanto a las guías de práctica clínica, se recomienda que se garantice el apoyo necesario a los profesionales (tanto por parte de los compañeros como de los supervisores o directivos) (235, 311, 371), así como realizar una revisión de los factores subyacentes al suicidio (235, 311). La formación específica también podría ser útil en estas situaciones (235, 371). **RS de distintos tipos de estudios 3,4**

20.3 Resumen de la evidencia

Necesidades y expectativas de la familia y allegados tras un suicidio	
3 Q	Los allegados de las personas fallecidas a causa de un suicidio demandan mayor número de intervenciones de apoyo basadas en figuras clave, apoyo social y ayuda profesional. En cuanto a la ayuda profesional, se considera crucial contar con la información necesaria en estas circunstancias, poder elegir entre diferentes modalidades de ayuda, tratamientos específicos en la infancia y adolescencia y seguimiento a largo plazo (619).
Q	Los padres en situación de duelo por un hijo fallecido a causa de un suicidio presentan un conflicto entre la necesidad de hablar del suicidio libremente y el estigma social percibido (622).
Q	Para los adolescentes que han superado el suicidio de una persona cercana, una buena atención sanitaria incluiría: atención automática tras el suicidio, adaptada a sus necesidades y prolongada en el tiempo. También es esencial que la atención sea flexible, empática y con la posibilidad de participar en sesiones individuales (624).
4	Los aspectos clave a considerar de cara al desarrollo de programas de intervención tras un suicidio son: atender a las diferentes realidades culturales, tener en cuenta el efecto del estigma y considerar las necesidades y expectativas de los allegados (619).
Intervenciones preventivas en familiares y allegados	

4	<p>La posvención se debe realizar desde las fases tempranas del duelo, y el trabajo psicoterapéutico con los familiares debe incluir los siguientes aspectos (403):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros, y el sentimiento de abandono – Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones – Explorar las fantasías de los familiares respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro – Trabajar el enfado y la rabia que este tipo de muerte genera.
1+ 2+ 3	Las intervenciones familiares en formato grupal obtuvieron mejorías significativas en diferentes variables como: síntomas de depresión, ansiedad, factores psicológicos, reducción en distrés a corto plazo, evolución del duelo y satisfacción con la participación en la terapia (626).
2+	Las intervenciones que se realizaron de forma inmediata tras un suicidio se relacionaron con un aumento significativo de conductas de búsqueda de autoayuda en los allegados y mayor participación en terapias de apoyo (626).
1+	En un ECA en el que se comparó la TCC familiar (4 sesiones realizadas en los 3-6 meses tras el suicidio) con el tratamiento habitual, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las reacciones complicadas de duelo, ni en la presencia de ideación suicida o depresión. Sin embargo, el grupo que recibió la TCC mostró menos reacciones desadaptativas y menor percepción de culpabilidad por la conducta suicida de su familiar. También se encontró que las personas con ideación suicida se beneficiaron más del tratamiento y que la TCC redujo el riesgo de duelo patológico en
Intervenciones en el ámbito escolar tras un suicidio	
1+ 2+ 3	No existe evidencia concluyente sobre las intervenciones tras un suicidio dirigidas a alumnos en el ámbito escolar (626, 633).
3	Los programas de entrenamiento de profesionales en el ámbito escolar (<i>gatekeeper</i> e intervención en crisis) se asociaron con un aumento significativo en el nivel de conocimientos sobre el suicidio y con altos niveles de satisfacción y utilidad (626).
Intervenciones comunitarias	
3	No existe evidencia concluyente sobre la efectividad de los programas de intervención comunitaria tras un suicidio (626).
Intervenciones tras un suicidio en profesionales de la salud	

4	<p>Las diferentes fases que suelen presentarse en un profesional tras el suicidio de un paciente son (649):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase 1 (inmediata): de shock - Fase 2 (intermedia): de sensación y sentimientos de presión, desasosiego o desazón - Fase 3 (postraumática): de hacerse preguntas y de dudas de uno mismo - Fase 4 (recuperación): de renovación de la confianza.
3	<p>En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto que después del suicidio de un paciente puede presentarse: trastorno por estrés postraumático, agresividad, sentimientos de duelo, culpa, aislamiento y humillación, así como baja autoestima y preocupación por la reacción de los compañeros (235, 239).</p>
3	<p>Entre los factores que se han relacionado con la aparición de distrés en los profesionales destacan cuestiones referidas al plan terapéutico, posibles reacciones negativas de los compañeros o directivos y la posibilidad de implicaciones legales del caso, fundamentalmente si el paciente no estaba hospitalizado (650).</p>
3	<p>Algunas estrategias útiles tras el suicidio de un paciente son: buscar apoyo en los compañeros y la revisión del caso (651-653).</p>
3	<p>Se considera muy importante recibir formación específica sobre el manejo del suicidio y las posibles implicaciones emocionales en los profesionales (653-655).</p>
4	<p>En el caso de un suicidio en un paciente hospitalizado puede ser conveniente realizar una reunión de todo el personal de la unidad para informar del suicidio y desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes de cara a la prevención de la imitación de la conducta suicida (657).</p>

Ajustes para la implementación en el contexto colombiano

El grupo desarrollador realizó ajuste de las recomendaciones en relación a la redacción y denominación de los servicios de salud, para optimizar la comprensión y la implementabilidad.

21 PROGRAMAS CLÍNICOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

Preguntas para responder

¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en Colombia en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?

21.1 Recomendaciones

85. Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes y que el seguimiento incluya búsqueda activa (visita domiciliaria) de los pacientes que no asistan a las consultas programadas luego de ser dados de alta por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

Estos se basan en la puesta en marcha de dispositivos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un episodio de conducta suicida. Aunque hablamos de prevención terciaria, estos programas abordan también la prevención secundaria ya que otro de sus objetivos es la sensibilización, formación y educación sanitaria, para incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida.

El Comité Interinstitucional para el Estudio y Prevención de la Conducta Suicida (CIEPCS) fue creado en septiembre de 2001 por profesionales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – División de Referencia de Información Pericial-DRIP (antiguamente CRNV), de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá del Área de Vigilancia en Salud Pública y del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) con el fin de promover el estudio y prevención de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio consumado) y la comprensión de su contexto para facilitar la estructuración de lineamientos políticos encaminados hacia la construcción social de alternativas de vida, generando estrategias de intervención oportunas.

Son miembros permanentes del Comité funcionarios de las siguientes instituciones:

- El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – División de Referencia de Información Pericial-DRIP.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a través de dos dependencias:
- Área de Vigilancia en Salud Pública y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias–CRUE-
- Los hospitales de la Red Pública
- El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Puente Aranda

- La Academia Nacional de Medicina de Colombia
- El Comando General FFMM, Ejército Nacional, Psicología Militar
- La Policía Nacional, Dirección de Sanidad
- La Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Gobierno, Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia, Vida Sagrada.
- Universidad Católica de Colombia, Universidad El Bosque, Universidad de la Sabana, Pontificia Universidad Javeriana, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Colombia

El Comité cumple las siguientes funciones:

- Brindar asesoría y asistencia técnica, al Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa de la Alcaldía Mayor de Bogotá y a otras organizaciones interesadas en el tema.
- Apoyar y fortalecer el Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia (SUIVD) en el análisis, interpretación y discusión de los datos obtenidos sobre ideación, intento y suicidios consumados ocurridos en Bogotá, mediante la revisión y actualización de los componentes de los sistemas de información, de las instituciones competentes.
- Elaborar y mantener una base de datos de los estudios que sobre el tema, se hayan realizado en el distrito capital, así como apoyar en el manejo y divulgación de la información generada sobre el tema.
- Establecer el estado del arte de la conducta suicida y su contexto.
- Emitir conceptos técnicos relacionados con el desarrollo de proyectos sobre el fenómeno de los suicidios, previa solicitud de las instituciones interesadas y la disponibilidad del Comité.
- Diseñar, ejecutar y/o apoyar proyectos sobre la conducta suicida y su contexto en el Distrito Capital.
- Brindar capacitación a facilitadores institucionales o comunitarios cuyas competencias estén relacionadas con el tema de suicidio.
- Divulgar y publicar información relacionada con las actividades realizadas y promovidas por el Comité.

Teniendo en cuenta que la conducta suicida se ha venido identificando como un problema de Salud Pública en Colombia, se presentan las siguientes líneas de acción:

21.1.1 Línea de acción No.1: fortalecimiento de la red de salud mental

Fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia de la red

Una atención efectiva en Salud Mental en general y en prevención de Suicidio en particular, requiere de una red funcional de entidades con mejores procesos de comunicación (referencia y contrarreferencia), que supere las deficiencias actuales referidas al proceso de atención brindando mayor acceso a los usuarios (familiares y pacientes) de los servicios de salud, así como la respuesta integral a la magnitud de la demanda, que en ocasiones supera la capacidad del Programa de Atención Prehospitalaria en Psiquiatría del CRUE

Ampliación de la capacidad de respuesta del APH del CRUE

Muchos de estos casos se captan a través de las líneas de atención en crisis ([Anexo 13](#)) y el programa de atención pre-hospitalaria, por lo cual se requiere contratar mínimo 6 psicólogos que apoyen la labor de consejería psicológica y un psiquiatra que apoye la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia para fortalecer la consulta (atención veinticuatro horas) y realizar el seguimiento de los casos hasta tanto sean atendidos a través de la Red de Salud Mental de su localidad.

21.1.2 Línea de acción No. 2: capacitación del personal de salud

Terapia Familiar Sistémica

- Entrenar al personal de salud que conforma la Red en la aplicación de la Terapia Familiar Sistémica, ya que el 88% de los intentos se asocian a problemas de índole familiar.
- Crear equipos terapéuticos especializados en toma de decisiones y resolución de conflictos interpersonales, que apoye la Red de Salud Mental.
- Contratar la capacitación del personal que labora en el área de la salud, (diferentes niveles de atención), especialmente en el abordaje, manejo práctico y terapéutico de los pacientes en riesgo de alguna de las posibles conductas suicidas (ideación, intento y suicidio).

Adecuación de currículos universitarios

Resulta necesario, incentivar la adecuación de los currículos universitarios para la formación de futuros profesionales de la salud y de las ciencias sociales (facultades de medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y pedagogía entre otras), entrenados en la atención de personas con riesgo suicida.

21.1.3 Línea de acción No.3: fortalecimiento del sistema de información y creación del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida

Contratar un equipo interdisciplinario de profesionales para apoyar el diseño, la implementación y evaluación de un sistema interinstitucional de Vigilancia Epidemiológica de la conducta suicida (ideación, intento y suicidio) para el Distrito Capital, que permita recolectar y analizar información útil al Sistema Unificado de Información sobre Violencia y Delincuencia de la Alcaldía Mayor y de las entidades usuarias del Sistema.

21.1.4 Línea de acción No. 4: estudios sobre conducta suicida, con énfasis en ideación e intento.

Apoyar el diseño, desarrollo, evaluación y divulgación de investigaciones interinstitucionales sobre la conducta suicida, en particular los estudios encaminados a identificar factores de riesgo, la asociación de las conductas suicidas con otras problemáticas socialmente relevantes como el abuso de psicoactivos, la violencia intrafamiliar entre otras.

21.1.5 Línea de acción No. 5: apoyo al comité interinstitucional para el estudio de la conducta suicida (CIECS-Bogotá)

Acreditar al Comité, como órgano consultor para el estudio de la conducta suicida en Bogotá D.C., articulado con las políticas públicas de la Alcaldía Mayor de Bogotá, de la Secretaría de Salud de Bogotá, y del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con miras al diseño de estrategias de intervención.

21.1.6 Línea de acción No. 6: revisión de la situación de la salud mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Elaborar y presentar una propuesta de reforma a la Ley 100 de 1993, que facilite el acceso, a la atención psicológica y psiquiátrica través del POS.

21.1.7 Línea de acción No.7: prevención y promoción de la salud mental comunitaria.

Divulgación de la Política de Salud Mental

Mediante una amplia convocatoria institucional, con el apoyo de los medios de comunicación y con la participación de la comunidad, se divulgará la Política en Salud Mental.

Coordinación interinstitucional e intersectorial.

La prevención de la conducta suicida, requiere un esfuerzo multidisciplinario, Interinstitucional e Intersectorial para realizar un abordaje integral adecuado. Instituciones de Salud, Educación, Justicia y Protección deben actuar bajo los mismos lineamientos de la Política de Salud Mental del Distrito.

Educación en salud a la comunidad

La participación de la Secretaría de Educación Distrital para la revisión de los currículos escolares y el entrenamiento de facilitadores; ejemplo padres de familia, profesores, consejeros, psico-orientadores, otros familiares y estudiantes, entre otros.

Es necesario que la comunidad educativa (estudiantes, padres de familia, docentes y administradores) reciban entrenamiento acerca de cómo funciona el sistema, a quién consultar, con qué grado de confidencialidad van a contar, etc.

Medios de comunicación

Vincular a los medios de comunicación, se convierte en una doble estrategia, al sensibilizarlos para el uso adecuado de los mensajes a la comunidad y a la vez para el apoyo a los programas de intervención.

Participación comunitaria

- Vincular las organizaciones comunitarias, capacitando a líderes como promotores de Salud Mental, y Vigías comunitarios del sistema de vigilancia (notificadores), con el fin de intervenir oportunamente y propiciar que las comunidades desarrollen sus propios planes de respuesta y convocar grupos de jóvenes, asociaciones juveniles (Cruz Roja, Scouts, ACJ, etc.), para el entrenamiento de facilitadores en prevención y promoción de la salud mental.
- La respuesta de la comunidad podría orientarse bajo el enfoque de salud mental comunitaria, de tal manera que evite la glorificación de las víctimas y minimice el sensacionalismo.
- Las personas que puedan estar en alto riesgo de suicidio podrían ser identificadas mediante tamizaje, por asesores entrenados (por ejemplo

profesores, guardianes de cárceles, agentes del orden, personal de sanidad, entre otros), y en capacidad de utilizar los sistemas de referencia y contrarreferencia de los servicios de atención.

- Vincular personal de salud mental que trabaje con grupos de personas privadas de la libertad o en condiciones obligatorias de encierro como personas de las cárceles, de las Fuerzas Armadas y otros.
- Desarrollar una “JORNADA ANUAL DE REFLEXIÓN POR LA VIDA: POR UNA SOCIEDAD MAS EQUITATIVA” en la cual participen Instituciones del sector salud, justicia, educación y protección, instituciones educativas, comerciales de cada localidad y se vincule al sector comercial a través de sus representantes (FENALCO, ACOPI etc.) promoviendo la participación de la comunidad, a través de diversas expresiones culturales de respeto a la vida. Dicha jornada permitirá fortalecer las redes sociales de apoyo e integrarlas a la Red de Salud Mental del Distrito.

A la fecha de elaboración de la presente GPC, el Comité se encuentra en reorganización, dado el cambio institucional de los creadores, promotores y participantes del mismo.

22 RECOMENDACIONES DE INVESTIGACIÓN

A pesar que la conducta suicida parece haber despertado el interés de la comunidad científica en los últimos años, con un incremento notable del número de publicaciones centradas en la prevención del suicidio, en el proceso de elaboración de esta guía se han localizado aspectos importantes que no han sido investigados o que carecen de evidencia concluyente. Es por ello que es crucial que se realicen esfuerzos para fomentar la investigación y profundizar en dichos aspectos.

Epidemiología del suicidio en Colombia:

- Realizar estudios que permitan conocer la epidemiología de los intentos de suicidio en Colombia y mejorar la recolección de datos de los suicidios consumados (por sexo, grupos de edad, presencia de situaciones comórbidas y otras variables clínicas y sociodemográficas de interés).
- Factores de riesgo y de protección y evaluación del riesgo suicida
- Realizar estudios que permitan identificar grupos de especial riesgo de suicidio en nuestro contexto, que permitan mejorar la identificación y orientar las intervenciones preventivas en estos grupos.
- Investigar la resiliencia y los factores de protección específicos en relación con la conducta suicida y llevar a cabo estudios que tengan por objetivo valorar la efectividad de la prevención del suicidio mediante la potenciación o la intervención sobre dichos factores de protección.
- Realizar estudios que determinen la validez predictiva de las escalas de evaluación del riesgo de suicidio, de cara a la correcta identificación y monitorización de pacientes con conducta suicida.
- Realizar estudios de adaptación y validación al castellano de escalas que hayan demostrado adecuadas propiedades psicométricas para la valoración del riesgo suicida.
- Emplear en los estudios escalas que hayan demostrado su fiabilidad y validez y que hayan sido adaptadas y validadas al castellano.
- Además de continuar con las investigaciones que se desarrollan desde las universidades, se requiere que el Ministerio a través de Colciencias destine recursos para la investigación de la Ideación y la Conducta Suicida.

Evaluación y manejo de la conducta suicida en los diferentes niveles asistenciales

- Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la detección de la ideación suicida tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias.
- Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones en los servicios de urgencias para la derivación y/o ingreso hospitalario de pacientes con conducta suicida.

Tratamiento psicoterapéutico y farmacológico

- Diseñar estudios centrados en la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico como tratamiento de la conducta suicida en muestras homogéneas, con variables bien definidas relacionadas con la conducta suicida, además de las de la patología de base.
- Realizar estudios sobre la efectividad de la terapia combinada (tratamiento psicoterapéutico unido a tratamiento farmacológico).
- Potenciar la investigación sobre el manejo de la conducta suicida y su prevención en grupos de especial riesgo de suicidio, como es el caso de la infancia y adolescencia y los mayores de 65 años.
- Identificar cuáles son los elementos de las terapias de corte cognitivo-conductual que se asocian con la prevención de la conducta suicida o síntomas asociados.
- Diseñar estudios de efectividad e indicación de intervención desde los diferentes dispositivos asistenciales.

Medidas generales de prevención

- Impulsar la recogida de datos respecto a la ideación suicida, autolesiones e intentos de suicidio, ya que esta información puede ser muy útil de cara al establecimiento de programas de prevención e intervención sobre la conducta suicida.
- Realizar investigaciones sobre los programas de prevención realizados a nivel nacional que permitan establecer las líneas de actuación que disminuyan las tasas de suicidio.
- Realizar estudios donde se implementen las recomendaciones realizadas por organismos como la OMS para los medios de comunicación y una evaluación sobre los efectos de dichas recomendaciones en la tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados.
- Desarrollar programas de formación sobre la prevención de la conducta suicida orientados tanto a profesionales de la salud como de otros sectores, y realizar una posterior evaluación sobre el efecto de dichas actividades formativas en aspectos como las actitudes y habilidades de los profesionales, mejora de las habilidades en identificación y manejo y disminución de episodios de conducta suicida.
- Realizar estudios comparativos sobre los diferentes métodos y estrategias de formación para profesionales implicados en el manejo de la conducta suicida, en los que se describan adecuadamente las características (formato, duración), componentes y contenidos de dichos programas de formación.

Tamización

- Realizar estudios de Tamización de riesgo de suicidio en diferentes ámbitos, como atención primaria, atención especializada o urgencias, con muestras de suficiente potencia estadística y de carácter multicéntrico que permitan conocer de forma definitiva el impacto la tamización en la prevención de la conducta suicida.
- Llevar a cabo estudios de Tamización tanto en población general (sin factores de riesgo detectados), como en personas con riesgo de suicidio conocido o en grupos

de edad en los que existe mayor riesgo, como en adolescentes y en adultos mayores.

Grupos de riesgo

- Realizar investigaciones sobre la relación existente entre la conducta suicida y situaciones de especial riesgo (trastornos mentales, enfermedades crónicas, dolor, discapacidad, violencia intrafamiliar y aislamiento social) e intervenciones de prevención del suicidio en estos grupos, asociados a una evaluación posterior de su efecto en la reducción de las tasas de intentos y suicidios consumados.
- Diseñar estudios que permitan establecer la existencia de la relación entre distintas profesiones y la conducta suicida y los factores que pueden estar mediando dicha relación.

Intervenciones después de un suicidio

- Realizar estudios con metodología cualitativa para investigar las experiencias de los familiares, amigos y allegados, así como de los profesionales de atención primaria o Especializada implicados en el tratamiento o seguimiento de una persona fallecida por suicidio.
- Realizar estudios sobre la efectividad de las intervenciones tras un suicidio en familiares y allegados en variables como la evolución del duelo, la presencia de trastorno mental y la prevención de la conducta suicida.
- Realizar estos estudios de intervenciones tras un suicidio en diferentes ámbitos como el escolar, familiar o comunitario y diferentes formatos de aplicación de las intervenciones (grupal o individual).

23 IMPLEMENTACIÓN

23.1 Objetivos

- 1) Desarrollar el plan de implementación de la Guía de Práctica Clínica Para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción)
- 2) Identificar y caracterizar estrategias de implementación para la Guía de Práctica Clínica Para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción)
- 3) Proponer mecanismos de medición del proceso de implementación de las recomendaciones propuestas por la Guía de Práctica Clínica Para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción)

El presente plan de implementación se propone para un período de tres años, dado que los contenidos de la Guía de Práctica Clínica Para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción), deben actualizarse periódicamente, de acuerdo con las dinámicas de generación de nueva evidencia científica y los procesos propios de la gestión del sistema de salud colombiano.

23.2 Metodología para el desarrollo del plan de implementación

Adoptando las propuestas de la guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el sistema general de seguridad social en salud colombiano en su versión actualizada, se proponen las siguientes fases del proceso de implementación.

- Planificación del proceso
- Identificación de barreras y facilitadores
- Diseño del plan de implementación propiamente dicho
- Soporte para la implementación de la GPC
- Revisión rápida de la literatura científica
- Se desarrolló la revisión siguiendo las metodologías de revisiones sistemáticas mixtas del Grupo de investigación cualitativa e implementación de la Colaboración Cochrane.
- Población de referencia y muestra
- Estudios que evalúen estrategias de implementación para guías de práctica clínica y documentos de política en el sistema de salud.

Criterios para considerar estudios para esta revisión.

Tipo de estudios.

Revisiones sistemáticas de la literatura que evaluaran estrategias de implementación.

Tipo de intervención

Estrategias de implementación de guías de práctica clínica o documentos de política para la toma de decisiones en salud. (1)

Tipo de desenlaces

Desenlaces de efectividad: Diseminación, capacitación, adherencia.

Desenlaces de impacto: Cambios estructurales y de gestión por parte de los actores del sistema de salud, cambios en los indicadores de salud de la población.

Criterios de exclusión: Estudios cuya estrategia no fuera definida

23.3 Metodología de la revisión.

Estrategias de búsqueda para identificación de los estudios Búsqueda electrónica.

Para identificar los estudios a incluir en esta revisión se realizó una búsqueda en todas las bases de datos utilizando adaptaciones de una estrategia base. La búsqueda utilizó una combinación de palabras claves y los filtros recomendados en las clínicas de PubMed para una búsqueda estudios epidemiológicos. No hubo restricción por idioma. La estrategia de búsqueda fue desarrollada por el grupo desarrollador de la GPC (2).

MEDLINE (Ovid) [29-11-2016]

1 implement\$.tw. (45863)

2 application.tw. (592885)

3 or/1-2 (635785)

4 exp Practice Guidelines as Topic/ (94298)

5 exp Guidelines as Topic/ (143078)

6 guideline\$.tw. (185379)

7 or/4-6 (198911)

8 3 and 7 (9349)

9 limit 8 to "reviews (maximizes specificity)" (100)

Bases de datos

- MEDLINE (1966-2016)
- EMBASE
- CINAHL (1982 - 2016)
- SIGLE (1980-2016)
- LILACS (1982-2016)
- Scielo (2005-2016)
- Cochrane Controlled Trials Register: Cochrane Library
- Instituto Joanna Briggs (IJB)
- Science Citation Index (1981 - 2016)
- Center of Reviews and Dissemination of United Kingdom
- BÚSQUEDA MANUAL.
- Bases de datos de organismos elaboradores y compiladores de GPC
- Guidelines International Network (GIN)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)
- National Guideline Clearinghouse (NGC)

- New Zealand Guidelines Group (NZGG)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) American College of Physicians (ACP)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Canadian Medical Association (CMA)
- GuíaSalud
- Guideline Implementability Research and Application Network (GIRAnet)

23.3.1 Recolección de los datos y análisis. Selección de los estudios.

Los resúmenes de los artículos encontrados en la búsqueda se revisaron para identificar los estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Los estudios fueron revisados por dos personas de forma independiente. Las diferencias fueron resueltas por consenso (2).

23.3.2 Extracción de los datos

Los estudios que cumplieron los criterios de inclusión fueron procesados para la extracción de datos. Los datos fueron extraídos independientemente por dos personas y los resultados fueron reevaluados para ver la consistencia basados en el formato de recolección de datos. Los datos que se incluyeron fueron: Tipo estrategia de implementación, tipo de desenlace, tipos de indicador.

23.3.3 Evaluación de la calidad de los estudios.

La calidad metodológica de los estudios se evaluó por dos personas independientes. Se realizó cegamiento del autor y revista de dónde provenía el artículo. Se evaluó la calidad metodológica teniendo en cuenta el tipo de estudio, como es una revisión rápida de la literatura basada en revisiones sistemáticas publicadas previamente, se utilizó la herramienta AMSTAR para dicha evaluación de calidad (3).

23.3.4 Análisis de la evidencia

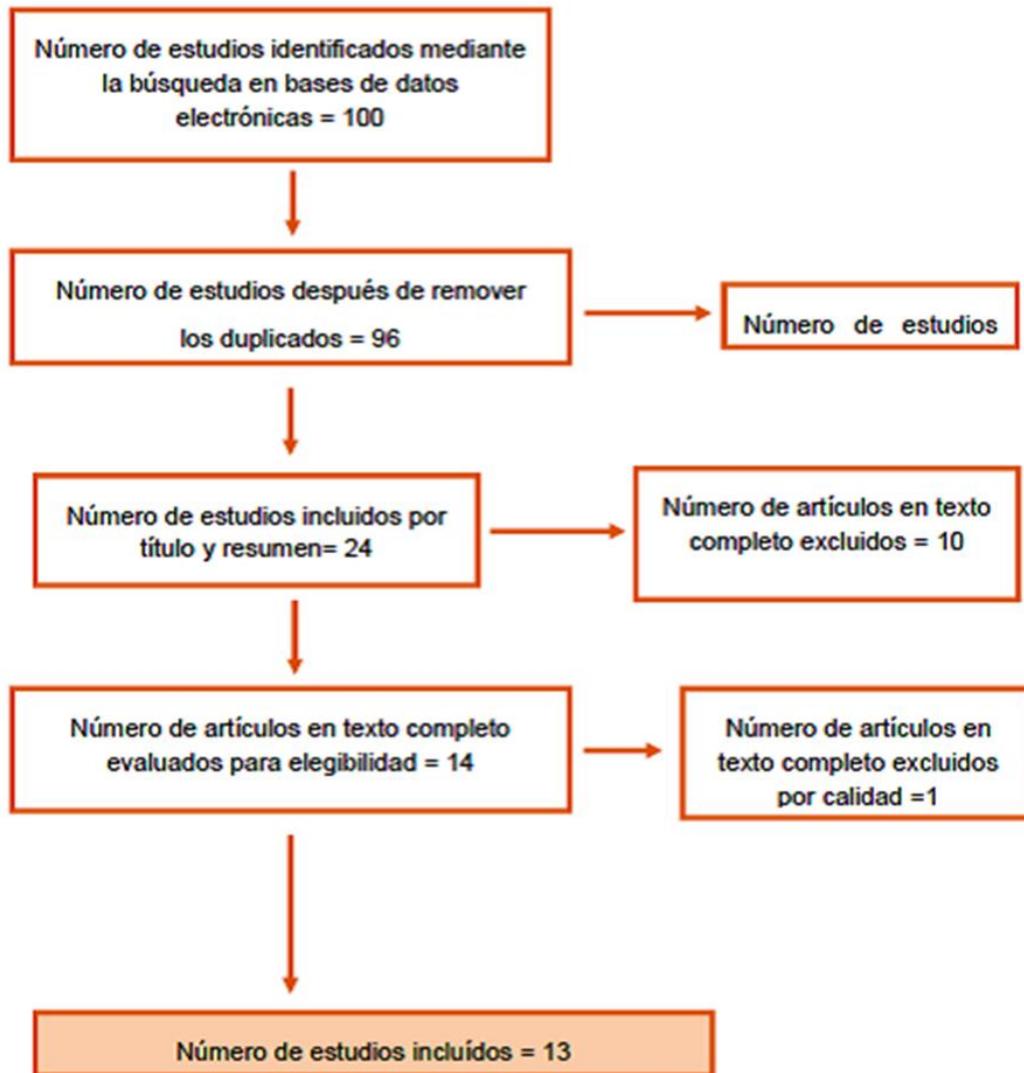
La evidencia se sintetizó de forma cualitativa y cuantitativa. Los datos cualitativos fueron analizados mediante meta síntesis de la información. Esta información se utilizó para proponer las diferentes estrategias de implementación propuestas para esta guía. Los datos cuantitativos recolectados fueron heterogéneos y no fue posible desarrollar un meta análisis de la información recolectada, pero se crearon tablas de resumen. Los resultados se presentan en forma narrativa.

