



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**Propuesta de protocolo para la evaluación del riesgo suicida en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile.**

**Tesis/Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos**

**María Antonieta Sepúlveda Morales**

**Profesor Guía:  
Dr. Juan Yáñez Montecinos  
Informantes:  
Dr. Alejandro Gómez Chamorro  
Dr. Uwe Kramp**

**Santiago de Chile, año 2016**



**Propuesta de protocolo para la evaluación del riesgo suicida en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile.**

## **Resumen**

En Chile las tasas de suicidio siguen en aumento, transformándose en un problema de salud pública. Detectar a tiempo los factores asociados al riesgo suicida, es considerado una estrategia de prevención. Esta investigación se desarrolla desde una perspectiva teórica a través de un estudio exploratorio. Se analiza y evalúa por expertos la Ficha de evaluación de riesgo suicida creada por el Dr. Gómez. Se propone la implementación de la ficha a través de un protocolo en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile. Como la demanda de psicoterapia ha ido en aumento en la clínica, también aumentan las probabilidades de recibir pacientes con ideación y/o intento suicida, por lo que incorporar un Protocolo de evaluación de riesgo suicida, lograría que las actuaciones de los profesionales sean más eficientes para poder evaluar e intervenir con mejores herramientas.

Palabras claves: Protocolo, riesgo, ideación, suicidio.

## Índice

Introducción.....	1
I Planteamiento del problema.....	3
1.1.Contexto de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile.....	5
1.2. La Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile no tiene un Protocolo de evaluación de riesgo suicida.....	6
1.3. La necesidad de incorporar en CAPs un Protocolo de evaluación de riesgo suicida.....	8
II Relevancia de la investigación.....	11
III Marco Teórico.....	13
3.1. Análisis de los protocolos de atención para la prevención del riesgo suicida, nacional e internacional .....	13
3.1.1. Guía de Intervención. Apartado Autolesión/Suicidio (GI-mhGAP).....	14
3.1.2. Protocolos internacionales de evaluación de riesgo suicida.....	16
3.1.2.1. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida (Madrid, 2013).....	16
3.1.2.2. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida (Andalucía, 2010).....	18
3.1.2.3. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio (Comunidad Europea).....	18
3.1.2.4. Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes (Argentina, 2011).....	19
3.1.2.5. Perfil epidemiológico para pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán (Perú, 2001).....	19
3.1.2.6. Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas (Uruguay, 2007).....	20
3.1.3. Protocolo Nacional de evaluación de riesgo suicida.....	20
3.2. Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile. Contexto donde se implementaría el Protocolo de evaluación de riesgo suicida.....	21

3.2.1. Surgimiento de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs).....	21
IV. Metodología.....	23
4.1. Interrogantes de investigación.....	23
4.2. Objetivos.....	24
4.2.1. Objetivo General.....	24
4.2.2. Objetivos Específicos.....	24
4.3. Características de la investigación.....	25
V. Epidemiología del suicidio.....	25
5.1. Epidemiología del suicidio a nivel mundial.....	25
5.2. Panorama de la Salud Mental en las Américas.....	29
5.3. Edad y suicidio en las Américas.....	30
5.4. Tendencias de las tasas de suicidio desde 1990 en las Américas.....	33
5.5. Validez y limitaciones de los datos en relación a la mortalidad por suicidio en las Américas.....	34
5.6. Epidemiología del suicidio en Chile.....	36
5.7. Análisis de las tasas por suicidio a nivel nacional por edad.....	39
5.8. Análisis de mortalidad por lesiones autoinflingidas por edad y tasas totales a nivel nacional.....	41
5.9. Análisis de la mortalidad por lesiones autoinflingidas por edad y tasas totales en los Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Chile.....	44
5.10. Servicios de Salud de la Región Metropolitana.....	46
5.10.1. Servicio de Salud Metropolitana Norte (SSMN).....	46
5.10.2. Servicio de Salud Metropolitana Occidente (SSMO).....	47
5.10.3. Servicio de Salud Metropolitana Central (SSMC).....	48
5.10.4. Servicio de Salud Metropolitana Oriente (SSMO).....	49
5.10.5. Servicio de Salud Metropolitana Sur (SSMS).....	50

5.10.6. Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente (SSMSO).....	51
5.10.7. Resumen de la Tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente de los Servicios de Salud de la Región metropolitana, por sexo, en los últimos tres años.....	52
5.11. Conclusiones de las tasas de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente en los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana.....	52
5.12. Propuesta de protocolo para la evaluación del riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez Chamorro en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile.....	55
5.13. Análisis del protocolo de evaluación de riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez Chamorro.....	57
5.14. Flujograma de pacientes con ideación o intento suicida que se consultan en CAPs.....	65
5.15. Beneficios al analizar el informe del protocolo de evaluación de riesgo suicida en la reunión clínica o con el supervisor.....	66
5.16. Recomendaciones para aplicar el Protocolo de evaluación de riesgo de suicidio del Dr. Alejandro Gómez M. en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile.....	68
5.17. Resumen del protocolo de derivación para pacientes con niveles de suicidabilidad severo o extremo.....	74
5.18. ¿Existirá alguna pregunta clave que debiera ser contemplada siempre en el proceso de evaluación del riesgo suicida, y que nunca debiera ser obviada?.....	75
5.19. A continuación se reflexionan las posibles dificultades que pudieran surgir si se implementa este protocolo en CAPs.....	76
5.20. Validación de contenidos de la Ficha de Evaluación de Riesgo de Suicidio del Dr. Gómez.....	80
5.21. Propuesta de la Ficha de Evaluación de Riesgo Suicida del Dr. Gómez para ser implementada en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile con la incorporación de las sugerencias de los jueces.....	94
Conclusiones.....	103
Bibliografía.....	105
Anexo I	
Anexo II	
Anexo III	
Anexo IV	
Anexo V	





## **Introducción**

En la actualidad, el suicidio es considerado como un problema de salud pública, porque según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), más de un millón de personas se provocan lesiones autolíticas al año en todo el mundo, llegando a ser la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años. El caso de Chile es preocupante, por presentar un aumento sostenido de las lesiones autoinfligidas con causa de muerte; pasó de estar en el lugar 17, con una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes, en el informe del 2011 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), a ubicarse en el lugar 13 con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes en el informe del 2013 (OCDE, 2013).

Con este contexto, la OMS en el 2014 adoptó el primer Plan de Acción sobre Salud Mental, contemplando la prevención del suicidio como una de las partes que integran este plan, proponiendo para el 2020, reducir en un 10% las tasas de suicidios en los países.

El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínica, estaría dependiendo de un análisis “adecuado” de todos los factores asociados al riesgo de suicidio, atendiendo eficazmente todos aquellos signos más o menos evidentes de la ideación y la conducta autolítica, considerándolo como una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. También hay que destacar la naturaleza compleja y multifactorial del comportamiento suicida, porque los diferentes factores interactúan entre sí, influyéndose recíprocamente y alcanzando unas características particulares para cada persona (García de Jalón y Peralta, 2004. En: Echávarri et al, 2015; OCDE, 2013).

Como se puede apreciar, en la conducta suicida cohabitan factores que son difícil de descifrar en un primer momento; sin embargo, las investigaciones demuestran que las muertes por suicidio son evitables (Servicio Andaluz de Salud, 2010; De la Torre, 2013). Esta realidad se encuentra enmarcada con la escasa prioridad para los gobiernos, dejando de lado gestiones básicas en los centros de salud, dificultando captar las señales de alerta de ideación o intentos de conducta suicida en las personas que se acercan a los centros de salud (Gómez, 2012).

Sin embargo, aunque se sabe que es difícil predecir la conducta suicida, las acciones preventivas y de intervención, son posibilidades viables en contextos como éstos. En la actualidad, existe consenso a nivel mundial de cómo debieran ser las medidas de prevención del suicidio a nivel de políticas públicas, proponiéndose criterios y sugerencias que permitan indagar e intervenir de forma oportuna en este problema. En el 2012, la OMS publicó el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE), con instrumentos de referencias específicas para los distintos actores que intervienen en diferentes niveles.

En Chile, se publicó el Programa Nacional de Prevención del Suicidio ((PNPS), 2013), donde se incluían las orientaciones entregadas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, con el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos. Entre los seis componentes propuestos para la prevención del suicidio, se encuentra el “Fortalecimiento de las Competencias de los Profesionales de la Salud”. En este apartado, se contempla facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, así como instrumentos de detección.

En la actualidad, aún se está en el proceso de implementación del programa de forma gradual, estimando un plazo de 3 a 4 años para tener todos los componentes instalados a nivel nacional. Se espera comenzar a tener resultados de este programa a partir del 2018, con la expectativa de lograr una inflexión negativa en la curva de ascenso de la tasa de mortalidad por suicidios.

Una de las dificultades que aún perduran, es la demora en la entrega de datos epidemiológicos, lo que estaría incidiendo para lograr caracterizar en mejores términos la ideación y el intento suicida, teniendo como objetivo mejorar el diagnóstico temprano en la población (OMS, 2014), y por lo mismo, dificultando aún más la observación de las tendencias y el desarrollo de protocolos acordes a la población meta.

Esta investigación revisa la epidemiología de la conducta suicida a nivel nacional e internacional, y propone para la Clínica de Atención Psicológica (CAPs), de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, un protocolo que evalúe el riesgo suicida.

También interesa que sirva de guía en la toma de decisiones y manejo del paciente, aplicándolo oportunamente cuando fuese necesario, ya sea en la entrevista de ingreso o durante el proceso de psicoterapia para evaluar el riesgo de suicidio en el paciente.

## **I. Planteamiento del problema.**

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del 2000, ha sido implementado progresivamente, con dispositivos en número creciente, con mayor descentralización y accesibilidad. También se han desarrollado una serie de sistemas de recolección de datos y de iniciativas de investigación que permitan disponer en la actualidad de mayor información epidemiológica y de evaluación de planes, programas y servicios de salud mental.

El segundo informe del Sistema de Salud Mental de Chile (2014), muestra el estado de avances a lo largo de más de 20 años, asignando crecientes grados de prioridad y soporte, para fortalecer el desarrollo del sistema público.

En cuanto a la organización de los servicios en salud mental, los equipos multidisciplinarios contemplan entre sus principales funciones, mantener actualizada la situación epidemiológica, formular y evaluar políticas, planes y programas, contribuir a la formulación y aplicación de legislación, elaborar normas, orientaciones y protocolos, coordinar acciones con otros sectores, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia.

El 2007 se creó la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, iniciando el Plan Nacional de Prevención del Suicidio, donde se incluía la capacitación del personal de salud, especialmente de atención primaria, en la detección y manejo del riesgo suicida. Para entonces, ya existían datos que apoyaban el papel de los profesionales de la salud en la prevención del suicidio.

La OMS especifica en el Informe sobre Prevención del Suicidio (2014), elementos claves que son necesarios tener presentes, como la promoción, coordinación y apoyo de

planes y programas intersectoriales a nivel nacional, regional y local. Para lograr esto, se recomienda asociaciones con múltiples sectores públicos y privados, según corresponda en cada país.

En Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL) genera una propuesta a través del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) publicado el 2013. Los objetivos del programa son (a) involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio, (b) contribuir en el logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, e (c) instalar en cada SEREMI de Salud los seis componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del suicidio.

Para ello, se establecieron cuatro estrategias: (1) trabajo intersectorial, (2) detección de casos de riesgo, (3) cobertura y calidad de la atención, y (4) vigilancia epidemiológica.

Entre los seis componentes, se encuentra el “Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud”, a través de cursos y talleres de capacitación, la difusión de normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, así como de instrumentos de detección.

Se ha constatado que identificar oportunamente el riesgo suicida, es una de las medidas más importantes para la prevención. Las investigaciones revelan que un porcentaje importante de las personas que llevan a cabo conductas autolíticas, presentaban alguna enfermedad mental, habían dado algún tipo de aviso y consultaron a un servicio de salud en el último año (80%) (OMS, 2014, Gómez et al, 2012).

Estas investigaciones estarían evidenciando que existe un espacio de oportunidad para detectar, evaluar e intervenir en personas con riesgo suicida, optimizando los métodos y técnicas que se aplican con este fin. Para aprovechar la detección oportuna, es fundamental la capacitación y el entrenamiento de los profesionales en salud mental, tanto en el ámbito público como privado.

Es decir, parte de la prevención del suicidio estaría focalizada en la necesidad de que los profesionales de salud mental, mejoren la evaluación y la intervención a través de

protocolos que ayuden a reducir el riesgo de suicidio, derivándolas en el caso que fuese necesario, para que reciban el tratamiento apropiado (Gómez, 2012).

A continuación se describen las características de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, donde se propone implementar el Protocolo de evaluación de riesgo suicida.

### **1.1. Contexto de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile.**

La Clínica de Atención Psicológica (CAPs), es un programa dependiente del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Con una trayectoria de más de treinta años de existencia, provee atención en el área de la Psicología Clínica, respondiendo así a las demandas actuales en esta disciplina para las comunas de Santiago.

Entre sus actividades es el de proporcionar un contexto de prácticas profesionales tanto para Licenciados como profesionales de postgrado, que otorgue a sus pacientes una atención de calidad y eficiencia, respondiendo a las demandas de diagnóstico y tratamiento de adultos e infanto-juvenil, la prevención y promoción en salud mental.

Esta clínica cuenta con un equipo profesional formado por Licenciados en Psicología, supervisados semanalmente por académicos de la facultad, por psicólogos titulados de los programas de postgrado y un staff profesional con excelencia académica, que dan garantía para quienes acudan.

Estos profesionales conforman equipos clínicos que trabajan desde distintas perspectivas psicológicas tradicionales: psicoanalítica, cognitivo constructivista, humanista y sistémica. Por otra parte, existe un equipo especializado en realizar evaluaciones psicodiagnósticas, permitiendo guiar procesos psicoterapéuticos, laborales, educativos, sociales e incluso judiciales, funcionando en forma conjunta o de modo independiente a la atención psicoterapéutica.

Con la finalidad de entregar un servicio de excelencia y al alcance de todos, CAPs ha gestionado convenios con diversas instituciones públicas como privadas, y la aplicación

de aranceles diferenciados de acuerdo a la capacidad de pago de los consultantes que se acercan a la clínica.

## **1.2. La Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile no tiene un Protocolo de evaluación de riesgo suicida.**

Cuando una persona solicita atención en la clínica, recibe una entrevista de ingreso, la que es llevada a cabo por un profesional de CAPs, completando la “Ficha Clínica de Ingreso de Adultos” o la “Ficha Clínica de Ingreso Infanto-Juvenil” según sea el caso.

Lo primero que aparece en la ficha, es la solicitud de información general relacionada con la identificación del consultante (nombre completo, ocupación, números de contacto, dirección, RUT, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil y previsión), la disponibilidad de horarios para derivarle un terapeuta, e información relacionada con tratamientos previos (psicológicos, psiquiátricos, médicos y/o farmacológicos). En la segunda parte del documento, se pregunta por el motivo de consulta y la sintomatología asociada.

Finalizada la entrevista, el profesional redacta una hipótesis y lleva a cabo observaciones clínicas relevantes para la derivación; también plasma en la ficha, información complementaria acerca del consultante si fuese necesaria. Por último, el profesional genera un diagnóstico según el DSM-V y el CIE-10, y consigna sugerencias de derivación.

Como se puede apreciar, tanto en la “Ficha Clínica de Ingreso de Adultos” como en la “Ficha Clínica de Ingreso Infanto-Juvenil”, no aparecen lineamientos que permita orientar al profesional para que pueda evaluar la ideación o intento suicida, si la persona que solicita una entrevista de ingreso lo ameritara.

Los profesionales de CAPs sólo manejan información que ofrece la ficha de ingreso después de la entrevista, y tras la derivación del paciente, el psicólogo va conociendo y analizando más detalladamente el motivo de consulta, a través de la nueva información que surge durante el proceso psicoterapéutico.

En este contexto, si se necesitara derivar un paciente por encontrarse en una condición de riesgo de suicidio, tampoco se tiene conocimiento de los circuitos de derivación según el sistema de previsión que tenga.

Los profesionales de CAPs que realizan las entrevistas de ingreso y quienes llevan a cabo el trabajo de psicoterapia, son responsables de identificar las diferentes variables que se ponen en juego ante cada situación particular, sin embargo, la Ficha Clínica de Ingreso no estaría facilitando la detección y evaluación de personas con ideación y conductas suicidas, dificultando las posibles orientaciones para su derivación.

