

Preguntas para responder

I. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con la conducta suicida?
2. ¿Qué factores pueden actuar como precipitantes de la conducta suicida y cuáles son factores protectores?
3. ¿Cuál es el papel de la entrevista clínica en la valoración del riesgo suicida?
4. ¿Existe algún instrumento psicométrico que permita predecir el riesgo de futuros episodios de conducta suicida?

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA IDEACIÓN Y DE LA CONDUCTA SUICIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

5. ¿Cómo abordar la ideación suicida en atención primaria?
6. ¿Cómo realizar la evaluación de la conducta suicida en atención primaria?
7. ¿Cuándo derivar a un paciente con ideación o intento de suicidio desde atención primaria a otro nivel asistencial?

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

8. ¿Cómo se estratifica el nivel de riesgo de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias por una conducta suicida?
9. 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?
10. ¿Cuál debe ser la formación del médico de urgencias en el reconocimiento, evaluación y manejo de personas con conducta suicida?
11. ¿Cuáles son los criterios de ingreso hospitalario psiquiátrico de un paciente con conducta suicida?

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

12. En un paciente con conducta suicida ¿existe alguna técnica psicoterapéutica indicada para su tratamiento?
13. ¿Existe algún fármaco eficaz en el tratamiento de la conducta suicida?

14. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la conducta suicida?

II. ASPECTOS PREVENTIVOS

MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Programas de prevención de la conducta suicida a nivel internacional

15. ¿Qué programas sobre prevención de la conducta suicida podemos encontrar a nivel internacional?

Potenciación de factores protectores y resiliencia

16. ¿Qué intervenciones clínicas son eficaces en la prevención de la conducta suicida mediante la potenciación de los factores protectores y la resiliencia?

Restricción del acceso a medios letales

17. ¿Qué medidas se pueden tomar para la restricción de medios letales?

Medios de comunicación y suicidio

18. ¿Qué medidas pueden adoptar los medios de comunicación para prevenir la conducta suicida?
19. ¿Cuál es el papel de Internet en la conducta suicida?

Programas formativos de prevención de la conducta suicida

20. 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?
21. ¿Desde el punto de vista formativo, qué medidas de prevención de la conducta suicida podrían realizarse en profesionales no sanitarios?

EL CRIBADO DEL RIESGO DE SUICIDIO

22. ¿El cribado de riesgo de suicidio podría detectar la conducta suicida futura y disminuir la mortalidad por esta causa? ¿Son eficaces los instrumentos de cribado para identificar el riesgo de suicidio?
23. ¿Preguntar sobre el suicidio puede incrementar la conducta suicida en la población estudiada?

LA CONDUCTA SUICIDA EN GRUPOS DE RIESGO

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia

24. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en la infancia y la adolescencia?

25. ¿Cómo se realiza la detección y la valoración del riesgo suicida en la infancia y la adolescencia?
26. ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?
27. ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en la infancia y en la adolescencia?

La conducta suicida en pacientes mayores

28. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protectores asociados con la conducta suicida en personas mayores?
29. ¿Cómo se realiza la detección y valoración del riesgo suicida en mayores?
30. ¿Existe algún instrumento psicométrico adecuado para la valoración del riesgo de suicidio en personas mayores?
31. ¿Existe alguna intervención preventiva que reduzca el riesgo de suicidio en personas mayores?

Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo

32. ¿Qué medidas de prevención se han mostrado efectivas para evitar la conducta suicida en pacientes con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
33. ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían llevarse a cabo en cuidadores no profesionales de enfermos con gran dependencia, enfermedad somática grave o discapacidad?
34. ¿Qué medidas de prevención del suicidio deberían adoptarse en diferentes situaciones laborales consideradas de riesgo?
35. ¿Qué medidas de prevención podrían recomendarse para evitar la conducta suicida en personas que sufren violencia doméstica?
36. ¿Qué medidas de prevención de la conducta suicida se pueden recomendar en la población penitenciaria?