23.3.5 Resultados de la revisión sistemática.

Se identificaron 100 estudios tipo revisión sistemática de la literatura y revisión narrativa de la literatura, después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 13 estudios; 5 de ellos evaluaron estrategias de implementación de GPC para condiciones de salud especiales, como enfermedad cardiovascular, enfermedades neurológicas, 6 estudios evaluaban las estrategias de implementación en el sistema de salud y 2 evaluaban estrategias de implementación en profesiones de la salud específicas (enfermeras y especialistas médicos) La evaluación de la calidad, 11 estudios fueron de alta calidad y 2 estudios fueron de moderada calidad, ningún estudio fue calificado de baja calidad. Los criterios que determinaron la calidad fue la definición de los desenlaces (Tabla 70).

Un aspecto en común de los estudios es la necesidad de contar con estrategias de implementación de guías de práctica clínica que tengan un enfoque educativo, reconocimiento de la práctica clínica actual e identificación de barreras y facilitadores.

Gráfica 15. Flujograma de selección de estudios.



Los estudios seleccionados fueron los siguientes.

- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. & Thomson, M. A. (1998) Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317 (7156), 465–468.
- Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C. & Vale, L. (2006) Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966–1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21 (suppl. 1), 14–20.

- Beilby, J. J. & Silagy, C. A. (1997) Trials of providing costing information to general practitioners: a systematic review. *Medical Journal of Australia*, 167 (2), 89–92.
- Davis, D. A., Thomson, M. A., Oxman, A. & Haynes, R. B. (1995) Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *The Journal of the American Medical Association*, 274 (9), 700–705.
- Grilli, R., Ramsay, C. & Minozzi, S. (2002) Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
- Grimshaw, J. M., Thomas, R. E. & MacLennan, G. et al. (2004) Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8 (6), 1–349.
- Hunt, D. L., Haynes, R. B., Hanna, S. E. & Smith, K. (1998) Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 280 (15), 1339–1346.
- Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A. & Oxman, A. D. (2006) Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000259. DOI:10.1002/14651858.CD000259.pub2.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A. & Haynes, R. B. (1995) No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153 (10), 1423–1431.
- Smith, W. R. (2000) Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. *Chest*, 118 (Suppl. 2), 8–17.
- Sullivan, F. & Mitchell, E. (1995) Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *British Medical Journal*, 311 (7009), 848–852.
- Thomas, L., Cullum, N., McColl, E., Rousseau, N., Soutter, J. & Steen, N. (1999) Guidelines in professions allied to medicine. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000349. DOI: 10.1002/14651858.CD000349.
- Grimshaw, J., Freemantle, N., Wallace, S. & Russell, I. (1995) Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health care*, 4 (1), 55–64.

La revisión de estos estudios permitió identificar las estrategias de mayor eficacia y extraer algunas conclusiones generales.

Tabla 70 Evaluación de la calidad de los estudios incluidos.

CRITERIO	• Bero, L. A	• Grimshaw, J	• Beilby, J. J.	• Davis, D. A.,	• Grilli, R.,	• Grimshaw, J. M.,	• Hunt, D. L.,	• Jamtvedt, G	• Oxman, A. D.,	• Smith, W. R.	• Sullivan, F.	• Thomas, L.,	• Grimshaw, J.,
	1998	2006	1997	1995	2002	2004	1998	2006	1995	2000	1995	1999	1995
1. ¿Fue provisto un diseño a priori? Se establecieron antes de conducir la revisión:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• La pregunta de investigación.													
• Los criterios de inclusión.													
2. ¿La selección de los estudios y la extracción de datos fue duplicada?:	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• Existieron por lo menos dos revisores independientes para la													
Extracción de datos.													
• Existió un procedimiento de consenso para resolver los desacuerdos													
3. ¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura?:	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
• La búsqueda incluyó al menos dos fuentes electrónicas.													
• El reporte incluyó los años y las bases de datos usadas (por ejemplo, CENTRAL, EMBASE y MEDLINE).													
• Las palabras clave, los términos MeSH y la estrategia de búsqueda fueron reportados.													
• Todas las búsquedas fueron complementadas por consulta de revisiones, libros de texto, registros especializados, expertos en el campo de estudio específico y por revisión de las referencias en los estudios identificados.													
4. ¿El estado de la publicación (por ejemplo, literatura gris) fue utilizado	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
como criterio de inclusión?:													
• Los autores declararon que se buscó literatura independientemente del estado de la publicación.													
• Se indicó si se excluyó o no algún reporte de la revisión sistemática, con base en su estado de publicación, lenguaje, etc.													
5. ¿Se presentó un listado de estudios incluidos y excluidos?	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI

6. ¿Se presentaron las características de los estudios incluidos?:	SI												
• Se presentaron los datos de los estudios originales: participantes, intervenciones y desenlaces.													
• Se reportaron las características de todos los estudios analizados: edad, raza, sexo, nivel socioeconómico, estado, duración y severidad de la enfermedad o comorbilidades													
7. ¿La calidad de los estudios incluidos fue evaluada y documentada?:	SI	NO	SI	NO									
• Se definieron a priori los criterios de evaluación de calidad (por ejemplo, para estudios de efectividad, si los autores decidieron incluir solamente estudios aleatorizados, doble ciego, placebo controlados, o si el ocultamiento de la asignación se empleó como un criterio de inclusión).													
• Se consideraron ítems relevantes para otro tipo de estudios													
8. ¿Se utilizó adecuadamente la calidad de los estudios para formular las conclusiones?:	SI	NO	SI	NO									
• Los resultados del rigor metodológico y la calidad científica se consideraron en el análisis, las conclusiones y explícitamente en la formulación de recomendaciones.													
9. ¿Fueron apropiados los métodos para combinar los hallazgos de los estudios?:	SI	NO											
• Se realizó una prueba para asegurar que los estudios fueran combinables, para evaluar su homogeneidad (por ejemplo, prueba ji cuadrado, I ²).													
• Si la heterogeneidad existió, se debió usar un modelo de efectos aleatorios o se debió tomar en consideración la pertinencia clínica de combinar los estudios (¿es factible combinarlos?).													
10. ¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?:	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
• La evaluación del sesgo de publicación debió incluir una combinación de ayudas gráficas (por ejemplo, gráfico de embudo u otras pruebas disponibles) o pruebas estadísticas (por ejemplo, prueba de Egger).													
11. ¿Se declaró la existencia de conflictos de interés?:	SI	SI	SI	NO	SI								
• Las fuentes de financiación o apoyo fueron claramente reconocidas tanto en la revisión, como en los estudios incluidos.													
Calificación global	9	6	9	8	10	10	9	10	9	8	10	10	7

23.3.6 Resultados de la revisión de la literatura.

Eficacia de las estrategias de implementación

Las estrategias de implementación identificadas en la revisión sistemática fueron:

- Estrategias educativas
- Estrategias tradicionales de educación
- Reuniones educativas
- Auditoria/feedback y revisión por pares
- Intervenciones multifacéticas
- Medios de comunicación y estrategias de difusión
- Sistemas de apoyo, recordatorio
- Sistemas de incentivos financieros

A continuación se enuncian algunas características de cada una de las estrategias de implementación descritas

Estrategias educativas

Las estrategias educativas se han divulgado, y se clasifican en términos generales como "Educación Médica Continuada (EMC)". Los componentes de la EMC, en todos los estudios fueron mal descritos, lo que impedía la consideración de estrategias educativas individuales (conferencias tradicionales o de divulgación académica). La eficacia de las EMC, en términos generales, es discutible. Mientras Beaudry (4) ha sostenido que no mejoró el conocimiento médico (tamaño del efecto 0,79, +/-0,38) y desempeño (tamaño del efecto de 0,55, +/- 0,45), otros dos estudios consideran que tiene efecto mínimo sobre la práctica profesional [8,21], y otros dos estudios reportaron resultados no concluyentes (5, 6). El tiempo y la intensidad de las estrategias de EMC pueden influir en la eficacia. Beaudry (7) y Davis et al. (8) informó la posible relación entre la duración de la estrategia y la eficacia de manera significativa (8). La duración óptima de los programas de EMC se propone como entre 1 y 4 semanas; Sin embargo, no estaba claro si esto se refiere a la cantidad total de sesiones de educación médica continuada, o la frecuencia de sesiones (4).

Educación tradicional

Se ha divulgado estrategias educativas tradicionales; sin embargo, fueron consistentemente ineficaces en el proceso de implementación (9, 10). Estrategias "tradicionales" incorporan de forma típica la educación y la difusión de información pasiva tales como conferencias, sitios web y conferencias didácticas (10).

Las reuniones educativas/Educación interactiva

Estrategias educativas interactivas demostraron ser efectivas en el proceso de implementación (10 de 11 revisiones sistemáticas), con efectos que varían desde 1% a 39% (6-15). Las estrategias interactivas incluyen talleres y sesiones prácticas, junto con todos los procesos de evaluación. Aunque los estudios que demostraron efectos positivos con significancia estadística fueron 13 de 44 estudios primarios, el número puede ser

mayor, ya que muchos estudios que informan de resultados positivos no informaron sus valores estadísticos. Las estrategias educativas interactivas incurren generalmente en un costo elevado en el desarrollo y puesta en marcha de las estrategias (15). Sin embargo mejoras de rendimiento clínico están relacionados con una mejor eficiencia en el uso de los recursos de servicios de salud (estimado en un 30%) (16).

La educación en el sitio de práctica

Los efectos reportados con mayor frecuencia, relacionados con las estrategias educativas se asociación a este tipo de estrategia educativa, por lo general consistió en visitas en los sitios de práctica de los educadores, la provisión de material promocional, y recordatorios posteriores o educativo de seguimiento (5). Todas las 13 revisiones sistemáticas revisión de esta estrategia presentan las conclusiones positivas, reportando hasta un 68% de mejora relativa en el proceso o el cumplimiento (4-16). Sin embargo, se utiliza con poca frecuencia esta estrategia, posiblemente porque requiere de mucho tiempo y es costosa (13). Un estudio informó una reducción significativa en los costos de prescripción de los médicos. Sin embargo, no estaba claro si estos ahorros compensan los costos de implementación (13).

Auditoría / feedback / revisión por pares

Se reportó evidencia de moderada Hubo pruebas moderadas de la eficacia de proceso o el cumplimiento de la auditoría y la retroalimentación (16), que van desde ningún efecto, una disminución del 17%, con una mejora del 63%. Sin embargo, los resultados financieros mostraron evidencia más prometedora, los costos clínicos disminuyeron hasta en un 37% después de la implantación de la guía junto con la auditoría y la retroalimentación en cinco de siete estudios primarios siendo significativamente positivo (16). El efecto se logra típicamente por una reducción en el número de pruebas diagnósticas, sin resultados adversos en los pacientes (14)

Las intervenciones multifacéticas

Las estrategias de intervención multifacéticas han obtenido constantemente mejoras significativas en el cumplimiento de indicaciones y el cambio de comportamiento. El efecto reportado fue de hasta el 60%. Intervenciones multidisciplinares tienen una mayor evidencia de la eficacia de las estrategias vs intervenciones individuales (10). Se describió una serie de combinaciones de estrategias, aunque no había evidencia de cualquier relación entre el número de componentes y la eficacia de la estrategia (11, 12), y no hay evidencia sobre el efecto de combinaciones de estrategias.

Los medios de comunicación y estrategias de distribución

Las estrategias de distribución y difusión tradicionales (como por correo postal) son generalmente ineficaces. Sólo una revisión sistemática concluyó que los métodos tradicionales de difusión fueron efectivos, la presentación de informes mejora del 39% en el proceso o el cumplimiento (6). En una revisión donde se registraron mejoras (reducción de costos en la prescripción de medicamentos, de acuerdo con el cambio de comportamiento deseado), los efectos fueron (8) estadísticamente significativos. La

eficacia de las estrategias de medios de comunicación masiva no son concluyentes. Una revisión sistemática reporto un beneficio significativo con cuestionables efectos en términos de costo-efectividad (13), otros hallazgos fueron contradictorios (9), y un tercero fue concluyente (15).

Contenidos de las GPC y su construcción

Existe una relación entre la complejidad del lenguaje de las GPC y el poco uso y cumplimiento de las mismas (5, 7). La adherencia de las GPC está relacionado con la credibilidad de la organización en desarrollo y/o grupo desarrollador, así como la evidencia científica que soporta las recomendaciones (rango 24-85% de adherencia) (4-8). Las recomendaciones producidas bajo metodología GRADE o metodología que son basadas por una evaluación de calidad de la evidencia y una presentación y deliberación de las mismas por un consenso de expertos, aumentaron la apropiación y adopción de las recomendaciones hasta un 40%, a raíz del desarrollo de estas metodologías (10, 11).

Sistemas de recordatorio y apoyo para la toma de decisiones

El uso de recordatorio y sistemas de apoyo clínico para la toma de decisión resultó consistentemente en mejores prácticas. Con frecuencia estas estrategias se apoyan en sistemas operativos multimedia, estas estrategias resultaron en mejoras en el proceso de cumplimiento hasta el 71,8%, y la reducción de costos de la atención hasta el 30% (13, 14).

Un meta-análisis encontró que los recordatorios implementados a través de un sistema de computadoras en un centro de atención ambulatorio mejoró significativamente la práctica clínica, incrementado la utilización de medicamentos de manera racional y reducción de eventos adversos. Los recordatorios a través de sistemas informáticos tuvieron un efecto ligeramente mayor en los médicos que los recordatorios entregados por medio manual o basados en papel (OR=1,77; IC95% 1,38-2,27 vs 1.57; IC95% 01.20-02.06); Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa (16). A pesar de este impacto positivo en el proceso de atención y el cumplimiento, el uso de sistemas basados en computadoras según los informes, se incrementó el tiempo de consulta por un máximo de 90 segundos. Por otra parte, la reducción de la satisfacción del médico se asoció con el estrés de la utilización de sistemas basados en computadoras (16).

Incentivos financieros

El efecto de los incentivos financieros no fueron concluyentes (tres revisiones sistemáticas de un total de seis estudios primarios) (6, 7) tuvieron efectos variables de 6% a 39%, y no hubo evidencia de que la magnitud del incentivo influyeran en el cumplimiento de las recomendaciones.

Inclusión de un líder de opinión local

Se identificó evidencia variables de calidad moderada, que los líderes de opinión locales promueven el cambio de comportamiento y la adherencia a las recomendaciones (8,10). Se reportaron mejoras de hasta un 39%, mientras que Doumit et al. (10) Informe de una diferencia de medias ajustada de 0,10, lo que representa un 10% mayor cumplimiento en los grupos de intervención. Se debe tener en cuenta las capacidades y características del líder de opinión, ya que de esto dependerá el sentimiento de confianza que pueda generar en los profesionales de la salud y por lo tanto sus interacciones con ellos serán satisfactorias (10). La evidencia a pesar de que clínicamente demuestra ser efectiva no demostró significancia estadística. La influencia social es el mecanismo por el cual los líderes de opinión son instrumentos de implementación, sin embargo ese líder debe ser capacitado tanto en la temática abordada como en el método establecido para el desarrollo de la GPC (4).

Las estrategias multicomponente o multifacéticas han demostrado ser más efectivas que las estrategias únicas; sin embargo, su efecto agregado puede incurrir en sesgo de medición y de información, debido a que no se conoce el efecto real de cada una de las intervenciones, así como el posible efecto de confusión de otros procesos institucionales.

Vigilancia del progreso de la implementación

Se hace necesario el fortalecimiento de los sistemas de información y la generación de indicadores propios de la implementación y adherencia de las GPC por parte de los profesionales de la salud y de los pacientes y usuarios. Así mismo la caracterización adecuada del contexto y de las posibles barreras de implementación (10). Otro estudio plantea la necesidad de hacer seguimiento de la incorporación de una cultura de consumo crítico de la literatura (11), concluyeron que a pesar de que los principios de la medicina basada en la evidencia, dominan el desarrollo metodológico de las guía de práctica clínica y, en sí misma, la práctica clínica, no existe evidencia de la evaluación de dichos procesos, solo de programas que han demostrado de una u otra manera ser efectivos a pesar de no ser afines a la medicina basada en la evidencia. Dichos programas le apuntan a ser fuertemente efectivos en los procesos de difusión e implementación, dejando de producto final la adopción de dichas recomendaciones. El proceso de vigilancia se basará en dichos ejercicios de manera periódica y necesariamente reinventados, si es necesario a partir del contexto social, político y cultural.

Análisis del contexto (identificación y análisis de barreras)

El análisis del contexto se desarrolló en dos etapas. La primera incluye el análisis del entorno en que se van a implementar la guía, la identificación de barreras en los entornos laboral, educativo, comunitario y el hogar, así como los procesos sociales, económicos y políticos que puedan comprometer el acceso y la implementación de las recomendaciones clínicas propuestas en esta GPC. Posterior al análisis de contexto se construyeron las estrategias de implementación basados en la revisión rápida de la literatura y la experiencia del grupo desarrollador a partir de un análisis estratégico con las

recomendaciones priorizadas para este proceso. En la segunda se realizó un análisis a partir de las funciones de los sistemas de salud, identificando los procesos relevantes que pueden influir en el éxito de la implementación de las recomendaciones de la GPC. Las funciones que se evaluaron fueron: prestación de servicios de salud, recursos humanos en salud, rectoría, financiamiento y sistemas de información. Este análisis permitirá establecer las necesidades en términos de sistema de salud para la adecuada implementación de intervenciones que de manera directa o indirecta mejoraran el desempeño de los sistemas de salud y por lo tanto de los resultados en salud, calidad de la atención y protección financiera.

La segunda etapa incluye el proceso llevado a cabo por el consenso, la aplicación del instrumento GLIA (Tabla 71) para el análisis de la posibilidad de implementar las recomendaciones desarrolladas en la guía de práctica clínica, y la construcción de indicadores de seguimiento y evaluación de la implementación de las recomendaciones indicadoras.

Tabla 71. Instrumento GLIA para evaluar la posibilidad de implementar las recomendaciones de la Guía de práctica clínica

No	Instrumento	Dominios
1	Facilidad de decisión	Precisa bajo qué circunstancias hacer algo.
2	Facilidad de ejecución	Precisa qué hacer en determinada circunstancia.
3	Efectos en el proceso de cuidado	El grado en el cual la recomendación impacta el flujograma usual de decisiones en un proceso terapéutico
4	Presentación y formato	El grado en el cual la recomendación es fácilmente comprensible y sucinta
5	Resultados medibles	El grado en el cual una recomendación identifica criterios de medición o resultados finales para evaluar los efectos de la implementación de dicha recomendación
6	Validez aparente	El grado en el cual la recomendación expresa claramente el propósito del desarrollador y la fuerza de la evidencia
7	Novedad o innovación	El grado en el cual la recomendación propone prácticas consideradas poco convencionales por los médicos o los pacientes.
8	Flexibilidad	El grado en el cual la recomendación contemple diversas condiciones y alternativas para su ejecución
9	Facilidad de sistematización	La facilidad con la cual una recomendación puede ser puesta en operación en un manejo clínico sistematizado

Las opciones de respuesta fueron las siguientes: S - : la recomendación responde a este criterio plenamente; N - : la recomendación no se ajusta a este criterio. El evaluador no está en condiciones de abordar esta pregunta debido a insuficiente conocimiento o experiencia en el tema. N/A - : el criterio no aplica a esta recomendación.

Este proceso anteriormente expuesto, de análisis del contexto, de identificación de barreras internas y externas, así como de los facilitadores y la formulación de estrategias de evaluación, permite desarrollar un análisis de planeación estratégica. Este proceso permite dar una línea de trabajo a los diferentes actores del sistema con referente a la implementación de las GPC y las posibles acciones que deben realizar para garantizar exitosamente su utilización.

Para la identificación de las barreras y los facilitadores de implementación, se recolectó información relevante en el consenso de expertos que se llevó a cabo para la generación de las recomendaciones adoptadas y en dos sesiones de trabajo del grupo desarrollador identificando para cada uno de los procesos de atención (prevención y promoción, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

Para desarrollar esta sección de análisis de contexto se utilizó el marco teórico propuesto por la Organización Mundial de la Salud de “pensamiento sistémico”, que establece las posibles relaciones entre las funciones de los sistemas de salud y los objetivos esperados del mismo. Para cada una de las funciones de los sistemas de salud se realizó un análisis DOFA para identificar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.

A continuación se define cada una de las funciones propuestas por la OMS y que utilizaremos para analizar las barreras y facilitadores de implementación y los posibles efectos de la misma implementación en el sistema de salud

Prestación de servicios. Comprende intervenciones, personales o no, efectivas, seguras y de calidad, otorgadas de manera eficiente a la población que lo requiera.

Sistemas de información. Es la función que habilita la producción, el análisis, la difusión y el uso de información fiable y oportuna sobre el desempeño de las estrategias de implementación.

Tecnología médica. Comprende los productos médicos y las tecnologías diagnósticas recomendadas por la guía de práctica clínica por su demostrada efectividad, seguridad y costo-efectividad.

Financiación. Se refiere a la instauración y organización de fondos suficientes para la compra de bienes y servicios de salud. En este caso se buscará la financiación sostenible del proceso de implementación de las recomendaciones de la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con conducta suicida.

Liderazgo y gobernanza. Se refiere a la generación de marcos normativos estratégicos, procesos de vigilancia de los actores y evaluación del desempeño y rendición de cuentas sistemáticas y validas tanto de las normas como de los procesos de control, con inclusión de la sociedad civil.

23.4 Resultados del contexto, análisis DOFA

Fortalezas y debilidades (características internas) (Ver Tabla 72 y Tabla 73)

Liderazgo y Gobernanza. Miembros de las Sociedades científicas correspondientes al tema hacen parte del grupo desarrollador de la GPC, con este proceso colaborativo entre sociedades científicas, IETS y Ministerio de Salud y Protección Social se trabaja en la consolidación de la asociación Estado-Academia y mejora la percepción del desarrollo de los documentos tipo GPC o documentos que soporten la toma de decisión en el ámbito local y nacional.

Rectoría. Fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social como ente gestor de documentos técnicos que soporten las decisiones en el sector salud con la mejor evidencia científica disponible.

Desarrollo de un método válido, replicable como es la metodología de adopción propuestas para esta GPC.

Fortalecimiento del Ministerio de Salud y de Protección social para la adopción e implementación de las GPC en los procesos del sistema que sean pertinentes.

Implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS) que permite la integración de la prestación de servicios de salud, el fortalecimiento de la rectoría del sistema a través de las entidades territoriales y la incorporación del modelo integral del riesgo en salud.

Sistemas de información. Fortalecimiento del sistema de información SISPRO y del sistema de información implementado por la cuenta de alto costo para realizar el seguimiento de la implementación de las recomendaciones propuestas en la GPC.

Empoderamiento de los pacientes (Autocuidado). Incluye al paciente en el conocimiento técnico de la guía de práctica clínica, así como de las decisiones tomadas a partir de ella. Se incluyeron a los pacientes en el desarrollo de la GPC, en el consenso de expertos para la discusión y aprobación de las recomendaciones, en este escenario la opinión de los pacientes fue relevante para la concertación de las recomendaciones adoptadas y en la identificación de barreras del contexto para su implementación.

Educación. Incluye la creación de grupos interdisciplinarios y la existencia de programas de educación a los profesionales de la salud de pregrado y post grado relacionados con los factores de riesgo para conducta suicida, su diagnóstico y tratamiento.

Financiamiento y recursos humanos en salud. Incluyen la creación de un plan de incentivos para la aplicación de las recomendaciones clínicas, como lo puede ser el mecanismo de pago por desempeño o mecanismo de pago prospectivo integral ajustado por calidad de la atención.

Formación de recurso humano en salud en los aspectos clave de la GPC mejorando la capacidad de respuesta de cada uno de ellos y por consiguiente alcanzando los resultados en salud esperados. En este caso se considera fundamental continuar realizando procesos encaminados a la capacitación para la atención en salud de mental en la atención primaria en salud (APS).

Evaluación y vigilancia. A partir de los indicadores de estructura, proceso y resultado propuestos para la GPC y el adecuado reporte y seguimiento por parte de los diferentes actores del sistema de salud, reportar de manera periódica y adecuada los procesos y resultados en salud obtenidos.

Amenazas y oportunidades (situación externa)

Gobernanza. Debilidades en el sistema de vigilancia y control de los procesos y la prestación de servicios de salud para la prevención y tratamiento de la conducta suicida.

Desconocimiento del proceso de desarrollo de la GPC, desconocimiento de la metodología de adopción y del proceso de consumo crítico de evidencia científica por parte de los profesionales de la salud clave en la implementación de la GPC.

Oferta de servicios de salud: La carencia de programas de atención primaria en salud integral para población y la limitación de acceso a atención médica especializada, hace que el diagnóstico sea menor y de esta manera el tratamiento sub óptimo.

Tabla 72 Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada entorno propuesto por el MIAS.

ENTORNO	Barreras	Facilitadores
Educativo	Falta de comunicación entre las necesidades en salud del sector educativo y el sistema de salud. Falta de reconocimiento de las GPC como instrumento educativo en los estudiantes y profesores	Programas informativos y educativos sobre enfermedades de salud mental.
Hogar	Desconocimiento de la enfermedad y del cuidado que se debe dar en el núcleo familiar o red de apoyo.	Incorporación de estrategias de cuidado, autocuidado y cuidado al cuidador tanto en el MIAS como en la GPC.
Comunitario	Deficiencia de programas sociales que permitan el apoyo comunitario a los pacientes y familias.	Ruta integral de atención, gestión de acciones intersectoriales en el marco del MIAS para salud mental.

Tabla 73. Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada función del sistema de salud.

Función del sistema de salud	Barreras	Facilitadores
Gobernanza y liderazgo	<p>Falta de procesos de rendición de cuentas</p> <p>Limitaciones en la evaluación del desempeño de la implementación de las recomendaciones clínicas de la guía de práctica clínica</p> <p>Desconocimiento del proceso de desarrollo de la GPC, metodología de adopción y participación</p>	<p>Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)</p> <p>Marco normativo de desarrollo e implementación de la guía de práctica clínica para el país</p> <p>Empoderamiento de los profesionales de la salud por parte del sistema</p> <p>Inclusión de los pacientes y usuarios dentro de la toma de decisiones en la guía de práctica clínica.</p> <p>Empoderamiento de los pacientes en el autocuidado</p>
Financiamiento	Financiamiento de acciones dirigidas protección social	Gestión intersectorial.
Generación de recursos	<p>Generación de capacidades para la atención integral en salud para la prevención y detección temprana.</p> <p>Concentración del recurso humano calificado en las grandes ciudades</p>	Fortalecimiento de los actores de las intervenciones propias de la guía de práctica clínica

Función del sistema de salud	Barreras	Facilitadores
Prestación de servicios	<p>Limitado o inexistente acceso a los servicios de salud de manera equitativa en todo el territorio nacional</p> <p>Falta de recurso humano en salud en zonas rurales y dispersas</p> <p>Fragmentación de la prestación de servicios de salud</p> <p>'Inequidad' en el acceso, por oferta insuficiente y de baja calidad</p>	<p>Sistema de salud descentralizado</p> <p>Implementación del programa de habilitación de servicios de salud</p> <p>Implementación y creación de la red integral de servicios de salud</p>
Sistemas de información	<p>Falta de integración del sistema de información</p> <p>Baja calidad de los datos recolectados</p>	<p>Actualmente se están implementando sistemas de información que buscan integralidad de funciones y descentralización de la toma de decisiones</p>

Se evaluaron otros aspectos externos al sistema de salud, pero igualmente importantes, como son:

Ejercicio del derecho a la salud, al buen trato y a estar informado: Requiere de desarrollos de investigación formal para crear estrategias de ejercicios de derecho a la salud, así como mecanismos de rendición de cuentas de la sociedad civil ante el ejercicio de derecho.

23.5 Priorización de recomendaciones para trazar el plan de implementación

El objetivo fue que el grupo desarrollador revisará el primer documento donde están todas las recomendaciones de la guía, luego de una discusión, se calificaron dichas recomendaciones de 1 a 5, teniendo en cuenta tres criterios:

- Capacidad de incidir en el resultado
- Mayor capacidad de innovación
- Mejor relación costo-beneficio si la recomendación tiene información sobre estudios económicos realizados previamente.