También podría ocurrir que el profesional detectara sólo algunos factores de riesgo suicida, pero no necesariamente lograría dimensionar en su totalidad la multicausalidad que tiende a estar presente, y cómo se entremezclan en este tipo de casos. Contemplar y dimensionar en su justa medida los factores que se encuentran presente, van de la mano con la habilidad para valorar e intervenir de forma oportuna.

Pero no sólo está en juego tener el “real” conocimiento del motivo de consulta del paciente que se acerca para solicitar psicoterapia, sino que también, la ausencia de un protocolo de evaluación de riesgo suicida, implica que muchos de estos casos ingresen de forma silenciada, y los pacientes con pensamientos suicidas pudieran sentirse avergonzados, culpables, y/o temerosos de revelar estos pensamientos y sentimientos.

Si ingresan pacientes a CAPs con características como éstas, el psicoterapeuta no estaría trabajando un plan de intervención y tratamiento enfocado hacia la ideación y/o intento suicida para garantizar la vida del paciente, lo que significaría carecer de información que podría ser utilizada en la inmediatez de la sesión.

Por último, se puede estimar que en este momento se evalúa y trabaja en psicoterapia desde la experiencia individual de cada profesional, sin un protocolo que facilite analizar el nivel de gravedad con respecto a la ideación y/o intento suicida en los pacientes que lo presenten. La exploración clínica adolece de una evaluación adecuada durante la entrevista de ingreso, comenzando a explorar este tipo de información a partir del trabajo psicoterapéutico.

### **1.3. La necesidad de incorporar en CAPs un Protocolo de evaluación de riesgo suicida.**

Según el último informe de la OCDE (2014), en los países miembro desde 1990 las tasas de suicidio han decrecido en promedio en un 20%. Sin embargo, la tendencia en el caso de Chile es todo lo contrario, las tasas continúan en aumento, alcanzando un crecimiento de 90% entre los años 1990 y 2011, ubicando a nuestro país en el segundo lugar en crecimiento de las tasas de suicidio después de Corea.

El análisis anterior situaría a Chile entre los países miembros de la OCDE con las mayores tasas de suicidio, es decir, pasó de estar en el lugar 17, con una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes, según el informe del 2011 (OCDE, 2011), a ubicarse en el lugar 13 con una tasa de 13,3 por 100.000 habitantes en el informe del 2013 (OCDE, 2013).

Las tasas mencionadas permiten estimar que a nivel nacional mueren por suicidio entre 5 a 6 personas al día, representando cerca del 2% del total de muertes (MINSAL, 2011). En relación a las muertes no naturales más frecuentes, el suicidio se podría comparar con las muertes por accidentes de tránsito.

A nivel mundial, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres. En Chile se aprecia la misma tendencia, la tasa en mujeres es de 4,1 por 100.000 y en hombres llega a 18,5 por 100.000 (OCDE, 2011). Sin embargo, las mujeres realizan hasta tres veces más intentos suicidas que los hombres (MINSAL, 2011).

El último informe sobre Prevención de suicidio de la OMS (2014), considera que existen variadas explicaciones para las distintas tasas de suicidio entre hombres y mujeres, se diferencian según los métodos empleados y la disponibilidad para acceder a ellos al intentar suicidarse, las formas de cómo abordan el estrés y los conflictos, los patrones de consumo de alcohol, y las diferencias de género se destacan cuando se busca atención por trastornos mentales.



En Chile, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) señala que los jóvenes entre los 12 y 24 años, presenta como primera causa de muerte las causas externas como accidentes, suicidios y violencia interpersonal (MINSAL, 2013c).

Debido a esta situación, el Ministerio de Salud se propuso para la década 2011-2020 “disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años”, es decir, la meta de impacto esperada el año 2020 es de 10,2 por 100.000 adolescentes (MINSAL, 2011).

En este escenario, se puede anticipar un aumento de años de vida perdidos por discapacidad y por la carga de enfermedad en los adultos, debido a las muertes prematuras y a la alta prevalencia de enfermedades mentales asociadas al suicidio (MINSAL, 2011).

Las muertes por suicidio en adolescentes y adultos se transforman en un problema de salud pública, no sólo por la cantidad de personas afectadas cada año, sino también desde un punto de vista productivo y económico.

El Ministerio de Salud desarrolló seis componentes para la prevención del suicidio, el tercer componente se refiere al fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud, favoreciendo el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en torno a esta temática de acuerdo a las orientaciones del MINSAL.

También se trabaja en la difusión de normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y atención, así como de instrumentos de detección y manejo de herramientas básicas para la primera respuesta.

La implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS), sugiere dirigir los esfuerzos en una primera instancia a los profesionales del nivel primario de atención, y de los servicios de urgencia, tanto públicos como privados.

En este contexto, la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile estaría en una posición privilegiada para poder ser parte activa en este trabajo de prevención, diagnóstico e intervención, al conformarse como una entidad académica,

científica y profesional, que se actualiza permanentemente en función a las demandas de la comunidad que solicita los servicios especializados en psicología clínica.

Los tratamientos psicoterapéuticos que ofrece la Clínica son de tipo ambulatorio, con una demanda de consultas que ha ido en aumento de manera casi sostenida. En el 2010, se llevaron a cabo 2.876 atenciones; al año siguiente ascendió a 3.963 atenciones, el 2012 baja a 3.513 atenciones; el 2013 asciende nuevamente a 4.570 atenciones. El 2014 aumentan sustancialmente los números de atenciones, llegando a un total de 7.021.

Las solicitudes de atención en CAPs, invita a desarrollar una actuación más coordinada entre todos los profesionales en aras de ser un centro de prestación de servicios profesionales en psicología clínica, tanto en el ámbito asistencial como de extensión, abierto a las demandas de la comunidad.

Si la demanda de psicoterapia ha ido en aumento, también aumentan las probabilidades de recibir pacientes con ideación y/o intento suicida, por lo que incorporar un Protocolo de evaluación de riesgo suicida, lograría que las actuaciones de los profesionales sean protocolizadas para poder evaluar con mejores herramientas.

Incorporar un protocolo con ésta temática en CAPs, generaría una oportunidad para iniciar su sistematización desde la primera aplicación, permitiendo de éste modo reducir la variabilidad de la práctica clínica, homogeneizando las actuaciones para lograr una respuesta unificada entre los diferentes profesionales y potenciando las gestiones del equipo en respuesta a la demanda existente.

Su incorporación también permitirá definir la secuencia y el cuidado que se debe tener presente en el momento de la atención, las responsabilidades que competen en ese momento, optimizando los tiempos y los recursos con que se cuenta. Por lo tanto, sería necesario tener presente los siguientes puntos:

- 1.- Homologar el proceso de la entrevista de ingreso, mejorando la eficiencia y la toma de decisiones oportunas en la aplicación del Protocolo para la evaluación de riesgo suicida.

- 2.- Definir la responsabilidad del profesional en el momento que aplica el Protocolo de evaluación de riesgo suicida.
- 3.- Fortalecer la toma de decisión de los profesionales, generando espacios de retroalimentación.
- 4.- Sistematizar y simplificar el registro de información del proceso de atención, para que facilite la evaluación de la misma.
- 5.- Generar indicadores para la evaluación del proceso de atención, a través de objetivos estándares.

## **II. Relevancia de la investigación**

Los antecedentes expuestos anteriormente muestran la necesidad y la relevancia de implementar un Protocolo de evaluación de riesgo suicida en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile, teniendo como telón de fondo lo complejo que es el suicidio, su magnitud y la gravedad del problema en Chile.

En primer lugar se estaría trabajando con las especificaciones que entrega la OMS a través su Informe sobre Prevención del Suicidio (2014), en la línea de la promoción, coordinación y apoyo de planes y programas intersectoriales a nivel nacional.

En segundo lugar, se estaría trabajando en la línea de las orientaciones entregadas por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, en el marco del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS, 2013), para reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos.

La capacitación de profesionales que realizan psicoterapia, se estructura como parte del tercer componente del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, en este contexto, el CAPs de la Universidad de Chile estaría en sintonía con este programa, a través de la propuesta de un protocolo que evalúe el riesgo de suicidio, considerando los criterios necesarios para su atención y/o derivación de los pacientes que se acerquen a la clínica.

Un tercer aporte se relaciona con la implementación de un protocolo de estas características, porque arrojaría datos para ser compartidos con el MINSAL, y así, ser parte activa en la mejora de la caracterización de la ideación y el intento suicida, y el desarrollo de protocolos acordes a la población meta.

En cuarto lugar, se comenzaría a trabajar en sintonía con el Plan de Prevención del Suicidio propuesto el 2007, gestionando para los profesionales de la clínica, capacitaciones en la detección y manejo del riesgo suicida. También sería parte activa en la meta de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, relacionado con la reducción de los suicidios en adolescentes y jóvenes, a través de la detección temprana y su oportuna intervención.

Un quinto punto se relaciona con las investigaciones que han constatado que un porcentaje importante de las personas que llevan a cabo conductas autolíticas presentaban alguna enfermedad mental, habían dado algún tipo de aviso o habían realizado gestos de autoayuda consultando a un servicio de salud en el último año (80%) (OMS, 2014, Gómez et al, 2012). En este sentido, la Clínica de Atención Psicológica se encuentra con la necesidad de incorporar un protocolo que evalúa el riesgo suicida, para no perder oportunidades de detección en los usuarios que se acercan a la clínica.

El último punto se relaciona con las actividades sugeridas por el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, la Clínica Psicológica podría participar activamente, no sólo generando la creación de pautas de acción para la evaluación de la ideación y/o riesgo suicida, sino que también para crear una nueva instancia de coordinación con el Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile y proponer la incorporación de esta temática en las mallas curriculares.

Es necesario mencionar que el Protocolo de evaluación de riesgo suicida que se trabajará en esta investigación, fue diseñado por el Dr. Alejandro Gómez Chamorro, y se basó en sus años de investigación en ésta línea y la trayectoria que ha ido desarrollando a lo largo de su experiencia laboral (Anexo I).

### **III. Marco Teórico**

#### **3.1. Análisis de los protocolos de atención para la prevención del riesgo suicida, nacional e internacional**

Los protocolos son instrumentos que se diseñan para mejorar la calidad de atención de las personas. Estos instrumentos permiten estandarizar los criterios para evaluarla, porque se logra entregar mayor importancia a las intervenciones efectivas, desalentando la utilización de otras intervenciones de efectividad dudosa.

Una de las principales razones para la existencia de protocolos, es contar con referencias o parámetros que permitan valorar la calidad de la atención que se ofrece, porque la práctica de atención a las personas es variable, ya sea por la utilización de los recursos de salud como en los resultados obtenidos, generándose diferencias en la oferta de servicios y la discrepancia en la prestación de los mismos.

Los protocolos permiten resolver este tipo de diferencias, porque estarían definiendo la secuencia, duración y responsabilidad de la persona que lleva a cabo la gestión; esto permite optimiza las actividades del personal en los servicios, el abordaje de los problemas o situaciones de salud, y logrando mejorar la utilización del tiempo, los recursos y la calidad de la atención (López et al, 2007).

Cuando se desarrolla un protocolo de atención, debe ser de interés para la institución, construyéndose de acuerdo a la evidencia disponible y respetando el enfoque de atención que mantiene.

Sin embargo, es importante tener presente que no basta con la existencia de un protocolo para que se produzca una mejora en la calidad de la atención, por lo tanto, es necesario diseñar estrategias específicas para su difusión e implementación para quienes está dirigido (Pantoja, Strain y Valenzuela, 2007).

A continuación se analizan protocolos de atención para la prevención del riesgo suicida, nacional e internacional.

### **3.1.1. Guía de Intervención. Apartado Autolesión/Suicidio (GI-mhGAP)**

En el contexto de la prevención de la conducta suicida, la OMS desarrolló la Guía de Intervención mhGAP (2010), donde expone la necesidad de crear protocolos específicos y manuales de capacitación, para que puedan ser implementados en entornos de atención de salud.

Lo primero que se recomienda es hablar de forma abierta sobre la ideación o conductas relacionadas con la autolesión, provocando de esta forma la reducción de la ansiedad, el sentimiento de comprensión, sustentando lo anterior con una relación de confianza desde el principio.

Esta Guía puede ser aplicada en personas mayores de 10 años, preguntándole acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes, y acerca de actos de autolesión en el último año.

Lo primero que se evalúa es el intento de lesión autolítica que sea médicamente importante, para ello se buscan primero signos de envenenamiento o intoxicación, y signos que requieran de un tratamiento médico inmediato, especialmente si hay sangrado, pérdida de conocimiento o letargo extremo; en segundo lugar, se pregunta por envenenamiento u otro tipo de autolesión reciente.

Si en ambos casos el paciente responde afirmativamente, es necesario llevar a cabo el tratamiento médico pertinente; si se responde negativamente, se evalúan los posibles riesgos inminentes de autolesión / suicidio, ofreciendo apoyo psicosocial, se consulte a un especialista en salud mental sólo si está disponible, y por último, se recomienda el seguimiento.

En el segundo punto de este protocolo, se analiza el riesgo inminente de autolesión / suicidio. En este caso se pregunta a la persona entrevistada y al cuidador acerca de los pensamientos, planes o actos que se han tenido, la historia de los pensamientos de autolesión en el último mes y año, y por último, el acceso a los métodos de autolesión. También se sugiere buscar alteraciones emocionales graves, desesperanza, agitación extrema, violencia, conducta poco comunicativa, aislamiento social.

Si es positiva la respuesta en relación a sus pensamientos o su historia con respecto a posibles lesiones autoinflingidas, se considera que existe riesgo inminente de autolesión/suicidio. En estos casos se recomienda seguir determinadas precauciones, obtener apoyo psicosocial, que se consulte a un especialista en salud mental sólo si está disponible, y por último, se recomienda el seguimiento.

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, se recomienda apoyo psicosocial, que se consulte a un especialista en salud mental sólo si está disponible, y por último, se recomienda el seguimiento.

El tercer punto tiene relación con las personas que tienen trastornos mentales, neurológicos o por uso de sustancias, considerados prioritarios y concomitantes. En este apartado se contemplan la depresión, los trastornos por consumo de alcohol o de drogas, el trastorno bipolar, la psicosis, la epilepsia y los trastornos conductuales. En el caso que estuviesen presente, se recomienda manejar las condiciones concomitantes en conjunto con las acciones recomendadas en los dos puntos anteriores.

El cuarto punto tiene relación con el dolor crónico, en este caso se trata el dolor y cualquier enfermedad médica relevante.

El quinto y último punto, se refiere a los síntomas emocionales graves que justifiquen el tratamiento clínico; el criterio se aplicaría cuando la persona tiene dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales, presenta marcada aflicción o búsqueda reiterada de ayuda, o lleva a cabo auto medicación frecuente por alteraciones emocionales o para los síntomas somáticos sin explicación médica. Si la exploración resulta positiva, se justifica la aplicación del manejo clínico adicional de los síntomas.

Finalmente la Guía define lo que se entendería por el cuidado de la persona con problemas de autolesión, ubicándola en lugares seguros y no enjuiciando su conducta. Idealmente es recomendable un especialista de salud mental, pero sólo si estuviese disponible, se considera a la familia, los amigos, los servicios comunitarios para que

monitoreen y apoyen a la persona durante el período de riesgo inminente. Se recomienda la evaluación psicológica individualizada, para ayudar a explorar inquietudes o asuntos privados.

Cuando se especifica el apoyo psicosocial, tiene relación con las razones que le han mantenido con vida, recomienda centrarse en las fortalezas y considerar la terapia de solución de problemas como una alternativa para tratar a las personas que han cometido actos de autolesión durante el último año.

Describe el apoyo psicosocial, incorporando a la familia, los amigos y las personas interesadas en ayudar, como también el uso de otros recursos disponibles para asegurar que la persona esté siendo estrechamente monitoreada mientras persiste el riesgo. También contempla cuidar a los cuidadores del estrés y la frustración, cuando sus gestos de cuidados no tienen resultados positivos.

Se detallan las intervenciones a través de consejos y tratamientos ante los casos de intoxicación por pesticidas, desarrolla lo que se entiende por mantener contacto y seguimiento de los pacientes, y por último, entrega algunas directrices para realizar acciones de prevención del suicidio, como por ejemplo: restringiendo el acceso a los métodos usados para autoagredirse, insta a diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, y ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.

### **3.1.2. Protocolos internacionales de evaluación de riesgo suicida.**

#### **3.1.2.1. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida (Madrid, 2013).**

El Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) (Anexo II), diseñó el 2013 el “Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida”. Se presenta de forma concisa una serie de pasos y consideraciones relevantes en



la detección de la ideación suicida, así como el abordaje psicológico inicial en pacientes que acuden a consulta psicológica.