INTERVENCIONES EN FAMILIARES, ALLEGADOS Y PROFESIONALES DESPUÉS DE UN SUICIDIO

37. ¿Cuáles son las necesidades y expectativas de los allegados tras un suicidio?
38. Tras el suicidio de una persona, ¿existe alguna intervención preventiva que reduzca el impacto en sus familiares y allegados?
39. ¿Existe alguna intervención comunitaria para la prevención tras un suicidio?
40. ¿Existe alguna intervención tras el suicidio de un paciente que reduzca el impacto en los profesionales implicados en su manejo?

PROGRAMAS CLÍNICOS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA

41. ¿Son efectivos los programas clínicos de intervención llevados a cabo en España en la reducción de episodios futuros de conducta suicida?

ASPECTOS LEGALES DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

42. ¿Cuáles son los aspectos legales más importantes a la hora de abordar la conducta suicida en España?

Recomendaciones de la GPC

I. Evaluación y tratamiento

Factores de riesgo asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

D^{GPC}	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.
✓	Los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de pacientes con conducta suicida deberán tener una adecuada formación que les permita evaluar la presencia de factores de riesgo de conducta suicida y registrar el perfil de riesgo del paciente.
D^{GPC}	Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica.
Q	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.
✓	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 impliquen en la toma de decisiones.
D^{GPC}	Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores.
D	Se recomienda orientar la entrevista clínica a la recogida 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.
D^{GPC}	La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y protectores.
A B C	En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente: <ul style="list-style-type: none"> – Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias – 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 – 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.

D	Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación.
C	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.
D	Aunque no validadas en España, también se recomiendan las escalas SAD PERSONS o la IS PATH WARM por su facilidad de aplicación.
C	Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente.
✓	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada, favoreciendo una atención profesional basada en el respeto y la comprensión hacia este tipo de pacientes.

Evaluación y manejo de la ideación y conducta suicidas en atención primaria

D	Se recomienda la capacitación de los médicos de atención primaria en la evaluación y tratamiento de la ideación y conducta suicidas, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico.
✓	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.
D	Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática.
✓	Si se confirma la presencia de ideación suicida será preciso realizar preguntas específicas dirigidas a valorar la posibilidad real de suicidio (frecuencia y gravedad de las ideas, grado de planificación...).
✓	En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> – Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis. – Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible. – Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación así como de su custodia. – Acompañamiento constante por parte de familiares así como restricción de acceso a métodos letales. – Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de salud mental.

D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones.
D	Tras un intento de suicidio en el ámbito de la atención primaria se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya: <ul style="list-style-type: none"> – Características del intento – Intentos autolíticos previos – Factores sociodemográficos – Trastornos mentales asociados – Antecedentes familiares.
D	En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente al servicio de salud mental , si: <ul style="list-style-type: none"> – 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.
D	En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias hospitalario , si: <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 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 salud mental , si: <ul style="list-style-type: none"> – Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado – Presencia de enfermedad mental grave – Conducta autolítica grave reciente – Intentos de suicidio previos – Situación sociofamiliar de riesgo o de falta de apoyo – Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

✓	<p>En caso de ideación o conducta suicida se podría considerar la derivación preferente al servicio de salud mental (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alivio tras la entrevista – Intención de control de impulsos suicidas – Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas – Apoyo sociofamiliar efectivo.
✓	Toda la información del paciente será recogida en la historia clínica, así como la justificación razonada del tipo de derivación.
✓	Se recomienda, una vez producido un episodio de conducta suicida, una adecuada comunicación entre el servicio de salud mental y el médico de atención primaria.