Posteriormente, se aplicó el instrumento GLIA (Guideline Implementability Appraisal) para evaluar la posibilidad de implementar las recomendaciones clínicas de una guía de práctica clínica, de manera que contribuyera a reconocer y proponer aspectos del contexto y de la GPC que se requiera para garantizar el adecuado uso e implementación de la GPC en los diferentes niveles de atención del sistema de salud colombiano

El proceso de aplicación del instrumento GLIA se trabajó de manera formal, con reuniones periódicas con el grupo desarrollador, evaluando cada una de las dimensiones del instrumento por cada recomendación clínica generada en el consenso de expertos llevado a cabo de manera presencial. La guía metodológica establece la necesidad de priorizar recomendaciones para la evaluación de barreras de implementación y facilitadores en el caso de una gran cantidad de recomendaciones. Se realizó la priorización de recomendaciones por medio de la herramienta 13 propuesta por el documento de la guía metodológica.

Las recomendaciones priorizadas se enuncian a continuación (Tabla 74).

Tabla 74. Priorización de recomendaciones para implementar la Guía de práctica clínica

Proceso de la atención	No.	Recomendaciones
Diagnóstico	30	<p>Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un profesional de salud mental debidamente capacitado.</p> <p>* En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por telepsiquiatría.</p>
Diagnóstico	63	<p>En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos.</p> <p>*La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental).</p>
Tratamiento	39	<p>El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible.</p>
Seguimiento	48	<p>El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio.</p> <p>*El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida.</p>

Proceso de la atención	No.	Recomendaciones
Seguimiento	49	Si la persona no asiste a su cita de seguimiento y se cree que todavía tiene un riesgo significativo de suicidio, el clínico debe hacer esfuerzos para contactar a esa persona inmediatamente para evaluar su riesgo de suicidio o auto-agresión.

Después de seleccionar, priorizar e identificar las implicaciones en la implementación de las recomendaciones clínicas seleccionadas, se procedió a generar los indicadores de gestión y de evaluación de dicha implementación según los resultados en salud de cada una de ellas. Para los indicadores de resultado clínico, se abordaron las dimensiones propuestas por Donabedian, et al., (14, 15): indicadores de estructura, proceso y resultado. Concomitantemente, se hizo una revisión de la evidencia científica de indicadores de gestión y de resultado para la implementación de la guía de práctica clínica, teniendo en cuenta el proceso realizado por la cuenta de alto costo y SISPRO.

23.6 Análisis

Existen cuatro grandes problemáticas identificadas para la implementación de la GPC, las cuales se enuncian a continuación.

Falta de educación sobre los procesos de prevención de la conducta suicida por parte de los profesionales de la salud.

Desconocimiento de los contenidos y la metodología de adopción de la GPC. Lo que hace que los profesionales de la salud no utilicen el documento para conocimiento y toma de decisiones en salud.

Disponibilidad de recurso humano capacitado en el consumo crítico de literatura científica

Problemas de implementación del Modelo Integral de atención en salud: El MIAS es una estrategia facilitadora de implementación de la GPC dado que integra la prestación de servicios de salud, integra la atención de las poblaciones, colectivos e individuos. El MIAS otorga funciones claras a los individuos con el autocuidado, a los prestadores y aseguradores como prestadores del sistema de salud y a la entidad territorial como el gestor a nivel local del sistema de salud. Reestablece la rectoría del sistema en el Ministerio de Salud y de Protección social haciendo que las normas para regular a los actores sean cada día más eficiente.

Barreras y facilitadores de implementación de la guía de práctica clínica, en cada recomendación trazadora de la GPC

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
Diagnóstico	<p>Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un profesional de salud mental debidamente capacitado.</p> <p>* En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por tele psiquiatría.</p>	<p>Disponibilidad de profesionales especializados en salud mental y conducta suicida. Falta de cultura de primer respondiente en salud mental en los servicios de urgencias</p>	<p>Capacitación e incorporación de la salud mental en la APS</p>
Diagnóstico	<p>En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos.</p> <p>*La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o</p>	<p>Desconocimiento del procedimiento de tamización de riesgo suicida por parte de los profesionales de la salud. Desconocimiento de la evidencia científica por parte de los profesionales de salud. Falta de desarrollo de protocolos de acción frente al individuo con conducta suicida y su familia en los servicios de urgencias</p>	<p>Desarrollo de la GPC. Adopción de GPC a los territorios e IPS's</p>

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
	escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental).		
Tratamiento	El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible.	Falta de acceso efectivo a los tratamientos psicofarmacológicos y/o psicológicos	Implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental
Seguimiento	El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio. *El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida.	Falta de articulación de las acciones en salud del prestador primario y prestador complementario en el MIAS. Problemas de acceso a los servicios de salud especializados en salud mental	Desarrollo de la GPC. Implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental

Proceso de la atención	Recomendaciones	Barreras	Facilitadores
Seguimiento	Si la persona no asiste a su cita de seguimiento y se cree que todavía tiene un riesgo significativo de suicidio, el clínico debe hacer esfuerzos para contactar a esa persona inmediatamente para evaluar su riesgo de suicidio o auto-agresión.	Alta rotación del personal de salud en las instituciones y centros de prestación de servicios de salud	Desarrollo de la GPC. Implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental

Estrategias identificadas para la implementación de la guía de práctica clínica

Este modelo y la propuesta de estrategias de implementación se estructura con base en fases de implementación e intervenciones en las funciones del sistema de salud, y buscando cuatro objetivos: difusión, divulgación, implementación y adopción.

23.7 Fases de implementación

Se describen 4 fases de implementación, no necesariamente secuenciales, así mismo, según el contexto no todas las 4 se deben realizar: a) Difusión, b) Divulgación, c) Implementación, d) Adopción (9).

A continuación se definen cada una de estas fases:

Difusión.

Se refiere a los procesos de distribución de la información. La distribución de la guía de práctica clínica, por lo general, se desarrolla de forma pasiva, por medios clásicos como la utilización de medios masivos de comunicación para la presentación de la guía y sus recomendaciones, reuniones o eventos formales de presentación a nivel nacional, regional, local o institucional, diseño de portales de internet para consulta libre, envío de copias impresas a los actores interesados, etc. (9).

Divulgación.

Se refiere a la comunicación y el desarrollo de actividades que buscan mejorar el conocimiento o las habilidades de los usuarios blanco de la guía, prestadores de servicio y pacientes) (9).

Implementación.

Es un proceso más activo que los dos anteriormente enunciados. El objetivo de esta fase es trasladar las recomendaciones contenidas en la guía de práctica clínica al proceso de prestación de servicios de salud. Implica estrategias de comunicación efectiva, conjuntamente con estrategias y actividades orientadas a la identificación y el manejo de las dificultades o barreras del entorno local, con el fin de poner en marcha las recomendaciones propuestas en la guía (9).

Adopción.

Se refiere a la decisión de cambiar la práctica clínica, en la misma dirección de las recomendaciones de la guía de práctica clínica. Por lo general, esta decisión involucra al ente rector en diferentes niveles de acción del sistema de salud (institucional, entidad territorial y nacional). El efecto final de este proceso se verá reflejado en la utilización de las recomendaciones por los usuarios, entendiéndose como usuarios a los pacientes, cuidadores y prestadores de servicios de salud (9).

Los objetivos de la implementación satisfactoria de la Guía de Práctica Clínica Para la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Adopción), desde una perspectiva de los sistemas de salud, son:

- Mejoramiento de la salud (de manera equitativa)
- Protección financiera
- Mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- Mejoramiento del desempeño del sistema de salud

Las estrategias de implementación propuestas para esta GPC son:

- Educación de los profesionales de la salud a través de educación formal por entidades académicas o personal capacitado en educación médica sobre:
- Educación sobre prevención, tamización y diagnóstico temprano del individuo con conducta suicida.
- Incorporación de las recomendaciones clínicas en las rutas integrales de atención en salud del modelo de atención en salud propuestos por el Ministerio de Salud y de Protección Social
- Incentivos financieros: Incentivos financieros dirigidos a los actores responsables de la implementación, adopción y adherencia a las recomendaciones. El mecanismo de pago por desempeño ajustado por calidad o el mecanismo de pago prospectivo integral ajustado por indicadores de resultados en salud son propuestas del grupo desarrollador para mejorar la implementación de los nuevos procesos de atención, así como la adherencia de las intervenciones propuestas por la GPC.
- Establecimiento de la gobernanza: En las instituciones prestadoras de servicios de salud una estrategia para garantizar la creación del equipo de implementación dentro de la institución para desarrollar las estrategias de implementación a mediano y largo plazo con posibilidad de evaluar la adherencia como desenlace propio del efectivo proceso de implementación de las recomendaciones de la GPC. Esto conlleva al fortalecimiento del sistema de auditoría médica, el sistema de información en salud y el de registros médicos a través de los mecanismos planteados por la IPS's.
- La historia clínica electrónica es el elemento de integración de la toma de decisiones basada en evidencia científica, el sistema de recordatorios de implementación de recomendaciones y el sistema de información para el seguimiento del grado de implementación y aceptación de las recomendaciones propuestas en esta GPC.

23.8 Vigilancia del proceso de implementación

Para supervisar el proceso de implementación, se diseñaron los siguientes indicadores, según las recomendaciones establecidas.

Los indicadores (Tabla 75) propuestos están fundamentados en dos metodologías:

- 1) Metodología del Balanced Score Card, agrupados en dos categorías:

- Indicadores de gestión: describen el proceso de implementación de la guía de práctica clínica.
- Indicadores de resultado clínico: describen las consecuencias en salud de la implementación de las recomendaciones. Corresponden a aspectos clínicos y asistenciales específicos que los expertos han considerado adecuados para el seguimiento de las recomendaciones propuestas en la guía de práctica clínica.

2) Clasificación de indicadores según la teoría de servicios de salud propuesta por Donabedian, et al (17, 18), la cual clasifica los indicadores en tres categorías: a) indicadores de estructura, b) indicadores de proceso, y c) indicadores de resultado.

Tabla 75. Indicadores de gestión y de resultados de la implementación de la guía de práctica clínica para prevención y tratamiento de la conducta suicida

Recomendación	Nombre	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
<p>Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un profesional de salud mental debidamente capacitado.</p> <p>* En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por telepsiquiatría.</p>	Capacitación de profesionales en medicina o psicología del servicio de urgencias en MhGAP	Estructura	Personal de urgencias (medicina /psicología) entrenado en MhGAP	# de profesionales (medicina / psicología) capacitados en MhGAP	# total de profesionales (medicina / psicología) del servicio de urgencias	Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con profesionales capacitados.	Semestral	Porcentaje	Historia clínica

Recomendación	Nombre	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
<p>En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos.</p> <p>*La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental).</p>	Tamización del riesgo de suicidio en pacientes con presencia de factores de riesgo	Proceso	Identificación temprana de individuos con factores de riesgo de conducta suicida	# de personas con factores de riesgo de conducta suicida tamizados (con cualquiera de los instrumentos considerados en la recomendación)	# de personas con factores de riesgo de conducta suicida identificados en el servicio de urgencias (egreso vivo)	Detección temprana	Semestral	Porcentaje	Numerador: Historia clínica Denominador: RIPS

Recomendación	Nombre	Tipo Indicador	Definición	Numerador	Denominador	Objetivo	Periodicidad	Unidad de medida	Fuente
<p>El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio.</p> <p>*El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida.</p>	Seguimiento en la primera semana después del alta hospitalaria	Proceso	Seguimiento oportuno de pacientes con conducta suicida	# personas con seguimiento por el psiquiatra 1 semana posterior al diagnóstico de conducta suicida en hospitalización	# personas con diagnóstico de conducta suicida en hospitalización que requieren seguimiento posterior a una semana	Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud mental	Semestral	Porcentaje	Numerador Historia clínica Denominador RIPS BDU A
<p>El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible.</p>	Tratamiento de enfermedades mentales subyacentes	Proceso	Recepción de tratamiento para enfermedades mentales comorbidas	# de personas con diagnóstico de conducta suicida (F00 – F99) + diagnóstico de trastorno mental (X60 – X84) que reciben tratamiento farmacológico o psicoterapia	# de personas con diagnóstico de conducta suicida (F00 – F99) + diagnóstico de trastorno mental (X60 – X84)	Verificar el acceso a tratamiento para comorbilidades mentales	Semestral	Porcentaje	Numerador: RIPS – HC Denominador: RIPS

Al realizar un análisis de la evidencia identificada relacionada con procesos de implementación de GPC orientadas a la conducta suicida, se evidencia que para esta condición de salud y la adecuada implementación de las recomendaciones de la GPC se hace necesario realizar acciones sectores e intersectoriales dirigidas a:

1. Capacitación del personal de salud, orientada a la identificación de factores de riesgo para conducta suicida, así como de la atención oportuna y derivación en casos de ser necesario.
2. Capacitación de sectores externos (educación, comunidad, entre otros), el objetivo de esta capacitación es brindar herramientas para la identificación de signo de riesgo para conducta suicida, e intervención primaria.

De igual manera, es necesario que la comunidad en general conozca los factores sociales que pueden derivar en conducta suicida de acuerdo a los entornos en los cuales se desarrolló el individuo y la etapa del curso de vida en la cual se encuentre.

24 ASPECTOS LEGALES DEL SUICIDIO EN COLOMBIA

24.1 Sobre la prevención y atención integral de la ideación y/o conducta suicida

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, cuenta con el componente de “Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia” que incluye dentro de sus objetivos: Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, **suicidio** y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos (336)

La Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud mental en su Artículo 8 sobre Acciones de promoción contempla (337):

El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, **prevención del suicidio**, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras. Estas acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y adultos mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes. El Ministerio de Educación Nacional en articulación con el Ministerio de salud y Protección Social, diseñarán acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental.

Las acciones consignadas en este artículo tendrán seguimiento y evaluación de impacto que permita planes de acción para el mejoramiento continuo así como la gestión del conocimiento, investigación e innovación.

La Resolución 5521 de 2013 en el capítulo VI hace alusión directa a la atención sobre el comportamiento suicida y brinda las condiciones para la atención integral de urgencias, ambulatoria y con internación incluyendo una atención con calidad a las personas que presentan intento de suicidio, dentro del plan obligatorio de salud (338).

Artículo 67. Atención con internación en salud mental para la población general.

El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes. Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u

hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Según el estudio Forensis Comportamiento del Suicidio en Colombia, 2013 (514), se hace necesaria la implementación de sistemas encaminados hacia la prevención que permitan identificar a nivel nacional los casos de conducta suicida e intento suicida como el realizado por el **Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida (CIECS)**, que en trabajo conjunto con la secretaria distrital de salud y las empresas sociales del Estado han desarrollado e implementado un sistema de vigilancia epidemiológica encaminado hacia la reducción de las tasas de suicidio en la ciudad de Bogotá y a la prevención del mismo, con el fin de hacer la intervención integral de los casos identificados. A la fecha de elaboración de la presente GPC, el Comité se encuentra en reorganización, dado el cambio institucional de los creadores, promotores y participantes del mismo.

24.2 Sobre las responsabilidades de los profesionales de salud ante los casos derivados de la ideación y/o conducta suicida

¿Cuál es la causa más frecuente de demandas judiciales en psiquiatría?

La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala práctica (658). En la mayor parte de los casos se pide la aplicación de la figura de “imprudencia temeraria” por no prever ni prevenir adecuadamente el comportamiento suicida del paciente (659).

En los suicidios, el profesional de la salud sólo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional haya sido manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

¿En qué se fundamenta la responsabilidad profesional en el ámbito de salud?

Responsabilidad es la obligación de responder ante la Ley de nuestra actuación profesional y la obligación de reparar o satisfacer el daño originado, los perjuicios ocasionados y el sufrimiento creado. Su fundamento es la producción de un daño originado por una conducta inadecuada, no voluntaria pero que debió ser prevista y en la que se ha vulnerado el deber objetivo de cuidado. Dicha conducta inadecuada puede ser, según la jurisprudencia, imprudente (asumiendo riesgos innecesarios, como guardar el secreto del paciente en el que le expuso su deseo de suicidarse y este consuma el suicidio), negligente (con grave dejadez o descuido, omite la información a terceros) o imperita (carencia de conocimientos o de experiencia, desestimar la amenaza suicida) (660).

Los casos más frecuentes de mala praxis de la que puede derivar responsabilidad son los siguientes:

- Diagnóstico incorrecto o negligente que da lugar a un alta indebida de un paciente que posteriormente se suicida o se lesiona.
- Diagnóstico incorrecto o negligente del que deriva un ingreso o retención improcedente.
- En el manejo del paciente: fracaso para proteger o controlar a un paciente con conducta suicida.

- Actitud paternalista absoluta del terapeuta, sin permitir opiniones y preferencias del paciente, se debe según las circunstancias promover la autonomía del paciente
- Mal manejo de la confidencialidad de la información proporcionada por el paciente que puede llevar a situaciones de discriminación y estigmatización.

Según el Artículo 131, del código penal sobre *Omisión de socorro*.

“El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión de dos (2) a cuatro (4) años”, artículo aplicable a los casos en que se abandone o se omita ayuda a una persona víctima de accidente en la vía pública, pero también puede aplicarse en caso que un profesional de la salud que conociendo la intención suicida de una persona que consulta probablemente pidiendo ayuda no busca evitar un desenlace fatal (661).

¿Cuáles serían algunos de los aspectos de buena práctica en el enfoque de la conducta suicida?

- Se ha de valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio, y si no se dispone de medios suficientes, remitir al enfermo para su tratamiento apropiado a otros profesionales o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada.
- El profesional de salud debe ser también capaz de manejar las situaciones de crisis, informar a la familia de manera clara y adecuada, dar pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico, motivar al paciente para el tratamiento y asumir la responsabilidad de su situación.
- Es necesario efectuar las oportunas advertencias del potencial suicida del tratamiento a fin de evitar demandas legales por imprudencia profesional. A efectos legales conviene saber que, aunque el prospecto de los medicamentos por analogía actúa como un “consentimiento informado,” es mucho más correcto y seguro anotar en la historia clínica las advertencias sobre el riesgo de suicidio que se han hecho, tanto al paciente como a su familia.
- En último lugar, existen medidas de control consistentes en el ingreso con un mayor o menor grado de vigilancia.

Una cuestión clave es realizar una historia clínica completa y correcta del paciente, que ayudará a realizar un seguimiento adecuado del mismo y a prevenir dificultades al responsable del tratamiento. En ella deben anotarse todas las exploraciones practicadas, el riesgo estimado de suicidio, todas las medidas tomadas al respecto y recoger la evolución y cada una de las decisiones adoptadas. Sin embargo, no ha de olvidarse que algunos suicidios son inevitables, por muy expertos y diligentes que sean los responsables del tratamiento y la familia (avalia-t 2012).

El médico tratante de un paciente con conducta suicida y/o heteroagresividad deberá tener en cuenta la legislación Colombiana cuando sea necesario hacer internación involuntaria y contención farmacológica o física, deberá según el principio de proporcionalidad y las circunstancias del caso intentar contención verbal o sedación antes de la contención mecánica o restricción física, con la utilización de medidas homologadas que permitan la protección del paciente y de su entorno sin generar un daño mayor, en cuyo caso deberá consignar en la historia clínica claramente las indicaciones precisas que lo llevaron a tomar cualquier decisión de tratamiento, así como procurar obtener el

consentimiento de un familiar o representante legal y como lo dicta la **Ley 1306 de 2009** en su artículo 21 sobre el Internamiento psiquiátrico de Urgencia, deberá informar al instituto de Bienestar Familiar (a quien corresponde por intermedio del Defensor de Familia, prestar asistencia personal y jurídica a los sujetos con discapacidad mental absoluta de cualquier edad), dentro de los 5 días hábiles siguientes, al ingreso del paciente internado de urgencia, relacionando los datos sobre identidad, estado clínico y terapia adoptada. El propósito de dicha ley es propender por el respeto a los derechos de las personas vulnerables en situación de discapacidad así como aclarar que los encargados de la custodia y protección de las personas con trastornos mentales y/o discapacidad cognitiva serán: los padres, el cónyuge, las personas asignadas por el juez y el Estado por intermedio de los funcionarios e instituciones legítimamente habilitadas (287).

24.3 Sobre el consentimiento informado en la atención de pacientes con ideación y/o conducta suicida.

Para el caso del paciente que se presenta con ideación y/o conducta suicida y que requiera procedimientos médicos específicos como terapia electroconvulsiva, siguiendo el principio de dignidad humana, se debe contar siempre con el correspondiente consentimiento informado por escrito del paciente o los familiares o representantes legales, de no ser posible su obtención, se requiere que esta decisión sea avalada por un comité de expertos constituido por diferentes profesionales que no sólo incluyan especialistas en Psiquiatría (662) y aunque en ciertos casos cuando la capacidad de decisión este alterada y la obtención del consentimiento se dificulte, las instituciones y el equipo tratante deberá procurar tomar la decisión en forma compartida con el paciente o representante legal, tanto para adultos como para menores adultos (14- 18 años) (663).

El consentimiento informado al ser un acto jurídico debe otorgarse por una persona capaz, en este caso por ejemplo, la depresión no excluye la capacidad de decisión en todos los casos, aquí si es importante evaluar la “competencia” para la toma de decisiones, sin embargo en niños prevalece el interés superior del menor en tanto este en riesgo su integridad física y deberá realizarse mediante instrumentos validados (Como el Minimental test o entrevista semiestructurada Macartur) (308-310) sobre el interés superior del menor y consentimiento informado en pediatría).

La ley 1098 de 2006 (664), en su artículo 3, establece: “Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.” En diferentes sentencias de la Corte Constitucional, así como en el Código Civil Colombiano en su artículo 34, se hace una distinción en el rango de edad para niños y niñas en las categorías:

1. Infantes o niños: de 0 hasta <7 años
2. Impúberes: desde los 7 a <14 años
3. Menores adultos: entre los 14 y <18 años

Dicha distinción en rangos se utiliza para los términos en los cuales se define el consentimiento informado para los menores de dichas edades así: para infantes e

impúberes el consentimiento lo otorgan los padres o representantes legales, y en menores adultos (14 – 18 años) el consentimiento lo da el menor en conjunto con sus representantes legales (consentimiento complementado). Ante la eventualidad de una urgencia las decisiones deberán ser concertadas entre los padres, el menor y el médico, teniendo en cuenta la autonomía según el rango de edad. Según esta sentencia mencionada para el consentimiento informado en pediatría se deben tener en cuenta 3 ejes fundamentales:

- A. Edad
- B. Impacto del tratamiento sobre la autonomía actual y futura del niño.
- C. La Urgencia del caso.

En cualquier tratamiento psiquiátrico se deberá contar con el consentimiento previo del paciente o de familiares y/o allegados. El consentimiento, dependiendo del procedimiento, puede ser expreso o tácito; debe tenerse en cuenta, además, que el contenido de la información para que el paciente se decida por un determinado procedimiento no puede depender de formularios estándar, sino que debe adaptarse a cada situación en concreto atendiendo las circunstancias específicas del paciente y de la condición que se pretenda tratar (662).

24.4 Sobre la confidencialidad en la atención del paciente con conducta suicida

La confidencialidad en la práctica médica se refiere al derecho que tiene el paciente a mantener bajo reserva su información personal y a decidir libremente a que personas y en qué momento revelará dicha información, definición respaldada en la **Ley 1616 del 2013 sobre salud Mental en el Artículo 6**, sobre los derechos que tienen las personas con discapacidad a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes (337).

Sin embargo, éste derecho no es absoluto hay excepciones que los profesionales deben conocer y que los enfermos necesitan aceptar y comprender, esto ocurre en situaciones en las cuales el respeto por la autonomía del enfermo entra en conflicto con el deber de evitar daños a terceros o al mismo paciente (665).

Cuando una persona se considera en crisis aguda, la primera responsabilidad del clínico es trabajar para proteger la seguridad de la misma. Esto puede implicar infringir la confidencialidad a través del contacto, consulta e información con los miembros de la familia o a otras personas. La pertinencia de hacer participar a la familia o allegados de la persona, se determina a partir de varios factores. Si la persona en riesgo no desea que sean notificados y esto no compromete la seguridad de la misma, entonces debe mantenerse la confidencialidad.

En algunos casos los miembros de la familia, allegados o las parejas pueden estar contribuyendo al riesgo suicida de una persona (por ejemplo, en situaciones de abuso), en cuyo caso la responsabilidad de los clínicos es proteger a la persona en riesgo de suicidio el protocolo de manejo correspondiente al caso (como valoración por trabajo social y dar aviso a la Policía) (10).

Así lo establece la **Ley 23 de 1981 en el Capítulo III Artículo 37 y 38 (663)** donde se entiende por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por

razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. La revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, en aquello que le concierne y convenga.
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud en los casos previstos por la ley
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se pongan en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Según los principios éticos de los Psicólogos, el **Código de Conducta de la American Psychological Association (APA)** y sus enmiendas publicadas en el 2010 en su capítulo sobre Privacidad y Confidencialidad se discutirá con el paciente las limitaciones relevantes en la confidencialidad y los usos previsibles de la información obtenida a través de las actividades de diagnóstico o tratamiento (666).

24.5 Sobre la Inducción al suicidio

Usualmente, un acto suicida lo comete una persona de manera autónoma y voluntaria haciéndose responsable por las circunstancias y acciones que lo llevan a tomar la determinación de quitarse la vida, no obstante, existen situaciones en las que el individuo no puede acabar con su vida por sí mismo a pesar de desearlo y otras personas de su entorno deciden ayudarlo para que la persona logre sus intenciones, facilitando medios formas o mecanismos para que pueda cometer el suicidio.

En Colombia el intento de suicidio no se considera un delito pero, inducir, incitar, ayudar o instigar a otra persona a cometer suicidio si es un delito que puede ser penalizado con 1 a 6 años de prisión independientemente del interés humanitario por terminar el sufrimiento de la persona que lo solicita, si bien la eutanasia está despenalizada y reglamentada en el país, el suicidio asistido no está despenalizado, en este caso específico sobre inducción al suicidio, consiste en ejercer una influencia física o mental sobre la víctima para conseguir que en un momento dado ésta cometa suicidio, así lo contempla la Ley 599 de 2000 en su artículo 107: **“Inducción o ayuda al suicidio:** El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.”

Referencias

- 1.Hoppe J-D, der Bundesärztekammer B. Stellungnahme zur Elektrokrampftherapie (EKT) als psychiatrische Behandlungsmaßnahme. Deutsches Ärzteblatt. 2003.
- 2.Psychiatrists TRAaNZCo. Clinical Memorandum #12. Electroconvulsive Therapy. Guidelines on the administration of electroconvulsive therapy (ECT) New Zealand: The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists; 2005. Available from: <http://www.psychtraining.org/ECT-Guidelines-latest.pdf>.
- 3.Adulto GdTseMdlDMee. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. . Santiago de Compostela: 2008 Contract No.: Informe No.: avaliat 2006/06.
- 4.Association AP. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors United States: American Psychiatric Association; 2003. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf.
- 5.Heisel MJ, Grek A, Moore SL, Jackson F, Vincent G, Malach FM, et al. National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide. Canadian Journal of Geriatrics. 2006;9(SUPPL. 2):S65-S70.
- 6.Lefevre ML. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. preventive services task force recommendation statement. Annals of Internal Medicine. 2014;160(10):719-26.
- 7.suicida. GdtdlGdpcdpytdlc. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Santiago de Compostela: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf.
- 8.Brim C, CEN C, Halpern J, Storer AA, Barnason FS, APRN-CNS C, et al. Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment United States 2012. Available from: <https://www.ena.org/practice-research/research/CPG/Documents/SuicideRiskAssessmentCPG.pdf>.
- 9.Ontario RNAo. Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior Canada 2009. Available from: <http://rno.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>.
- 10.Health NZGGNaMo. The assessment and management of people at risk of suicide Wellington, New Zealand 2008. Available from: http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide_guideline.pdf.
- 11.Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic Reviews. 2008;30(1):133-54.
- 12.Organization WH. Global Health Estimates 2014 Summary Tables: Deaths by Cause, Age and Sex, by WHO Region, 2000 - 2012 Geneva, Switzerland 2014. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
- 13.Violencia INdMLyCFGCdRNs. Boletín Epidemiológico. Suicidio de indígenas en Colombia. 2010-2014. Bogotá 2014. Available from: <http://www.medicinallegal.gov.co/documents/10180/778488/indigenas.pdf/5c4cc0a3-8695-42c2-bf59-7f39164c6826>.
- 14.Organization WH. World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals Geneva, Switzerland 2016. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/.