Las recomendaciones que se explican para el proceso evaluativo-interventivo se basan en consideración de la evidencia disponible sobre los aspectos básicos y teóricos relacionados con la naturaleza y explicación de la ideación suicida, así como el consiguiente riesgo de suicidio.

Está dirigido especialmente a los psicólogos clínicos para que, desde una perspectiva cognitivo-conductual y centrado en la práctica profesional, facilite la actuación terapéutica en aquellos casos clínicos que manifiesten o sugieran la voluntad de terminar con su vida.

Este protocolo recoge el enfoque que se sigue en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), y persigue ser un complemento de las guías ya existentes sobre el tema de manejo de la conducta suicida, con la particularidad de pretender ajustarse a un contexto clínico universitario o similar.

No obstante, conviene tener en cuenta que la presente guía no anula la responsabilidad individual de los profesionales de la salud, que deben tomar las decisiones adecuadas a las circunstancias de cada paciente, por lo que las estrategias propuestas no deben interpretarse como un modelo a seguir, sino que han de servir como un esquema general de actuación.

En el documento se desarrolla de manera exhaustiva los diferentes factores que pudiesen estar presente en la ideación y conducta suicida, y recomendaciones posibles a llevar a cabo, también aparece un formato de contrato terapéutico y un listado de recursos de ayuda (servicios de emergencias, teléfonos de la esperanza, etc.).

### **3.1.2.2. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida (Andalucía, 2010).**

El Servicio Andaluz de Salud desarrolla en el 2010 las “Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida”. En este documento se recogen pautas de actuación y recomendaciones a incorporar en la práctica clínica. Las directrices que se entregan, se basan en el análisis y la toma de decisiones “razonadas”. Se incluyen aspectos que la evidencia ha demostrado útiles en la prevención del suicidio y recomendaciones que se han demostrado eficaces en diferentes investigaciones.

En este documento se revisa la evidencia sobre la utilidad de la psicoterapia, en la intervención con ideación suicida y que han llevado a cabo intentos de suicidio, y la intervención con quienes afrontan el duelo por la pérdida de un ser querido que se ha suicidado.

### **3.1.2.3. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio (Comunidad Europea).**

El caso de la Comunidad Europea, genera un documento titulado “Directrices Generales para la Prevención del Suicidio”. A través del proyecto Euregenas, se trabaja en la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, desarrollando e implementando estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, y que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas.

Este proyecto reúne a 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con la presentación de variadas experiencias en la prevención de suicidio. Se promueve la puesta en marcha de redes regionales para la gestión y aplicación de programas de prevención y la mejora de los servicios existentes.

A través del fomento de las intervenciones regionales y de las campañas dirigidas tanto a los grupos diana como a los profesionales no sanitarios, el proyecto aspira a poner en práctica el Pacto para la Salud Mental en relación con la prevención del suicidio, la reducción y eliminación del estigma de los trastornos mentales y la promoción de la salud entre los jóvenes.

Lo que llama la atención de este proyecto europeo, es la creación de paquetes de trabajo. Uno de estos paquetes se llama “WP 5- Desarrollo del Modelo e-conceptual”, y su objetivo es proporcionar toda la información necesaria para poder crear un soporte integrador y un protocolo de intervención para la e-salud mental, se dirige a la prevención del suicidio, y puede ser adaptado a las necesidades locales en todas las regiones europeas y sistemas de salud regionales.

Aunque en el documento no se desarrolla este protocolo, se consideró necesario contemplar las estrategias, y aunque presentadas de forma resumida, permiten conocer a groso modo sus estrategias de prevención y gestión.

#### **3.1.2.4. Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes (Argentina, 2011).**

Argentina presentó el 2011 los “Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes”. Se presentan recomendaciones orientadas a los adolescentes, pero también pueden ser utilizadas para el resto de la población, con las consideraciones correspondientes para cada edad. En este documento se detallan las gestiones a realizar ante posibles situaciones, sin embargo, aunque no se le denomina a este documento como un protocolo, sí puede servirle al profesional sanitario.

Aunque el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca (Argentina) cuenta con un protocolo general de procedimientos y seguimiento de casos en APS para la prevención, asistencia y postvención del suicidio, no se logra encontrar.

#### **3.1.2.5. Perfil epidemiológico para pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán (Perú, 2001).**

En el 2001, Perú publicó el “Perfil epidemiológico para pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán” (Anexo III). Este documento presenta un protocolo de estudio a través de la recolección de datos y una ficha de consentimiento informado.

El protocolo de estudio está diseñado para ser completado por el profesional, en el momento de la entrevista con el paciente, aparecen plasmados la diversidad de factores que pudieran estar presentes en un intento de suicidio, se contempla en este protocolo el seguimiento y utiliza la graduación del riesgo suicida Escala SAD Petersons. (Anexo 3).

### **3.1.2.6. Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas (Uruguay, 2007).**

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay desarrolló en el 2007, la “Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas”. En este documento también se contempla la diversidad de factores que pudiesen estar presentes en pacientes con ideas suicidas o intentos autolíticos, sin embargo, es sólo una guía para el profesional que se quiere informar más sobre esta temática.

### **3.1.3. Protocolo Nacional de evaluación de riesgo suicida.**

En Chile, el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013), desarrolló orientaciones protocolos nacionales de evaluación de riesgo suicida para su implementación. Entre los componentes del programa se encuentra el “Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud”.

En este apartado se considera fundamental que el personal de salud esté capacitado en la detección de personas en riesgo suicida, manejando herramientas básicas para la primera respuesta. Lo que se desea es difundir las normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, así como de instrumentos de detección.

Estos esfuerzos se están orientando hacia los profesionales del nivel primario de atención, tanto públicos como privados. Entre las actividades sugeridas, se encuentra la elaboración y difusión de un protocolo regional de prevención y manejo del riesgo suicida.

Se logra acceder a diferentes protocolos de las distintas regiones del país, para el manejo del paciente con riesgo suicida. Tienen por objetivo, organizar la atención y

estandarizar los criterios de hospitalización, derivar a los usuarios que consultan en las distintas unidades de los establecimientos de la red, cuando presentan conductas suicidas o se detecte riesgo suicida en la evaluación clínica. En estos protocolos aparecen las personas responsables que pueden aplicarlo, como por ejemplo, los médicos de servicios de urgencia y/o ambulatorios, los psiquiatras, los enfermeros de turno.

También está estipulado el desarrollo de conductas a seguir a través de un flujograma, la incorporación de escalas como la Escala de Intencionalidad Suicida de Beck y la escala SAD PERSONS, con el análisis de su puntaje.

En todos estos protocolos aparecen definiciones de conceptos como conducta suicida, parasuicidio, intencionalidad, letalidad, nivel de arrepentimiento respecto al acto suicida, ideación suicida actual e impulsividad.

Se puede apreciar que los protocolos de los diferentes servicios de salud, aunque cuentan con una estructura relativamente homogénea, también desarrollan parámetros específicos, de acuerdo a las características del servicio, los recursos y redes que se tienen disponible.

A continuación se desarrollará brevemente las características contextuales de la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile.

### **3.2. Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile. Contexto donde se implementaría el Protocolo de evaluación de riesgo suicida.**

#### **3.2.1. Surgimiento de la Clínica de Atención Psicológica (CAPs)**

La Clínica de Atención Psicológica (CAPs) fue creada en 1972 como Centro de Atención Psicológica en las dependencias del antiguo Pedagógico de la Universidad de Chile.

Desde 1993 se encuentra funcionando en las actuales dependencias, manteniendo sus siglas, pero llamándose Clínica de Atención Psicológica, porque la organización y los

objetivos del centro se amplían para propiciar el trabajo y desarrollo de distintas áreas de la psicología.

Los objetivos del CAPs surgen desde el propósito de conformarse como una entidad académica, científica y profesional que contribuya al progreso de la disciplina, responda las necesidades de docencia del área clínica del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, y las demandas de servicios especializados en psicología clínica que requiera la comunidad que se acerca al centro.

CAPs cuenta con profesionales de la clínica formado por psicólogos que cursan programas académicos de pre y postgrado en psicología clínica y psicólogos de planta. Los académicos del Departamento de Psicología colaboran en la atención de consultantes y supervisan los tratamientos que se realizan.

La psicoterapia que se ofrece va dirigida a niños, adolescentes, adultos, adultos mayores, parejas y familias, además de evaluaciones psicodiagnósticas (de personalidad y psicométricas) y psicojurídicas. Los tratamientos psicoterapéuticos que se ofrecen son de tipo ambulatorio.

Cuando se solicita una hora en el Clínica de Atención Psicológica (CAPs), se comienza con una entrevista de ingreso, donde se aplica el Protocolo Entrevista de Ingreso CAPs, la que realiza un psicólogo(a) y tiene por objetivo conocer el motivo de consulta de la persona y recoger la mayor cantidad de antecedentes que permitan seleccionar al profesional adecuado para tratar el problema específico que se necesita abordar.

El tipo de atenciones que realiza CAPs es variado, porque en la clínica funcionan las siguientes unidades de trabajo: Unidad de psicodiagnóstico, Unidad del equipo clínico adulto, Unidad infanto-juvenil, Unidad de intervención psicojurídica, Unidad de psicósomática psicoanalítica, Unidad psicoanálisis vincular, Unidad programa equipo de trabajo y asesoría sistémica (eQTASIS), Unidad de psiquiatría en adulto e infanto-juvenil, Unidad de psicogerontología y el Área social.

Finalmente, es necesario mencionar que la clínica cuenta con la colaboración del Magíster en Psicología Clínica de Adultos y ocho Diplomados. También mantiene convenios con 24 instituciones, ofreciéndoles rebajas arancelarias en sus atenciones.

#### **IV. Metodología:**

##### **4.1. Interrogantes de investigación:**

Para llevar a cabo esta investigación, se formulan las siguientes interrogantes que se constituyen en las preguntas directrices de la misma:

1. Considerando las características del protocolo desarrollado por el Dr. Alejandro Gómez Chamorro, ¿se ajustará a los procedimientos existentes en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile?
2. ¿El protocolo de Dr. Alejandro Gómez Chamorro requiere adaptaciones específicas para ser usado en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile?
3. ¿Podrá lograrse una combinación y coordinación entre los procedimientos que regula la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile y el Protocolo de evaluación de riesgo suicida que desarrolla el Dr. Alejandro Gómez Chamorro?
4. ¿Cuál sería el formato final que permitiera el uso eficaz del Protocolo de evaluación de riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez Chamorro en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile?

## **4.2. Objetivos**

### **4.2.1. Objetivo General**

Proponer un protocolo de evaluación de riesgo suicida para la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile (CAPs), a partir del desarrollado por el Dr. Alejandro Gómez, adaptado a los criterios de ingreso de los pacientes que solicitan atención.

### **4.2.2. Objetivos Específicos:**

- ❖ Describir los protocolos de evaluación de riesgo suicida existentes a nivel internacional y nacional.
- ❖ Adaptar el protocolo de evaluación de riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez para la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile (CAPs).
- ❖ Proponer procedimientos que permitan incorporar el protocolo de evaluación de riesgo suicida adaptado, en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs).
- ❖ Someter a criterio de jueces el protocolo adaptado, con fines de su validación de contenido.



### **4.3. Características de la investigación**

En primera instancia es un estudio exploratorio y la validación del mismo se lleva a cabo a través del juicio de expertos. Esta investigación se desarrolla desde una perspectiva teórica, analizando material a través de la revisión de bases de datos como ERIC (Institute of Education Sciences), CAIRN (Chercher, repérer, avancer), EBSCO HOST WEB (Bases de datos de Sociología y Psicología) y Discovery Service para Universidad de Chile, utilizando las palabras claves suicide assessment protocol; suicide protocole risque; protocolo evaluación suicidio; protocolo suicidio; autopsia psicológica y psicopatología suicidio. Se priorizaron las investigaciones publicadas desde 2010, y se contemplaron otras que no estaban dentro de este rango, por existir escaso material en esta área.

Se analizaron datos internacionales y nacionales de las conductas suicidas. Con los datos internacionales, se contempló el nivel económico de los países y los programas que desarrollaron. A nivel nacional, se trabajó con las bases de datos que ofrece el Ministerio de Salud sobre la mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, entre los años 1990-2010 y 1990-2009.

## **V. Epidemiología del suicidio:**

### **5.1. Epidemiología del suicidio a nivel mundial**

El 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) genera una propuesta de Prevención del Suicidio, considerándolo un imperativo global a la luz de las alarmantes cifras. Se estimó en 804.000 muertes por suicidios a nivel mundial durante el 2012, estos datos anuales a nivel global se encuentran estandarizados por edad, con una tasa del 11.4 por 100.000 habitantes (15.0 para hombres y 8.0 para mujeres). La tasa es mayor en los países con mayores ingresos, (12.7 por 100.000 habitantes) en comparación a los de mediano y bajos ingresos (11.2 por 100.000 habitantes); sin embargo, al analizar la proporción, ésta es mucho mayor en los países de mediano y bajos ingresos con un total de 75.5% de los suicidios que ocurren a nivel mundial.

Figura 2. Suicidios registrados en el mundo, según la edad y el nivel de ingresos del país, 2012

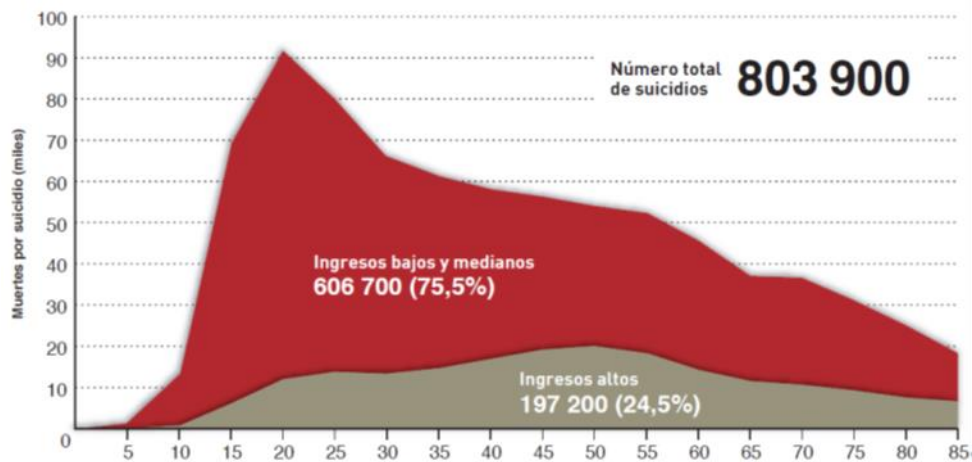


Figura 1. Suicidios registrados en el mundo, según la edad y el nivel de ingresos del país, 2012. Adaptado del Informe del Suicidio. Un imperativo global. Organización Mundial de la Salud, 2014.

Los análisis estadísticos demuestran que a nivel mundial, las tasas de suicidio han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. En la actualidad, casi un millón de personas mueren al año por lesiones autoinflingidas, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Esto equivaldría a que una persona se suicida cada 40 segundos en algún lugar del planeta.

Las personas con edades comprendidas entre 15 y 44 años, el suicidio para a ser una de las tres primeras causas de defunción, y es la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente, 250.000 corresponden a menores de 25 años (OMS, 2012).

Las cifras anteriores no incluyen los intentos de suicidio, porque éstos son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Se estima que el riesgo de muerte entre quienes llevan a cabo un intento de suicidio, es 100 veces superior al de la población general, y entre el 10% a 15% de quienes han intentado suicidarse, fallecen por esta conducta.

Entre el grupo de los intentadores, el 2% lo hace en el año siguiente del intento previo (OMS, 2009). Por lo tanto, este subgrupo se encuentra particularmente en riesgo de realizar un intento de suicidio durante los 12 meses siguientes, después de haber estado en contacto con algún servicio de atención de salud mental. También se ha constatado que quienes comenten suicidio, había contactado a un médico de atención primaria dentro del año de su muerte o dentro del último mes (OMS, 2014)

La diferencia en las tasas, es aún más pronunciada cuando se comparan los datos a nivel de país. En los 172 países con poblaciones de más de 300.000 habitantes, las tasas de suicidio estandarizadas por edad oscilar entre 0.4 y 44,2 por 100.000 habitantes, con una gama de 110 veces. La magnitud de estas diferencias ha sido bastante estable en el tiempo: en el 2000, el rango de las tasas de suicidio estandarizadas por edad en los 172 países fue 0,5 a 52,7 por 100.000 habitantes (una diferencia de 105 veces).