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

✓	Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
✓	Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje 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.
✓	La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.
✓	Durante su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.
✓	El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.
D	En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.
✓	Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de urgencias hospitalarias.
✓	La derivación al psiquiatra por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

✓	En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter preferente a una consulta de salud mental.
✓	Se recomienda la mejora de las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida: <ul style="list-style-type: none"> – Comunicación entre pacientes y profesionales – Actitud empática de los profesionales – Acceso a la asistencia sanitaria especializada – Información sobre la conducta suicida a pacientes, cuidadores y familiares.
D	Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.
✓	La formación del médico de urgencias en la atención a pacientes con conducta suicida debería incluir aquellos aspectos considerados de su competencia, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> – 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 urgencia
D^{GPC}	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: <ul style="list-style-type: none"> – 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.

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (salud mental)

Recomendaciones generales	
✓	Se recomienda abordar la conducta suicida 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 implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

✓	Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, como parte fundamental del proceso terapéutico.
Intervenciones psicoterapéuticas	
✓	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.
B	De modo general, en los pacientes con conducta suicida se recomiendan los tratamientos psicoterapéuticos de corte cognitivo-conductual con una frecuencia semanal, al menos al inicio del tratamiento.
B	La psicoterapia empleada debería incidir siempre sobre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida).
B	En adultos con ideación o conducta suicida se recomiendan los tratamientos cognitivo-conductuales basados en sesiones individuales, aunque puede valorarse la inclusión de sesiones grupales como complemento del tratamiento individual.
B	En adultos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se debe considerar de forma preferente la terapia dialéctico-conductual, aunque también podrían valorarse otras técnicas psicoterapéuticas.
B	En adolescentes, se recomienda el tratamiento psicoterapéutico específico (terapia dialéctico-conductual en trastorno límite de la personalidad y terapia cognitivo conductual en depresión mayor).
B	La terapia interpersonal se recomienda en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con depresión e ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida.
Tratamiento farmacológico	
A	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.
A	En mayores de 60 años con depresión mayor y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina + terapia interpersonal).
A	En adolescentes con depresión mayor e ideación suicida se recomienda el empleo de la terapia combinada (fluoxetina + terapia cognitivo-conductual).
D^{GPC}	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión mayor e ideación suicida que además experimenten ansiedad o agitación.

C	En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida no se recomienda el uso de antidepresivos en monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo.
A	Se recomienda el tratamiento con litio en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida, ya que además de su efecto estabilizador de ánimo añade una potencial acción antisuicida.
B	En pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida reciente se recomienda valorar la asociación de litio al tratamiento antidepresivo.
D	Cuando se considere necesario finalizar el tratamiento con litio deberá hacerse de forma gradual, al menos durante dos semanas.
C	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida.
C	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada.
	En pacientes con epilepsia y factores de riesgo de suicidio a tratamiento anti-epiléptico se mantendrá especial atención a la presencia de ideación o conducta suicida.
A	Se recomienda el uso de clozapina en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas.
Terapia electroconvulsiva	
✓	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma compartida con el paciente, 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.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por un profesional experimentado, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario.
C	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.
D^{GPC}	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.

II. Aspectos preventivos de la conducta suicida

Medidas generales de prevención de la conducta suicida

Programas generales de prevención de la conducta suicida	
C	<p>Se recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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.
Potenciación de factores protectores y resiliencia	
✓	<p>Se recomienda el desarrollo y puesta en marcha de programas de prevención del suicidio basados en la potenciación de factores protectores y factores asociados a la resiliencia.</p>
Restricción del acceso a medios letales	
B	<p>Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados en cada país:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 – Menor toxicidad del gas de uso doméstico – Instalación de barreras en lugares elevados – Restricción sobre posesión y control de armas de fuego – Control de plaguicidas.