15. Social MdSyP. MinSalud trabaja para reducir incidencia de conducta suicida entre jóvenes. Boletín de Prensa No. 296 Bogotá 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-reducir-incidencia-conducta-suicida-entre-i%C3%B3venes.aspx>.
16. Ministerios de la Protección Social CdEeleSdlFSFdB, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para elaboración de Guías de Práctica Clínica con Evaluación Económica en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano Bogotá, Colombia 2010. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20gu%C3%ADas.pdf>.
17. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010;63(12):1308-11.
18. Ministerio de Salud y Protección Social OPdIS. Adaptación de Guías de Atención para Colombia / mhGAP Bogotá, Colombia 2016. Available from: <http://url.minsalud.gov.co/oykoi>
19. Organization WH. mhGAP Intervention Guide - Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf?ua=1>.
20. Salud OMDI. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza: Programa de acción Mundial para superar las brechas en salud mental. Organización Mundial de la Salud. ; 2010. Available from: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>.
21. Organization WH. Prevención del suicidio un imperativo global 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1.
22. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
23. Organization WH. World report on violence and health Geneva 2002. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
24. Prevention. CfDCaPNCfIPaCDoV. Preventing Suicide. Program Activities Guide Atlanta, Georgia 2010. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf>.
25. Chinchilla A CJ, Quintero F, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. 2a. ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2010.
26. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide - Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(8):e1-e21.
27. Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*. 1993;87(371):9-20.
28. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(3):237-52.
29. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr TE. Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):248-63.

30. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner Jr TE. Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):264-77.
31. Organization WH. World report on violence and health. Chapter 7: Self-directed violence 2002. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.
32. Toxicología OmdISDdSMY. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud Ginebra2000. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf.
33. Mladovsky P AS, Masseria C, HernándezQuevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf?ua=1.
34. Sullivan GR BBAsritapEKP, ed. Behavioral Emergencies An evidencebased resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
35. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2004;4.
36. Oquendo MA, Currier D, Posner K. Reconceptualizing psychiatric nosology: The case of suicidal behaviour. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009;2(2):63-5.
37. López-Ibor JJ, Alonso J, Haro JM. European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD): contributions for the mental health in Spain. *Actas españolas de psiquiatría*. 2007;35 Suppl 2:1-3.
38. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica*. 2006;126(12):445-51.
39. Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2003;33(3):395-405.
40. Guevara Werlang B, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003;25(4):212-9.
41. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *The Journal of school health*. 2000;70(7):271-85.
42. Bertolote JM FA. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8.
43. Pérez Barrero SA MD. El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid, España: Ediciones Pléyades; 2006.
44. Bobes García J GUJ, Saiz J. . Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. . Madrid, España: Triacastela; 2011.
45. Prevention USDoHaHSHOotSGaNAAfS. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action Washington, DC2012. Available from: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/national-strategy-suicide-prevention/full-report-rev.pdf>.
46. Beautrais AL CS, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention Wellington: Ministry of Health; 2005.

Available

from:

<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>.

47.López P GA, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2007. Available from: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2007_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/d_07-02_inform_suicidio.pdf.

48.Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2008;13(5):243-56.

49.Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):71S-84S.

50.Health CCfSM. The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide Toronto, Canadá: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006. Available from: www.ccsmh.ca.

51.Williams JMG, Pollock LR. The Psychology of Suicidal Behaviour. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. p. 79-93.

52.O'Connor RC. The relations between perfectionism and suicidality: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6):698-714.

53.Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113(3):180-206.

54.Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009;66(6):477-93.

55.Crisafulli C, Calati R, de Ronchi D, Sidoti A, D'Angelo R, Amato A, et al. Genetics of suicide, from genes to behavior. *Clinical Neuropsychiatry*. 2010;7(4):141-8.

56.L. G. Diferencias en la conducta suicida: estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado [Tesis Doctoral]. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid; 2010.

57.Laje G, Paddock S, Manji H, Rush AJ, Wilson AF, Charney D, et al. Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(10):1530-8.

58.Baca-Garcia E, Vaquero-Lorenzo C, Perez-Rodriguez MM, Gratacòs M, Bayés M, Santiago-Mozos R, et al. Nucleotide variation in central nervous system genes among male suicide attempters. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2010;153(1):208-13.

59.Health NCCfM. Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. Leicester UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2004.

60.Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: A review of the literature. *Psycho-Oncology*. 2010;19(12):1250-8.

61. Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review. *Psychology, health & medicine*. 2011;16(5):588-611.
62. Keiser O, Spoerri A, Brinkhof MWG, Hasse B, Gayet-Ageron A, Tissot F, et al. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(2):143-50.
63. Europeas CdIC. Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 1997 Contract No.: Informe No.: COM(97)224.
64. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*. 1999;14(2):99-132.
65. Organization WH. Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>.
66. Ministerio de Sanidad PSEL. Víctimas mortales por violencia de género Madrid, España 2011. Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/mortales/docs/Datos_violencia_genero_ano_2011.pdf.
67. Judge B, Billick SB. Suicidality in adolescence: Review and legal considerations. *Behavioral Sciences and the Law*. 2004;22(5):681-95.
68. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. 2008;8.
69. Guo B HC. Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
70. Yang CY. Association between parity and risk of suicide among parous women. *CMAJ*. 2010;182(6):569-72.
71. Kapur N, House A, May C, Creed F. Service provision and outcome for deliberate self-poisoning in adults - Results from a six centre descriptive study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38(7):390-5.
72. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, et al. Psychosocial assessment following self-harm: Results from the Multi-Centre Monitoring of Self-Harm Project. *Journal of Affective Disorders*. 2008;106(3):285-93.
73. Nordentoft M, Søgaard M. Registration, psychiatric evaluation and adherence to psychiatric treatment after suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2005;59(3):213-6.
74. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, et al. Quality of the written information about suicide attempters. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. 2010;3(1):13-8.
75. Schechter M MJ. The clinician interview as a method in suicide risk assesment. In: Wasserman D WC, eds., editor. *Suicidology and Suicide Prevention A global Perspective*. New York: Oxford University Press Inc; 2009.
76. JA. M. An integrated approach to estimating suicide risk. In: Maris RW BA, Maltzberger JT, Yufit RI, eds., editor. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford; 1992. p. 625-39.

- 77.Boyce P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004;38(11-12):868-84.
- 78.Psychiatrists RCo. *Assessment following selfharm in adults*. London: Royal College of Psychiatrists, 2004 CR 122.
- 79.Psychiatrists RCo. *Selfharm, Suicide and Risk: Helping People who Selfharm*. London: Royal College of Psychiatrists, 2010 CR 158.
- 80.Salud. OMdl. *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías; 2000. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf?ua=1.
- 81.Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2009;194(2):104-10.
- 82.MX F. *Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid, España: Pirámide; 2006.
- 83.P. E. *Como detectar mentiras, una guía para utilizar en el trabajo, la política y la pareja*. . Barcelona: Paidós; 1991.
- 84.Lamb T. A systematic review of deliberate self-harm assessment instruments 2006; 66:[5686 p.].
- 85.Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *JCONSULTCLINPSYCHOL*. 1974;42(6):861-5.
- 86.Tovar JA, de los Ríos LR, Díaz CP, León AF, Vereau JE. Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de investigación en psicología*. 2006;9(1):69-79.
- 87.Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(2):190-5.
- 88.McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2007;37(6):769-78.
- 89.Aish AM, Wasserman D. Does Beck's Hopelessness Scale really measure several components? *Psychological Medicine*. 2001;31(2):367-72.
- 90.Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8(1):77-100.
- 91.Beck AT SR, Brown GK. *BDIII, Beck depression inventory: Manual*. 2a. ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.
- 92.GK. B. *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults*. Rockville (MD): National Institute of Mental Health; 2002.
- 93.Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*. 1975;12(4):217-36.
- 94.Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):343-5, 8-9.
- 95.Mentales. CdCdCeTdIT. *Recomendaciones terapéuticas en los trastorno mentales. Conducta suicida*. . 3a. ed. Barcelona, España: Ars Medica; 2005.

- 96.Sanidad GdCCd. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes: Sabater Gráficas; 2008. Available from: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f52829a1-f9cb-11dd-9d99-e96480bea708/salud_mental_at_pr.pdf.
- 97.Berman A. Risk assessment, treatment planning, and management of the at-risk-for suicide client: The “how to” aspects of assessing suicide risk and formulating treatment plans. *Family Therapy Magazine*. 2006;5(4):7-10.
- 98.Juhnke G, Granello P, Lebron-Striker M. IS PATH WARM? A suicide assessment mnemonic for counselors. *Professional Counseling Digest*. 2007.
- 99.Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979;47(2):343-52.
- 100.Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross validation of the suicidal intent scale. *Psychological Reports*. 1974;34(2):445-6.
- 101.Diaz FJ, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2003;253(4):197-202.
- 102.Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1960;23:56-62.
- 103.Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*. 1988;22(1):21-8.
- 104.MM. L. Suicidal Behaviors Questionnaire Seattle: University of Washington; 1981. Available from: [http://wbma.cc/Scales/Suicidal Beh Quest pre assessment.pdf](http://wbma.cc/Scales/Suicidal_Beh_Quest_pre_assessment.pdf).
- 105.Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(2):276-86.
- 106.Oquendo MA, Cia EB-G, Graver R, Mora M, Montalvan V, Mann JJ. Spanish Adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2000;22(3):369-81.
- 107.Plutchik R, Van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violence risk 1: The suicide risk measure. *Comprehensive Psychiatry*. 1989;30(4):296-302.
- 108.Rubio G MI, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, et al. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*. 1998;61:143-52.
- 109.Plutchik R, Van Praag H. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 1989;13:S23-S34.
- 110.Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez M, Álvarez S, Marín J, et al. Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*. 1998;61(3):223-32.
- 111.ES. B. Impulsiveness and aggression. In: Monahan J SH, editor. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994.
- 112.Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*. 2001;15(3):147-55.
- 113.Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of consulting psychology*. 1957;21(4):343-9.

114. Oquendo MA, Graver R, Baca-García E, Morales M, Montalvan V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *European Journal of Psychiatry*. 2001;15(2):101-12.
115. Buglass D, Horton J. A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 1974;124:573-8.
116. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. *British Journal of Psychiatry*. 1991;159(AUG.):185-92.
117. Rogers JR, Alexander RA, Subich LM. Development and psychometric analysis of the Suicide Assessment Checklist. *Journal of Mental Health Counseling*. 1994;16:352-68.
118. Stanley B, Traskman-Bendz L, Stanley M. The suicide assessment scale: A scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacology Bulletin*. 1986;22(1):200-5.
119. Pierce DW. Suicidal intent in self injury. *British Journal of Psychiatry*. 1977;130(4):377-85.
120. Weisman AD, Worden JW. Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of general psychiatry*. 1972;26(6):553-60.
121. W. P. La tendencia al suicidio. Madrid, España: Morata; 1969.
122. Motto JA. Preliminary field-testing of a risk estimator for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1985;15(3):139-50.
123. WW Z. Index of potential suicide (IPS). A rating scale for suicide prevention. In: Grant e, editor. *A Medical Toxicology Index* 1973. p. 221-49.
124. WW Z. Clinical Index of potencial suicide. In: Beck AT RH, Lettters DJ, eds., editor. *The prediction of suicide*. Maryland: The Charles Press; 1974. p. 229-49.
125. Horowitz LM, Wang PS, Koocher GP, Burr BH, Smith MF, Klavon S, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: Development of a brief screening tool. *Pediatrics*. 2001;107(5):1133-7.
126. García RR, Agraz FP, Guirado MA, Salcedo EM, Muñoz LH. Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(5):292-7.
127. Werlang BSG, Botega NJ. A semistructured interview for psychological autopsy: An inter-rater reliability study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(3):326-30.
128. Jiménez J, de Albéniz MP, Losada A, Bendaña J. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):332-9.
129. Posner K, Melvin GA, Stanley B. Identification and monitoring of suicide risk in primary care settings. *Primary Psychiatry*. 2007;14(12):50-5.
130. Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Research*. 1979;1(2):131-9.
131. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*. 1997;12(5):232-41.
132. Ferrando L FA, Soto M, Bobes J, Soto O, Franco L, et al. . M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSMIV. Madrid: Instituto IAP; 1998. Available from: <http://www.academia.cat/files/425-7297-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquiatricaInternacional.pdf>.

- 133.Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2010;23(2):240-59.
- 134.Farand L, Renaud J, Chagnon F. Adolescent suicide in Quebec and prior utilization of medical services. *Canadian Journal of Public Health*. 2004;95(5):357-60.
- 135.Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(6):909-16.
- 136.Lastra I y c. Prevención de las conductas suicidas. . In: VázquezBarquero JL e, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid, España: Aula Médica; 1998. p. 753-70.
- 137.Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *British Journal of General Practice*. 1998;48(436):1759-63.
- 138.(PAPPS) GtdSMdPdAPydPdIS. Guía de Salud Mental en Atención Primaria Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001. Available from: <http://www.papps.es/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>.
- 1.139.Carrigan CG, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. 2003 05/02/received 08/04/accepted;5(4):169-74. PubMed PMID: PMC419387.
- 140.Protocolos de intervención en urgencias extrahospitalarias 061 Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.
- 141.Salud OMdl. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2010. Available from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
- 142.Cooper J, Murphy E, Jordan R, Mackway-Jones K. Communication between secondary and primary care following self-harm: are National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidelines being met? *Annals of General Psychiatry*. 2008 10/23 01/28/received 10/23/accepted;23(7):21. PubMed PMID: PMC2584095.
- 143.Miller TR, Taylor DM. Adolescent suicidality: Who will ideate, who will act? *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(4):425-35.
- 144.Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Danish Medical Bulletin*. 2007;54(4):306-69.
- 145.Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*. 2010;31(1):1-6.
- 146.Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003;15:165-74.
- 147.Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, (2015).
- 148.Jiménez Murillo L HGF, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, et al. Urgencias sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora.

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003:18.

149.Folse VN, Hahn RL. Suicide risk screening in an emergency department: Engaging staff nurses in continued testing of a brief instrument. *Clinical Nursing Research*. 2009;18(3):253-71.

150.Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. Children who harm themselves: Development of a paediatric emergency department triage tool. *Emergency Medicine Journal*. 2009;26(6):418-20.

151.Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: A neglected population at risk of suicide. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;50(2):87-93.

152.Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: A case-control study. *Lancet*. 1999;353(9162):1397-400.

153.Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal*. 1999;318(7193):1235-9.

154.Bailey S. Critical care nurses' and doctors' attitudes to parasuicide patients. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*. 1994;11(3):11-7.

155.Suokas J, Lonnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989;79(5):474-80.

156.Ojehagen A, Regnell G, Traskman-Bendz L. Deliberate self-poisoning: Repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1991;84(3):266-71.

157.Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emergency Medicine Journal*. 2006;23(4):251-5.

158.Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Långström N. Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ (Online)*. 2010;341(7765):186.

159.Miret M, Nuevo R, Ayuso-Mateos JL. Documentation of suicide risk assessment in clinical records. *Psychiatric Services*. 2009;60(7):994.

160.Kleespies PM, Dettmer EL. An evidence-based approach to evaluating and managing suicidal emergencies. *Journal of Clinical Psychology*. 2000;56(9):1109-30.

161.Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: Cohort study. *British Medical Journal*. 2005;330(7488):394-5.

162.Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A Clinical Tool for Assessing Risk After Self-Harm. *Annals of Emergency Medicine*. 2006;48(4):459-66.

163.Cooper J, Kapur N, Mackway-Jones K. A comparison between clinicians' assessment and the Manchester Self-Harm Rule: A cohort study. *Emergency Medicine Journal*. 2007;24(10):720-1.

164. Dennis M, Evans A, Wakefield P, Chakrabarti S. The psychosocial assessment of deliberate self harm: Using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medicine Journal*. 2001;18(6):448-50.
165. Crawford MJ, Turnbull G, Wessely S. Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff - An intervention study. *Journal of Accident and Emergency Medicine*. 1998;15(1):18-22.
166. Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Lewis B, Perry A, et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychological Medicine*. 2000;30(4):805-12.
167. Morriss R, Gask L, Webb R, Dixon C, Appleby L. The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project). *Psychological Medicine*. 2005;35(7):957-60.
168. Department NH. Mental health for emergency departments – a reference guide New South Wales: Centre for Mental Health; 2001.
169. Dicker R, Morrissey RF, Abikoff H, Alvir JMJ, Weissman K, Grover J, et al. Hospitalizing the suicidal adolescent: Decision-making criteria of psychiatric residents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(6):769-76.
170. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*. 1998;317(7156):441-7.
171. G J. The inpatient management of suicidality. In: Jacobs DG e, editor. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Josey-Bass; 1999.
172. Salkovskis PM, Atha C, Storer D. Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 1990;157(DEC.):871-6.
173. Baca-García E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Conesa DB, Saiz-Ruiz J, et al. Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt. *Psychiatric Services*. 2004;55(7):792-7.
174. Baca-García E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Saiz-Ruiz J, Leiva-Murillo JM, De Prado-Cumplido M, et al. Using data mining to explore complex clinical decisions: A study of hospitalization after a suicide attempt. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67(7):1124-32.
175. Suominen K, Lönnqvist J. Determinants of psychiatric hospitalization after attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*. 2006;28(5):424-30.
176. Hepp U, Moergeli H, Trier SN, Milos G, Schnyder U. Attempted suicide: Factors leading to hospitalization. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(11):736-42.
177. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*. 2007;58(4):561-5.
178. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*. 2008;32(1):77-108.
179. Patsiokas AT, Clum GA. Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide attempters. *Psychotherapy*. 1985;22(2):281-90.
180. Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self harm: The impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*. 1993;16(2):121-40.

- 181.Raj MAJ, Kumaraiah V, Bhide AV. Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(5):340-5.
- 182.Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(11):1246-53.
- 183.March JS. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(7):807-20.
- 184.Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2005;294(5):563-70.
- 185.Tarrier N, Haddock G, Lewis S, Drake R, Gregg L. Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophrenia Research*. 2006;83(1):15-27.
- 186.MM L. Cognitive Behavioral treatment borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- 187.Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48(12):1060-4.
- 188.Linehan MM, Schmidt lii H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*. 1999;8(4):279-92.
- 189.Koons CR, Robins CJ, Lindsey Tweed J, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*. 2001;32(2):371-90.
- 190.Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(2):146-57.
- 191.Verheul R, Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, De Ridder MAJ, Stijnen T, Van Den Brink W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-Month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182(FEB.):135-40.
- 192.Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(3):276-82.
- 193.Van Den Bosch LMC, Koeter MWJ, Stijnen T, Verheul R, Van Den Brink W. Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(9):1231-41.
- 194.Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(7):757-66.
- 195.McMain S. Effectiveness of psychosocial treatments on suicidality in personality disorders. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):103S-14S.

196. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, et al. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*. 1999;29(1):19-25.
197. Tyrer P, Thompson S, Schmidt U, Jones V, Knapp M, Davidson K, et al. Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine*. 2003;33(6):969-76.
198. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, Cutter Jr CJ. Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*. 2006;20(5):482-92.
199. Wasserman D WC, editors. . Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. New York: Oxford University Press; 2009.
200. Lerner MS, Clum GA. Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy*. 1990;21(4):403-11.
201. McLeavey BC, Daly RJ, Ludgate JW, Murray CM. Interpersonal problem-solving skills training in the treatment of self- poisoning patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994;24(4):382-94.
202. Rudd MD, Rajab MH, Orman DT, Joiner T, Stulman DA, Dixon W. Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1996;64(1):179-90.
203. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. *European Psychiatry*. 2005;20(2):121-8.
204. Liberman RP, Eckman T. Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*. 1981;38(10):1126-30.
205. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, et al. Opus study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181(SUPPL. 43):s98-s106.
206. Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. Treatment for adolescents following a suicide attempt: Results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(2):113-20.
207. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(3):317-28.
208. Power PJR, Bell RJ, Mills R, Herman-Doig T, Davern M, Henry L, et al. Suicide prevention in first episode psychosis: The development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37(4):414-20.
209. Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32(2):227-45.
210. Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams Jr JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006;54(10):1550-6.
211. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline

personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*. 2006;20(5):450-65.

212. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Technology Assessment*. 2008;12(14):iii-60.

213. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: Results from a randomized controlled trial. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(3):284-90.

214. Slee N, Garnefski N, Van Der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(3):202-11.

215. Hazell PL, Martin G, McGill K, Wood TK, Trainor G, Harrington R. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: Failure of replication of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(6):662-70.

216. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):922-8.

217. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(12):1365-74.

218. Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ (Clinical research ed)*. 2011;342.

219. Slee N, Spinhoven P, Garnefski N, Arensman E. Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2008;15(4):205-16.

220. Mujoomdar M, Cimon K, Nkansah E. Dialectical behaviour therapy in adolescents for suicide prevention: systematic review of clinical-effectiveness: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health= Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2009.

221. Guilé JM, Greenfield B, Breton JJ, Cohen D, Labelle R. Is psychotherapy effective for borderline adolescents. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2005;2(5):277-82.

222. Klerman G WM. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books; 1989.

223. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *British Medical Journal*. 2001;323(7305):135-7.

224. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds lii CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*. 2004;291(9):1081-91.

225. Alexopoulos GS, Reynolds lii CF, Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-Month outcomes of the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(8):882-90.

- 226.Tang TC, Jou SH, Ko CH, Huang SY, Yen CF. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors: Regular article. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2009;63(4):463-70.
- 227.Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V, et al. Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(5):512-8.
- 228.Feixas G MM. Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. Barcelona: Paidós; 1993.
- 229.Gregory RJ, Remen AL. A MANUAL-BASED PSYCHODYNAMIC THERAPY FOR TREATMENT-RESISTANT BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. *Psychotherapy*. 2008;45(1):15-27.
- 230.Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, Ploutz-Snyder RJ. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2009;57(1):199-205.
- 231.Arnevik E, Wilberg T, Urnes Ø, Johansen M, Monsen JT, Karterud S. Psychotherapy for personality disorders: Short-term day hospital psychotherapy versus outpatient individual therapy - a randomized controlled study. *European Psychiatry*. 2009;24(2):71-8.
- 232.Bousoño García M BGJ, González Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
- 233.Ros Montalbán S AMB, Peris Díaz MD. Aproximaciones terapéuticas preventivas. Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars medica; 2004.
- 234.C P. Suicidal behavior in children and adolescents: causes and management. In: Martin A VF, eds. , editor. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4th ed ed. Philadelphia: Lippinkott Williams and Wilkins; 2007.
- 235.Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(7 SUPPL.):24S-51S.
- 236.Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2004;12(1):14-41.
- 237.Adolescencia GdTdIGdPCsIDMellyel. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avaliat). Informe No.: avaliati 2007/09; 2009. Available from: http://www.asca-ne.org/lecturas/GPC_456_depression_inf_adol_avaliati_compl.pdf.
- 238.Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the veterans health administration data sets. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(7):1044-9.
- 239.Sakinofsky I. The aftermath of suicide: managing survivors' bereavement. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):129S-36S.
- 240.Zisook S, Trivedi MH, Warden D, Lebowitz B, Thase ME, Stewart JW, et al. Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: An examination of citalopram in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*. 2009;117(1-2):63-73.

241. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA, Luty SE. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(2):116-22.
242. Services MH. Magellan Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. Magellan Health Services, 2008 Contract No.: Informe No.: 6/08 v.2.
243. Baldessarini RJ, Pompili M, Tondo L, Tsapakis E, Soldani F, Faedda GL, et al. Antidepressants and suicidal behavior: are we hurting or helping. *Clin Neuropsychiatry*. 2005;2(1):75.
244. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J, Akiskal HS. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part 2. The impact of antidepressants. *Journal of Affective Disorders*. 2007;103(1-3):13-21.
245. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant Treatment in Bipolar Versus Unipolar Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(1):163-5.
246. Kraus JE, Horrigan JP, Carpenter DJ, Fong R, Barrett PS, Davies JT. Clinical features of patients with treatment-emergent suicidal behavior following initiation of paroxetine therapy. *Journal of Affective Disorders*. 2010;120(1-3):40-7.
247. Teicher MH, Glod C, Cole JO. Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry*. 1990;147(2):207-10.
248. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, Kolko DJ, Brent DA. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(11):2173-5.
249. Medicines JRCoPaCHNaPPGSCo. The Use of Unlicensed Medicines or Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Paediatric Practice Policy Statement. London: Royal College of Paediatrics and Child Health, 2002.
250. G. D. Selective serotonin reuptake inhibitors use in children and adolescents with major depressive disorder. 2003.
251. Advisory UFaDAFPH. Suicidality in Children and Adolescents Being Treated with Antidepressant Medications Silver Spring (MD): FDA; 2004. Available from: <http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm161679.htm>.
252. Administration UFaD. Antidepressant Use in Children, Adolescents, and Adults Silver Spring (MD): FDA; 2007. Available from: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273>.
253. Agency EM. European Medicines Agency finalises review of antidepressants in children and adolescents East Sussex: European Medicines Agency; 2005. Available from: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2009/12/news_detail_000882.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1.
254. Sanitarios AEdMyP. Información de la Agencia Española de Medicamentos (2005 y 2006): ISRS en el tratamiento depresivo mayor de niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2006.
255. Sanitarios. AEdMyP. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Nota informativa. Fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor: ampliación de la indicación para niños y adolescentes. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2006.

- 256.Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ (Clinical research ed)*. 2009;339:b2880.
- 257.Silva H, Martínez JC. ¿ Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? *Revista médica de Chile*. 2007;135(9):1195-201.
- 258.Díaz Marsá M SGD, Carrasco Perera JL. Comportamientos suicidas y trastornos del control de los impulsos. *Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica; 2004.
- 259.Kim HF ML, Yudofsky SC. Psychopharmacological treatment and electroconvulsive therapy. In: Simon RI HR, eds., editor. *The American Psychiatric Publishing Textbook of suicide assesment and management*. Washington: The American Psychiatric Publishing; 2006.
- 260.Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2001;251(SUPPL. 2):72-5.
- 261.Tondo L, Baldessarini RJ. Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2009;18(3):179-83.
- 262.Koldobsky NM. Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad. *Psiquiatria com*. 2002;6(4).
- 263.Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disorders*. 2006;8(5 II):625-39.
- 264.Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: A systematic review of randomized trials. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(10):1805-19.
- 265.Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(3):380-3.
- 266.Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behavior: A review for clinicians. *Journal of Affective Disorders*. 1998;50(2-3):253-9.
- 267.Baldessarini RJ, Tondo L. Suicidal risks during treatment of bipolar disorder patients with lithium versus anticonvulsants. *Pharmacopsychiatry*. 2009;42(2):72-5.
- 268.Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, et al. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: A randomised, placebo-controlled, 1-year trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008;118(6):469-79.
- 269.Collins JC, McFarland BH. Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2008;107(1-3):23-8.
- 270.Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *Journal of Affective Disorders*. 2007;103(1-3):5-11.
- 271.Pompili M, Tatarelli R. Suicide and suicidology: A look ahead. *Minerva Psichiatrica*. 2007;48(1):99-118.
- 272.Goodwin FK, Fireman B, Simon GE, Hunkeler EM, Lee J, Revicki D. Suicide Risk in Bipolar Disorder during Treatment with Lithium and Divalproex. *Journal of the American Medical Association*. 2003;290(11):1467-73.
- 273.Saunders KE, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2009;18(3):172-8.

274. García AGG, Contreras CM. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. Salud mental. 2008;31(5):417-26.
275. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. Journal of Affective Disorders. 2003;73(3):223-8.
276. Søndergård L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Mood-stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. Bipolar Disorders. 2008;10(1):87-94.
277. Houston JP, Ahl J, Meyers AL, Kaiser CJ, Tohen M, Baldessarini RJ. Reduced suicidal ideation in bipolar I disorder mixed-episode patients in a placebo-controlled trial of olanzapine combined with lithium or divalproex. Journal of Clinical Psychiatry. 2006;67(8):1246-52.
278. Administration FUFaD. Antiepileptic Drugs Rockville (MD): FDA; 2008. Available from: <http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm074939.htm>
279. Patorno E, Bohn RL, Wahl PM, Avorn J, Patrick AR, Liu J, et al. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2010;303(14):1401-9.
280. Olesen JB, Hansen PR, Erdal J, Abildstrøm SZ, Weeke P, Fosbøl EL, et al. Antiepileptic drugs and risk of suicide: A nationwide study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2010;19(5):518-24.
281. Gibbons RD, Hur K, Brown CH, Mann JJ. Relationship between antiepileptic drugs and suicide attempts in patients with bipolar disorder. Archives of General Psychiatry. 2009;66(12):1354-60.
282. Arana A, Wentworth CE, Ayuso-Mateos JL, Arellano FM. Suicide-related events in patients treated with antiepileptic drugs. New England Journal of Medicine. 2010;363(6):542-51.
283. Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R. Impact of clozapine on completed suicide. American Journal of Psychiatry. 2001;158(6):931-7.
284. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (intersept). Archives of General Psychiatry. 2003;60(1):82-91.
285. Wagstaff AJ, Perry CM. Clozapine: In prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. CNS Drugs. 2003;17(4):273-80.
286. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. Journal of Clinical Psychiatry. 2008;69(8):1228-36.
287. Ley 1306 de 2009 Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de representación legal de incapaces emancipados, (2009).
288. Excellence NIoC. Guidance on the use of Electroconvulsive Therapy London: NICE; 2003. Informe No.: 59.]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta59>.
289. handbook RCoPE. The Third Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT (Council Report CR128). London: Royal College of Psychiatrists; 2005.