Hay que caracterizar los datos con los cuales se trabaja, a la hora de evaluar la mortalidad por suicidio. De los 172 Estados Miembros de la OMS, para el cual fueron hechas las estimaciones, sólo 60 países disponen de datos con registro civil de buena calidad que se puedan utilizar directamente para estimar las tasas de suicidio. Los otros 112 Estados Miembros, que representan alrededor del 71% de los suicidios a nivel mundial, se basan principalmente en los métodos de modelado. Por lo anterior, los sistemas de registro civil de buena calidad son mucho más propensos a estar disponible en los países de altos ingresos. De los 39 países que son considerados con altos ingresos, presentan buenas bases de datos, estimándose el 95% de todos los suicidios; en el caso de los países con medianos y bajos ingresos, sus bases de datos sólo estiman el 8% de todos los suicidios.

La dificultad con las bases de datos de mala calidad no es el único problema que existe cuando se analiza la epidemiología mundial de la conducta suicida. Existe una variada sensibilidad con el suicidio, así como la ilegalidad de esta conducta en algunos países, es decir, es probable que el sub registro y la clasificación errónea es uno de los mayores problemas para este tipo de casos, que para la mayoría de las otras causas de muerte.

El registro del suicidio es un procedimiento complicado, de varios niveles que incluye la preocupación de médicos y servicios legales, e involucra otras autoridades que cumplirían un rol en este proceso de registro, lo que estaría variando de un país a otro.

Es posible que la amplia gama en las tasas de suicidios estimados, reportados por los diferentes países y regiones, son realizados con diferentes prácticas de notificaciones y registros. Los suicidios pueden ser clasificados de acuerdo a los códigos de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Condiciones de Salud Conexos (CIE-10) como “muertes de intención no determinada” (CIE-10 códigos Y10-Y34), también como “accidentes” (códigos V01-X59), “homicidios” (códigos X85-Y09) y “causa desconocida” (códigos R95-R99).

Entre estos 172 países, 85 de ellos (49,4%) experimentaron una caída en las tasas de suicidio estandarizadas por edad de más de 10%, 29 (16,9%) percibieron un aumento de más del 10%, y 58 países (33,7%) tuvieron cambios relativamente pequeños en la tasa de la edad estandarizada de suicidio durante el período de 12 años (de -10% a +10%).

Las razones de estos rápidos cambios en las tasas de suicidio son desconocidas. Una posible explicación parcial, es la mejora en la salud mundial en la última década. Desde el 2000 al 2012, la mortalidad global estandarizada por edad se redujo en un 18%.

La caída en las tasas de suicidio ha sido más rápido que el descenso en la mortalidad general (26% versus 18%), pero sólo en un 8%. Si esta trayectoria se pudiera mantener, el objetivo especificado en el Plan 2013-2020 de la OMS para reducir las tasas de suicidio en un 10% para el año 2020 podría ser alcanzable.

En los últimos años, las investigaciones relacionadas con esta temática han ido en aumento, sin embargo, falta mayor inversión en los sistemas de salud de los distintos países para que el tabú se reduzca, los programas de prevención surjan desde las necesidades de la población meta, así como una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio.

Los datos que maneja la OMS (2014) son de uso limitado si se quiere diseñar programas de prevención en suicidios, porque al ser tan diversa la información que se

maneja en cada país, son insensibles al diseño de intervención desde una mirada global. Las estimaciones nacionales de las proporciones de suicidios, a través de los diferentes métodos, dan una pauta para enfocar los esfuerzos nacionales de intervención y medidas de restricción, pero estos esfuerzos, a menudo necesitan ser adaptados para las diferentes regiones de cada país.

Como resultado, es difícil obtener cifras de buena calidad acerca de la conducta suicida, por no tener buenos sistemas de registro o buenos sistemas de recolección de datos sobre los servicios de los hospitales y los centros de atención psicológica, obligando a los países utilizar métodos de modelado.

La OMS considera que para desarrollar e implementar programas apropiados de prevención del suicidio para las comunidades o los países, requieren de un compromiso en la mejora de la calidad de los datos, con mayor exactitud, para que sean reflejados en intervenciones específicas.

## **5.2. Panorama de la Salud Mental en las Américas**

El informe de Salud Mental de las Américas publicado por la OPS/OMS (2013), abarca un período entre el 2000-2004, la conducta suicida comprendían tasas no-ajustadas y ajustadas según la edad. En América Central las tasas totales respectivas eran 7,3 y 7,5; en el Caribe latino, 8,4 y 7,6; en América del Sur, excluyendo a Brasil, las tasas respectivas eran de 6,7 y 6,3. Las tasas respectivas de Brasil eran de 5,2 y 5,3. En Cuba, Uruguay y Nicaragua se registraron las tasas más altas de América Latina, 16,4 y 13,0; 16,0 y 13,6; y 13,7 y 14,1, respectivamente. El Caribe no latino presentó las tasas más altas de todas las subregiones. La tasa total no-ajustada por edad era de 14,1 mientras que la ajustada era de 13,4. Todas las tasas antes mencionadas son por 100.000 habitantes. En la totalidad de los países las tasas eran más altas en los hombres.

En relación a la situación financiera, este informe revela que un 73% de los países destina entre 1% y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del

presupuesto de salud mental únicamente a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80%.

Aproximadamente son 65.000 defunciones anuales por suicidio, y la tasa de mortalidad ajustada según la edad es de 7,3 por 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009. El suicidio en esta región, también es considerado como un problema de salud pública. Las tasas más elevadas en el periodo 2005-2009 fueron en el Caribe no hispano y América del Norte, mientras que las tasas más bajas se observaron en las subregiones de América Central, Caribe hispano y México, y América del Sur.

Contemplando todas las edades, el suicidio en la Región constituía la 36ª causa principal de muerte; la 21ª entre los hombres y la 46ª entre las mujeres. Entre las personas de 20 a 24 años, era la tercera causa de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años, era la cuarta causa de muerte.

### **5.3. Edad y suicidio en las Américas**

En la Región, la mayoría de los suicidios se producían entre los 25 y 44 años en un 36,8%, el segundo porcentaje se encuentra entre los 45 y 59 años con un 25,6%; el tercer grupo se encuentra en las personas mayores de 60 años con un 19,9%, y por último, están las personas mayores de 70 años con una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas.

Figura 3.1. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, ambos sexos, 2005-2009.

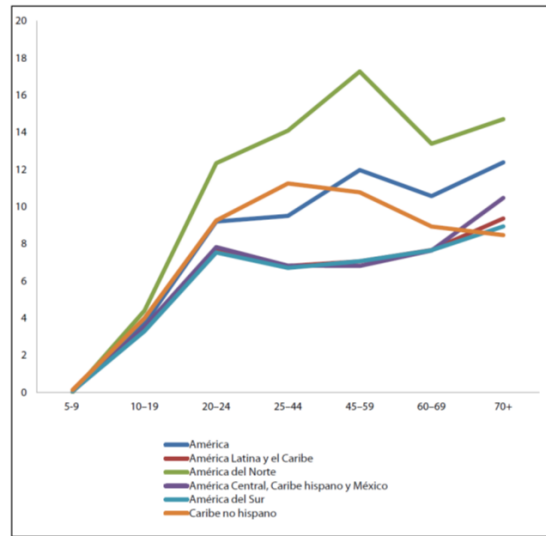


Figura 2. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, ambos sexos, 2005-2009. Adaptado de: Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Organización Mundial de la Salud, 2014.

La tasas de ambos sexos en América del Norte destaca por sobre las otras regiones de las Américas. La curva que refleja el Caribe no hispano, es la única que tiende a la baja a partir del grupo de edad 25-44 años, manteniendo la tendencia hasta los 70 años y más.

Se puede apreciar en la Figura 3.1, que la curva de América del Sur se mantiene ascendente hasta los 20-24 años, retomando su ascenso desde los 25-44 años, manteniendo dicho ascenso de manera consistente.

Si se analizan las tasas según sexo, se observa que el mayor riesgo de suicidio en las personas de 70 años o más, está presente sólo en los hombres.

Figura 3.2. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, hombres, 2005-2009.

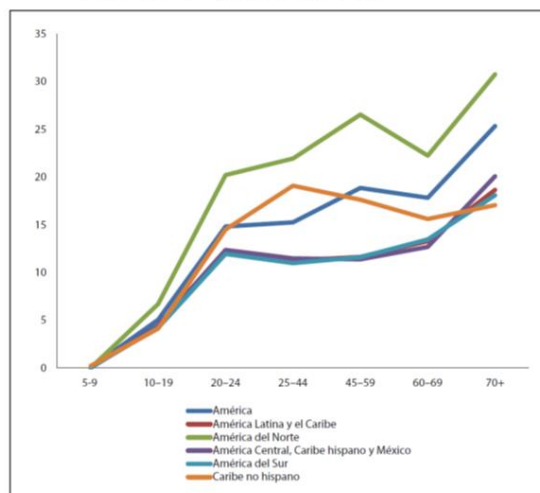


Figura 3. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, hombres, 2005-2009. Adaptado de: Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Organización Mundial de la Salud, 2014.

A primera vista se puede apreciar cómo la tendencia de las curvas en los hombres es al ascenso en todas las regiones de las Américas y en todos los grupos de edad. Todas las regiones presentan una primera alza entre los 20-24 años, y por el contrario, una tendencia a la baja entre los 60-69 años, pero que después vuelve a repuntar a los 70 años y más.

La curva de América del Norte se encuentra por sobre las otras curvas de las Américas, ascendiendo su curva casi de forma sostenida hasta los 20-24 años, mostrando un segundo gran ascenso entre los 45-59 años, y finalmente repuntar nuevamente a los 70 años y más.

La curva de América del Sur se presenta ascendente a partir de las edades comprendidas entre los 25-44 años, manteniéndose con la misma dirección hasta los mayores de 70 años.



Figura 3.3. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, mujeres, 2005-2009.

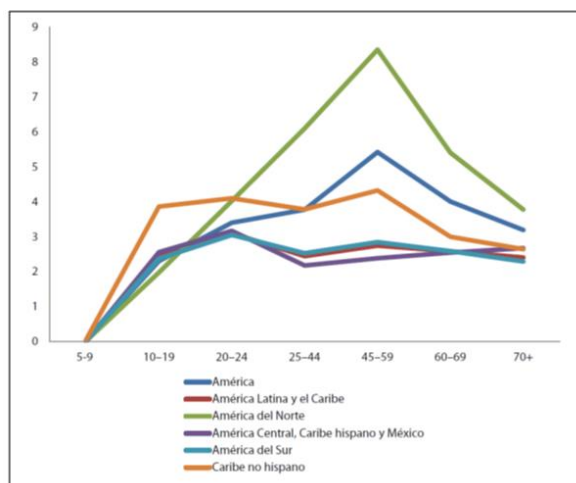


Figura 4. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes, por grupos de edad, en la Región de las Américas y sus subregiones, mujeres, 2005-2009. Adaptado de: Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Organización Mundial de la Salud, 2014.

La curva de las mujeres en América del Sur, es estable a lo largo de las edades. Aunque las mayores tasas se encuentran en los dos grupos de edad (de 20 a 24 y de 45 a 59) que son característico para la región de las Américas, estas tasas no son tan marcadas.

América del Norte destaca por sobre las otras regiones en las tasas de suicidio de las mujeres. Su ascenso se mantiene estable hasta el grupo de edad de 45-59 años, posteriormente descendiendo de forma sostenida hasta los 60-69 años, con una leve desaceleración hasta llegar a 70 años y más.

América del Sur presenta una curva que se desplaza establemente a lo largo de todos los grupos de edad, presenta una leve alza entre los 20-24 años y en entre los 45-59 años. A partir de los 70 años y más, se tiende al descenso.

#### 5.4.-Tendencias de las tasas de suicidio desde 1990 en las Américas

El Informe de Salud Mental de la Región de las Américas, refleja que las tasas de mortalidad por suicidio ajustadas según la edad permanecieron relativamente estables

durante el período de 20 años, entre 1990 y 2009. En cambio, en América Latina y el Caribe, se observaron incrementos en las tasas de suicidio totales y para cada sexo.

Al analizar los datos para las subregiones, en América del Norte hubo una ligera disminución en las tasas totales. En cambio, en América Central, el Caribe hispano, México, y en América del Sur, hubo un aumento en las tasas de suicidio. En el caso de América del Sur, los aumentos se dieron en ambos sexos.

Los cambios en las tasas de suicidio durante los últimos 20 años, fueron específicos para la edad. En términos generales, en la Región, las tasas se incrementaron en personas entre 25 y 44 años y se observó una disminución a partir de los 45 años. En América del Norte hubo una disminución en todos los grupos de edad salvo en las personas de entre 45 y 59 años, donde hubo un incremento. En América Central, el Caribe Hispano y México, hubo un aumento de suicidios en personas entre los 10 y 44 años. En América del Sur, hubo un incremento del suicidio entre las personas de 10 y 59 años, y una disminución en las tasas de suicidio en personas mayores de 70 años. En el Caribe no hispano, no hubo cambios significativos a lo largo del período.

Se podría considerar, que la tasa de las conductas autolíticas en América del Sur se ha incrementado en casi todas las edades, porque aunque no esté contemplado el rango de 60 a 69 años, no se podría considerar que haya sido producto de algún programa de prevención de riesgo de suicidio. Por lo anterior, es válido hipotetizar que las conductas de lesiones autoinflingidas voluntariamente han aumentado en todas las edades en América del Sur.

### **5.5. Validez y limitaciones de los datos en relación a la mortalidad por suicidio en las Américas**

Los resultados anteriores deberían interpretarse considerando las siguientes limitaciones. En primer lugar algunos países de la Región todavía no se disponía de datos relacionados con las conductas suicidas en todos los rangos de edad. Por consiguiente, las tasas regionales y subregionales, deben interpretarse y compararse con cierta cautela.

En segundo lugar, los suicidios siempre representan una porción desconocida de las defunciones no registradas, y es probable que en los países con un porcentaje mayor de muertes no registradas, hubiera un mayor número de suicidios no incluidos en el cálculo de las tasas.

Este informe de Salud Mental de las Américas, se observa una gran variabilidad en los países con porcentajes estimados de subregistros de mortalidad. Mientras unos presentan alrededor de un 1% de subregistro, otros países presentan un 25% de subregistro estimado de mortalidad.

Finalmente, es importante recordar que el primer informe regional sobre mortalidad por suicidio en las Américas, se publicó en el año 2009, y cubrió el período 1990-2004. Este segundo informe, agrega el quinquenio 2005-2009.

El Informe de Salud Mental en las Américas (2013), presenta una visión general y descriptiva del suicidio en la Región, reflejando un compromiso de la Organización Panamericana de la Salud frente a este problema. Se destaca la necesidad de generar mayor investigación en este campo; en América Latina y el Caribe se requiere fortalecer los sistemas de vigilancia y la investigación, abordando no solo la mortalidad en general, sino también estudios sobre la conducta suicida en su conjunto, incluyendo la ideación y los intentos suicidas, así como los factores sociales y culturales que influyen en esta problemática.

Se considera importante evaluar los sistemas de salud mental en los países, los programas existentes, la característica de los servicios ofrecidos y los recursos que se están invirtiendo para prevenir y atender adecuadamente la problemática de la conducta suicida.

En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud desarrollo en el 2011 la Guía de intervención mhGAP, sobre las intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Esta guía facilita la identificación y manejo de una serie de trastornos prioritarios, los que 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.

Para llevar a cabo estas evaluaciones, la OMS en su informe del 2014, considera necesario educar y capacitar al personal de salud, para asegurar el apoyo psicosocial y el seguimiento sistemático.

De ahí la importancia de la capacitación permanente en los centros de atención, para mejorar y nivelar los criterios de evaluación, reforzando la cooperación con los psiquiatras, así como mejorar las aptitudes para llevar a cabo este tipo de entrevistas. De esta forma se está contribuyendo a indagar cuáles son los factores individuales, de riesgo y protectores.

## **5.6. Epidemiología del suicidio en Chile**

El suicidio es una conducta compleja que no puede sólo limitarse al daño hacia sí mismo. Previo a la muerte por suicidio, pueden haber ideación suicida, planeación y/o intentos autolíticos; es una conducta violenta que afecta a la persona que se provoca este tipo de lesiones, su familia, la comunidad y también el impacto de estas cifras a nivel país (Gómez, 2012).

A nivel mundial se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres. En Chile se aprecia la misma tendencia, es decir, la tasa en mujeres es de 4,1 por 100.000 y en hombres llega a 18,5 por 100.000 (OCDE, 2011). Sin embargo, las mujeres realizan hasta tres veces más intentos suicidas que los hombres (MINSAL, 2011).

Para el año 2009, la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años fue de 7 por 100.000 y se espera que para el 2020 llegue a 12 por cada 100.000 habitantes. Esta realidad en la población chilena ha generado el desafío para el Ministerio de Salud de disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en la población de 10 a 19 años. Es decir, la meta de impacto esperada al año 2020 es de 10,2 por 100.000 adolescentes (MINSAL, 2011).