Medios de comunicación y suicidio	
D	<p>Se recomienda que los medios de comunicación sigan las directrices de la OMS para la publicación de noticias sobre suicidios, entre las que destacan:</p> <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 el impacto que la información pueda producir en los familiares y allegados.
✓	<p>Se recomiendan acciones, a nivel nacional o autonómico, encaminadas a promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y de otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.</p>
D	<p>Se recomienda la implantación de medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio. Entre estas medidas estarían:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Intentar que las páginas con información útil para los pacientes, encaminadas a la prevención o a ofrecer apoyo, aparezcan situadas en un lugar prioritario cuando se realiza una búsqueda con términos clave – Regularizar el control de los contenidos de Internet mediante su legislación, implicación de organizaciones o servicios proveedores – Uso de programas de filtrado para impedir el acceso a determinados foros o blogs.
Programas formativos de prevención de la conducta suicida	
C	<p>Se recomienda que todo profesional, tanto sanitario como no sanitario, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades adecuados para su manejo.</p>
C	<p>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, <i>online</i> o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o <i>role-playing</i>.</p>
C	<p>Se recomienda que los programas de formación incluyan sesiones de refuerzo de forma periódica (al menos cada dos años).</p>
✓	<p>Se recomienda la evaluación de los programas de formación tras su implementación, sobre todo de su influencia sobre la práctica asistencial.</p>

C	Se recomienda que los programas de formación en atención primaria incluyan, además de contenidos específicos sobre el suicidio, otros referidos a la detección y tratamiento de la depresión.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de urgencias aborden aspectos generales de suicidio y potencien el desarrollo de competencias en la entrevista clínica para la detección de patología psiquiátrica comórbida, factores y grupos de riesgo de suicidio.
C	Se recomienda que los programas de formación en los servicios de salud mental aborden, además de los aspectos generales sobre suicidio, la adquisición de habilidades en el manejo y prevención de la conducta suicida.
C	Se recomienda que los programas destinados a la formación de personal no sanitario (profesorado, educadores, bomberos, policías...) aborden fundamentalmente factores de riesgo de conducta suicida, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

El cribado de riesgo de suicidio

Cribado de riesgo de suicidio	
D	En población general, no existen pruebas suficientes para recomendar, ni a favor ni en contra, el cribado de riesgo de suicidio en adultos.
C	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 cribado.
C	En atención primaria, se sugiere implementar programas de cribado 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 cribado puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano.
C	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.
C	En personas mayores se recomienda la implementación del cribado de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. Como instrumentos de cribado podrían utilizarse la <i>15-item Geriatric Depression Scale (GDS)</i> y la <i>5-item GDS subscale (GDS-SI)</i> .
D	En centros penitenciarios se recomienda el cribado de riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de cribado en esta población.

La conducta suicida en grupos de riesgo

La conducta suicida en la infancia y la adolescencia	
D^{GPC}	En niños y adolescentes con presencia de factores de riesgo de 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.
C	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).
✓	En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica, en la infancia y adolescencia se recomienda el uso de: <ul style="list-style-type: none"> – Escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS). – Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI). – Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). – Children Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R).
C	Dentro de la formación escolar se recomienda la implementación de programas de prevención universal del suicidio, como por ejemplo el programa <i>Signs of Suicide</i> , una vez adaptado y contextualizado al entorno sociocultural.
C	Se recomienda la implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a adolescentes con riesgo de suicidio, como el <i>Personal Growth Class</i> o el <i>Counselors Care</i> , una vez adaptados y contextualizados.
C	No existen datos suficientes que nos permitan recomendar el uso de herramientas o programas de cribado de suicidio en el ámbito escolar.
D	Se recomienda la implementación de programas de entrenamiento de figuras clave (<i>gatekeeper</i>) para el personal de los centros educativos, orientados a la identificación de alumnos con riesgo de suicidio.
D	De cara a la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con trastornos mentales se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> – 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.