290. Falconer DW, Cleland J, Fielding S, Reid IC. Using the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) to assess the cognitive impact of electroconvulsive therapy on visual and visuospatial memory. *Psychological medicine*. 2010;40(6):1017-25.
291. Psiquiatría SEd. Consejo español sobre la terapia electroconvulsiva (TEC) Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría; 1999. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Consenso%20TEC.pdf>.
292. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: Systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technology Assessment*. 2005;9(9):iii-94.
293. Enterprise) SSUR. Review of Consumers Perspectives on Electroconvulsive Therapy London: Department of Health; 2002. Available from: <http://www.healthyplace.com/images/stories/depression/ec-consumerperspectives.pdf>.
294. Hawkins JM, Archer KJ, Strakowski SM, Keck Jr PE. Somatic treatment of catatonia. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1995;25(4):345-69.
295. Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994;45(5):444-50.
296. Walter G, Joseph M R, Mitchell PB. Practitioner review: Electroconvulsive therapy in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1999;40(3):325-34.
297. Geddes J, Carney S, Cowen P, Goodwin G, Rogers R, Dearnness K, et al. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361(9360):799-808.
298. Tharyan P. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2000 (2):CD000076.
299. Patel M, Patel S, Hardy DW, Benzie BJ, Tare V. Should electroconvulsive therapy be an early consideration for suicidal patients? *Journal of ECT*. 2006;22(2):113-5.
300. Tsuang MT, Dempsey GM, Fleming JA. Can ECT prevent premature death and suicide in 'schizoaffective' patients? *Journal of Affective Disorders*. 1979;1(3):167-71.
301. Avery D, Winokur G. Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antidepressants. *Archives of General Psychiatry*. 1976;33(9):1029-37.
302. Babigian HM, Guttmacher LB. Epidemiologic considerations in electroconvulsive therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1984;41(3):246-53.
303. Black DW, Winokur G, Mohandoss E, Woolson RF, Nasrallah A. Does treatment influence mortality in depressives? A follow-up of 1076 patients with major affective disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1989;1(3):165-73.
304. Sharma V. Retrospective controlled study of inpatient ECT: Does it prevent suicide? *Journal of Affective Disorders*. 1999;56(2-3):183-7.
305. Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depression and Anxiety*. 2006;23(1):34-41.
306. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: A consortium for research in ECT study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162(5):977-82.

307. Association AP. The practice of electroconvulsive therapy: recommendations for treatment, training and privileging. Second ed. Washington, DC: APA; 2001.
308. Sentencia C-900 del 2011 Por la que se demanda la ley 1098 del 2006 por la que se expide el código de Infancia y Adolescencia, (2011).
309. Sentencia T 968 del 2009 Sobre los derechos del niño y el Interés Superior del Menor, (2009).
310. Sentencia No. T-477 de 1995 Sobre Consentimiento Informado., (1995).
311. Salud OMDI. Prevención del Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1969 Contract No.: Informe No.: 35.
312. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. Crisis. 2011;32(6):319-33.
313. Salud OMDI. Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPREMISS: protocolo de SUPREMISS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Contract No.: Informe No.: WHO/MSD/MBD/02.1.
314. Organization WH. Prevención del suicidio: Un instrumento para los medios de comunicación. Geneva: World Health Organization, 2000.
315. Salud OMDI. Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
316. Salud OMDI. Prevención del suicidio. Recursos para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
317. Salud OMDI. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007.
318. Salud OMDI. Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
319. Salud OMDI. Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
320. Salud OMDI. Prevención del suicidio. ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
321. Health WEMCoM. Suicide prevention. Helsinki: World Health Organization, 2005.
322. (NOSP) NOfSP. National Office for Suicide Prevention. Annual Report 2010. Dublin: National Office for Suicide Prevention (NOSP), 2011.
323. Beautrais AL, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis PM, et al. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence. New Zealand Medical Journal. 2007;120(1251).
324. Health Do. National Suicide Prevention Strategy for England. London: Department of Health, 2002.
325. services USDohah. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action Rockville (MD): U.S. Department of health and human services; 2001.
326. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: A systematic review. Journal of the American Medical Association. 2005;294(16):2064-74.

327. Leitner M BW, Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008. Available from: <http://www.gov.scot/resource/doc/209331/0055420.pdf>.
328. Yip PSF. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117-20.
329. Guo B SA, Bowker S. Suicide Prevention Strategies: Evidence from Systematic Reviews. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment, 2003.
330. De Leo D. Suicide prevention is far more than a psychiatric business. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2004 Oct;3(3):155-6. PubMed PMID: 16633482. Pubmed Central PMCID: PMC1414698. Epub 2006/04/25. eng.
331. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006 Sep;36(9):1225-33. PubMed PMID: 16707028. Epub 2006/05/19. eng.
332. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2010;260(5):401-6.
333. Hegerl U, Wittenburg L, Arensman E, Van Audenhove C, Coyne JC, McDaid D, et al. Optimizing Suicide Prevention Programs and Their Implementation in Europe (OSPI Europe): An evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*. 2009;9.
334. Hegerl U, Wittmann M, Arensman E, van Audenhove C, Bouleau JH, van der Feltz-Cornelis C, et al. The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2008;9(1):51-8.
335. WellBeing EPfMHa. EU highlevel Conference Together for Mental Health and Wellbeing Brussels: World Health Organization; 2008. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf.
336. Social MdSyP. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. La salud en Colombia la construyes tú Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
337. Ley 1616 21 enero de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones", (2013).
338. Resolución Número 5521 de 27 Diciembre de 2013, (2013).
339. Ministerio de Salud y Protección Social OPdS. Intervenciones en suicidio - Revisión crítica de la literatura Colombia 2010. Convenio 485 de 2010 MSPS - OPS/OMS - SINERGIAS]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>.
340. Social MdSyP. Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad – RBC 2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>.
341. Bogotá SDdSd. Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida - SISVECOS Bogotá, Colombia 2012. Available from:

https://www.grupofergusson.org/biblioteca/2012/Febrero%202012%20a%20Abril%202012/R_espuesta_necesidades/GUIA_SISVECOS.pdf.

- 342.Malfent D, Wondrak T, Kapusta ND, Sonneck G. Suicidal ideation and its correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25(8):843-9.
- 343.Peña JB, Kuhlberg JA, Zayas LH, Baumann AA, Gulbas L, Hausmann-Stabile C, et al. Familism, family environment, and suicide attempts among Latina youth. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(3):330-41.
- 344.Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):21S-33S.
- 345.Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(4):563-91.
- 346.Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*. 1991 Sep;20(9):459-60, 63-6. PubMed PMID: 1945543. Epub 1991/09/01. eng.
- 347.Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, de Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
- 348.Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, Schmeelk-Cone K, Petrova M, Yu Q, et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American journal of public health*. 2010;100(9):1653-61.
- 349.Tsey K, Whiteside M, Haswell-Elkins M, Bainbridge R, Cadet-James Y, Wilson A. Empowerment and Indigenous Australian health: A synthesis of findings from family wellbeing formative research. *Health and Social Care in the Community*. 2010;18(2):169-79.
- 350.Lapierre S, Dubé M, Bouffard L, Alain M. Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*. 2007;28(1):16-25.
- 351.Heisel MJ, Duberstein PR, Talbot NL, King DA, Tu XM. Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide: Preliminary Findings. *Professional psychology, research and practice*. 2009;40(2):156-64. PubMed PMID: 20574546. Pubmed Central PMCID: PMC2889497. Epub 2009/01/01. eng.
- 352.Organization WH. *Mental Health: Responsible and deglamourized media reporting*. Geneva: World Health Organization
- 353.Niederkrötenhaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(3):234-43.
- 354.Pirkis J, Blood RW, Beautrais A, Burgess P, Skehan J. Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*. 2006;27(2):82-7.
- 355.Stack S. Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*. 2000:957-71.
- 356.Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part I: Reportage in nonfictional media. *Crisis*. 2001;22(4):146-54.
- 357.Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part II: Portrayal in fictional media. *Crisis*. 2001;22(4):155-62.

- 358.Sudak HS, Sudak DM. The media and suicide. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*. 2005;29(5):495-9.
- 359.Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The Viennese experience 1980-1996. *Archives of Suicide Research*. 1998;4(1):67-74.
- 360.Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: Interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007;41(5):419-28.
- 361.Fu KW, Yip PSF. Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(5):631-6.
- 362.Collings SC, Kemp CG. Death knocks, professional practice, and the public good: The media experience of suicide reporting in New Zealand. *Social Science and Medicine*. 2010;71(2):244-8.
- 363.Durkee T, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: A review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2011;8(10):3938-52.
- 364.Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. *BMJ*. 2008;336(7648):800-2.
- 365.Recupero PR, Harms SE, Noble JM. Googling suicide: Surfing for suicide information on the internet. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(6):878-88.
- 366.McCarthy MJ. Internet monitoring of suicide risk in the population. *Journal of Affective Disorders*. 2010;122(3):277-9.
- 367.Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2011;52(10):1073-80.
- 368.Birbal R, Maharajh HD, Birbal R, Clapperton M, Jarvis J, Ragoonath A, et al. Cybersuicide and the adolescent population: Challenges of the future? *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 2009;21(2):151-9.
- 369.Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J, et al. An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *Journal of American College Health*. 2008;57(1):15-22.
- 370.Gilat I, Shahar G. Emotional first aid for a suicide crisis: Comparison between telephonic hotline and internet. *Psychiatry*. 2007;70(1):12-8.
- 371.Health NCCfM. Selfharm: longerterm management London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Informe No.: 133; 2011. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/indevelopment/gid-cgwaver82>.
- 372.Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*. 2012;27(2):129-41.
- 373.Gask L, Dixon C, Morriss R, Appleby L, Green G. Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;54(6):739-50.
- 374.Gask L, Lever-Green G, Hays R. Dissemination and implementation of suicide prevention training in one Scottish region. *BMC Health Services Research*. 2008;8.

- 375.Ramberg IL, Wasserman D. Suicide-preventive activities in psychiatric care: Evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2004;58(5):389-94.
- 376.Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):35S-45S.
- 377.Browne A, Barber CW, Stone DM, Meyer AL. Public health training on the Prevention of Youth Violence and Suicide: An overview. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29(5 SUPPL. 2):233-9.
- 378.Sudak D, Roy A, Sudak H, Lipschitz A, Maltsberger J, Hendin H. Deficiencies in suicide training in primary care specialties: A survey of training directors. *Academic Psychiatry*. 2007;31(5):345-9.
- 379.Comunitaria SMdMdFy. Programa de Formación para Médicos de Atención Primaria de la CAM sobre Detección y Prevención del Suicidio y las Conductas Suicidas Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2010. Available from: http://www.cibersam.es/opencms/export/sites/default/cibersam/modules/events/pdf/Suicidio_Programa.pdf.
- 380.Roskar S, Podlesek A, Zorko M, Tavcar R, Dernovsek MZ, Groleger U, et al. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croatian medical journal*. 2010;51(3):237-42.
- 381.Rutz W. Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry, Supplement*. 1996;50(37):61-7.
- 382.Taliaferro LA, Borowsky IW. Perspective: Physician education: A promising strategy to prevent adolescent suicide. *Academic Medicine*. 2011;86(3):342-7.
- 383.Zonda T, Lester D. Preventing suicide by educating general practitioners. *Omega: Journal of Death and Dying*. 2007;54(1):53-7.
- 384.Pisani AR, Cross WF, Gould MS. The assessment and management of suicide risk: state of workshop education. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(3):255-76.
- 385.Cailhol L, Allen M, Moncany AH, Cicotti A, Virgillito S, Barbe RP, et al. Violent behavior of patients admitted in emergency following drug suicidal attempt: a specific staff educational crisis intervention. *General Hospital Psychiatry*. 2007;29(1):42-4.
- 386.Horwitz SM, Heinberg LJ, Storfer-Isser A, Barnes DH, Smith M, Kapur R, et al. Teaching physicians to assess suicidal youth presenting to the emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 2011;27(7):601-5.
- 387.Shim RS, Compton MT. Pilot testing and preliminary evaluation of a suicide prevention education program for emergency department personnel. *Community mental health journal*. 2010;46(6):585-90.
- 388.Chan SWc, Chien Wt, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*. 2009;29(7):763-9.
- 389.Tsai WP, Lin LY, Chang HC, Yu LS, Chou MC. The Effects of the Gatekeeper Suicide-Awareness Program for Nursing Personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2011;47(3):117-25.
- 390.Walker BL, Harrington SS, Cole CS. The usefulness of computer-based instruction in providing educational opportunities for nursing staff. *Journal for nurses in staff development* :

JNSD : official journal of the National Nursing Staff Development Organization. 2006;22(3):144-9.

391.Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, et al. Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010;64(5):531-40.

392.Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(4):260-8.

393.Robinson J, Gook S, Yuen HP, McGorry PD, Yung AR. Managing deliberate self-harm in young people: An evaluation of a training program developed for school welfare staff using a longitudinal research design. *BMC Psychiatry*. 2008;8.

394.Gibbons M, Studer J. Suicide awareness training for faculty and staff: A training model for school counselors. *Professional School Counseling*. 2008;11(4):272-6.

395.Indelicato NA, Mirsu-Paun A, Griffin WD. Outcomes of a suicide prevention gatekeeper training on a university campus. *Journal of College Student Development*. 2011;52(3):350-61.

396.Keller DP, Schut LJA, Puddy RW, Williams L, Stephens RL, McKeon R, et al. Tennessee Lives Count: Statewide gatekeeper training for youth suicide prevention. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2009;40(2):126.

397.Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(10):1635-9.

398.Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide & life-threatening behavior*. 2009;39(6):671-81.

399.Fountoulakis KN RZ. Suicide prevention programs through education in the community and in the frame of healthcare. In: Pompili M TR, editor. *Evidencebased practice in suicidology: A source book*. Cambridge (MA): Hogrefe Publishing; 2011. p. 153-69.

400.Lu YJ, Chang HJ, Tung YY, Hsu MC, Lin MF. Alleviating psychological distress of suicide survivors: Evaluation of a volunteer care programme. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(5):449-56.

401.Matthieu MM, Cross W, Batres AR, Flora CM, Knox KL. Evaluation of gatekeeper training for suicide prevention in veterans. *Archives of Suicide Research*. 2008;12(2):148-54.

402.Tsai WP, Lin LY, Chang WL, Chang HC, Chou MC. The Effects of the Suicide Awareness Program in Enhancing Community Volunteers' Awareness of Suicide Warning Signs. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2010;24(1):63-8.

403.Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2012;5(1):8-23.

404.Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Farber L. Suicidal ideation in primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 1996;11(8):447-53.

405.Frankenfield DL, Keyl PM, Gielen A, Wissow LS, Werthamer L, Baker SP. Adolescent patients - Healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2000;154(2):162-8.

406. Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN. Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2004;140(10):822-35.
407. Committee UNS. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of screening programme UK: UK National Screening Committee; 2003. Available from: <http://www.nsc.nhs.uk/>.
408. Force USPST. Screening for Suicide Risk: Recommendation and Rationale. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(10):820-1.
409. Voros V, Osvath P, Kovacs L, Varga J, Fekete S, Kovacs A. Screening for suicidal behaviour and mental disorders with Prime-MD questionnaire in general practice. *Primary Care and Community Psychiatry*. 2006;11(4):193-6.
410. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, DeGruy lli FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the American Medical Association*. 1994;272(22):1749-56.
411. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997;12(5):224-31.
412. Aseltine Jr RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J. Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BMC Public Health*. 2007;7.
413. Peña JB, Caine ED. Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2006;36(6):614-37.
414. Williams SB, O'Connor EA, Eder M, Whitlock EP. Screening for child and adolescent depression in primary care settings: A systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2009;123(4):e716-e35.
415. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, Ghalib K, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007;120(5):e1299-e312.
416. Force USPST. Screening for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents, Topic Page Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2009. Available from: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspschdepr.htm>.
417. Teen Screen National Center for Mental Health Checkups New York: Columbia University. Available from: <http://www.teenscreen.org>.
418. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(SUPPL. 2):70-6.
419. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Current Opinion in Pediatrics*. 2009;21(5):620-7.
420. Nemeroff R, Levitt JM, Faul L, Wonpat-Borja A, Bufferd S, Setterberg S, et al. Establishing ongoing, early identification programs for mental health problems in our schools: A feasibility study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(3):328-38.
421. Scott MA, Wilcox HC, Schonfeld IS, Davies M, Hicks RC, Turner JB, et al. School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: The Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health*. 2009;99(2):334-9.

422. Shaffer D, Wilcox H, Lucas C, Hicks R, Busner C, Parides M, editors. The development of a screening instrument for teens at risk for suicide. Poster presented at the 1996 meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York; 1996.
423. Aseltine Jr RH. An Evaluation of a School Based Suicide Prevention Program. *Adolescent & Family Health*. 2003.
424. Aseltine Jr RH, DeMartino R. An Outcome Evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*. 2004;94(3):446-51.
425. Gutierrez PM, Watkins R, Collura D. Suicide risk screening in an urban high school. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004;34(4):421-8.
426. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2005;293(13):1635-43.
427. Hallfors D, Brodish PH, Khatapoush S, Sanchez V, Cho H, Steckler A. Feasibility of screening adolescents for suicide risk in "real-world" high school settings. *American Journal of Public Health*. 2006;96(2):282-7.
428. Habis A, Tall L, Smith J, Guenther E. Pediatric emergency medicine physicians' current practices and beliefs regarding mental health screening. *Pediatric Emergency Care*. 2007;23(6):387-93.
429. Asarnow JR, Baraff LJ, Berk M, Grob C, Devich-Navarro M, Suddath R, et al. Pediatric emergency department suicidal patients: Two-site evaluation of suicide ideators, single attempters, and repeat attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):958-66.
430. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveillance summaries : Morbidity and mortality weekly report Surveillance summaries / CDC*. 2008;57(4):1-131.
431. King CA, O'Mara RM, Hayward CN, Cunningham RM. Adolescent suicide risk screening in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(11):1234-41.
432. Fein JA, Pailler ME, Barg FK, Wintersteen MB, Hayes K, Tien AY, et al. Feasibility and effects of a web-based adolescent psychiatric assessment administered by clinical staff in the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010;164(12):1112-7.
433. Thompson EA, Eggert LL. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(12):1506-14.
434. Reynolds WM. Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of personality assessment*. 1991;56(2):289-307.
435. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(1):71-9.
436. Scott M, Wilcox H, Huo Y, Turner JB, Fisher P, Shaffer D. School-based screening for suicide risk: balancing costs and benefits. *American journal of public health*. 2010;100(9):1648-52.
437. Joe S, Bryant H. Evidence-Based Suicide Prevention Screening in Schools. *Children & schools*. 2007 Oct 01;29(4):219-27. PubMed PMID: 21113412. Pubmed Central PMCID: PMC2992338. Epub 2007/10/01. eng.

- 438.O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*. 2004;329(7471):895-9.
- 439.Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153(8):1001-8.
- 440.Lucas CP, Zhang H, Fisher PW, Shaffer D, Regier DA, Narrow WE, et al. The disc predictive scales (DPS): Efficiently screening for diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;40(4):443-9.
- 441.Keane EM, Dick RW, Bechtold DW, Manson SM. Predictive and concurrent validity of the suicidal ideation questionnaire among American Indian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1996;24(6):735-65.
- 442.Larzelere RE, Smith GL, Batenhorst LM, Kelly DB. Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996;35(2):166-74.
- 443.Oyama H, Sakashita T, Ono Y, Goto M, Fujita M, Koida J. Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*. 2008;44(5):311-20.
- 444.Oyama H, Sakashita T, Hojo K, Ono Y, Watanabe N, Takizawa T, et al. A community-based survey and screening for depression in the elderly: The short-term effect on suicide risk in Japan. *Crisis*. 2010;31(2):100-8.
- 445.Heisel MJ, Duberstein PR, Lyness JM, Feldman MD. Screening for suicide ideation among older primary care patients. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 2010;23(2):260-9.
- 446.Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM, et al. Preventing suicide in prisons, Part I: Recommendations from the international association for suicide prevention task force on suicide in prisons. *Crisis*. 2007;28(3):113-21.
- 447.Perry AE, Marandos R, Coulton S, Johnson M. Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: a systematic review. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 2010;54(5):803-28.
- 448.Stathis S, Letters P, Doolan I, Fleming R, Heath K, Arnett A, et al. Use of the Massachusetts Youth Screening Instrument to assess mental health problems in young people within an Australian youth detention centre. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2008;44(7-8):438-43.
- 449.González JOB, J.; Morales, L. y Oliveros, E.Y. Adaptación y validación de una prueba de tamizaje para medir riesgo suicida en población militar. 2010.
- 450.Deeley ST, Love AW. Does asking adolescents about suicidal ideation induce negative mood state? *Violence and victims*. 2010;25(5):677-88.
- 451.Wintersteen MB. Standardized screening for suicidal adolescents in primary care. *Pediatrics*. 2010;125(5):938-44.
- 452.Organization WH. Mental health: Country reports and charts available Geneva: WHO; 2011. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
- 453.Estadística INd. Salud. Defunciones según la causa de muerte Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2011. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0>.

454. Arán Barés M, Gispert R, Puig X, Freitas A, Ribas G, Puigdefàbregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España (1986-2002). *Gaceta sanitaria*. 2006;20(6):473-80.
455. Violencia INdMLyCFGcRNs. *Forensis 2014: Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia*. Colombia: Imprenta Nacional; 2015. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>.
456. Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm by under-15-year-olds: Characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2008;49(4):441-8.
457. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(8):957-79.
458. Vander Stoep A, Adrian M, McCauley E, Crowell SE, Stone A, Flynn C. Risk for suicidal ideation and suicide attempts associated with co-occurring depression and conduct problems in early adolescence. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(3):316-29.
459. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: Factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*. 2005;7(6):525-35.
460. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(10):1139-48.
461. Schilling EA, Aseltine Jr RH, Glanovsky JL, James A, Jacobs D. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts. *Journal of Adolescent Health*. 2009;44(4):335-41.
462. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, Applegate B, Dahlke A, Overmyer M, et al. Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2010;67(10):1044-51.
463. Wong MM, Brower KJ, Zucker RA. Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*. 2011;45(4):505-11.
464. Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA. Sleep Disturbance Preceding Completed Suicide in Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008;76(1):84-91.
465. Patel K, Upthegrove R. Self-harm in first-episode psychosis. *Psychiatric Bulletin*. 2009;33(3):104-7.
466. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C, et al. "Impulsive" youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of Affective Disorders*. 2008;107(1-3):107-16.
467. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(2):180-92.
468. Jacobson CM, Marrocco F, Kleinman M, Gould MS. Restrictive Emotionality, Depressive Symptoms, and Suicidal Thoughts and Behaviors Among High School Students. *Journal of Youth and Adolescence*. 2011;40(6):656-65.

- 469.O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*. 2010;48(1):52-9.
- 470.Speckens AEM, Hawton K. Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005;35(4):365-87.
- 471.Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*. 2010;127(1-3):287-94.
- 472.Klomek AB, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(5):282-8.
- 473.McMahon EM, Reulbach U, Keeley H, Perry IJ, Arensman E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science and Medicine*. 2010;71(7):1300-7.
- 474.Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, et al. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(3):254-61.
- 475.Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2010;14(3):206-21.
- 476.Winterrowd E, Canetto SS, Chavez EL. Friendship factors and suicidality: common and unique patterns in Mexican American and European American youth. *Suicide & life-threatening behavior*. 2011;41(1):50-65.
- 477.Lucassen MFG, Merry SN, Robinson EM, Denny S, Clark T, Ameratunga S, et al. Sexual attraction, depression, self-harm, suicidality and help-seeking behaviour in New Zealand secondary school students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2011;45(5):376-83.
- 478.Renaud J, Berlim MT, Begolli M, McGirr A, Turecki G. Sexual orientation and gender identity in youth suicide victims: An exploratory study. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55(1):29-34.
- 479.Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: A review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*. 2005;29(1):45-58.
- 480.Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*. 2010;197(1):20-7.
- 481.Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(2):222-37.
- 482.Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(2):181-9.
- 483.Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*. 2007;75(1):73-80+3-4.
- 484.Ougrin D, Zundel T, Ng A, Banarsee R, Bottle A, Taylor E. Trial of Therapeutic Assessment in London: Randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(2):148-53.

- 485.Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Tuisku V, Kiviruusu O, Ruuttu T, et al. Detecting suicidality among adolescent outpatients: Evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*. 2008;8.
- 486.Beck AT SR. *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio: Psychological Corporation; 1988.
- 487.Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*. 2005;16(2):121-42.
- 488.Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*. 2003;14:249-80.
- 489.Sanz J NM, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck–II (BDI–II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*. 2003;29:239-88.
- 490.Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
- 491.Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresán A, Apiquian R, et al. Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas españolas de psiquiatría*. 2006;34(1):36-40.
- 492.Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1984;23(2):191-7.
- 493.Polaino A, Domenèch E. *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB*. Barcelona: Geigy. 1988.
- 494.Cusimano MD, Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention*. 2011;17(1):43-9.
- 495.Portzky G, van Heeringen K. Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2006;47(9):910-8.
- 496.Ciffone J. Suicide prevention: a classroom presentation to adolescents. *Social work*. 1993;38(2):197-203.
- 497.Kalafat J, Elias M. An evaluation of a school-based suicide awareness intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1994;24(3):224-33.
- 498.Kalafat J, Gagliano C. The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(4):359-64.
- 499.Ciffone J. Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work*. 2007;52(1):41-9.
- 500.Eggert LL, Thompson EA, Herting JR, Nicholas LJ. Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1995;25(2):276-96.

- 501.Randell BP, Eggert LL, Pike KC. Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2001;31(1):41-61.
- 502.Gould MS, Greenberg T, Munfakh JL, Kleinman M, Lubell K. Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide Life Threat Behav*. 2006 Dec;36(6):601-13. PubMed PMID: 17250466. Epub 2007/01/26. eng.
- 503.Boehm KE, Campbell NB. Suicide: A review of calls to an adolescent peer listening phone service. *Child Psychiatry and Human Development*. 1995;26(1):61-6.
- 504.King GD. An evaluation of the effectiveness of a telephone counseling center. *American journal of community psychology*. 1977;5(1):75-83.
- 505.King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone Counselling for Adolescent Suicide Prevention: Changes in Suicidality and Mental State from Beginning to End of a Counselling Session. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003;33(4):400-11.
- 506.Slem CM, Cotler S. Crisis phone services: Evaluation of a hotline program. *American Journal of Community Psychology*. 1973;1(3):219-27.
- 507.Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
- 508.Hagihara A, Miyazaki S, Abe T. Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2011:1-8.
- 509.Szumilas M, Kutcher S. Teen suicide information on the internet: A systematic analysis of quality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009;54(9):596-604.
- 510.Chan J, Draper B, Banerjee S. Deliberate self-harm in older adults: A review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(8):720-32.
- 511.Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2008;31(2):333-56.
- 512.Hawton K, Harriss L. How often does deliberate self-harm occur relative to each suicide? A study of variations by gender and age. *Suicide Life Threat Behav*. 2008 Dec;38(6):650-60. PubMed PMID: 19152296. Epub 2009/01/20. eng.
- 513.Instituto Nacional de Salud ONdS. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Quinto Informe ONS Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2015. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>.
- 514.SL. C. Comportamiento del Suicidio, Colombia 2013 Colombia: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia; 2013. Available from: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>.
- 515.Dombrovski AY, Szanto K, Duberstein P, Conner KR, Houck PR, Conwell Y. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;16(11):905-13.
- 516.Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MÁ, López-Ibor JJ, et al. Differences between younger and older adults in the structure of suicidal intent and its correlates. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(9):839-47.