Los servicios de salud y de atención psicológica también son impactados por estas estadísticas, al tener que hacer eco de una demanda de atención acorde a este tipo de casos (OMS, 2014).

En Chile como en el resto del mundo, el suicidio también es considerado un grave problema de salud pública prevenible, sin embargo, las estrategias de evaluación, prevención y tratamiento, adolecen de recursos económicos que faciliten trabajos coordinados, concretos y de forma permanente (Camila Valdés y Paula Errázuriz, 2012).

El estándar internacional que se utiliza para elaborar las estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10). Define “Causas externas de morbilidad y mortalidad”, y específicamente lesiones auto infligidas intencionalmente, las que se denominan suicidio (CIE-10, 1994).

El Instituto Nacional de Estadística presentó algunas características de mortalidad por causas externas, por sexos en Chile. En el grupo de Mortalidad por causas externas, se encuentran descritas las lesiones autoinfligidas entre los años 2002 y 2012 con la tabla que se presenta a continuación:

Chile: número y porcentaje de defunciones por causas externas, por sexo, según grupos de causas de muerte / 2002 y 2012											
Código del grupo de causas de muerte (CIE 10)	Lista abreviada de causas de muerte según clasificador internacional CIE-10	2002					2012				
		Total	Hombre	Mujer	Hombre%	Mujer%	Total	Hombre	Mujer	Hombre%	Mujer %
Causas externas de mortalidad		7.319	5.908	1411	100	100	7.561	5.803	1.758	100	100
Lesiones autoinfligidas intencionalmente		1.603	1.357	246	22,97 %	17,43 %	1.841	1510	331	26,02%	18,83 %

Entre las causas externas de mortalidad, los hombres siguen manteniendo altos índices totales en comparación a las mujeres. Dentro de este grupo, las lesiones

autoinflingidas en el 2002 correspondían a un 21,9% del total; En el 2012, el total de las lesiones por causas externas era de 7.561, y las lesiones autoinflingidas correspondían a un 24,3% del total.

El análisis de las lesiones autoinflingidas por sexo, muestra que los hombres presentan mayores porcentajes tanto en el 2002 y 2012 respectivamente (22,97% y 26,02%) versus las mujeres en los mismos períodos de tiempo (17,43% y 18,83%).

Tabla 2

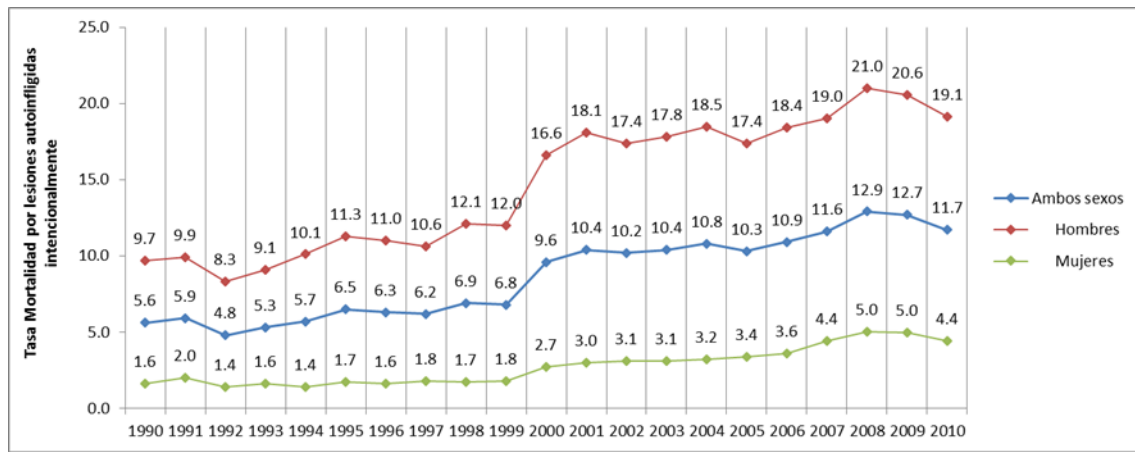


Tabla 2. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente según grupo de edad y sexo, Chile, 1990-2010. Ministerio de Salud. (Mortalidad por Lesiones autoinflingidas intencionalmente (CIE-9 (hasta 1996): E950-E959); CIE-10 (desde 1997): X60-X84 Tasa por 100.000 habitantes. Según sexo, entre 1990-2010. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile.)

En Chile, la tasa de suicidios en el año 2009 fue de 12,7 por 100.000 habitantes para ambos sexos; 20,6 por 100.000 en hombres y 5,0 por 100.000 en mujeres. Esto muestra un aumento de 3,1 puntos en relación con la tasa del 9,6 por 100.000 registradas el año 2000.

Durante el período 1997 y 2008, Gómez (2012) analiza cómo la tasa de suicidios ha ido teniendo un alza sostenida, en 1997, la tasa de suicidio en ambos sexos era de 6.2 por 100.000 habitantes, para 2008, la tasa había aumentado a 12.9 por 100.000 habitantes.

Al realizar un análisis por sexo, el caso de los hombres, en el mismo período de años, era de 10,6 a 21,0, es decir, creció en un 50,4% en el transcurso de 11 años. Las mujeres, en 1997 la tasa era de 1.8 por 100.000 habitantes, y en el 2008, era de 5,0 por 100.000 habitantes, es decir, más del 64% durante el mismo período de tiempo.

La reducción de la tasa en los siguientes años (2009 y 2010) no pueden ser justificado por alguna acción preventiva desde el gobierno, ya que no se cuenta con evaluaciones de impacto de posibles estrategias de prevención de la conducta suicida.

### **5.7. Análisis de las tasas por suicidio a nivel nacional por edad**

La población total de Chile, a través de la proyección elaborada con antecedentes demográficos hasta el Censo del 2002, se estimó para el 30 de junio de 2012 de 17.402.630 habitantes. De éstos 8.612.483 eran hombres y 8.790.147 son mujeres. Para el año 2050, se estima que la población en Chile llegue a 20.204.779 habitantes (INE, 2012).

Tabla 3

Distribución de la Población estimada al 30 de junio, por sexo y grupos de edad. País 2012

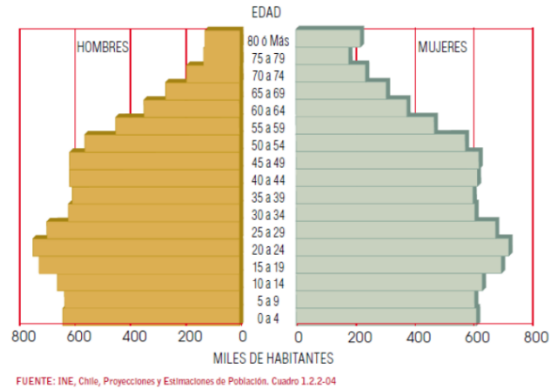


Tabla 3. Distribución de la población estimada al 30 de junio, por sexo y grupo de edad. País 2012. Adaptado de Estadísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012.

“La mortalidad en nuestro país, es el segundo componente demográfico básico. Se define como el número de defunciones ocurridas en una población, área geográfica y periodo determinado. Designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado. La tasa bruta de mortalidad es la frecuencia con que ocurren las defunciones en un periodo de tiempo determinado, por cada mil habitantes” (INE, 2008).

Se considera transición epidemiológica, a los cambios que se han dado a través del tiempo en la estructura de las defunciones por sexo y edad y en las causas de muerte en un país. El proceso de transición epidemiológica, se manifiesta a través de la disminución porcentual de las muertes infecciosas, parasitarias y del aparato respiratorio (enfermedades transmisibles) y de las muertes perinatales. En cambio, surge la preponderancia porcentual de las muertes por enfermedades crónicas, degenerativas (tumores, cardiovasculares) y también de las causas externas, primordialmente a los adultos y, en especial a los adultos mayores.

El INE logra constatar cambios en la estructura de las muertes por causas. Se encuentra una fuerte vinculación entre el nivel de la mortalidad y el comportamiento de



las causas de muerte. Las causas de muerte permiten el estudio más completo de la mortalidad.

En los 44 años de evolución de las muertes por grandes grupos de causas de muerte del país, solamente el grupo I, es decir, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato respiratorio, gripe, neumonía y bronquitis, disminuyeron fuertemente su concentración porcentual del 42% en 1960, al 11% en 1989 y 13% en 2004.

Las restantes causas, es decir, cáncer, enfermedades cardiovasculares y las muertes violentas, claramente han aumentado su aporte porcentual en el tiempo (el residual grupo V: restantes causas de muerte, tiene un comportamiento errático con una baja en 1989 y luego una subida en 2004) (INE, 2008).

Tabla 4

**Definición de grupos de causas de muerte.**

GRUPOS	CAUSAS DE MUERTE
GRUPO I	Enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del aparato respiratorio, gripe, neumonía y bronquitis.
GRUPO II	Cáncer
GRUPO III	Enfermedades Cardiovasculares
GRUPO IV	Muertes Violentas
GRUPO V	Restantes causas de muerte.

Tabla 4. Definición de grupos de causas de muerte. Adaptado del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2008

**5.8. Análisis de mortalidad por lesiones autoinflingidas por edad y tasas totales a nivel nacional.**

En un período de 9 años, entre el año 2000 y el 2009, el mayor aumento en las tasas de suicidios se observan en los hombres entre 20 y 29 años (de 24,4 a 29,9 por 100.000).

En el caso de las mujeres, en el mismo rango de edades, el mayor aumento se produce en el 2004 con una tasa de 5.7 por 100.000 habitantes, y un segundo aumento es en el 2008 con una tasa de 7.7 por 100.000 habitantes.

Tabla 5

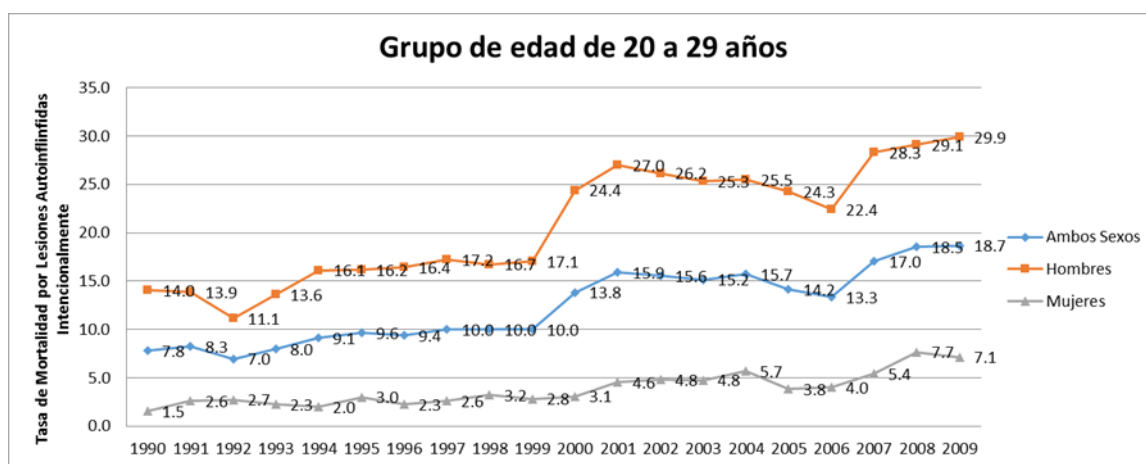


Tabla 5. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo de edad de 20 a 29 años y sexo. Chile, 2008

En el caso del rango etario que va de 30 a 44 años, entre los años 2000 y 2009, también se aprecia un aumento sostenido para los hombres, que va de 21.7 a 26.2 respectivamente.

Aunque las mujeres muestran una tasa muy por debajo a los hombres en los mismos años (2000-2009), se logra apreciar en el caso de ellas, que la tasa se duplica (3.5-6.7).

Tabla 6

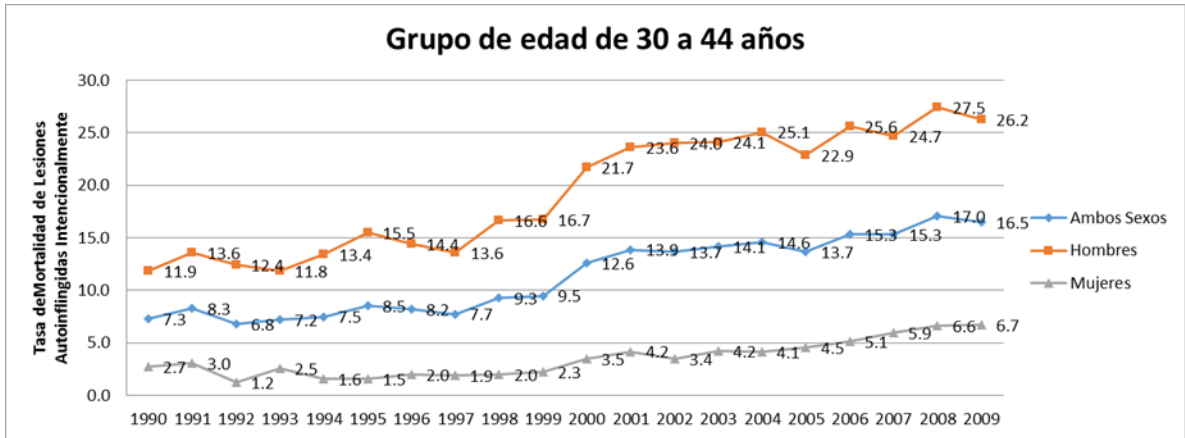


Tabla 6. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo de edad de 30 a 44 años y sexo. Chile, 2008

En el grupo etario de 45 a 64 años, nuevamente los hombres muestran mayores tasas de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, entre los años 2000 y 2009, la tasa es de 25.9 y 27.0; aunque se aprecia un aumento, no es tan vertiginosamente ascendente como en el grupo etario anterior.

En el caso de las mujeres, se mantiene muy similar al grupo etario anterior (30 a 44 años) tanto para el 2000 y 2009 (3.6-6.2).

Tabla 7

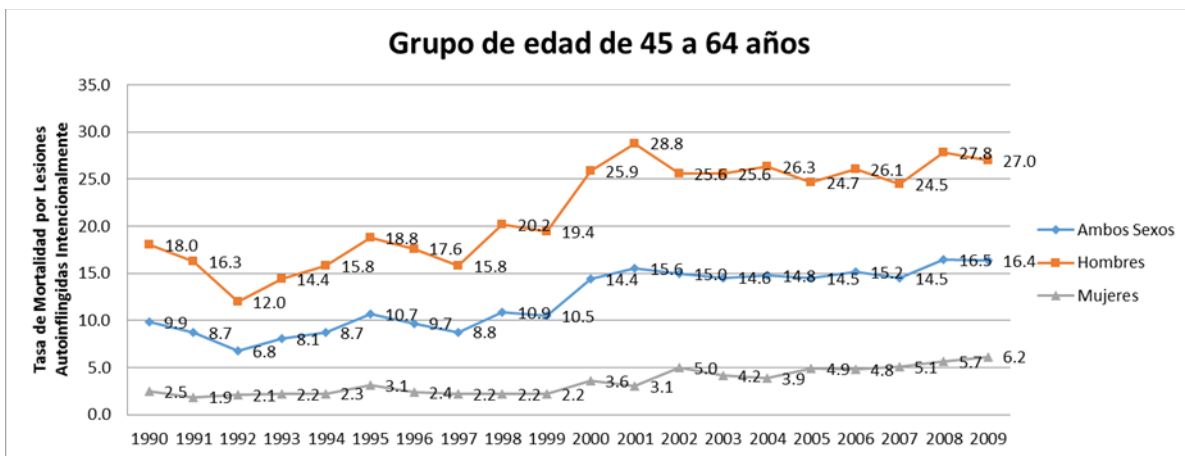


Tabla 7. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo de edad de 45 a 64 años y sexo. Chile, 2008

La tasa más alta de suicidio se mantiene entre los hombres de 65 años y más, los hombres en el año 2000, la tasa total era de 32,8, y en el 2009 de 32,2 por 100.000 habitantes, sin embargo aunque se aprecia una reducción, ésta es sólo de 0,6 puntos.

Las mujeres siguen manteniéndose estables a lo largo de los años, con una tasa de 3,3 para el 2000 y de 3,5 en el 2009.