✓	Se recomienda valorar como opciones de tratamiento para la conducta suicida en la infancia y la adolescencia el tratamiento psicoterapéutico, farmacológico, el tratamiento combinado y en ocasiones excepcionales, la terapia electroconvulsiva.
✓	Se recomienda dar pautas a los padres y/o cuidadores sobre el control del acceso directo por parte de niños y adolescentes a fármacos, armas de fuego u otros medios potencialmente letales.
C	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.
D	Se recomienda ofrecer en Internet información de fácil acceso sobre la conducta suicida y su prevención elaborada específicamente para adolescentes y sus familiares.
La conducta suicida en personas mayores	
D	En la evaluación del riesgo de suicidio en mayores se recomienda valorar especialmente la presencia de depresión, otras enfermedades, abuso de alcohol o de alguna medicación.
D	Se recomienda también valorar el entorno, la calidad de vida y las expectativas de la persona: <ul style="list-style-type: none"> – Con quién vive, presencia de apoyo y relaciones sociofamiliares – Capacidad de autocuidado y desarrollo de actividades de la vida diaria – Presencia de desesperanza, actitud del paciente hacia la vida y la muerte.
C	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 (<i>Geriatric Depression Scale</i> , GDS).
D	Se recomienda orientar la educación sobre el suicidio a los propios mayores, así como a sus cuidadores y a la población general, incluidos los medios de comunicación, con la finalidad de aumentar la concienciación y reducir el estigma.
D	En pacientes con factores de riesgo de suicidio se recomienda la prescripción de fármacos en el envase de menor cantidad y hacer un seguimiento de su uso por parte del médico.
Prevención selectiva:	
C	En mayores con riesgo de suicidio se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación.
D ^{GPC}	Para el manejo y tratamiento de la conducta suicida en mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos.
Prevención de la conducta suicida en otros grupos de riesgo	
✓	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.

✓	Se recomienda 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.
✓	<p>Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico se deben llevar a cabo en tres niveles diferentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Universal: <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas. – Indicado (presencia de ideación y/o conducta suicida): <ul style="list-style-type: none"> • 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.
D	Se recomienda una valoración del riesgo de suicidio en cuidadores con síntomas de depresión.
C	En cuidadores con ansiedad, depresión y sobrecarga se recomienda la realización de intervenciones de corte cognitivo-conductual con el fin de disminuir el riesgo de suicidio.
C	En el ámbito laboral se recomienda realizar programas de promoción de la salud que ofrezcan apoyo y asesoramiento a los trabajadores, así como aumentar el grado de integración y la accesibilidad a los servicios de prevención.
D	Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio.
C	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia doméstica.
D	Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos.

Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

D	A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda: <ul style="list-style-type: none">– Contextualizar la estrategia de intervención– Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados– Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.
	Tan pronto como sea posible después de un suicidio, se recomienda ofrecer una atención flexible y adaptada a las necesidades de cada persona.
D	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.
B	Tras un suicidio se recomienda la terapia cognitivo-conductual en aquellos familiares y allegados con presencia de ideación suicida, ya que reduce el riesgo de duelo patológico en estas personas.
D	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.
C	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.
D	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.