- 517.Crandall M, Luchette F, Esposito TJ, West M, Shapiro M, Bulger E. Attempted suicide and the elderly trauma patient: Risk factors and outcomes. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*. 2007;62(4):1021-7.
- 518.Grek A. Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2007;52(6 Suppl 1):47S-57S.
- 519.Wiktorsson S, Runeson B, Skoog I, Östling S, Waern M. Attempted suicide in the elderly: Characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18(1):57-67.
- 520.Dennis MS, Wakefield P, Molloy C, Andrews H, Friedman T. A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives. *Aging and Mental Health*. 2007;11(5):520-5.
- 521.Tejedor Azpeitia M. Aspectos clínicos del suicidio en el anciano deprimido. *Informaciones Psiquiátricas*. 2002 (167):45-50.
- 522.Jacoby R, Oppenheimer C. *Psiquiatría en el anciano*: Masson Espana; 2005.
- 523.Lacomblez L MF. *Psychiatrie du sujet âgé*. Montrouge: MédecineSciences Flammarion; 1999.
- 524.Pfaff JJ, Almeida OP, Witte TK, Waesche MC, Joiner Jr TE. Relationship between quantity and frequency of alcohol use and indices of suicidal behavior in an elderly Australian sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6):616-26.
- 525.Hirsch JK, Duberstein PR, Unützer J. Chronic medical problems and distressful thoughts of suicide in primary care patients: Mitigating role of happiness. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(7):671-9.
- 526.Anía B, Chinchilla E, Suárez-Almenara J, Irurita J. Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2003;38(3):170-4.
- 527.Aizenberg D, Olmer A, Barak Y. Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*. 2006;91(1):91-4.
- 528.Ritchie CW, King MB, Nolan F, O'Connor S, Evans M, Toms N, et al. The association between personality disorder and an act of deliberate self harm in the older person. *International Psychogeriatrics*. 2011;23(2):299-307.
- 529.Bergman Levy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(1):115-7.
- 530.Harwood DMJ, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: A descriptive and case-control study. *Psychological Medicine*. 2006;36(9):1265-74.
- 531.Voaklander DC, Rowe BH, Dryden DM, Pahal J, Saar P, Kelly KD. Medical illness, medication use and suicide in seniors: A population-based case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2008;62(2):138-46.
- 532.Haw C, Harwood D, Hawton K. Dementia and suicidal behavior: A review of the literature. *International Psychogeriatrics*. 2009;21(3):440-53.
- 533.Erlangsen A, Vach W, Jeune B. The effect of hospitalization with medical illnesses on the suicide risk in the oldest old: A population-based register study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(5):771-6.

- 534.Vanderhorst RK, McLaren S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health*. 2005;9(6):517-25.
- 535.Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 1982;17(1):37-49.
- 536.Fry P. Development of a geriatric scale of hopelessness: Implications for counseling and intervention with the depressed elderly. *Journal of Counseling Psychology*. 1984;31(3):322.
- 537.Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR, et al. Development and psychometric evaluation of the reasons for living - Older adults scale: A suicide risk assessment inventory. *Gerontologist*. 2009;49(6):736-45.
- 538.Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *International Psychogeriatrics*. 2007;19(1):77-88.
- 539.Chen WJ, Chen GC, Ho CK, Lee MB, Chung YT, Wang YC, et al. The suitability of the BSRS-5 for assessing elderly who have attempted suicide and need to be referred for professional mental health consultation in a metropolitan city, Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;24(10):1151-7.
- 540.Draper B, Brodaty H, Low LF, Richards V, Paton H, Lie D. Self-destructive behaviors in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(2):354-8.
- 541.Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the Geriatric Suicide Ideation Scale. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;14(9):742-51.
- 542.Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2004 (89):67-77.
- 543.Kjølseth I, Ekeberg O, Steihaug S. Elderly people who committed suicide--their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging & mental health*. 2010;14(8):938-46.
- 544.Estadística INd. Salud. Defunciones según la causa de muerte 2008. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2008/10/&file=05002.px&type=pcaxis&L=0>.
- 545.Casado Blanco M. Suicidios en mayores de 65 años en la provincia de Badajoz: análisis médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002 (28):25-32.
- 546.Hawton K, Harriss L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: Characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006;21(6):572-81.
- 547.De Leo D, Buono MD, Dwyer J. Suicide among the elderly: The long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181(SEPT.):226-9.
- 548.Oyama H, Watanabe N, Ono Y, Sakashita T, Takenoshita Y, Taguchi M, et al. Community-based suicide prevention through group activity for the elderly successfully reduced the high suicide rate for females. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2005;59(3):337-44.
- 549.Vannoy SD, Duberstein P, Cukrowicz K, Lin E, Fan MY, Unützer J. The relationship between suicide ideation and late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;15(12):1024-33.

- 550.Chan SS, Leung VPY, Tsoh J, Li SW, Yu CS, Yu GKK, et al. Outcomes of a two-tiered multifaceted elderly suicide prevention program in a hong kong chinese community. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011;19(2):185-96.
- 551.Social MdSyP. Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas Colombia2014. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-salud-mental-indigena.pdf>.
- 552.Social MdSyP. Revisión bibliográfica sobre prevención y atención integral a la conducta suicida en población indígena colombiana Colombia2010. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Revision-bibliografica-suicidos-indigenas.pdf>.
- 553.Roselli D CC, Faria A, Tassinari S, Coriat J, Arreaza D, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2017;In Process.
- 554.Mantilla Toloza C RM, Paz Velilla A. Atención del paciente suicida Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria. Available from: http://www.tensiometrovirtual.com/upload/G001A_g.pdf.
- 555.Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurology*. 2007;6(8):693-8.
- 556.McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris FM, Jepson R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviour: A literature review: Scottish Government; 2008.
- 557.Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW. Suicide attempts in the United States: The role of physical illness. *Social Science and Medicine*. 2003;56(8):1783-8.
- 558.Cano Domínguez P PAJ, Ruiz Ruiz M. Las conductas suicidas Madrid: Medynet. Available from: <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>.
- 559.Greydanus D, Patel D, Pratt H. Suicide risk in adolescents with chronic illness: Implications for primary care and specialty pediatric practice: A review. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010;52(12):1083-7.
- 560.Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Huertas S, Juarbe D, Pérez-Pedrogo C, Huertas A, et al. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. *International Journal of General Medicine*. 2011;4:197-205.
- 561.Fisher B, Haythornthwaite J, Heinberg L, Clark M, Reed J. Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. *REVISTA-SOCIEDAD ESPANOLA DEL DOLOR*. 2002;9(3):146-56.
- 562.Fishbain DA. The association of chronic pain and suicide. *Seminars in clinical neuropsychiatry*. 1999;4(3):221-7.
- 563.Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*. 2006;36(5):575-86.
- 564.Calandre EP, Vilchez JS, Molina-Barea R, Tovar MI, Garcia-Leiva JM, Hidalgo J, et al. Suicide attempts and risk of suicide in patients with fibromyalgia: A survey in Spanish patients. *Rheumatology*. 2011;50(10):1889-93.

565. Gilbert JW, Wheeler GR, Storey BB, Mick G, Richardson G, Westerfield G, et al. Suicidality in chronic noncancer pain patients. *International Journal of Neuroscience*. 2009;119(10):1968-79.
566. Wolfe F, Hassett AL, Walitt B, Michaud K. Mortality in fibromyalgia: A study of 8,186 patients over thirty-five years. *Arthritis Care and Research*. 2011;63(1):94-101.
567. García CE, Sánchez AS. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*. 2001;50:15-30.
568. Giannini MJ, Bergmark B, Kreshover S, Elias E, Plummer C, O'Keefe E. Understanding suicide and disability through three major disabling conditions: Intellectual disability, spinal cord injury, and multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*. 2010;3(2):74-8.
569. Dennis M, Baillon S, Brugha T, Lindesay J, Stewart R, Meltzer H. The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: Results from a population survey of Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44(8):608-13.
570. Gadalla T. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada. *Chronic Diseases in Canada*. 2008;28(4):148-54.
571. Jones SE, Lollar DJ. Relationship between physical disabilities or long-term health problems and health risk behaviors or conditions among US high school students. *Journal of School Health*. 2008;78(5):252-7.
572. Jurišić B, Marušić A. Suicidal ideation and behavior and some psychological correlates in physically disabled motor-vehicle accident survivors. *Crisis*. 2009;30(1):34-8.
573. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Newsom JT. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: A population-based study. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2007;77(1):56-60.
574. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: Patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics*. 2001;42(5):382-90.
575. Zochling J, Braun J. Mortality in ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2008;26(5 SUPPL. 51):S80-S4.
576. Bill-Axelson A, Garmo H, Lambe M, Bratt O, Adolfsson J, Nyberg U, et al. Suicide Risk in Men with Prostate-Specific Antigen-Detected Early Prostate Cancer: A Nationwide Population-Based Cohort Study from PCBaSe Sweden. *European Urology*. 2010;57(3):390-5.
577. Health NYSDo. Suicidality and violence in patients with HIV/AIDS. New York: New York State Department of Health; 2007.
578. demencias GdtdIGdPCslaialpcedAyo. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07; 2010.
579. Lago Canzobre G, Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador del paciente con demencia. Barcelona: Elsevier; 2012.
580. Yárnoz AZ, Díez MN, Torres EC, Fernández-Puebla AG, Porrás DB, Higuera ER, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2008;43(3):157-66.

581. Akkerman RL, Ostwald SK. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*. 2004 Mar-Apr;19(2):117-23. PubMed PMID: 15106393. Epub 2004/04/27. eng.
582. Chang BL. Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nursing research*. 1999;48(3):173-82.
583. Teri L, McCurry SM, Logsdon R, Gibbons LE. Training community consultants to help family members improve dementia care: A randomized controlled trial. *Gerontologist*. 2005;45(6):802-11.
584. Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: Effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist*. 2001;41(1):4-14.
585. Larson J, Franzén-Dahlin Å, Billing E, Von Arbin M, Murray V, Wredling R. The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14(8 A):995-1003.
586. Toseland RW, McCallion P, Smith T, Huck S, Bourgeois P, Garstka TA. Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of Clinical Psychology*. 2001;57(4):551-70.
587. Mizuno E, Hosak T, Ogihara R, Higano H, Mano Y. Effectiveness of a stress management program for family caregivers of the elderly at home. *Journal of medical and dental sciences*. 1999;46(4):145-53.
588. Hernández-Viadel M, Guillem-Miralles J, Pérez-Prieto J, Leal-Cercos C. Homicidio-suicidio en el anciano: ¿ por qué el cuidador mata a su pareja con enfermedad de Alzheimer y después se suicida? *Psiquiatría Biológica*. 2006;13(1):30-4.
589. Andersen K, Hawgood J, Klieve H, Kølves K, De Leo D. Suicide in selected occupations in Queensland: Evidence from the State suicide register. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(3):243-9.
590. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(5):334-41.
591. Platt B, Hawton K, Simkin S, Mellanby RJ. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons. *Occupational Medicine*. 2010;60(6):436-46.
592. Pompili M, Innamorati M, Narciso V, Kotzalidis GD, Dominici G, Talamo A, et al. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clinica Terapeutica*. 2010;161(6):511-4.
593. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2010;304(11):1181-90.
594. Bagley SC, Munjas B, Shekelle P. A systematic review of suicide prevention programs for military or veterans. *Suicide & life-threatening behavior*. 2010;40(3):257-65.
595. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A, et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *American journal of public health*. 2010;100(12):2457-63.
596. Levenson Jr RL, O'Hara AF, Clark Sr R. The badge of life psychological survival for police officers program. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2010;12(2):95-102.

597. Takada M, Shima S. Characteristics and effects of suicide prevention programs: Comparison between workplace and other settings. *Industrial Health*. 2010;48(4):416-26.
598. Violanti JM. Police suicide: a national comparison with fire-fighter and military personnel. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*. 2010;33(2):270-86.
599. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: A systematic review. *Psychological Medicine*. 2006;36(2):145-57.
600. Prevention CfDCa. CDC Study Finds Suicide Rates Rise and Fall with Economy. Study looks at suicide rates from 1928–2007 Atlanta: CDC; 2011. Available from: http://www.cdc.gov/media/releases/2011/p0414_suiciderates.html.
601. I PyZ. *Mobbing: como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander: Sal Terrae; 2001.
602. González Rodríguez VM, Cabo M, Martín C, Franco M. El mobbing. Aspectos conceptuales y cuestiones prácticas para el médico de familia sobre las conductas de acoso psicológico en el trabajo. SEMERGEN/Novartis. Documento electrónico disponible en: www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/mobbing/mobbing.pdf; 2004.
603. Balducci C, Alfano V, Fraccaroli F. Relationships between mobbing at work and MMPI-2 personality profile, posttraumatic stress symptoms, and suicidal ideation and behavior. *Violence and Victims*. 2009;24(1):52-67.
604. Force UPST. Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(5):382-6.
605. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European journal of work and organizational psychology*. 1996;5(2):165-84.
606. Long B. Psychologic aspects of the hostile workplace: Harassment and bullying. *Clinics in Occupational and Environmental Medicine*. 2003;3(4):803-20.
607. Pompili M, Lester D, Innamorati M, De Pisa E, Iliceto P, Puccinno M, et al. Suicide risk and exposure to mobbing. *Work*. 2008;31(2):237-43.
608. Yildirim A, Yildirim D. Mobbing in the workplace by peers and managers: Mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(8):1444-53.
609. Yildirim D, Yildirim A, Timucin A. Mobbing behaviors encountered by nurse teaching staff. *Nursing Ethics*. 2007;14(4):447-63.
610. Pérez Bilbao J SFT. *Acoso sexual en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
611. Office IL. *Sexual harassment at work*. Geneve: International Labour Organization; 2007.
612. Merino J, Cruceta G. El acoso sexual en el trabajo en Catalunya. Estudio de casos. *Revista D'estudis de la Violencia*. 2009 (7):1-17.
613. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse and Neglect*. 2011;35(3):210-9.
614. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *salud pública de méxico*. 2010;52(3):213-9.

615. Mueller D, Thomas H. The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse towards women. Ontario: Public Health Development and Research program; 2001.
616. Renner LM, Markward MJ. Factors associated with suicidal ideation among women abused in intimate partner relationships. *Smith college Studies In social work.* 2009;79(2):139-54.
617. Penitenciarías DGdI. Programa marco de prevención de suicidios. Madrid 2005.
618. Pompili M, Lester D, Innamorati M, Del Casale A, Girardi P, Ferracuti S, et al. Preventing suicide in jails and prisons: Suggestions from experience with psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Sciences.* 2009;54(5):1155-62.
619. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis.* 2011;32(6):310-8.
620. Aguirre RTP, Slater H. Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies.* 2010;34(6):529-40.
621. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in psychiatric care.* 2005;41(1):14-21.
622. Maple M, Edwards H, Plummer D, Minichiello V. Silenced voices: Hearing the stories of parents bereaved through the suicide death of a young adult child. *Health and Social Care in the Community.* 2010;18(3):241-8.
623. Dyregrov K. How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *Omega.* 2009;59(3):221-38. PubMed PMID: 19791518. Epub 2009/10/02. eng.
624. Dyregrov K. The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide? *Omega: Journal of Death and Dying.* 2009;59(2):147-61.
625. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis.* 2009;30(1):43-7.
626. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: A systematic review. *Canadian Journal of Public Health.* 2011;102(1):18-29.
627. Constantino RE, Bricker PL. Nursing postvention for spousal survivors of suicide. *Issues in mental health nursing.* 1996;17(2):131-52.
628. Constantino RE, Sekula LK, Rubinstein EN. Group intervention for widowed survivors of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2001;31(4):428-41.
629. Murphy SA, Johnson C, Cain KC, Gupta AD, Dimond M, Lohan J, et al. Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A randomized controlled trial. *Death Studies.* 1998;22(3):209-35.
630. Pfeffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group Intervention for Children Bereaved by the Suicide of a Relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2002;41(5):505-13.
631. Battle AO. Group therapy for survivors of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.* 1984.
632. Rogers J, Sheldon A, Barwick C. Help for families of suicide: Survivors Support Program. *Canadian Journal of Psychiatry.* 1982;27(6):444-9.
633. McDaid C, Trowman R, Golder S, Hawton K, Sowden A. Interventions for people bereaved through suicide: Systematic review. *British Journal of Psychiatry.* 2008;193(6):438-43.

634. Farberow NL. The Los Angeles Survivors-After-Suicide program. An evaluation. *Crisis*. 1992;13(1):23-34.
635. De Groot M, De Keijser J, Neeleman J, Kerkhof A, Nolen W, Burger H. Cognitive behaviour therapy to prevent complicated grief among relatives and spouses bereaved by suicide: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2007;334(7601):994-6.
636. Cerel J, Campbell FR. Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(1):30-4.
637. de Groot M, Neeleman J, van der Meer K, Burger H. The effectiveness of family-based cognitive-behavior grief therapy to prevent complicated grief in relatives of suicide victims: the mediating role of suicide ideation. *Suicide & life-threatening behavior*. 2010;40(5):425-37.
638. Hazell P, Lewin T. An evaluation of postvention following adolescent suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1993;23(2):101-9.
639. Sandor MK, Walker LO, Sands D. Competence-building in adolescents, Part II: Community intervention for survivors of peer suicide. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 1994 Oct-Dec;17(4):197-209. PubMed PMID: 7649759. Epub 1994/10/01. eng.
640. Callahan J. Negative effects of a school suicide postvention program--a case example. *Crisis*. 1996;17(3):108-15.
641. Poijula S, Wahlberg KE, Dyregrov A. Adolescent suicide and suicide contagion in three secondary schools. *Int J Emerg Ment Health*. 2001 Summer;3(3):163-8. PubMed PMID: 11642194. Epub 2001/10/20. eng.
642. Grossman J, Hirsch J, Goldenberg D, Libby S, Fendrich M, Mackesy-Amiti ME, et al. Strategies for school-based response to loss: proactive training and postvention consultation. *Crisis*. 1995;16(1):18-26. PubMed PMID: 7614828. Epub 1995/01/01. eng.
643. Mackesy-Amiti ME, Fendrich M, Libby S, Goldenberg D, Grossman J. Assessment of knowledge gains in proactive training for postvention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1996;26(2):161-74.
644. Kovac SH, Range LM. Writing projects: lessening undergraduates' unique suicidal bereavement. *Suicide Life Threat Behav*. 2000 Spring;30(1):50-60. PubMed PMID: 10782718. Epub 2000/04/27. eng.
645. Hacker K, Collins J, Gross-Young L, Almeida S, Burke N. Coping with youth suicide and overdose: one community's efforts to investigate, intervene, and prevent suicide contagion. *Crisis*. 2008;29(2):86-95. PubMed PMID: 18664234. Epub 2008/07/31. eng.
646. Seguin M, Vinet-Bonin A, Senecal I. Evaluation de programmes de postvention. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. 2004;8(76):17-24.
647. Barlow CA, Schiff JW, Chugh U, Rawlinson D, Hides E, Leith J. An evaluation of a suicide bereavement peer support program. *Death Stud*. 2010 Nov-Dec;34(10):915-30. PubMed PMID: 24482855. Epub 2010/11/01. eng.
648. Wurst FM, Kunz I, Skipper G, Wolfersdorf M, Beine KH, Thon N. The therapist's reaction to a patient's suicide. *Crisis*. 2011.
649. V P. Supporting staff and patients after a suicide. In: Duffy D RT, eds., editor. *New approaches to preventing suicide A manual for practitioners*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.

- 650.Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, Szanto K, Rabinowicz H. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(8):1442-6.
- 651.Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles JM. Suicide by patients: Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*. 2000;320(7249):1571-2,4.
- 652.Thomyangkoon P, Leenaars A. Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2008;38(6):728-40.
- 653.Ellis TE, Dickey Iii TO, Jones EC. Patient suicide in psychiatry residency programs: A national survey of training and postvention practices. *Academic Psychiatry*. 1998;22(3):181-9.
- 654.Gaffney P, Russell V, Collins K, Bergin A, Halligan P, Carey C, et al. Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. *Death studies*. 2009;33(7):639-56.
- 655.Yousaf F, Hawthorne M, Sedgwick P. Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*. 2002;26(2):53-5.
- 656.Melton BB, Coverdale JH. What do we teach psychiatric residents about suicide? A national survey of Chief residents. *Academic Psychiatry*. 2009;33(1):47-50.
- 657.Bartels SJ. The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry*. 1987;9(3):189-97.
- 658.Carrasco J. Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Colex; 1990.
- 659.Bobes García J SMP, Bascarán FernándezT,Bousoño García M. Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica; 2004.
- 660.Fuertes Rocañín JC CFJ. La Salud Mental en los Tribunales. Madrid: Arán Ediciones; 2007.
- 661.Papaz R. Prevención del riesgo de suicidio infantil y juvenil Colombia. Available from: <http://prevencionsuicidio.redpapaz.org/>.
- 662.Cornejo M. El consentimiento informado en psiquiatría. Una mirada desde el derecho en las legislaciones de Colombia, Chile y España. *Revista de Derecho, Escuela de Postgrado*. 2014;5:153-78.
- 663.Ley 23 de 1981 por la cual se dictan las normas en materia de Ética Médica, (1981).
- 664.Ley 1098 de 2006 Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, (2010).
- 665.JP. B. Confidencialidad y secreto médico Chile: Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo; 2011. Available from: http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/06/CONFIDENCIALIDAD_Y_SECRETO_MEDICO.pdf.
- 666.Facultad de Psicología UdBA. Principios éticos de los Psicólogos y Código de conducta de la American Psychological Association (APA) Argentina: Práctica de Investigación: La Psicología en el ámbito jurídico. Reflexiones ético-clínicas a través de un estudio cualitativo de casos; 2010. Available from: http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1. Declaración de conflicto de intereses

1. Grupo metodológico

Participante	Filiación	Especialidad	Intereses declarados	Categoría	Tipo participación
Ángela Viviana Pérez	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Médica, magister en Epidemiología Clínica, especialista en Epidemiología General, especialista en Gestión de Salud Pública y Seguridad Social.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Andrea Castillo Niuman	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Médica, especialista en epidemiología.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Liliana Barrero	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Médico, magíster en epidemiología clínica,	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Martin Cañon	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Médico, Medico Familiar, magíster en Epidemiología Clínica.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Juan Camilo Fuentes Pachón	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Médico, magister en Salud y Seguridad en el Trabajo.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Paola Avellaneda Lozada	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS	Economista.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso

ANEXO 2. Fuentes para la búsqueda de GPC

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica
Organismos recopiladores de GPC	NGC (National Guideline Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/
	G-I-N (Guideline International Network)	http://www.g-i-n.net/
	CISMeF (Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux)	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
	German Agency for Quality in Medicine	www.aeqz.de/
Organismos que producen GPC	NZGG (New Zealand Guidelines Group)	http://www.nzgg.org.nz
	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	www.nice.org.uk/Guidance/Topic
	SIGN (Scottish Intercollegiate Network)	http://www.sign.ac.uk/
GPC nacionales o iberoamericanas	Guia Salud	http://www.guiasalud.es/home.asp
	Redsalud	http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_descargas.html
	Cenetec	www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestrosGPC.html
Bases de datos generales	MEDLINE	https://www.nlm.nih.gov
	EMBASE	http://www.embase.com/
	Lilacs	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced/?lang=es
Otras bases de datos	Google Académico	https://scholar.google.com.co/

Fuentes opcionales para búsqueda complementaria de guías de práctica clínica

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica
Organismos recopiladores GPC	NeLH (National Electronic Library for Health)	http://www.nelh.nhs.uk/clinical_evidence.asp
	CMA Infobase (Canadian Medical Association)	http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm
	ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)	http://www.icsi.org/guidelines_and_more/
	AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgonline.htm#Products
	ACP (American College of Physicians)	http://www.icsi.org/guidelines_and_more/
	ESC (European Society of Cardiology)	http://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines

ANEXO 3. Estrategias de búsqueda

Reporte de búsqueda electrónica No. 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	MEDLINE [Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily and Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present]
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	20-sept-2016
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción.
Restricciones de lenguaje	Ninguna.
Otros límites	Ninguno.
Estrategia de búsqueda (resultados)	Guideline.pt. (15 980) Practice Guidelines as Topic.sh. (95 072) Practice Guideline.pt. (21 944) #1 OR #2 OR #3 (122 778) Suicide.sh. (34 204) Suicide.tw. (48 508) Suicidal behavi*.tw. (6821) #5 OR #6 OR #7 (62 517) #4 AND #8 (342)
Número de referencias identificadas	342

Reporte de búsqueda electrónica No. 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Embase
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	20-sept-2016
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción.
Restricciones de lenguaje	Ninguna.
Otros límites	Mapping: "major focus"
Estrategia de búsqueda (resultados)	'practice guideline'/de (278 613) recommend*:ab,ti (654 862) #1 OR #2 (879 721) 'suicide'/mj (27 759) 'suicidal behavior'/mj (4522) #4 OR #5 (31 979) [embase]/lim #3 AND #6 AND #7 (756)
Número de referencias identificadas	756

Reporte de búsqueda electrónica No. 3

Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	LILACS
Plataforma	Portal Regional de la BVS – Búsqueda avanzada
Fecha de búsqueda	20-sept-2016
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción.
Restricciones de lenguaje	Ninguna.
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	tw:(guía de práctica clínica) tw:(pauta práctica) #1 OR # 2 tw:(conducta suicida) mh:(suicidio) #4 OR #5 #3 AND #4
No. de referencias identificadas	4

ANEXO 4. Tamización

Tipo de fuente	Fuente	Dirección electrónica	#
Organismos recopiladores de GPC	NGC (National Guideline Clearinghouse)	http://www.guideline.gov/	9
	GIN (Guideline International Network)	http://www.g-i-n.net/	4
	CISMeF (Catalogage et l'Indexation des Sites Médicaux)	http://www.chu-rouen.fr/cismef/	0
	German Agency for Quality in Medicine	www.aeqz.de/	0
Organismos que producen GPC	NZGG (New Zeland Guidelines Group)	http://www.nzgg.org.nz	4
	NICE (National Institute for Clinical Excellence)	www.nice.org.uk/Guidance/Topic	2
	SIGN (Scottish Intercollegiate Network)	http://www.sign.ac.uk/	0
GPC nacionales o iberoamericanas	Guia Salud	http://www.guiasalud.es/home.asp	1
	Redsalud	http://www.redsalud.gov.cl/gesaug e/g es_descargas.html	0
	Cenetec	www.cenetec.salud.gob.mx/interior /ca talogoMaestroGPC.html	0
Organismos recopiladores GPC	NeLH (National Electronic Library for Health)	http://www.nelh.nhs.uk/clinical_evidence.asp	0
	CMA Infobase (Canadian Medical Association)	http://www.cma.ca/index.cfm/ci_id/54316/la_id/1.htm	1
	ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)	http://www.icsi.org/guidelines_and _more/	0
	AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)	http://www.ahrq.gov/clinic/cpgonline.htm#Products	4
	ACP (American College of Physicians)	http://www.acponline.org/clinical_in formation/guidelines/	1
	ESC (European Society of Cardiology)	http://www.escardio.org/Guidelines /Clinical-Practice-Guidelines	0
Otras fuentes	Google Académico	https://scholar.google.com.co/	25
	Búsqueda Manual		1
TOTAL			52

ANEXO 5. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Una vez realizada la selección por título y resumen, se aplicó a los documentos seleccionados en esta etapa, la Herramienta 7 recomendada por la guía metodológica, y se excluyeron aquellas GPC que no cumplieron con al menos uno de los criterios definidos por la herramienta para una GPC. De esta manera se seleccionaron las GPC a las cuales se aplicó la evaluación de calidad mediante el instrumento AGREE II.

La Herramienta 7 tiene los siguientes criterios:

1. ¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?
2. ¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?
3. ¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?
4. ¿Establece recomendaciones?
5. ¿Año de publicación \leq 4 años? (Este criterio no fue aplicado)

La herramienta fue aplicada a 28 documentos, los títulos de los cuales **(R#)** se nombran a continuación:

- R30 Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior.
- R52 I.A.S.P. - Guidelines for Suicide Prevention.
- R58 Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and older adults in primary care.
- R59 Good Clinical Practice on Suicide and Suicide Preventive.
- R67 Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España.
- R96 Effective strategies for suicide prevention in New Zealand.
- R127 Suicide Risk Screening and Assessment.
- R130 Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self – harm.
- R170 Social work with suicidal clients Challenges of implementing practice guidelines and Standards of Care.
- R186 CDC School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injures and Violence.
- R280 Behandlungspfade in psychiatrie and Psychotherapie.
- R332 Suicide prevention in the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)
- R367 Practice standards critical to minimizing risk associated with suicide
- R384 Management of suicidal behavior.
- R425 A guide to risk assessment.
- R426 Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence – based guidelines.
- R451 National Guidelines for Seniors Mental Health The Assessment of Suicide Risk and Prevention of Suicide.
- R608 Screening for suicide risk in primary care: a Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force.
- R809 Guía de práctica clínica en conducta suicida.
- R818 The diagnosis and treatment of bipolar disorder.
- R837 Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations.