Tabla 8

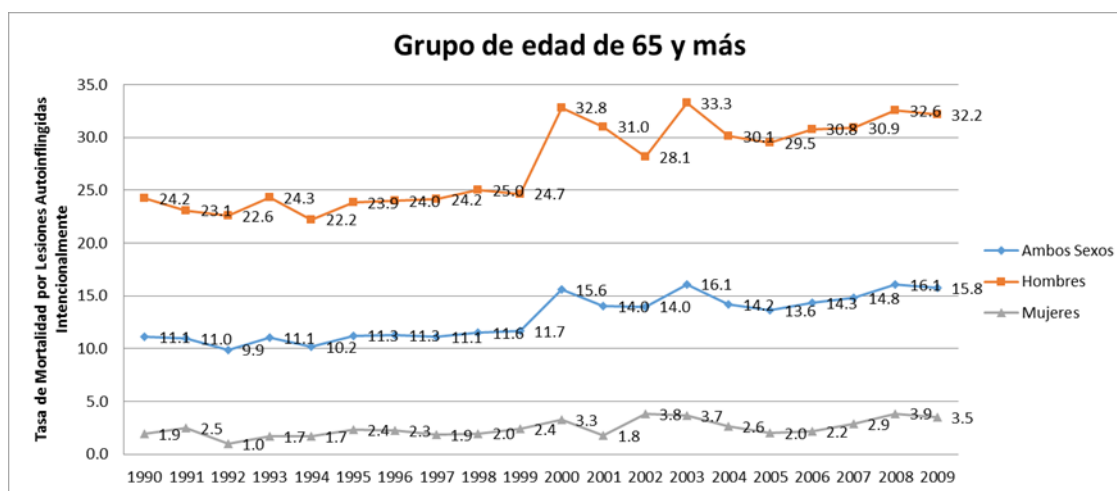


Tabla 8. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, según grupo de edad de 65 años y más y sexo. Chile, 2008

### 5.9. Análisis de la mortalidad por lesiones autoinfligidas por edad y tasas totales en los Servicios de Salud de la Región Metropolitana de Chile.

El Instituto Nacional de Estadística estimó que en el 2012, la densidad de población de Chile alcanzó a los 8,7 habitantes por kilómetro cuadrado. La región que concentró la

mayor cantidad de población del territorio nacional fue la Región Metropolitana con 7.007.620 habitantes, lo que correspondería al 40,3% del total del país. Al mismo tiempo, esta región también presenta la menor superficie del territorio nacional, presentando una densidad de 454,9 hab/km cuadrados.

La densidad anterior de la población en la región metropolitana refleja las características migratorias de las zonas rurales a las ciudades, pero la capacidad de absorción de las ciudades en cuanto al ofrecimiento de servicios, habitabilidad, empleo y educación.

Tabla 9

Región Metropolitana de Santiago	Total	Urbana	Rural	% Urbana	% Rural
1960	2.437.425	2.193.966	243.459	90,0	10,0
1970	3.153.775	2.958.527	195.248	93,8	6,2
1982	4.318.097	4.152.230	165.867	96,2	3,8
1992	5.257.937	5.074.681	183.256	96,5	3,5
2002	6.061.185	5.875.013	186.172	96,9	3,1

FUENTE: Elaboración propia a partir de Censos 1907-2002

Tabla 9. Población regional por zonas de residencia 1960-2002. Adaptado del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2008

La población urbana de la Región Metropolitana aumenta de forma acelerada, cada diez años se produce un aumento de media de un 94.68% desde 1960 al 2002 (INE, 2008).

En el 2012, la Región Metropolitana tenía 34.373 defunciones generales con una tasa de 5,0 por 1000 habitantes. El cálculo de esta tasa utilizó la tasa estimada del 30 de junio del 2002 de acuerdo a la División Política y Administrativa vigente (readecuada a las 15 regiones del país) y considerando las Estimaciones y Proyecciones de población

INE realizada con antecedentes en base al Censo 2002. (Fuente: INE Anuario Estadísticas Vitales 2009).

## 5.10. Servicios de Salud de la Región Metropolitana

### 5.10.1. Servicio de Salud Metropolitana Norte (SSMN)

Figura 2

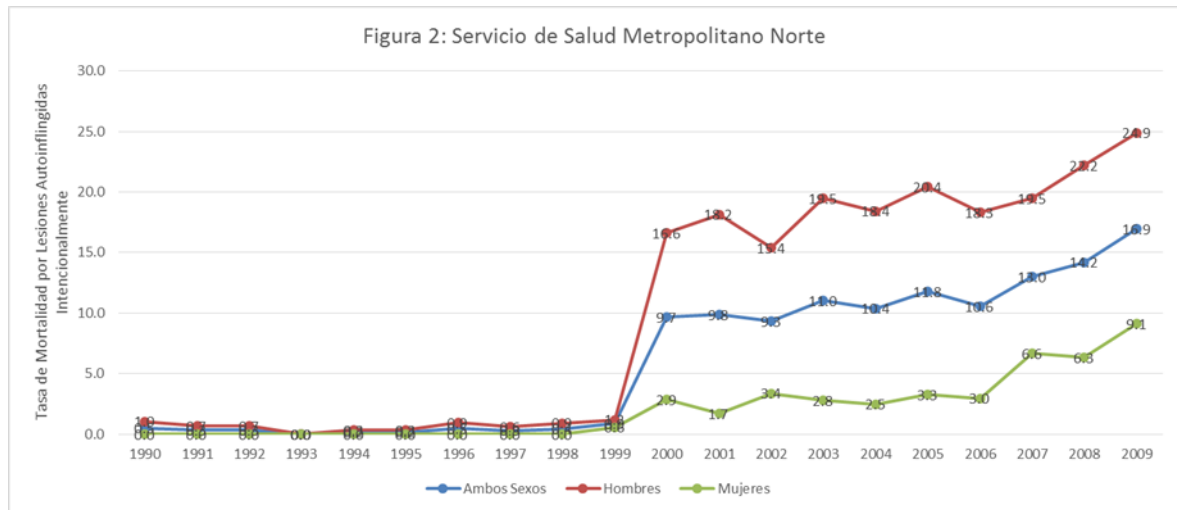


Figura 2. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitano Norte y sexo. Chile, 2008

La figura 2 muestra la tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas del SSMN. Se destaca en los hombres las mayores tasa de suicidio, apreciándose un aumento acelerado a partir del 2007 (19.5, 22.2 y 24,9 por 100.000 habitantes).

### 5.10.2. Servicio de Salud Metropolitana Occidente (SSMO)

Figura 3

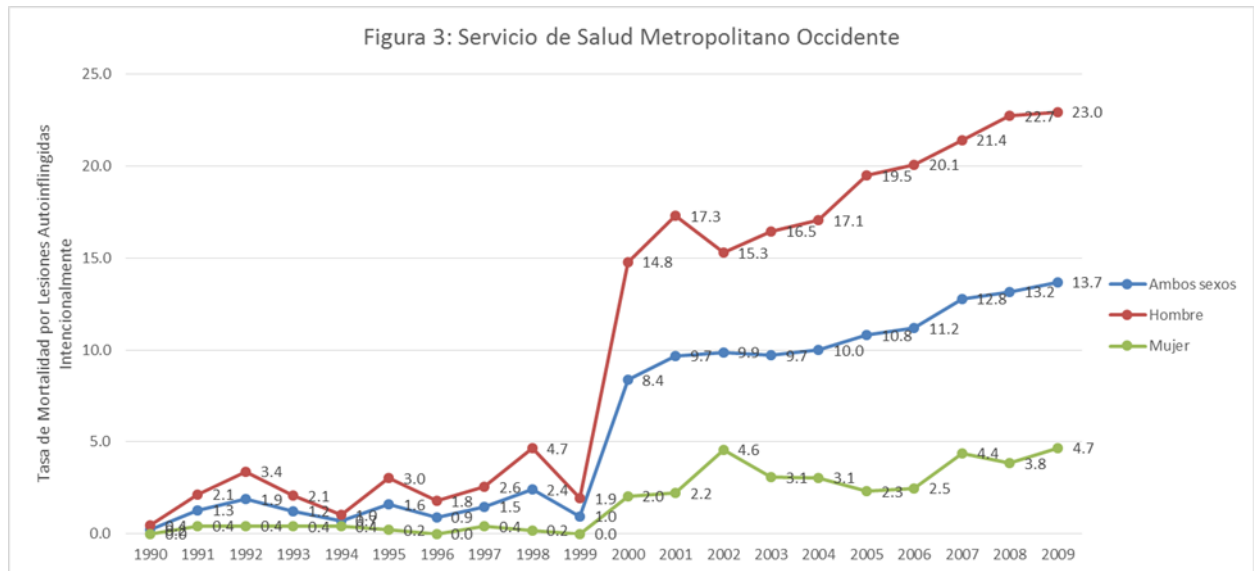


Figura 3. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitana Occidente y sexo. Chile, 2008

La tasa de muertes por lesiones autolíticas en los hombres es marcadamente ascendente, a partir del 2000 comienza un ascenso que sólo se reduce el 2001, sin embargo, retoma su ascenso en las tasas de forma continua hasta el 2009.

En el caso de las mujeres, ellas también mantienen tasas que van en ascenso conforme pasan los años, sin embargo, son por muy debajo de la de los hombres.

### 5.10.3. Servicio de Salud Metropolitana Central (SSMC)

Figura 4

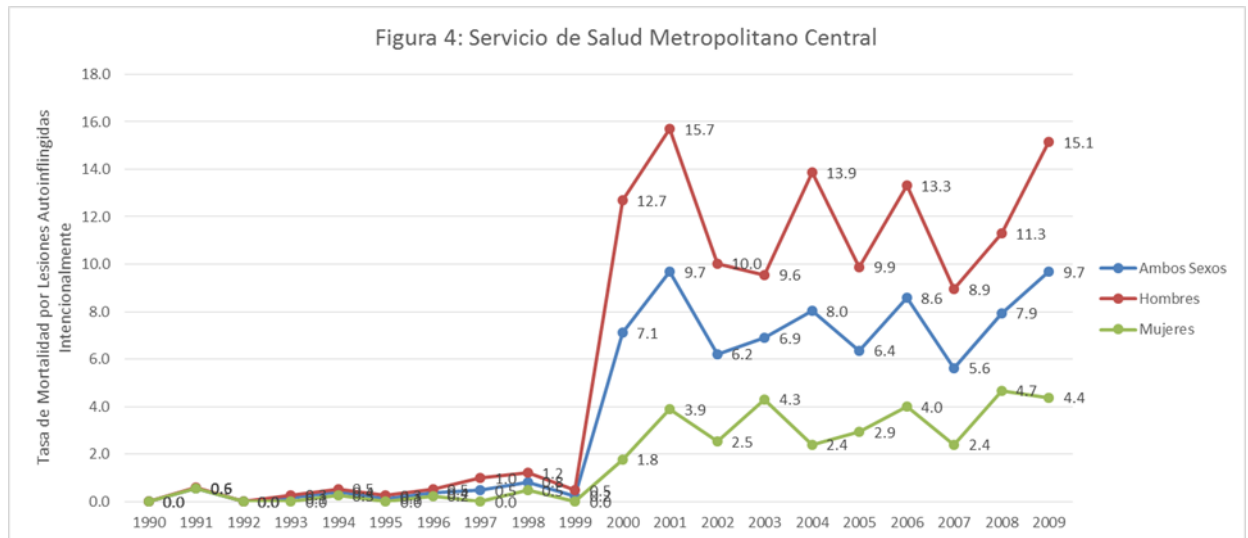


Figura 4. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitano Central y sexo. Chile, 2008

Llama la atención lo zigzagueante de las curvas en ambos sexos, apreciándose en ambos casos un aumento en los dos últimos años.

Las dos tasas más altas en el caso de los hombres se encuentran en el 2001 y 2009 (15.7 y 15.1); las mujeres además de mostrar tasas bajas en comparación a los hombres, en esos mismos años, no se correlaciona con índices altos (3.9 y 4.4) respectivamente.



#### 5.10.4. Servicio de Salud Metropolitana Oriente (SSMO)

Figura 5

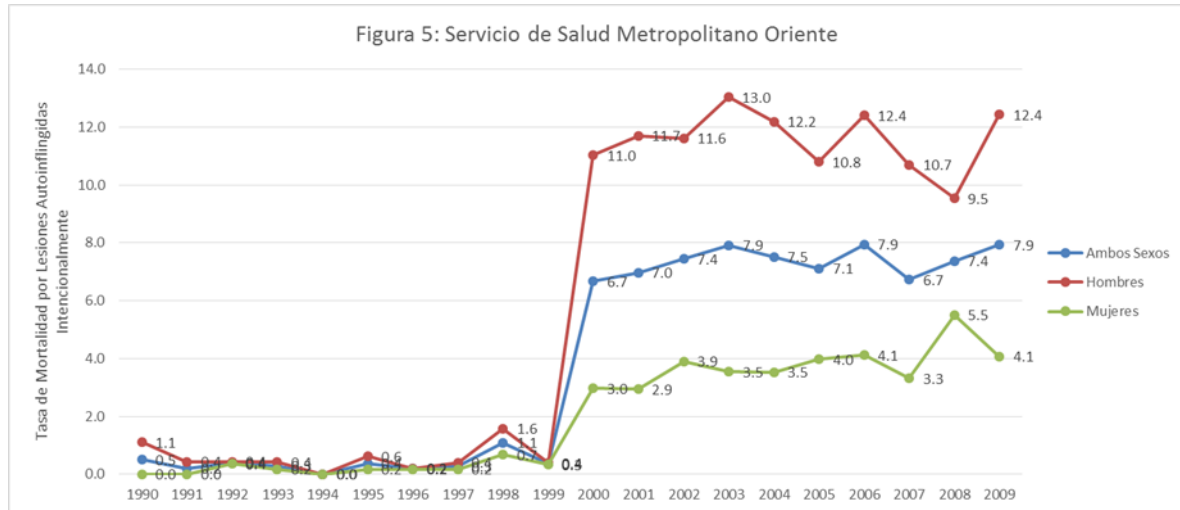


Figura 5. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitana Oriente y sexo. Chile, 2008

La tasa de los hombres se mantiene alrededor de 12.0 a partir del año 2003; se aprecia en el año 2008 una baja sustancial de la tasa (9.5), aumentando al siguiente año a 12.4.

Las mujeres muestran tasas sustancialmente bajas en comparación a los hombres, aumentando de forma abrupta en el 2008 (5.5), la que baja en el siguiente año (4.1).

### 5.10.5. Servicio de Salud Metropolitana Sur (SSMS)

Figura 6

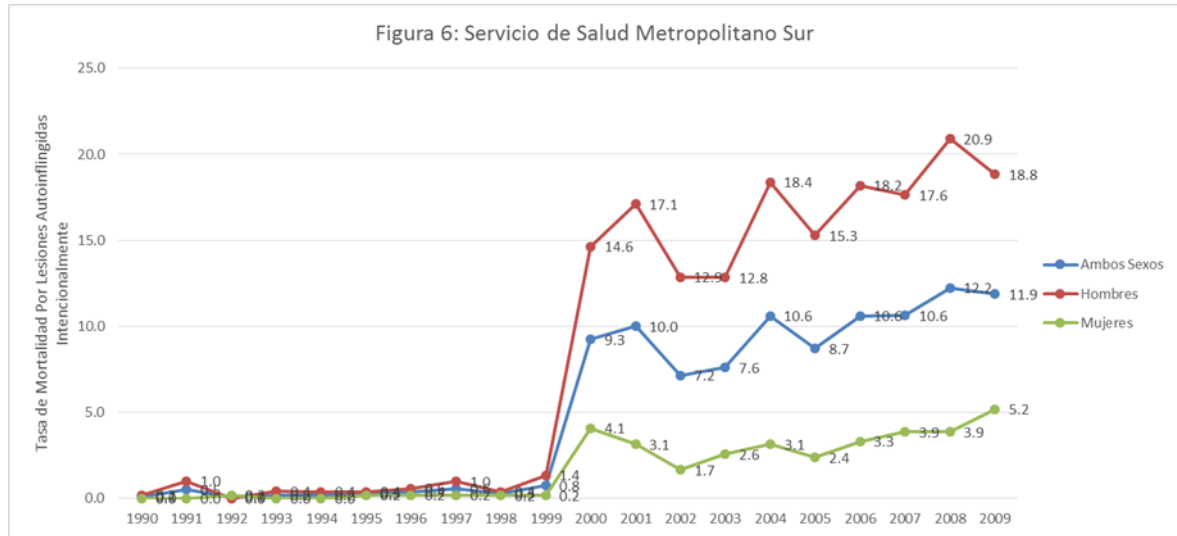


Figura 6. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitana Sur y sexo. Chile, 2008

A partir del 2001, la tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente en los hombres se mantiene en ascenso, con una baja al 12,9 y 12,8 en el año 2002 y 2003 respectivamente, pero que vuelve a ascender nuevamente.