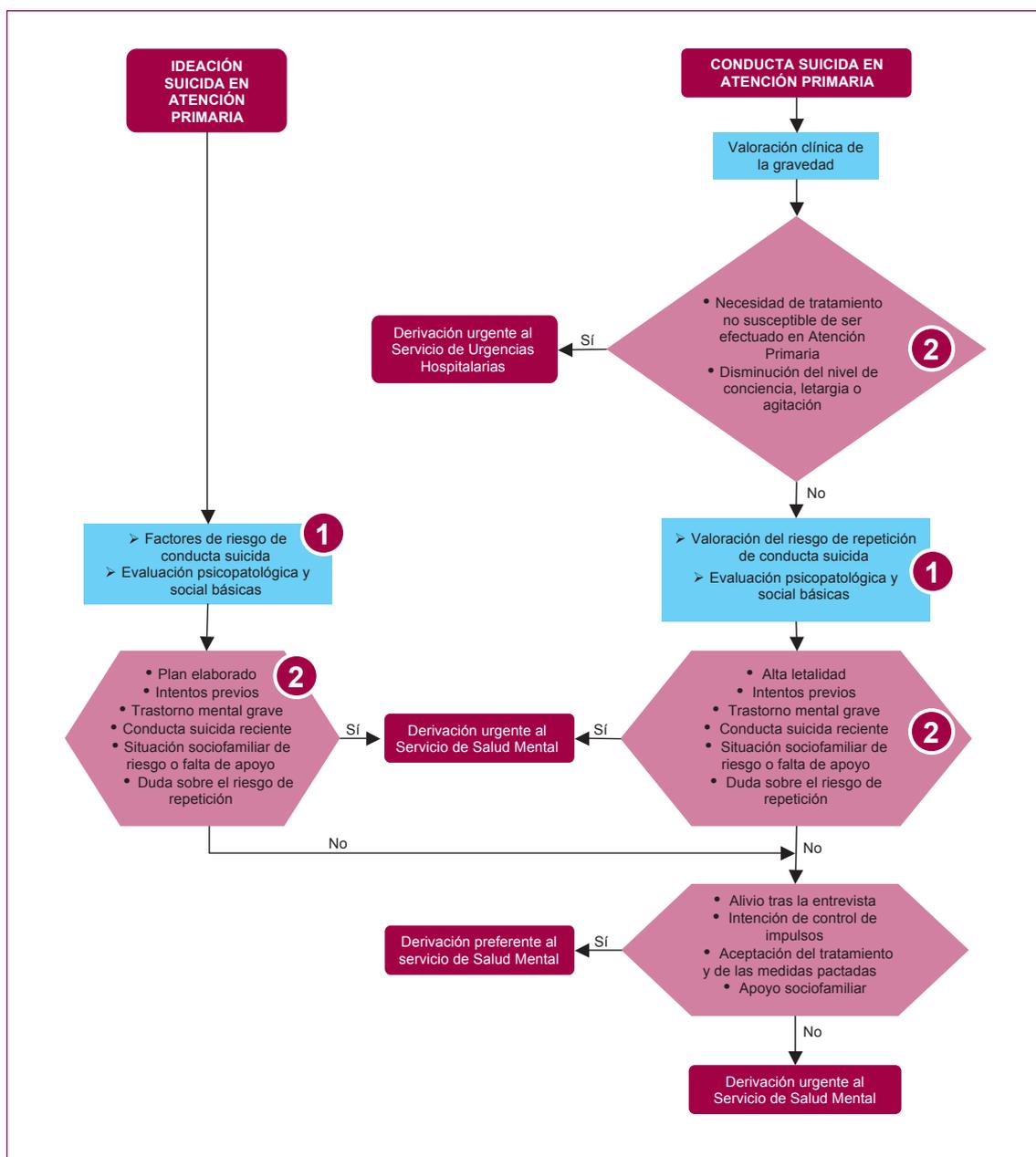
Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