- R1090 Guidelines for the management of patients with bipolar disorder.
- R1126 Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
- R1127 Practice guideline assessment and treatment of patients with suicidal behaviors 2003.
- R1131 Clinical practice guideline: suicide risk assessment.
- R1137 Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior.
- R1142 The Assessment and Management of People at Risk of Suicide.
- R1154 Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.

Las siguientes tablas muestran los resultados de la aplicación de la Herramienta 7:

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior			No. ID:	30	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Parámetros para evaluar y tratar niños y adolescentes con conducta suicida, y sugerencias sobre cómo puede el clínico interactuar con la comunidad, mediante estrategias de prevención		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No establecen con claridad la estrategia de búsqueda, solo citan las más relevantes.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	Sólo hay 2 autores.		
¿Establece recomendaciones?		x	No hay recomendaciones.		
Fecha de última búsqueda o actualización Criterio no aplicado		x	Solo publicación del 2001.		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: I.A.S.P. Guidelines for Suicide Prevention			No. ID:	52	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Revisión temática: teorías de suicidio, enfoques de prevención, factores de riesgo, la familia, grupos indígenas, conflictos de identidad sexual, migrantes, zona rural, reclusos o con enfermedades debilitantes		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No describen ninguna búsqueda exhaustiva de la información.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No hay proceso ni grupo desarrollador.		
¿Establece recomendaciones?		x	No hay recomendaciones basadas en evidencia.		

Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	1999 no actualización	
--	--	---	-----------------------	--

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: recommendation statement			No. ID:	58	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de riesgos y beneficios de la detección de riesgo de suicidio en adolescentes, adultos y adultos mayores que no tienen un trastorno psiquiátrico identificado.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No es una guía de práctica clínica. Es un resumen de la GPC.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF).		
¿Establece recomendaciones?	x		No hacen recomendaciones por falta de evidencia.		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		2015		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Good clinical practice on suicide and suicide prevention			No. ID:	59	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?					NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Es un editorial.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour			No. ID:	67	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Resume la revisión de la evidencia disponible sobre el impacto epidemiológico, los factores de riesgo y protectores, los instrumentos de evaluación del riesgo, las intervenciones preventivo-educativas y sobre las poblaciones de riesgo.		NO

¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Consenso de expertos con búsqueda sistemática no basado en preguntas.
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
¿Establece recomendaciones?	x		Recomendaciones sin grados de evidencia.
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		2012

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence	No. ID:	96	AGREE II	
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Contiene actividades para la prevención de suicidio.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Es una revisión narrativa de acuerdo a una clasificación de iniciativas para la prevención del suicidio.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No proveen información sobre el proceso de desarrollo.	
¿Establece recomendaciones?	x		Recomendaciones no basadas en evidencia.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	No presentan información sobre la búsqueda de literatura.	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Suicide risk screening and assessment: Designing instruments with dissemination in mind	No. ID:	127	AGREE II	
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Determina el riesgo y el grado de riesgo en diversas poblaciones mediante instrumentos.	
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Resumen de recomendaciones de expertos.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No describen un proceso de desarrollo.	
¿Establece recomendaciones?	x		Recomendaciones generales sobre el desarrollo de herramientas y algoritmos que permitan la adherencia a las GPC.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		2014	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Australian and New Zealand clinical practice guideline for the management of adult deliberate self-harm	No. ID:	130	AGREE II	
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	

¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Dirigido al equipo de salud servicios de urgencias y evaluación de riesgos de autolesiones deliberadas en general incluyendo el suicidio.	NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		Descripción detallada de la búsqueda de literatura replicable.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		Grupo coordinador de desarrollo de GPC.	
¿Establece recomendaciones?		x	Pautas sin grados de evidencia.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	2003	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Social work with suicidal clients: challenges of implementing practice guidelines and standards of care	No. ID:	170		AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Tratan de definir normas dirigidas a los trabajadores sociales que enfrentan casos de suicidio.	NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No es una guía de práctica clínica, exploraron la factibilidad de su desarrollo.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No hay grupo desarrollador.	
¿Establece recomendaciones?		x	No hay recomendaciones basadas en evidencia.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	1996	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: School health guidelines to prevent unintentional injuries and violence	No. ID:	186		AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Resumen de las recomendaciones de salud para la prevención en escuelas de lesiones no intencionales, incluyendo violencia y suicidio.	NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Describen la búsqueda exhaustiva pero no es replicable.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		Información del grupo desarrollador.	
¿Establece recomendaciones?	x		Recomendaciones dirigidas a la prevención sin niveles de evidencia.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	2001	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: [Clinical pathways in psychiatry and psychotherapy]			No. ID:	280	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Aborda los procesos de implementación de la guía. El artículo se encuentra en alemán.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?					
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Suicide prevention in the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)			No. ID:	332	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Es un editorial.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?					
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Practice standards critical to minimizing risk associated with suicide			No. ID:	367	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?			Texto completo no disponible.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?					
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Management of suicidal behavior			No. ID:	384	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		

¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Es una carta al editor.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?				
¿Establece recomendaciones?				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.				

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: A guide to risk assessment		No. ID:		425	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?			Texto completo no disponible.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?					
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines		No. ID:		426	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Es un plan de acción para la implementación de las guías.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?					
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?					
¿Establece recomendaciones?					
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.					

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: National guidelines for seniors' mental health: The assessment of suicide risk and prevention of suicide			No. ID:	451	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Incluye población adulta mayor. Idioma inglés.		SÍ
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		La búsqueda es exhaustiva y reproducible.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x				
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ Criterio no aplicado		x	Junio 2005		
Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. preventive services task force recommendation statement			No. ID:	608	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Incluye la evaluación de instrumentos para la detección de riesgo suicida, riesgos y beneficios de la tamización. Población de cuidado primario. Idioma inglés.		SÍ
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		Búsqueda exhaustiva y reproducible de ensayos clínicos e instrumentos de medición. Apéndice B.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		USPSTF		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ Criterio no aplicado	x		Julio 17 2012		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Guía de práctica clínica en conducta suicida			No. ID:	809	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		La población es similar a la de la guía. Idioma español.		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No presentan una búsqueda sistemática.		

¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	No describen el proceso de desarrollo.	
¿Establece recomendaciones?		x	Se establecen pautas y algoritmos pero no recomendaciones.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	No presentan una búsqueda sistemática.	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline	No. ID:		818	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	La guía completa se encuentra en alemán. Incluye pacientes con trastorno afectivo bipolar. Tiene recomendaciones sobre suicidio.	NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	No hay un detalle de la búsqueda en el resumen.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?		x	Son cuatro autores.	
¿Establece recomendaciones?	x			
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	No presentan la fecha de búsqueda.	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations	No. ID:		837	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Incluye pacientes con esquizofrenia y riesgo de suicidio.	NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Las recomendaciones se realizan con base en el método Delphi.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x			
¿Establece recomendaciones?	x		No presentan grados de evidencia.	
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		Junio 2013	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC				
Nombre de la guía: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies	No. ID:		1090	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Incluye pacientes con trastorno afectivo bipolar. Está enfocado en terapia de esta condición y menciona el riesgo de suicidio sin	NO

			presentar una recomendación específica al respecto.
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	La búsqueda de información no se presenta de forma detallada y explícita en esta actualización.
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		CANMAT.
¿Establece recomendaciones?	x		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	No está explícita en el texto.

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.		No. ID:		1126	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			Incluye adolescentes, adultos o mayores que presenten riesgo de suicidio, ideación o conducta suicidas. El alcance es muy similar.	Sí
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x			Se realizó una búsqueda exhaustiva pero no está detallada en el manuscrito. Los autores mencionan que hay otro documento con los detalles pero no se encuentra disponible en la página.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x			Autores utilizan el método SIGN. Más de 10 personas conforman el grupo desarrollador.	
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x		Autores no mencionan la fecha de búsqueda. La guía fue publicada en 2012.	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors		No. ID:		1127	AGREE II
Criterios de una GPC		Sí	No	Comentarios Evaluador	
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x			Incluye la población objeto de la guía y el alcance de la misma.	Sí
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x			La búsqueda se realiza en diversas bases de datos y está limitada al inglés.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	X			Tiene un proceso de desarrollo definido (en otro documento). El grupo desarrollador incluye ocho investigadores.	
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x		2002	

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Clinical practice guideline: suicide risk assessment.		No. ID:		1131	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Incluye población con ideación suicida o después de un intento de suicidio que asiste a los servicios de urgencias. También aquellos que están en riesgo de un nuevo intento de suicidio.		Sí
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		La búsqueda se realiza en diferentes bases de datos, también realizan una búsqueda complementaria. Las términos de búsqueda son explícitos.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		Más de cinco autores. El proceso de desarrollo está descrito en la guía y existe un documento detallado sobre el proceso de desarrollo.		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		2012		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behavior.		No. ID:		1137	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Dirigida a enfermeras. La guía se enfoca en la interacción de la enfermera con pacientes que presentan ideación o conducta suicida. No aborda intervenciones de prevención primaria. La guía está dirigida a población mayor de 17 años.		Sí
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		La búsqueda es exhaustiva y reproducible.		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		El proceso está descrito. Las recomendaciones se realizaron con base en el tipo de evidencia.		
¿Establece recomendaciones?	x				
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	2007		

Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC

Nombre de la guía: Assessment and management of people at risk of suicide For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings		No. ID:		1142	AGREE II
Criterios de una GPC	Sí	No	Comentarios Evaluador		

¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?	x		Dirigida a quienes laboran en el área de urgencias o servicios de psiquiatría de agudos. La población incluida son las personas que tienen un intento de suicidio con el propósito de terminar su vida y los que están en riesgo de suicidio.	SÍ
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?	x		Está basada en evidencias. Los autores realizan una búsqueda sistemática que se encuentra en un documento aparte.	
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x			
¿Establece recomendaciones?	x			
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.		x	Abril 2002	

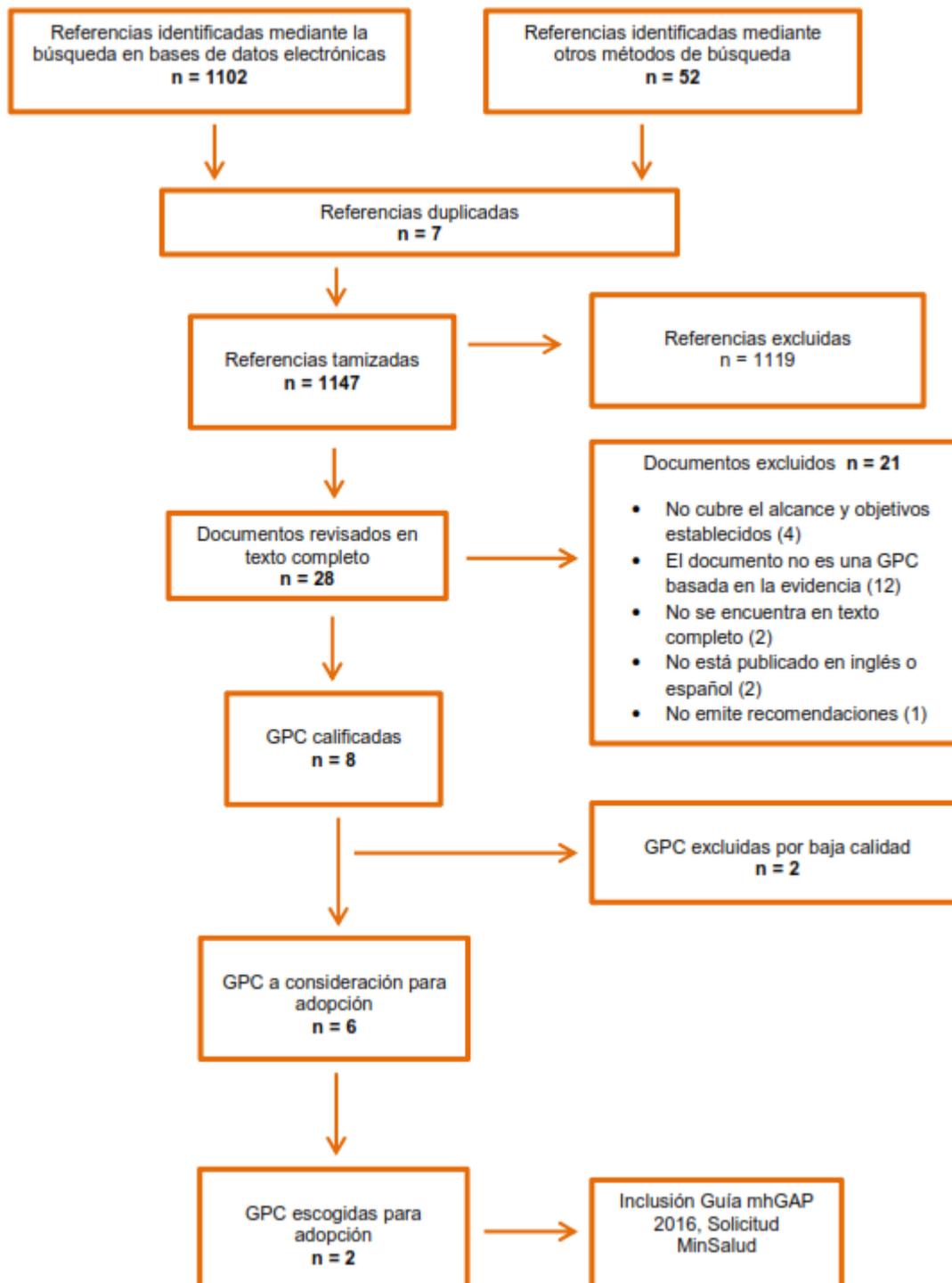
Herramienta 7. Selección de GPC candidatas para ser utilizadas en el proceso de incorporación de evidencia a partir de RS de GPC					
Nombre de la guía: Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental OMS			No. ID:	1154	AGREE II
Criterios de una GPC	SÍ	No	Comentarios Evaluador		
¿Los alcances y objetivos de nuestra guía están incluidos en la guía evaluada?		x	Guía de Intervención dirigida a primer y segundo nivel para trastornos mentales neurológicos, abuso de sustancias, autolesión y suicidio		NO
¿Es una GPC basada en la evidencia? ¿Es replicable la búsqueda de evidencia primaria?		x	Revisión exhaustiva por expertos no basada en preguntas no hay descripción detallada		
¿Tiene un proceso de desarrollo y grupo desarrollador?	x		Informa grupo desarrollador de OMS y otros expertos		
¿Establece recomendaciones?		x	Establece intervenciones escalonadas no recomendaciones basadas en niveles de evidencia		
Fecha de última búsqueda o actualización ≥ 2011.	x		2010 tiene actualización cada 5 años		

ANEXO 6. Calificación de las GPC (AGREE II)

Nombre GPC	Organización	Año	País, Idioma	Dominio1. Alcance y propósito	Dominio2. Participación de los implicados	Dominio3. Rigor en la elaboración	Dominio4. Claridad de la presentación	Dominio5. Aplicabilidad	Dominio6. Independencia Editorial	Revisión para adopción
R451. National Guidelines For Seniors Mental Health The Assessmet of Suicide Risk and Prevention of Suicide	Canadian Coalition for Seniors Mental Health CCSMH	2006	Canadá, Inglés	79%	65%	76%	85%	26%	79%	SI
R608. Screening for Suicide Risk in adolescents, Adults, and Older Adults in primary Care: U.S Preventive Services Task Force Recommendation Statement	U.S. Preventive Services Task Force USPSTF	2014	Estados Unidos, Inglés	88%	32%	60%	78%	20%	96%	SI
R1126. Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la Conducta Suicida	Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud	2012	España, español	97%	92%	73%	93%	65%	81%	SI
R1127. Practice Guideline For The Assessmet and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors	American Psychiatric Association Steering Committee on Practice Guidelines APA	2010	Estados Unidos, Inglés	44%	42%	46%	44%	19%	71%	NO
R1130. VA/DoD Clinical Practice Guideline For Assessment of Patients At Risk for Suicide	Department of Veterans Affairs Department of Defense	2013	Estados Unidos, Inglés	85%	64%	60%	69%	35%	6%	NO

Nombre GPC	Organización	Año	País, Idioma	Dominio1. Alcance y propósito	Dominio2. Participación de los implicados	Dominio3. Rigor en la elaboración	Dominio4. Claridad de la presentación	Dominio5. Aplicabilidad	Dominio6. Independencia Editorial	Revisión para adopción
R1131. Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment	Emergency Nurses Association ENA	2012	Estados Unidos, Inglés	79%	56%	68%	83%	18%	60%	SI
R1137. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida	Registered Nurses' Association of Ontario RNAO	2009	Canadá, Inglés	99%	97%	89%	85%	80%	83%	SI
R1142. The Assessment and Management of People at Risk of Suicide	Ministry of Health NZGG	2003	Nueva Zelanda, Inglés	68%	71%	65%	76%	74%	69%	SI

ANEXO 7. Diagrama PRISMA de selección de guías de práctica clínica



ANEXO 8. Listado de referencias excluidas

Se excluyeron 21 documentos revisados en texto completo por los motivos que se presentan a continuación.

El documento no tiene el alcance o los objetivos de la guía:

R52	I.A.S.P. guidelines for suicide prevention. I.A.S.P. Executive Committee. Crisis. 1999;20(4):155-63.
R170	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Aust N Z J Psychiatry. 2004 Nov-Dec; 38(11-12):868-84.
R426	Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M. Improving quality of care for depression: the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. Int J Qual Health Care. 2006 Apr;18(2):113-9.
R1090	Yatham LN, Kennedy SH, O'Donovan C, Parikh S, MacQueen G, McIntyre R, Sharma V, Silverstone P, Alda M, Baruch P, Beaulieu S, Daigneault A, Milev R, Young LT, Ravindran A, Schaffer A, Connolly M, Gorman CP; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disord. 2005;7 Suppl 3:5-69.

El documento no es una GPC basada en la evidencia:

R30	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 Jul; 40(7 Suppl):24S-51S.
R58	Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: recommendation statement. Am Fam Physician. 2015 Feb 1;91(3):190F-I.
R59	Appleby L, Sherratt J. Good clinical practice on suicide and suicide prevention. Psychiatric Bulletin. 2001;25(2): 41–2.
R67	Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. [Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour]. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2012 Jan-Mar;5(1):8-23.
R96	Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, Collings C, Doughty C, Ellis P, Hatcher S, Horwood J, Merry S, Mulder R, Poulton R, Surgenor L. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: a review of the evidence. N Z Med J. 2007 Mar 23;120(1251):U2459.
R127	Boudreaux ED, Horowitz LM. Suicide risk screening and assessment: designing instruments with dissemination in mind. Am J Prev Med. 2014 Sep;47(3 Suppl 2):S163-9.
R186	Centers for Disease Control and Prevention. School health guidelines to prevent unintentional injuries and violence. MMWR Recomm Rep. 2001 Dec 7;50(RR-22):1-73.

R332	Fleischmann A, Saxena S. Suicide prevention in the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). <i>Crisis</i> . 2013 Jan 1;34(5):295-6.
R384	Goldney RD. Management of suicidal behaviour. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> . 2005 Oct;39(10):948-9.
R809	Ministerio de Salud de Perú. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Lima, Perú: Ministerio de Salud de Perú; 2008. p. 40–56.
R837	Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, Montes JM, Vieta E. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. <i>Acta Psychiatr Scand</i> . 2014 Dec;130(6):418-26.
R1154	Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2010.

El documento no está disponible en texto completo y no es evaluable:

R367	Gerow S. Practice standards critical to minimizing risk associated with suicide. <i>Behav Healthc Tomorrow</i> . 2003 Oct;12(5):39-40.
R425	Harrison A. A guide to risk assessment. <i>Nurs Times</i> . 2003 Mar 4-10;99(9):44-5.

El documento no está publicado en inglés o español:

R280	Dick B, Sitter H, Blau E, Lind N, Wege-Heuser E, Kopp I. [Clinical pathways in psychiatry and psychotherapy]. <i>Nervenarzt</i> . 2006 Jan;77(1):12, 14-8, 20-2. Review. German. Erratum in: <i>Nervenarzt</i> . 2006 May;77(5):586.
R818	Pfennig A, Bschor T, Falkai P, Bauer M. The diagnosis and treatment of bipolar disorder: recommendations from the current s3 guideline. <i>Dtsch Arztebl Int</i> . 2013 Feb;110(6):92-100.

El documento no emite recomendaciones:

R130	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> . 2004 Nov-Dec; 38(11-12):868-84.
------	--

ANEXO 9. Informe del proceso participativo para el consenso de adopción

El presente informe describe el procedimiento adelantado para la identificación y análisis de los intereses y los posibles conflictos declarados por el grupo de expertos, el grupo metodológico y los expertos que participaron en los consensos virtuales y presenciales en el marco del contrato interadministrativo N° 388 de 2016 en sus componente 2 Líneas 1, 2 y 3.

Para garantizar la transparencia de los procesos, todos los actores involucrados en los diferentes proyectos adelantados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud deben declarar sus intereses, mediante el diligenciamiento del formato establecido para ello, disponible en el siguiente enlace:

<http://herramientas.iets.org.co/declaracion/CONTENIDO/imprimir.aspx>

En algunos casos y dependiendo del proceso que se esté llevando a cabo, se diligenciarán acuerdos de confidencialidad. En todos los casos, la persona deberá enviar la hoja de vida actualizada.

Los formatos diligenciados con los intereses declarados por los participantes de cada proyecto son analizados por un comité conformado para tal fin, el cual emite una calificación sobre los potenciales intereses en conflicto identificados, estableciendo si corresponden a conflictos inexistentes, probables o confirmados y de acuerdo con la calificación determina la participación de los actores en el proceso.

Según la política de transparencia del IETS, la clasificación supone que:

Una vez evaluada la naturaleza y los tipos de conflictos de intereses, se determinará el grado de participación, bajo la siguiente clasificación:

Clasificación A: se permite la participación en la totalidad de las actividades para las que fue convocada o requerida.

Clasificación B: se limita su participación a los procesos en los que se identifique que su intervención no estará afectada por los intereses declarados.

Clasificación C: se excluye de participar en cualquiera de las etapas del proceso independiente del tema que se esté tratando.

Los límites para la clasificación B y C serán definidos por el comité de conflictos de intereses, teniendo en cuenta los potenciales conflictos identificados y su naturaleza, el grado de influencia que estos tengan en el adecuado desarrollo del proceso y en el cumplimiento de los objetivos de la política institucional de transparencia.

La siguiente fue la calificación emitida por el comité de conflictos de intereses a la información referida por los expertos en su declaración de intereses y copia de su hoja de vida actualizada.

El comité de conflictos de intereses se reunió y evaluó las hojas de vida actualizadas y declaraciones de intereses allegadas por 72 profesionales, según como se relaciona a continuación. Así mismo, a partir del análisis efectuado, se definió el grado de participación de cada experto.

Declaración de conflictos de interés del grupo de expertos participantes de los consensos de expertos presenciales y virtuales:

Participante	Filiación	Especialidad	Intereses declarados	Categoría	Tipo participación
Angélica María Monsalve Robayo	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	Terapeuta ocupacional, magíster en gerontología, doctorado en neuropsicología clínica		A	Participación total en el proceso
Carmen Elisa Ruiz Puyana	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar	Médico, especialista en Medicina Familiar, Especialista en Docencia Universitaria.		A	Participación total en el proceso
Mauricio Estévez - Bretón	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar	Médico, especialista en medicina familiar	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Nancy Garcés Robayo	Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional	Terapeuta ocupacional, especialista en Desarrollo Social y Participación Comunitaria, especialista en Docencia Universitaria, magíster en Mediación Familiar y Comunitaria.	No declara conflictos	A	Participación total en el proceso
Olga Lucía Pedraza Linares	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud	Médica, especialista en Neurología, magíster en Ciencias Neurológicas.	<p>“Congreso mundial de Neurología. Abbott. Noviembre 2015.</p> <p>Reunión sobre anticoliesterasicos. Novartis. Julio 2008,.</p> <p>Proyecto de caracterización de Demencia y DCL en una muestra de adultos de Bogotá.</p> <p>Hospital Infantil Universitario de San José. 2008 a la fecha.</p> <p>Hospital Universitario de San Ignacio. 1996 a 2007.</p> <p>Fundación Instituto Neurológico – 1996</p> <p>Hospital de Kennedy. 1991 a 1995.</p> <p>Revisión sistemática sobre Guías de demencia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2013 Mar; 28(2):111-9.</p> <p>Doi: 10.1177/1533317512470209. Epub 2013 Jan 2.</p>	A	Participación total en el proceso
Iván Jiménez		Médico psiquiatra y psicoanalista		A	Participación total en el proceso



Participante	Filiación	Especialidad	Intereses declarados	Categoría	Tipo participación
Jorge Oswaldo González	Universidad de San Buenaventura, Bogotá-ASCOFAPSI.	Psicólogo, especialista en epidemiología, especialista en investigación criminal, doctor en salud pública.	"Un hermano tiene una distribuidora de productos homeopáticos en la ciudad de Barranquilla.	A	Participación total en el proceso

Metodología

Se realizó un consenso formal de expertos, mediante la metodología Delphi modificado, compuesto por una ronda virtual y presencial.

Con el fin de contextualizar las recomendaciones a la realidad del país y al sistema de salud nacional, el grupo desarrollador revisó para cada una de las recomendaciones la vigencia de las recomendaciones, la disponibilidad de tecnologías, la aprobación de agencias regulatorias, el entrenamiento del personal de salud, y el acceso y la arquitectura del sistema de salud.

Se llevó a cabo la identificación de expertos externos al GDG, con las competencias para discutir y definir las recomendaciones adoptar.

Se identificaron expertos en las diferentes modalidades terapéuticas evaluadas en las preguntas priorizadas para la adopción:

- Psiquiatras
- Médicos emergenciólogos
- Psicólogos
- Neurólogos
- Enfermería

La ronda virtual se llevó a cabo mediante la aplicación de un formulario virtual en el que se presentaron las instrucciones para el diligenciamiento del formulario, las recomendaciones preliminares y las guías candidatas para la adopción revisión.

Mediante la cumplimentación del formulario virtual, cada experto presentó de forma individual y anónima, su grado de acuerdo con cada recomendación preliminar, en una escala de 1 – 5 con las siguientes categorías:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

Se solicitó a los expertos expresar su grado de acuerdo con las recomendaciones teniendo en cuenta los criterios previamente enunciados, establecidos por la metodología GRADE. Para cada recomendación se registraron las observaciones de cada experto.

Se definió consenso cuando el 70 % o más de los votos se encontraron en la franja entre “Muy de acuerdo” y “De acuerdo” o en la franja entre “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”.

Las recomendaciones que no tuvieron consenso en la ronda virtual fueron discutidas en la reunión presencial de consenso.

En la reunión presencial de consenso se presentó a los expertos, previa aclaración de la metodología del proceso, un resumen de la evidencia para cada pregunta, cada una de las recomendaciones preliminares y los resultados de la ronda virtual de consenso.

En el caso de las recomendaciones que no tuvieron consenso en la ronda virtual, se realizó una discusión de la recomendación teniendo en cuenta los criterios previamente enunciados, establecidos por la metodología GRADE. De acuerdo con la discusión realizada se ajustó la recomendación y posteriormente cada experto presentó de forma individual y anónima, su grado de acuerdo con la recomendación ajustada, mediante un sistema de voto electrónico, en la misma escala utilizada en la ronda de consenso virtual.

Se definió consenso con los mismos criterios utilizados en la ronda virtual.

En caso de no llegar a consenso en la primera ronda de votación, se llevó a cabo otro espacio de discusión enfocado en los motivos de discrepancia, seguido de un ajuste a la recomendación, y una segunda ronda de votación, con la misma metodología de la primera ronda.

En caso de no lograrse consenso en la segunda ronda de votación, se definió no consenso.

Proceso de convocatoria

Identificación de actores clave

Comunidad interesada

Se llevó a cabo la identificación de instituciones potencialmente interesadas en aportar información y contribuir mediante retroalimentación

Tipo de entidad	Nombre completo	Entidad
Academia	Gustavo Adolfo Parra Zuluaga	Asociación Colombiana de Medicina Interna
Sociedad Científica	Sergio Ramírez	Asociación Colombiana de Neurología
Sociedad Científica	Fidel Sobrino	Asociación Colombiana de Neurología
Sociedad Científica	María Fernanda Lengua Orjuela	Asociación Colombiana de Neurología Pediátrica
Academia	Dora Patricia Bernal	Sociedad Colombiana de Medicina Familiar

Academia	Yuri Takeuchi	Universidad ICESI - Facultad Ciencias de la Salud
Academia	Gustavo Pradilla	Universidad UIS
Academia	Martha Lucia Gutierrez	Universidad Javeriana
Academia	Sandra Constanza Cañón	Universidad de Manizales - Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina
Academia	Gloria del Pilar Cardona	Universidad El Bosque
Gobierno	Camilo Alejandro Alfonso Zapata	Instituto Nacional de Salud
Sociedad científica	Mauricio García Romero	Asociación Colombiana de especialistas en urgencias y emergencias
Sociedad Científica	Hernán Rincón H	Asociación Colombiana de Psiquiatría
Sociedad Científica	Claudia María Sanín Velásquez	Colegio Colombiano de Psicología
Academia	Claudia Consuelo Caycedo Espinel	Asociación Colombiana de Facultades de Psicología
Sociedad Científica	María Iraidis Soto	Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería

ANEXO 10. Resultados del consenso de expertos

RECOMENDACIÓN 1

Recomendación original: 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.