C	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.
----------	---

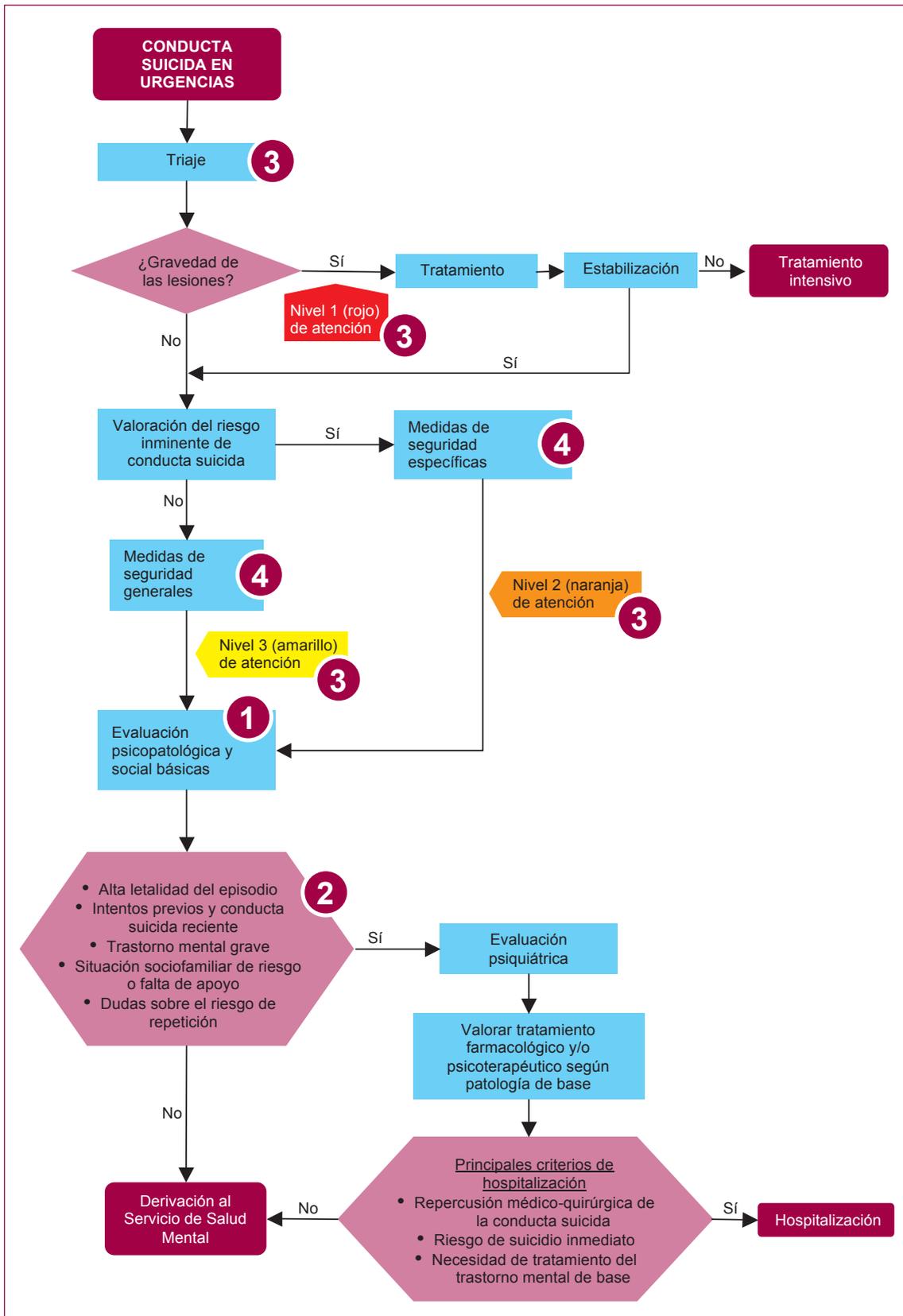
15. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presentan los algoritmos de manejo de la ideación y conductas suicidas en atención primaria y en los servicios de urgencias. En las notas del algoritmo se detallan algunos aspectos de los mismos.

Algoritmo 1. Manejo de la conducta suicida en atención primaria



Algoritmo 2. Manejo de la conducta suicida en el servicio de urgencias hospitalarias



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 atención primaria como en el servicio de urgencias hospitalarias. 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 derivación al psiquiatra deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

2. Criterios de derivación

La decisión final sobre la derivación a otro dispositivo y el carácter de dicha derivación (urgente o preferente) 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 derivación urgente. Los motivos de dicha derivación deberán ser registrados convenientemente en la historia clínica.

En algunos casos, y como medida de seguridad, será necesario hacer el traslado desde atención primaria en ambulancia.

3. Triage

Todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias hospitalarias 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. Utilizando el sistema de triaje de Manchester, los niveles de atención serían los siguientes:

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min
2	Muy urgente	Naranja	10 min
3	Urgente	Amarillo	60 min

El Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz (RSQ) podría ayudar en el triaje 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 hospitalarias.