Recomendación ajustada: Tras una ideación y/o 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 ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)

Razón para el ajuste: Se incluyó “ideación y/o conducta suicida” a la redacción general de la guía

Votación: 71 % : **Totalmente de acuerdo. Hay consenso**

RECOMENDACIÓN 7

Recomendación original: En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente:

- A. Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias
- B. Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos.
- C. Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno.

Recomendación ajustada: En la evaluación del riesgo de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar, principalmente:

- A) Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias.

Recomendación D

- B) Presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos.

Recomendación D

- C) Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno. **Recomendación C**

- D) Acontecimientos vitales estresantes. **(nueva de expertos)**

- E) Rasgos de personalidad persistentes de impulsividad. **(nueva de expertos)**

- F) Historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual. **(nueva de expertos)**

- G) Historia de matoneo. **(nueva de expertos)**

(avalia-t 2012)

Razón para el ajuste: En el punto B en dónde se registra ideación suicida grave se recomienda incluir signos y síntomas de depresión. Igualmente se debe especificar ideación suicida e incluir otros ítems que están relacionados como: acontecimientos vitales estresantes, rasgos de personalidad persistentes de impulsividad, historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual e historia de matoneo

Votación: 85% Totalmente de acuerdo . Hay consenso

RECOMENDACIÓN 10

Recomendación original: Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o la IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.

Recomendación ajustada: Aunque no validada, también se recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se consideró que con SAD persons es suficiente por su fácil aplicación y se adicionó otra recomendación para el uso de escala para medir riesgo en población militar

Votación: 100.0% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 18

Recomendación original: 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.

Recomendación ajustada: Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya:

- Características del intento
- Intentos autoagresivos previos
- Factores sociodemográficos (Red de apoyo)
- Trastornos mentales asociados
- Antecedentes familiares.

(avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se cambian las palabras autolítico por autoagresivo y atención primaria por consulta externa y urgencias (contexto colombiano)

Votación: 100% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 19

Recomendación original: En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental, 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.

Recomendación ajustada: En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

(avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se debe incluir ideación suicida persistente todos o casi todos los días, autolítico por autoagresivo y servicio de salud mental por servicio de psiquiatría.

Votación: 100% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 37

Recomendación original: Para una persona con un suicidio crónico, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas.

Recomendación ajustada: Para una persona con riesgo crónico de suicidio, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas. (NZGG 2008).

Razón de ajuste: Se mejora redacción por riesgo crónico de suicidio

Votación: 100% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 41

Recomendación original: En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).

Recomendación ajustada: En niños, niñas y adolescentes con depresión mayor e ideación y/o conducta suicida, se recomienda el uso de terapia combinada (antidepresivos como fluoxetina, sertralina, escitalopram + psicoterapia). (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se incluyen niños, niñas y adolescentes para dar enfoque de género y se cambia la terapia específica por intervención psicoterapéutica indicada de acuerdo al problema psicológico o patología de base, para que queden incluidas otras opciones terapéuticas.

Votación: 83% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 43

Recomendación original: Los clínicos necesitan monitorear el riesgo de suicidio de manera cercana independientemente del antidepresivo / fármaco utilizado. Esto es esencial tanto para descartar cualquier aumento paradójico de suicidalidad como para asegurar que el riesgo no aumente a medida que el tratamiento empieza a funcionar, aliviando los síntomas motores y la falta de impulso en primer lugar, pero no los síntomas relacionados con el estado de ánimo.

Recomendación ajustada: El clínico debe tener en cuenta que en algunos casos, cuando se prescriben antidepresivos la recuperación en aspectos motores de la conducta preceden a la recuperación del estado de ánimo lo cual podría constituir un riesgo de actuación del paciente para el que se debe estar preparado. (NZGG 2008)

Razón de ajuste: Se mejora la redacción para dar contexto a la recomendación.

Votación: 100% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 45

Recomendación original: La sedación aguda con medicamentos puede ser necesaria si la persona muestra un comportamiento violento o agitado, o síntomas de psicosis. Considere la posibilidad de prescribir un antipsicótico (como el haloperidol o una benzodiacepina a corto o medio plazo (como el lorazepam que tiene una vida media corta o el clonazepam, que actualmente es la única benzodiacepina intramuscular disponible).

Recomendación ajustada: La sedación con medicamentos puede ser necesaria si la persona muestra un comportamiento violento, agitado, o síntomas de psicosis. Considere la posibilidad de prescribir un antipsicótico como el haloperidol o una benzodiacepina de vida corta o media como el clonazepam o midazolam que son las únicas que se encuentran en presentación intramuscular.

En caso que el paciente acepte vía oral se intentará con una benzodiacepina de vida corta o media o un antipsicótico de dispersión oral como Olanzapina o Risperidona.

En niños menores de doce años una alternativa son los antihistamínicos como Difenhidramina. (NZGG 2008)

Razón de ajuste: Se modificó la redacción de acuerdo a la disponibilidad de medicamentos en Colombia .

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 46

Recomendación original: El haloperidol está contraindicado cuando la persona está deprimida o tiene depresión del SNC debido a drogas o alcohol.

Recomendación ajustada: Los antipsicóticos, las benzodiacepinas y cualquier depresor del Sistema Nervioso Central, está contraindicado en pacientes con intoxicación exógena y depresión del Sistema Nervioso Central, evidenciado por disminución en el estado de alerta, de la atención o de la conciencia. (NZGG 2008)

Razón de ajuste: Debe referirse no sólo a haloperidol pues en Colombia se cuenta con otros antipsicóticos parenterales.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 47

Recomendación original: La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor grave y persistente, con conductas que pongan en peligro su vida o que no respondan a otros tratamientos.

Recomendación ajustada: La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor y que presenten ideación y/o conducta suicida, que pongan en peligro su vida, y que no han respondido a otros tratamientos. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se cambia la redacción para mejorar su comprensión y se incluyen dos puntos de buena práctica clínica que expliquen que la aplicación debe ser consultada con los padres o allegados del paciente y que no se recomienda terapia electroconvulsiva en menores de 12 años.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 52

Recomendación original: Programas generales de prevención de la conducta suicida Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Educación a la población general y medios de comunicación
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

Recomendación ajustada: Se recomienda la puesta en marcha de líneas de acción específicas que mejoren el acceso a los servicios para la prevención y tratamiento adecuado de la ideación y/o conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales de la salud en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Formación en los primeros auxilios psicológicos y emocionales
- Educación a la población general
- Educación a los profesionales de los medios de comunicación sobre cómo deben publicar las noticias de suicidios para evitar la imitación de la conducta y el acto suicida (Efecto Werther), omitiendo los elementos que puedan inspirar compasión al lector y no sugerir que el suicidio ha contribuido en algún modo a resolver los problemas del suicida.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación y/o conducta suicida.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con ideación y/o conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en los profesionales de la salud como en la población general

– Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.
(avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se cambia la palabra “sanitario” por servicios de salud, conducta por “ideación y/o conducta” y se incluyen otras autoridades a quienes les compete la toma de decisiones y se ajusta el ítem de educación a los medios de comunicación.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 53

Recomendación original: En mayores con riesgo de suicidio se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación.

Recomendación ajustada: Se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se realiza ajuste de redacción y aplica a todas las personas no solo a mayores de edad

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 60

Recomendación original: De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal sanitario sobre conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o role-playing.

Recomendación ajustada: De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal de salud sobre ideación y/o conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis, información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas de atención y páginas web de ayuda online. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o juego de roles. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: se ajustó el personal sanitario por personal de salud, se adicionó ideación y/o conducta suicida así como también información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas, páginas web y cambiar role – playing por juego de roles.

Votación: 100.0% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 63

Recomendación original: En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo un cribado del riesgo de suicidio en aquellos adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc...), que acudan incluso por otros motivos.

Recomendación ajustada: En los servicios de urgencias, se recomienda llevar a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de

riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas e impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se adicionó sustancias psicoactivas. La exploración de riesgo de suicidio en servicios de urgencia debe ser a todos los pacientes no solo a los adolescentes. Se ajusta el termino cribado por tamización.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 67

Recomendación original: En la evaluación del riesgo de suicidio en el niño o adolescente se recomienda preguntar directamente sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, así como ampliar la evaluación a personas cercanas (padres o profesores).

Recomendación ajustada: En la evaluación de niños, niñas o adolescentes en los que se evidencia factores de riesgo para ideación y/o conducta suicida se recomienda preguntar directamente y de forma empática sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, como matoneo y/o maltrato infantil, así como también ampliar la evaluación a personas cercanas (cuidadores o profesores). (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se mejora la redacción de acuerdo al contexto Colombiano, se incluye preguntar directamente y “de forma empática” y matoneo y/o maltrato infantil como otros actores de riesgo.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 72

Recomendación original: En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en la persona mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas, como la Escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS).

Recomendación ajustada: En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en el adulto mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas e indicadas de acuerdo al criterio clínico del profesional que atiende el paciente. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Las escalas deben ser las validadas e indicadas de acuerdo al criterio clínico del profesional que atiende al paciente.

Votación: 80 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 73

Recomendación original: Para el manejo y tratamiento de la conducta suicida en mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos.

Recomendación ajustada: Para el manejo y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en adultos mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se cambia la palabra "mayores" por "adultos mayores" y se adiciona un punto de buena práctica: "En adultos mayores deben tenerse en cuenta factores de riesgo propios de la edad, tales como enfermedades crónicas."

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 77

Recomendación original: La hospitalización o la derivación a servicios de apoyo de alta calidad (como el respiro de crisis) pueden ser necesarios cuando la persona tiene un suicidio exacerbado por un estrés agudo de la vida, o si también desarrollan un trastorno del Eje I.

Recomendación ajustada: Se recomienda la hospitalización cuando la persona con riesgo crónico de suicidio presenta una conducta suicida o una exacerbación del riesgo por un estresor agudo, o por la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor. (NZGG 2008).

Razón de ajuste: Se hace ajuste al contexto Colombiano y a términos usados en la clasificación del DSM V.

Votación: 100 % Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 81

Recomendación original: Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales sanitarios ofrezcan apoyo a los allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo.

Recomendación ajustada: Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo a los familiares y allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se hace ajuste al contexto; se cambia "sanitarios" por "profesionales de la salud", se agrega "familiares y allegados". Se complementa la recomendación con un PBP "Se recomienda capacitar a los profesionales de la salud en procesos de pérdida y duelo patológico, signos y síntomas de alarma en familiares y allegados posterior a la muerte del familiar."

Votación: 100.0% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 82

Recomendación original: Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (gatekeeper) en el ámbito escolar, de cara a aumentar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la conducta suicida y el impacto del suicidio en las personas allegadas.

Recomendación ajustada: Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación y/o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas

y brindar herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se mejora la redacción para dar contexto a la recomendación.

Votación: 100.0% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

RECOMENDACIÓN 85

Recomendación original: Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación sanitaria y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado

Recomendación ajustada: Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes y que el seguimiento incluya búsqueda activa (visita domiciliaria) de los pacientes que no asistan a las consultas programadas luego de ser dados de alta por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Razón de ajuste: Se cambia “sanitaria” por “salud”, dado el contexto y se adiciona la búsqueda activa de los pacientes empleando la visita domiciliaria como una estrategia realizada en Colombia.

Votación: 100.0% Totalmente de acuerdo. Hay consenso

ANEXO 11. Instrumentos y escalas para la valoración de la ideación y/o conducta suicida

A continuación se encuentran las diferentes herramientas mencionadas y recomendaciones en la Guía de Práctica Clínica, así como el enlace en la cual la podrán encontrar.

a. Escalas de evaluación autoaplicadas para evaluación del riesgo suicida

NOMBRE ESCALA	UTILIDAD	URL	Tabla o sección dentro de la GPC
Escala de desesperanza de Beck	Evaluación del riesgo suicida para medir el grado de pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro inmediato y a largo plazo	https://cryptome.org/2012/beck-hopelessness.pdf https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238209	Escalas autoaplicadas
Escala de depresión de Beck	Incluye el mismo ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta	https://www.healthadvisor.com/es/guest/qs/echelle-de-depression-de-beck	Tabla 12

b. Escalas de evaluación heteroaplicadas para evaluación del riesgo suicida

NOMBRE ESCALA	UTILIDAD	URL	Tabla o sección dentro de la GPC
Escala Sad Persons	Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente	http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(83)73213-5/pdf	Tabla 13
Is path warm	Instrumento adecuado para valorar los signos de alarma de la conducta suicida	https://www.counseling.org/resources/library/ACA%20Digest/ACAPCD-03.pdf	Tabla 14
Escala de ideación suicida SSI	Para cuantificar y evaluar, en el contexto de una entrevista semiestructurada, el alcance o intensidad de los pensamientos suicidas en el momento actual o retrospectivamente	https://msrc.fsu.edu/system/files/Beck%20et%20al%201979%20Assessment%20of%20suicidal%20intention--%20the%20Scale%20for%20Suicide%20Ideation.pdf http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1979-27627-001	Escalas de evaluación heteroaplicadas
Escala de intencionalidad suicida SIS	Cuantifica la gravedad de la conducta suicida reciente y su uso está indicado tras un intento de suicidio. Fue diseñada para valorar aspectos verbales y no	https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/478/46299/1/Documento42.pdf	Escalas de evaluación heteroaplicadas

NOMBRE ESCALA	UTILIDAD	URL	Tabla o sección dentro de la GPC
	verbales de la conducta antes y después del intento de suicidio		
Escala de valoración de la depresión de Hamilton	Para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva, y se incluye en este apartado ya que incluye un ítem destinado a valorar la ausencia o presencia de ideación/conducta suicidas	http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf	Tabla 15

c. Evaluación del paciente en urgencias

NOMBRE ESCALA	UTILIDAD	URL	Tabla o sección dentro de la GPC
Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz	Detectar el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado	https://es.scribd.com/document/351457259/Escala-RSQ	Manejo inicial de la crisis
Cuestionario Dieppe et al	Preguntas a formular en el triage ante una conducta suicida	-	Tabla 20
Preguntas del test Manchester <i>Self-Harm</i> para la conducta suicida	Sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida. la aplicación de este instrumento podría facilitar la evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias y centrar los recursos psiquiátricos en aquellos pacientes de alto riesgo	http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)01990-1/fulltext	Tabla 22

d. Tamización del riesgo de suicidio

NOMBRE ESCALA	UTILIDAD	URL	Tabla o sección dentro de la GPC
Sad Persons	Para adultos	http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(83)73213-5/pdf	Tabla 13
Escala de Horowitz	Para detectar el riesgo de conducta suicida en niños y adolescentes por parte de personal no especializado	http://search.proquest.com.ezproxy.unbosque.edu.co/docview/1318012008/fulltextPDF/4A28AF5143774556PQ/1?accountid=41311	Manejo inicial de la crisis
Tamizar depresión con Geriatric Depression Scale (GDS) 5-item GDS subscale (GDS-SI).	Instrumentos de Tamización en adultos mayores en el ámbito de atención primaria.	http://www.sabp.nhs.uk/moodhive/Documents/D1.3d6.pdf http://www.jabfm.org/content/23/2/260.full.pdf+html	Herramientas de Tamización de riesgo de suicidio en adultos mayores
Herramienta RAPID	Para evaluar la urgencia de la necesidad de remisión de salud mental y medidas de seguridad	http://www.health.govt.nz/publication/assessment-and-management-people-risk-suicide (Apéndice 1)	Evaluación rápida de pacientes que requieren ser trasladados
Herramienta de tamización de riesgo de suicidio en las Fuerzas Militares de Colombia	Para medir el riesgo suicida en uniformados de las Fuerzas Militares de Colombia		Tabla 52

ANEXO 12. Fundaciones y organizaciones de pacientes en Colombia que trabajan con sobrevivientes de suicidio y prevención del suicidio

FUNDACIONES Y ORGANIZACIONES DE PACIENTES EN COLOMBIA QUE TRABAJAN CON SOBREVIVIENTES DE SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO		
NOMBRE DE LA FUNDACIÓN	DIRECCIÓN URL	ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN
Fundación Proyecto Experiencia Krisálida Experiencia Krisalida, Duelo, Trauma, Resiliencia; Suicidio	http://www.psicologos.com.co/centros/experiencia-krisalida-duelo-trauma-resiliencia-suicidio http://www.buenastareas.com	Realiza talleres de capacitación a docentes y padres de familia para detección y canalización de personas con riesgo suicida y programas estructurados para la atención de personas que han realizado un intento suicida o de familias dolientes de un suicidio llamado "Desarrollo de Estrategias de Afrontamiento en Resiliencia" compuesto por técnicas y herramientas terapéuticas con un enfoque humanista, complejo y constructivista conformado por doce sesiones.
Corporación Buscando Ánimo	http://www.buscandoanimo.org/	Desarrolla programas en instituciones educativas y en empresas realizando talleres con los estudiantes y escuelas de padres para la prevención del suicidio y del consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños y jóvenes.
Corporación Nuevos Rumbos	http://www.nuevosrumbos.org	Entidad sin ánimo de lucro dedicada a la investigación y la prevención de algunos problemas de alta relevancia social como el consumo de drogas en adolescentes y la delincuencia juvenil.
Fundación Ginestra	www.fundacionginestra.com	Desarrolla programas para aumentar la conciencia pública y privada del suicidio con el propósito de lograr un mejor entendimiento de la problemática y mejorar las actitudes de negación, silencio, discriminación, exclusión y aislamiento y realiza programas estructurados para la atención de personas que han realizado un intento suicida o de familias dolientes de un suicidio.
Fundación Amor a la Vida - Generación cultura de prevención	http://www.fundamor.humanet.com.co	Desarrolla un trabajo denominado Generación de Cultura de Prevención mediante programas estructurados para la atención de personas que han realizado un intento suicida o de familias dolientes de un suicidio

FUNDACIONES Y ORGANIZACIONES DE PACIENTES EN COLOMBIA QUE TRABAJAN CON SOBREVIVIENTES DE SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

NOMBRE DE LA FUNDACIÓN	DIRECCIÓN URL	ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN
Fundación Lazos	http://fundacionlazos.com/	Fundación Colombiana sin ánimo de lucro, que brinda apoyo afectivo y orientación a padres y madres que han perdido hijos a través de grupos de ayuda mutua; son grupos de personas que comparten idénticas experiencias de vida y se unen para encontrar un sentido a la tragedia que les ha tocado vivir.
Fundación Vida por amor a ellos	http://fundacionvidaporamoraellos.org.co/	Desarrolla programas estructurados para la atención de personas que han realizado un intento suicida o de familias dolientes de un suicidio también ,desde las diferentes disciplinas orienta, apoya y acompaña a personas enfrentadas a dolorosos procesos causados por diferentes pérdidas, ya sea la muerte de un ser querido, enfermedad terminal o discapacidad, desaparición, secuestro, separación o divorcio entre otros acontecimientos que nos enfrentan a vivir un proceso de duelo
Red Nacional de Suicidiología	http://www.rnscolombia.org/index.php/en/	Capacitación en abordaje de la conducta suicida, primeros auxilios psicológicos y postvención a los psicólogos de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá de los programas territorio saludable y Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Conducta Suicida (SISVECOS) MSPS (ministerio de Salud y Protección Social) - Secretaria de Salud y Educación (Bogotá) - Secretaria de Salud y Educación (Tolima) - Universidad Iberoamericana - Hospital de Usme - Hospital Rafael Uribe - Curso en prevención del suicidio en Niños, Niñas y Adolescentes y capacitación a voluntarios de DISAN (DIRECCIÓN DE SANIDAD) EJÉRCITO - INPEC (Instituto Penitenciario y Carcelario) - REDENTOR (Cárceles de menores de Bogotá), entre otros
Fundación Red de líderes Afectivos	Medellín	Orientada al abordaje de diversas alternativas para solucionar conflictos en los que se presenta maltrato infantil, abuso sexual, violencia intrafamiliar, uso abusivo de SPA y conductas suicidas, fortaleciendo la resiliencia de las personas y empoderándolos como líderes que promueven los derechos humanos

FUNDACIONES Y ORGANIZACIONES DE PACIENTES EN COLOMBIA QUE TRABAJAN CON SOBREVIVIENTES DE SUICIDIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

NOMBRE DE LA FUNDACIÓN	DIRECCIÓN URL	ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN
Fundación Unidos contra la Depresión	http://unidoscontraladepresion.blogspot.com.co/ www.funidep.org	Brinda apoyo, asesoría y ayuda terapéutica a las personas con depresión.
Asociación Colombiana de Bipolares	http://www.bipolaresco.com/	Brinda apoyo a los pacientes, aboga por sus derechos y por la investigación de las enfermedades afectivas. Acoge la importancia de seguir un plan de tratamiento y rehabilitación integral, impulsado en los grupos de apoyo mediante la psicoeducación que éstos ofrecen tanto para las personas diagnosticadas como para sus familias y amigos. Los grupos de apoyo se basan en la ayuda mutua, en la reciprocidad y solidaridad, en busca de solucionar desconocimientos, barreras, y dificultades asociados al trastorno afectivo bipolar

ANEXO 13. Líneas de atención en crisis

LINEAS DE ATENCION EN CRISIS	
NACIONAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Línea Nacional del Ministerio de la Protección Social y Naciones Unidas: 01 8000 113 113 2. Línea Nacional del ICBF: 01 8000 91 80 80 3. Número único de seguridad y emergencia: 123 4. Línea de los Niños (Bogotá, Cali y Medellín): 106
BOGOTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teléfono de la Esperanza (571) 3 23 24 25 2. Phono Ayuda del Minuto de Dios (571) 5 87 44 40
MEDELLIN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secretaría de Salud de Medellín (574) 4 44 44 48 2. Teléfono de la Esperanza (574) 2 84 66 00 ó 2 84 54 34
BARRANQUILLA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teléfono de la Esperanza (575) 3 72 27 27

ANEXO 14. Registro sanitario de medicamentos

Medicamento	Tipo	Registro	Indicaciones
Fluoxetina	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Sí	Antidepresivo. Desorden disfórico menstrual. Tratamiento de trastornos obsesivo compulsivos. Otros: Tratamiento de la bulimia.
Paroxetina	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Sí	Tratamiento del trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico con o sin agorafobia. Tratamiento del síndrome disfórico premenstrual, trastorno, trastorno de ansiedad social / fobia social. Coadyuvante en el manejo de síndrome de estrés postraumático.
Fluvoxamina	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Sí	Tratamiento de síntomas de enfermedad depresiva. Tratamiento de la enfermedad obsesivo compulsiva. Tratamiento de desorden de ansiedad social.
Citalopram (Escitalopram)	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Sí	Tratamiento para la depresión mayor y de mantenimiento para evitar la recaída. Tratamiento para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad global, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad social.
Bupropión	Fármacos usados en la dependencia a nicotina	Sí	Tratamiento de episodios depresivos mayores. Después de haber obtenido una respuesta satisfactoria, la continuación de la terapia con bupropion resulta eficaz para prevenir una recidiva.
Mirtazapina	Otros antidepresivos	Sí	Antidepresivo.
Lamotrigina	Otros antiepilépticos	Sí	Epilepsia en adultos mayores de 12 años. Indicada como terapia adjunta o monoterapia en el tratamiento de la epilepsia para crisis parciales y generalizadas, incluyendo crisis tónico-clónicas y crisis asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut. En niños (2 a 12 años de edad) está indicada como terapia adjunta en el tratamiento de la epilepsia, para crisis parciales y generalizadas, incluyendo crisis tónico-clónicas y crisis asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut. Una vez logrado el control epiléptico durante la terapia adjunta, es posible retirar los fármacos antiepilépticos concomitantes y que los pacientes prosigan con la monoterapia con lamotrigina. Tratamiento del trastorno bipolar adultos (18 años de edad y mayores). Indicado para la prevención de los episodios del

Medicamento	Tipo	Registro	Indicaciones
			estado de ánimo en pacientes con trastorno bipolar, predominantemente al prevenir los episodios depresivos.
Oxcarbazepina	Derivados de la carboxamida	Sí	Indicado en el tratamiento de convulsiones parciales y de convulsiones tónico-clónicas generalizadas en adultos y niños a partir de un mes de edad. Indicado como antiepiléptico de primera elección, ya sea en monoterapia o como tratamiento complementario. Oxcarbazepina puede reemplazar otros antiepilépticos cuando en el tratamiento que se esté administrando no se logre control suficiente de las convulsiones. Otras: dolor neuropático; trastorno bipolar y manía aguda.
Carbamezepina	Derivados de la carboxamida	Sí	Anticonvulsivante. En el tratamiento de la enfermedad maniaco depresiva, neuralgia del trigémino y neuropatía diabética.
Tiotixeno	Análogo de la tioproperazina	No	
Haloperidol	Derivados de la butirofenona	Sí	Neuroléptico
Trifluoperazina	Fenotiazinas con estructura piperazínica Inhibidores selectivos de la recaptación de monoaminas	Sí	Antidepresor. Neuroléptico.
Flupentixol		Registro vencido	
Olanzapina	Diazepinas	Sí	Medicamento antipsicótico, alternativo para el tratamiento de la esquizofrenia. Para el tratamiento alternativo de pacientes con manía bipolar, que no han respondido a la terapéutica tradicional.
Clozapina	Diazepinas	Sí	Neuroléptico con acción antipsicótica. Otras: Psicosis durante el curso de la enfermedad de Párkinson.

Medicamento	Tipo	Registro	Indicaciones
Risperidona	Otros antipsicóticos	Sí	Alternativa en los tratamientos de esquizofrenia aguda y crónica. Monoterapia en desorden bipolar. Tratamiento de agitación, agresión o síntomas sicóticos en pacientes con demencia moderada a grave de tipo Alzheimer. Tratamiento de desórdenes de la conducta en niños, adolescentes y adultos con retardo mental. Coadyuvante a corto y mediano plazo en el manejo del autismo. Se desconoce su eficacia a largo plazo y por lo tanto no se acepta su uso si existe evidencia clínica de su eficacia en tratamientos a largo plazo.
Litio	Antipsicóticos - Litio	Sí	Trastorno afectivo bipolar en fase maníaca. Profilaxis de los episodios agudos maníaco-depresivos.
Ácido valproico	Derivados de los ácidos grasos	Sí	Como monoterapia y como terapia coadyuvante en el tratamiento de pacientes con crisis parciales complejas, que ocurren aisladas o asociadas con otros tipos de crisis. Para uso como terapia única o coadyuvante en el tratamiento de crisis de ausencia simples y complejas y de forma complementaria en pacientes con crisis de múltiples tipos, que incluyen las crisis de ausencia. Tratamiento de la manía aguda, episodios mixtos asociados al trastorno afectivo bipolar y profilaxis de episodios de migraña, manejo de la epilepsia del tipo pequeño mal.
Lorazepam	Derivados de la benzodiazepina	Sí	Ansiolítico.
Clonazepam	Derivados de la benzodiazepina	Sí	Anticonvulsivante y como alternativo o coadyuvante en el manejo de ataque de pánico y fobia social, como apoyo a las terapias de comportamiento. Trastorno de ansiedad generalizada.
Benzatropina		No	
midazolam	Benzodiazepina	Si	Es un poderoso ansiolítico, hipnótico, anticonvulsionante, relajante esquelétomuscular y tiene propiedades sedativas. Es considerado una benzodiazepina de rápido efecto. Gracias a sus propiedades es frecuentemente usado en procedimientos médicos que requieren sedación pero que no son dolorosos
Olanzapina	Tienobenzodiazepina	Si	Antipsicótico atípico, para el tratamiento de la esquizofrenia episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, episodios agudos de manía y

Medicamento	Tipo	Registro	Indicaciones
			tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar
Difenhidramina	Antihistamínico de primera generación	Si	Antihistamínico, sedante e hipnótico, un medicamento anticolinérgico con efectos antimuscarínicos
Biperideno	Anticolinérgicos muscarínicos	Si	Antiparkinsoniano. Inhibición de acetilcolina dentro del sistema nervioso central, sin necesidad de pasar por la barrera hematoencefálica. También tiene uso en intoxicaciones por neurolépticos como el haloperidol