Las tasas de las mujeres es baja en comparación a los hombres, sin embargo, también se aprecia un ascenso a partir del 2000, siendo la mínima de 1.7 el 2002, y la máxima de 5.2 el 2009.

5.10.6. Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente (SSMSO)

Figura 7

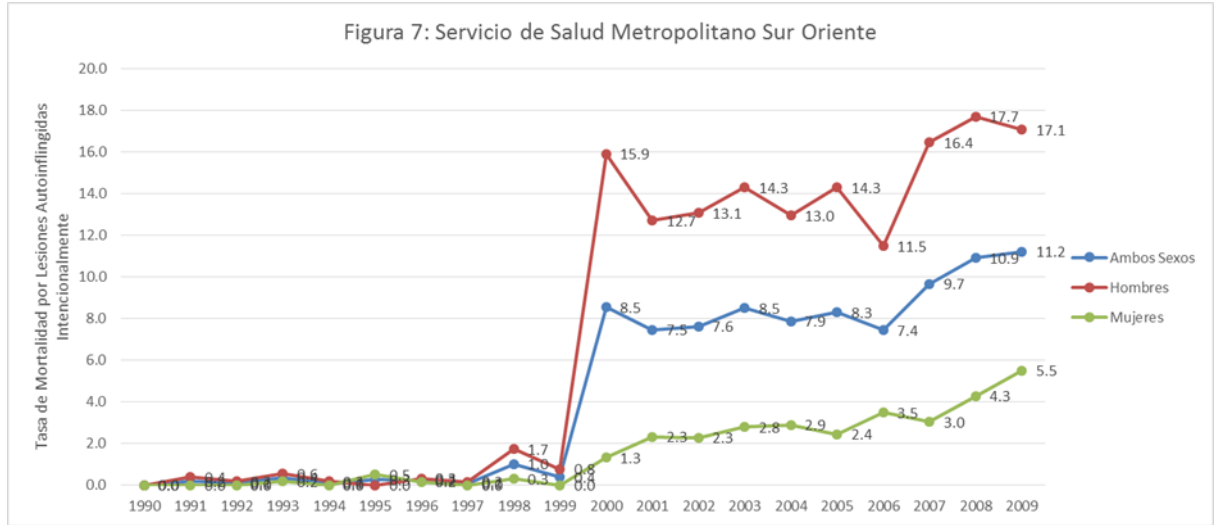


Figura 7. Mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente, Región Metropolitana, Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente y sexo. Chile, 2008

Los tres últimos años en la tasa de los hombres, se logra apreciar un ascenso sustancial (16,4; 17,7 y 17,1). Llama la atención que la curva de las mujeres, aunque menor en comparación al de los hombres, es marcadamente ascendente en los últimos tres años (3,0; 4,3 y 5,5).

5.10.7. Resumen de la Tasa de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente de los Servicios de Salud de la Región metropolitana, por sexo, en los últimos tres años.

Servicios de Salud de la Región Metropolitana	Sexo	2007	2008	2009
Servicio de Salud Norte	Hombre	<b>19.5</b>	<b>22.2</b>	<b>24.9</b>
	Mujer	<b>6.6</b>	<b>6.3</b>	<b>9.1</b>
Servicio de Salud Occidental	Hombre	<b>21.4</b>	<b>22.7</b>	<b>23.0</b>
	Mujer	4.4	3.8	4.7
Servicio de Salud Central	Hombre	8.9	11.3	15.1
	Mujer	2.4	4.7	4.4
Servicio de Salud Oriente	Hombre	10.7	9.5	12.4
	Mujer	3.3	5.5	4.1
Servicio de Salud Sur	Hombre	17.6	20.9	18.8
	Mujer	3.9	3.9	5.2
Servicio de Salud Sur Oriente	Hombre	16.4	17.7	17.1
	Mujer	3.0	4.3	5.5

**5.11. Conclusiones de las tasas de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente en los seis Servicios de Salud de la Región Metropolitana.**

1. Los hombres mantienen tasas de conductas autolíticas más altas que las mujeres;
2. En ambos sexos se aprecia una tendencia ascendente de las tasas;
3. Si se analizan los últimos tres años de las tasas de Mortalidad por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente, se destaca el Servicio de Salud Norte, por presentar las mayores tasas ascendentes tanto en hombres como en mujeres, y el Servicio de Salud Occidente, también presenta una de las tasas más altas, pero sólo en los hombres.
4. Cuando se visita la página de cada uno de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, se logra apreciar que no existe un formato estándar de información,

dificultando conocer cuál es la “realidad” de las diferentes comunas, ya que ofrecen en algunos casos, informes poco detallados o no aparecen.

5. El Departamento de Coordinación de la Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitana Oriente cuenta con un protocolo de suicidabilidad para menores de 18 años, pero no se describe si en este protocolo para menores de edad, se pudiese aplicar en los casos de adultos; y por otra parte, el Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente cuenta con un Programa de Adolescentes con Intento Suicida para menores de 15 años, aquí tampoco se encuentra información relacionado con los casos que llegasen de adultos con intentos de suicidio.

6. No se logra conocer a través de la página web de los diferentes servicios de salud, si cuentan con un protocolo de suicidabilidad para adultos.

7. Uno de los objetivos del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, es la disminución de las tasas en los adolescentes, sin embargo, la escasa disponibilidad de camas para la hospitalización de estos jóvenes entre los 13 y 17 años, dificulta la intervención en este grupo etario. En este sentido, cobra valor el seguimiento, para facilitar redes de apoyo que agilicen las gestiones.

8. Las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) es el dispositivo que coordina entre las diferentes regiones la evaluación del suicidio. Cada Servicio de Salud cuenta con un encargado en la prevención del suicidio, la SEREMI de Salud Romina Oro considera que el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, es uno de los que mejor ha funcionado, llegando a generar autopsias psicológicas.

La SEREMI comenta que este año 2016, se dará inicio a una mesa de trabajo intersectorial, donde se analizarán los protocolos de los cinco Servicios de Salud de la Región Metropolitana, generándose un informe de cada uno de ellos, porque según los datos que se manejan, no se han producido los resultados esperados.

9. Como último punto, los Servicios de Salud utilizaron la Escala de Suicidalidad de Okasha. El 2008 se evaluó la confiabilidad y validez de la escala, para obtener una escala de screening

de suicidalidad en Chile. El estudio determinó el puntaje de corte para identificar el intento de suicidio, a través de una muestra de estudiantes de enseñanza media (N=13.825).

La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 y una adecuada homogeneidad; discriminando entre los adolescentes que habían intentado suicidarse de aquellos que no.

El puntaje de corte fue de 5 puntos, con una sensibilidad igual a 90% y especificidad igual a 79%. El puntaje de la escala correlacionó significativamente con baja autoestima ( $r(761) = -0,52, p < 0,001$ ), menor apoyo social percibido ( $r(761) = -0,37, p < 0,001$ ) y mayor nivel de impulsividad ( $r(761) = 0,29, p < 0,001$ ).

Se concluyó que la escala presentaba alta consistencia interna y homogeneidad, con estadísticos de validez fuertemente significativos, y un punto de corte con adecuada sensibilidad y especificidad. Sin embargo, la SEREMI de la Región Metropolitana Romina Oro, explica que se pudo constatar un alto porcentaje de falsos positivo con esta escala, por lo que se dejó de aplicar.

A continuación, se desarrollarán los siguientes puntos:

- ✓ Se describirá cómo el psicoterapeuta tiene que llevar a cabo la evaluación de riesgo suicida.
- ✓ Se analizará el Protocolo de evaluación de riesgo suicida propuesto por el Dr. Gómez, desarrollando preguntas que faciliten la exploración de los diferentes factores.
- ✓ Se proponen consentimientos informados para la derivación.
- ✓ Se desarrolla un flujograma y un protocolo de derivación para pacientes con niveles de suicidabilidad severos o graves.
- ✓ Validación de contenidos de la Ficha de Evaluación de Riesgo de Suicidio del Dr. Gómez.
- ✓ Propuesta de la Ficha de Evaluación de Riesgo Suicida del Dr. Gómez para ser implementada en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile con la incorporación de las sugerencias de los jueces.

## **5.12. Propuesta de protocolo para la evaluación del riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez Chamorro en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile.**

El protocolo que propone el Dr. Gómez (ANEXO IV), guía al psicoterapeuta en la detección de la ideación e intento suicida. Las variables que se contemplan en este protocolo para la evaluación del riesgo suicida, están basados en la experiencia del Dr. Gómez sobre suicidabilidad, y en las investigaciones relacionadas con este problema de salud pública.

### **1. Procedimientos para la evaluación del riesgo suicida.**

Después que el psicoterapeuta aplique el protocolo y genere el informe, tendrá que exponerlo en las reuniones clínicas de CAPs o con su supervisor, para poder tener una retroalimentación del criterio aplicado, al categorizar el nivel de suicidabilidad del paciente.

Este protocolo es un esquema de las diferentes dimensiones que pudiesen estar presentes, facilitando la formulación de las preguntas para recabar información significativa.

Durante la exploración inicial, los profesionales deberán aclarar y confrontar las ideas que presenta el paciente en ese momento, evitando caer en mitos instalados por la sociedad, ya que dificultaría entender lo que le sucede al paciente.

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es necesario considerar cuáles son los factores de riesgo y los factores protectores del paciente, a través de una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual del paciente.

### **2. Clasificación del riesgo suicida**

Después de aplicar la Ficha de Evaluación de riesgo suicida el protocolo, se lleva a cabo la evaluación del riesgo suicida:

1. El psicoterapeuta analizará los factores de riesgos de suicidabilidad del paciente entrevistado.

2. En la reunión clínica o de supervisión, el psicoterapeuta expondrá el informe que llevo a cabo después de ser aplicada la Ficha de evaluación de riesgo suicida, para recibir retroalimentación de los análisis que llevo a cabo.

1. Tabla de factores y riesgos de suicidabilidad:

El psicoterapeuta contemplará de cada factor, los niveles de riesgo de suicidabilidad del paciente evaluado, extrapolando la información del protocolo a esta tabla resumen.

FACTORES	Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Riesgo Elevado	Riesgo Extremo
Ideas Suicidas	Infrecuentes, poco intensas, fugases, sin plan.	Frecuentes, intensidad limitada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, Planes definidos.
Intención Suicida	No hay.	No hay.	Indicadores indirectos.	Indicadores directos e indirectos.
Síntomas Severos	Síntomas leves.	Síntomas moderados.	Síntomas severos.	Síntomas severos.
Control de Impulsos	Buen autocontrol.	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
Desesperanza	Leve	Moderada	Severa	Severa
Medio Protector	Presente y confiable.	Presente y confiable.	Inseguro	Ausente

Definición de los niveles de riesgos

Riesgo Leve	Riesgo Moderado	Riesgo Elevado	Riesgo Extremo
Evaluar ideas suicidas y monitorear riesgo.	Evaluar continuamente, considerar realizar dos sesiones por semana, contactar a la familia, reevaluar tratamiento, monitoreo telefónico, probable internación.	Hospitalización, definir medidas de protección y vigilancia.	Hospitalización, definir medidas de protección y vigilancia.



Conclusión de la Clasificación del Riesgo Suicida

## 2. Informe del protocolo de evaluación de riesgo suicida.

En este apartado, el psicoterapeuta analizará los datos recopilados y llevará acabo el informe del protocolo, donde se especificará el nivel de riesgo suicida, y finalmente, decidirá si el paciente se mantienen en CAPs con psicoterapia o se deriva a su sistema de salud por su nivel de riesgo de suicidio.

Resolución de riesgo suicida.

### **5.13. Análisis del protocolo de evaluación de riesgo suicida del Dr. Alejandro Gómez Chamorro.**

Al examinar los factores de riesgo en un paciente, se tiene que evaluar no sólo la cantidad de estos factores, sino que también la gravedad de los mismos, para dimensionar las ideas suicidas y la probabilidad de la conducta suicida. También al considerar en el análisis los factores protectores, servirán para determinar tanto el nivel de riesgo suicida, pero también favorecerán en el trabajo psicoterapéutico (Gómez y Barrera, 1993).

Un instrumento de evaluación como éste, tienen por objetivo determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino. Llevar a cabo este protocolo en el marco de una entrevista, facilitará la obtención de información porque tiene la posibilidad de ajustarse a las características paciente, es decir,

no tiene un orden rígido, porque se puede completar el protocolo en la medida que se va obteniendo la información (MINSAL, 2013).

Es recomendable realizar preguntas concisas y claras, para que a través de la información recabada, el profesional pueda armarse una idea de las situaciones que se encuentra viviendo el paciente, teniendo la precaución de no terminar la entrevista hasta que las dudas de quien lleva a cabo la entrevista estén suficientemente aclaradas (Gómez, 2012).

A continuación se analizan cada uno de los factores que tiene el Protocolo de evaluación de riesgo de Suicidio del Dr. Alejandro Gómez, proponiendo preguntas que faciliten su aplicación, las que fueron recopiladas de los diferentes protocolos encontrados.

#### Fase 1: Identificación del paciente

Lo más adecuado es iniciar el protocolo informando al paciente de lo que se comenzará a realizar en la sesión, explicando de forma somera de que trata la evaluación, y posteriormente, se rellenará a partir de las preguntas que el profesional formule.

En esta fase, la información que se solicita es clara y precisa, por lo que no debiera existir mayor dificultad.

#### Fase 2: Caracterización del intento suicida

En esta fase, lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una situación específica que el sujeto haya señalado como un intento suicida, por ejemplo, ¿cómo ha pensado suicidarse? Una pregunta como ésta, permitirá plantear una situación específica y desarrollar en detalle lo que sucedió en ese momento.

A modo de ejemplo se sugieren algunas preguntas, teniendo como objetivo funcionar de guía para facilitar el discurso del paciente:

- ¿Por qué estás acá?
- Dice que se provocó lesiones, ¿puede explicar cómo realizó esto?

- Dice que amenazó con matarse, ¿cómo lo haría?
- ¿Tiene alguna idea del motivo de porqué se lastimó?
- ¿Qué pensaba mientras se dañaba?
- ¿Cómo surgió la idea de lastimarse?
- ¿Desde cuándo estaba pensando en hacer esto?
- ¿Se le había ocurrido antes hacer algo así?
- ¿Cuándo ha pensado en suicidarse?
- ¿Dónde ha pensado en suicidarse?
- ¿Por qué ha pensado en suicidarse?
- ¿Después que se hizo daño, cómo se sintió?
- ¿Qué pensaba que le iba a pasar?
- ¿Había pensado en que se quería morir?
- ¿Había pensado en que se podía morir?
- Cuando se dio cuenta que no había muerto, ¿qué pensó?
- ¿Qué pensó que iba a pasar si se moría?
- ¿Qué piensa de lo que pasó?
- ¿Qué piensa ahora de lo que hizo?
- ¿Se ha sentido irritable por cosas que antes no le molestaban?
- ¿Se ha sentido triste, angustiado o con ganas de llorar sin saber por qué?
- ¿Ha sentido menos ganas de salir, de estar con los suyos, sus amigos?
- ¿Cómo cree que los demás lo ven a usted?
- ¿Se ha sentido solo?

- ¿Cómo se ve a usted mismo?

Las preguntas anteriores estarían enmarcadas en los factores psicológicos y cognitivos que Gómez indaga desde la desesperanza por tener valor predictivo a largo plazo. Personas con estas características podrían ser repetidores en sus tentativas suicidas que persiste en el tiempo, funcionando el paciente crónico con un rasgo como éste de forma estable. Estaría determinando una vulnerabilidad (Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. (1990); Gómez A., Orellana G., Jaar E., Núñez C., Montio O., Lolas F. (1998). En Gómez 2012).

### Fase 3: Factores de riesgo inminente

La mejor forma de detectar si la persona tiene pensamientos suicidas es preguntándolo. Contrariamente a los mitos que maneja la creencia popular, hablar del suicidio no provoca actos de autolesión, por el contrario, les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando (MINSAL, 2013).

En muchos casos, al hablar de lo que están pensando hacer, les permite aliviar momentáneamente la tensión emocional que constituye la ideación de muerte, de esta manera el paciente podría percibir que puede ser ayudado. El riesgo se encuentra justamente cuando estas ideas permanecen ocultas.

Es recomendable no perder de vista que se trata de una conversación, facilitando un diálogo tranquilo y centrado en el protocolo para establecer una relación de confianza con el paciente, permitiéndole expresar emociones y sensaciones, generalmente confusas y dolorosas con este tipo de temáticas.

Es pertinente usar durante la conversación un lenguaje sencillo y claro, adoptando una actitud de respeto e imparcialidad en todo momento. En exploraciones como éstas, suelen ser indicadas preguntas que gradualmente profundizan el tema como por ejemplo:

- ¿Se sientes triste?
- ¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño?

- Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa? Hay pacientes que se sienten más cómodos tratando el tema indirectamente al principio.
- ¿Piensa todos los días en quitarse de en medio? Se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta perturbado, y pueda dar un valor cercano a su realidad.
- En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa?
- En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?
- ¿Siente que nadie se preocupa por usted?
- ¿Siente que la vida no tiene sentido?
- ¿Alguien en su familia o entre sus amigos más queridos, ha intentado suicidarse o se suicidó?
- ¿Alguna vez realizó un intento de suicidio?
- ¿Ha pensado en otras ocasiones en la idea de matarse o dañarse?
- ¿Recuerda cuándo apareció esta idea por primera vez?
- ¿Siente ahora ganas de morirse?
- ¿Qué razones tendría para vivir o morir?
- ¿Piensa en este momento lastimarse o matarse?
- ¿Se siente triste o angustiado?
- ¿Tiene alguna idea de qué lo angustia?
- ¿Conoce a alguien que le pase lo mismo que a usted o algo parecido? ¿Quién?

- ¿Siente ahora ganas de lastimarse?
- ¿Piensa que le podría volver a pasar lo mismo?

Preguntas tipo que podrían evaluar desesperanza:

- ¿Qué cree que le depara el futuro?
- ¿Cómo se imagina dentro de tres meses?
- ¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?
- ¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada ni nadie podrá ayudarlo?
- ¿Cree que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará?

Preguntas tipo que podrían evaluar la culpa:

- ¿Cree que le está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos?
- ¿Cree que estarían mejor sin usted?, ¿Por qué?

Cuando se quieren evaluar las ideas suicidas, es relevante considerar la frecuencia, duración e intensidad de los episodios. Se pueden experimentar como imágenes, de forma verbal, en cadena de pensamientos que podrían prolongarse en el tiempo como rumiaciones suicidas.

Las ideas suicidas pueden gatillarse por alguna situación interpersonas experimentadas como negativas, asociarse a síntomas severos de tipo angustioso, ante el consumo de alcohol o sustancias. Las ideaciones pueden ser experimentadas como egosintónicas o egodistónicas (Gómez, 2012).

Fase 4: Contexto

- ¿Siente que alguien lo molesta de alguna forma?

- ¿Alguien lo está haciendo hacer cosas que no quiere?
- En el trabajo, ¿siente que alguien lo acosa?, ¿de qué forma?

Se considera que en la gran mayoría de conductas autolíticas, les antecede acontecimientos adversos en el año anterior, los que estarían concentrados en los últimos meses. Generalmente suelen ser de tipo interpersonal, problemas en el trabajo o desempleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda (Foster, 2011. En Gómez, 2012).

También es importante considerar los eventos vitales desencadenantes del suicidio relacionados con la etapa del ciclo vital. En el caso de los adolescentes y jóvenes, la tendencia es a explorar disfunción familiar, abuso físico o sexual, problemas con el grupo de pares, experiencias de separación o rechazo, la presión por los logros y la exposición a otros suicidios (Brent, DA. En Gómez, 2012)

En la mediana edad cobran importancia las dificultades económicas y laborales, y en la edad avanzada son las enfermedades, la soledad y las dificultades de vivienda (Marusic A., Goodwin RD. Elderly suicide. (2001); Rubenowitz E., Waern M., Wilhemson K., Allebeck P. (2001). En: Gómez, 2012).

#### Fase 5: Factores protectores

- ¿Piensa que puede haber otra manera de encontrar una solución o de aliviarse?
- ¿Cree que alguien le podría ayudar con esto que le pasa?
- ¿Cómo cree que está viviendo esto su familia?
- ¿Cómo se lleva con sus amigos?
- ¿Se imagina que es posible que esta situación cambie?
- ¿Se imagina alguna manera para estar mejor?
- ¿Cree que algo o alguien lo podría ayudar?, ¿quién o quiénes?
- ¿Cómo se imagina en unos meses más y en unos años más?

- ¿Qué le parece la idea de empezar a hablar con alguien que le pueda ayudar?
- ¿Estaría de acuerdo en iniciar una psicoterapia?
- ¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan?
- ¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas?
- Si se lo propusiera, ¿les hablaría de los pensamientos que está teniendo o lo que ha estado planeado hacer con su vida?

Preguntas tipo relacionadas con valores y creencias:

- ¿Hay algo que le impida hacerlo?
- ¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, o creencias religiosas?

Fase 6: Antecedentes

- ¿Le pasó alguna vez algo que le pareciera raro, como por ejemplo, escuchar como si alguien le hablara cuando no hay nadie?
- En ese tiempo que escuchaba alguna voz, ¿qué cosas le decía?, ¿eran desagradables, insultos?, ¿qué le decía que lo lastimaban?
- ¿Vio alguna vez cosas que los demás no veían?
- ¿Sintió alguna vez como si todos lo miraran, como si estuvieran hablando mal de usted?

Las enfermedades psiquiátricas elevan el riesgo y la existencia de conductas suicidas actuales o se hayan realizado intentos en el pasado.

Gómez destaca entre los cuadros psiquiátricos más frecuentes asociados a conductas autolíticas son los trastornos del ánimo, la esquizofrenia y el abuso o dependencia de alcohol o sustancias. También se contemplan con mayor riesgo los trastornos alimentarios, el trastorno de pánico y los trastornos obsesivos compulsivos. Los trastornos de personalidad, tanto límite como antisocial, aumentan la probabilidad de suicidio.



La asociación entre cuadros del eje I y II es relevante, por presentar mayor número de intentos de suicidio (Gómez, 2012).

Teniendo en cuenta la información obtenida sobre los factores de riesgo presentes, grado de planificación y elaboración de la ideación suicida, así como estado de ánimo del paciente evaluado y los factores protectores, el psicoterapeuta se guiará por el flujograma que se propone a continuación, para determinar el riesgo de suicidio y decidir si es un paciente que pueda ser atendido o no en la Clínica de Atención Psicológica.

#### **5.14. Flujograma de pacientes con ideación o intento suicida que se consultan en CAPs**

Detección de paciente con ideación o intento suicida



Evaluación por el Psiquiatra o psicólogo:

1. Aplicación de la ficha para la evaluación del riesgo suicida;
2. Definir el grado de severidad de la suicidabilidad;
3. Informe del Protocolo de Evaluación de Riesgo de Suicidio;



Toma de decisiones con respecto al grado de severidad de la suicidabilidad:

<b>SI se atiende en el CAPs</b>	<b>NO se atiende en el CAPs</b>
<b>Inexistente:</b> Sin ideación ni intención identificable	<b>Severa:</b> Ideación suicida frecuente, intensa y persistente. Planes específicos, sin intención subjetiva pero hay marcadores objetivos, método disponible/accesible, algunas conductas preparatorias, autocontrol disminuido, sintomatología severa, factores de riesgo presentes, pocos o nulos factores protectores.
<b>Leve:</b> Ideación de baja intensidad, frecuencia y duración, sin planes ni intención, síntomas leves, buen autocontrol, pocos factores de riesgo, factores protectores identificables.	
<b>Moderada:</b> Ideación frecuente, de intensidad y duración limitada, algunos planes específicos, sin intención, buen autocontrol, sintomatología limitada, algunos factores de riesgo, factores protectores identificables.	
	<b>Extrema:</b> Ideación frecuente, intensa, persistente, planes específicos, intención definida, autocontrol deteriorado, sintomatología severa, muchos factores de riesgo, sin factores protectores.



<b>Si el profesional estima que el paciente se puede atender en el CAPs:</b>	<b>Si el profesional estima que el paciente no se puede atender en el CAPs:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El protocolo se aplica durante la evaluación de ingreso, este paciente sigue el curso de derivación al programa que corresponda.</li> <li>• Si el protocolo fue aplicado durante la psicoterapia, se mantiene el trabajo terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El/la paciente será derivado al hospital que le corresponda según su sistema de salud: FONASA/ISAPRE.</li> <li>• Se contactará a un familiar o cuidador que pueda cumplir la función de acompañamiento.</li> </ul>

### **5.15. Beneficios al analizar el informe del protocolo de evaluación de riesgo suicida en la reunión clínica o con el supervisor.**

Determinar el riesgo de conducta suicida, es mucho más que la mera acumulación de factores de riesgo y protectores. La combinación de las diferentes variables que pudieran estar presentes, y una evaluación acorde a la “realidad” del paciente, es lo que permitirá dimensionar en su justa medida el nivel de suicidabilidad.

Las reuniones clínicas de equipo y con los supervisores, permitirá informar en esa instancia cuando un psicoterapeuta haya aplicado el protocolo de evaluación de riesgo de suicidio, y así corroborar el criterio que se aplicó, para categorizar a la persona evaluada de acuerdo a los niveles de suicidabilidad.

Informar y analizar este documento en la reunión clínica, permitirá la contención del profesional que ha recibido el caso, y así poder tener una retroalimentación de sus reflexiones con respecto a los factores (protectores y de riesgo) que estaban presentes en el caso evaluado.

Por otra parte, analizar en equipo el caso evaluado, facilitará reflexionar con más detenimiento los factores que se conjugaban, y así corroborar las decisiones que pueden ser complejas y difíciles de analizar cuando no son supervisadas.

Si el paciente evaluado no cuenta con factores de riesgo suicida, es recomendable que el psicoterapeuta informe periódicamente en las supervisiones o reuniones clínicas de su evolución, especialmente si existiesen eventos que aumentaran los niveles de suicidabilidad y se debiesen tomar decisiones inminentes que permita velar por su seguridad.

Mejorar la formación de los profesionales, tendrá como consecuencia, actualizar sus conocimientos en aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las personas con riesgo de suicidio, pero también un mejor reconocimiento de los primeros signos de ideación o intento suicida, afinando las claves para una evaluación más eficaz.

Si fuese necesario, se recomienda la aplicación de instrumentos estandarizados que permitan complementar la información obtenida tras la aplicación del protocolo, proporcionando datos relevantes rápidamente. Algunos de estos instrumentos se encuentran en los anexos de esta investigación.

Uno de los beneficios que se tendrían al contemplar la utilización de este protocolo en el Centro de Atención Psicológica (CAPs), es la creación de un Manual de Aplicación, porque al ser multifactorial el suicidio, un manual estaría facilitando la identificación de

estos factores, para estandarizar todas aquellas variables que fuesen necesarias a evaluar en temáticas como esta.

El manual de un protocolo con estas características, lograría facilitar y perfeccionar las estrategias para entender y conocer las ideas e intentos autolíticos del paciente que consulta, así como los criterios de evaluación, la capacidad diagnóstica, un patrón de actuación y el manejo terapéutico más experimentado.

#### **5.16. Recomendaciones para aplicar el Protocolo de evaluación de riesgo de suicidio del Dr. Alejandro Gómez M. en la Clínica de Atención Psicológica de la Universidad de Chile.**

##### 1. A quienes se le aplicará este protocolo de evaluación de riesgo de suicidio

Deberá ser aplicado a todo paciente que presente ideación y/o intento de suicidio, ya sea que lo exprese espontáneamente o indagado desde las intervenciones en psicoterapia.

El protocolo permite abordar distintos temas, recopila antecedentes, indaga en los factores de riesgo que pudieran estar presentes, para posteriormente, poder concluir a través de un informe el nivel de suicidabilidad del entrevistado.

Si el nivel de suicidabilidad se encuentra entre los criterios de severo o extremo, se activará el protocolo de derivación para que el paciente ingrese a su sistema de salud. Esta gestión será fácil de implementar, porque CAPs se encuentra en el mismo engranaje del Sistema de Salud Pública, favoreciendo una derivación ágil y sencilla, tanto para el paciente como para CAPs.

En este sentido, la información clara, los pasos definidos que se deben seguir y los datos sobre redes de apoyo existentes, cobran una función importante para las personas con riesgo de suicidio y sus familiares.

## 2. Quiénes aplicarán el protocolo de evaluación de riesgo de suicidio

Este protocolo deberá ser aplicado por un psicoterapeuta capacitado en el tema, en este sentido, es importante considerar que cada año la Clínica de Atención Psicológica cuenta con un porcentaje importante de profesionales que se renuevan, por lo que se deberá contemplar como parte de la inducción la capacitación en la evaluación de riesgo de suicidio a los psicoterapeutas que se incorporan a CAPs.

Guardando las proporciones, el cambio de psicoterapeutas en CAPs es similar a lo que experimentan los Servicios de Salud de la Región Metropolitana. El 2014, fueron capacitados profesionales de diferentes áreas de estos Servicios de Salud por el Profesor A. Gómez, sin embargo, la alta movilidad de los profesionales provoca la generación de nuevos equipos que no cuentan con este saber.

El impacto de esta realidad se plasma a la hora de evaluar los casos de riesgo de suicidio, porque la experiencia clínica es lo que más se privilegia en quienes atienden este tipo de casos.

Otra realidad con la que convive la clínica, son los diferentes grados de experiencia en el ejercicio profesional. Algunos psicoterapeutas cursan programas académicos de pre y post grado, también están los psicólogos de planta y los académicos del Departamento de Psicología que colaboran en la atención de consultantes y supervisan los tratamientos que se realizan. Por último, también se encuentran los pasantes, quienes no tienen una fecha de incorporación pre determinada.

En este sentido, la capacitación en la evaluación y detección de la ideación y conducta suicida que llevará a cabo en CAPs, será clave para mejorar la impresión y experiencia clínica, así como la homogenización de conocimientos en ésta área de trabajo.

## 3. Resumen de los pasos a seguir para aplicar el protocolo de evaluación de riesgo de suicidio del Dr. Gómez.

1. El protocolo se aplicará a todo paciente que presente ideación y/o intento de suicidio;

2. Se completarán todos los factores que se desprendan de la entrevista, con la finalidad de generar un informe que permita justificar en qué nivel de suicidabilidad se encuentra la persona;

3. Posteriormente, se llevará a cabo la pauta de actuación según el nivel de riesgo suicida:

3.1. Cuando el nivel de suicidabilidad se encuentra entre los criterios inexistentes, leves o moderados: El paciente ingresa o se mantiene en el marco de los procedimientos internos de CAPs, es decir, se iniciará o continuará con la psicoterapia, y si fuese necesario, se solicitará una hora con el psiquiatra. También se adjuntará en su ficha el informe del protocolo de evaluación de riesgo de suicidio, el que será contemplado regularmente a medida que avanza el trabajo psicoterapéutico.

3.2. Cuando el nivel de suicidabilidad se encuentra entre los criterios de severos o extremos: la Clínica de Atención Psicológica tendrá incorporado un sistema ágil y sencillo de derivación, para ingresarlo al sistema de salud del consultante. A continuación se propone el protocolo de derivación:

A. Protocolo de derivación para un paciente adulto que no puede ser atendido en CAPs por tener niveles de suicidabilidad severos o extremos:

A.1. Después de ser aplicada la Ficha de evaluación de riesgo de suicidio, el terapeuta acompañará al paciente a la sala de espera y le solicitará que permanezca ahí, mientras el terapeuta vuelve al box para redactar el informe;

A.2. Después de redactado el informe, el terapeuta imprimirán dos copias, uno será entregado en un sobre cerrado al paciente, el segundo informe quedará archivado en CAPs;

A.3. El terapeuta se dirigirá a la sala de espera para ir a buscar al paciente y dirigirse juntos al box. En este espacio, se le informará que no podrá ser atendido en la clínica por considerar necesario un tipo de atención hospitalaria. En casos como éste, el principio general de la clínica, es la derivación de los pacientes suicidas, porque la Clínica de Atención Psicológica atiende en el ámbito psicológico y no en lo psiquiátrico;

A.4. Si el paciente está acompañado, se le informará también al acompañante, quien también ingresará al box. Si el paciente asistió a CAPs solo, se le solicitará el número de contacto de alguien que considere de confianza (esposo/a, un familiar, amigo/a cercano, etc.) para que lo venga a buscar y lo acompañe en las gestiones de derivación;

A.5. Finalmente se firmará un contrato terapéutico, tanto el paciente como el psicoterapeuta, donde se compromete dirigirse a la brevedad al centro de salud que le corresponde para ser atendido.

**CONTRATO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DERIVACIÓN**

Clínica de Atención psicológica (CAPs)

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Fecha (día, número, mes, año y hora):

Yo.....acepto la indicación de ingresar al centro de salud que me corresponde, para ser atendido a la brevedad, por presentar ideas y/o conductas suicidas.

Firma del paciente  
(Nombre completo y RUT)

Firma del psicoterapeuta  
(Nombre completo y RUT)

Si el paciente se negara a ser derivado, firmará un contrato de no consentimiento para su derivación.

## **CONTRATO DE CONSENTIMIENTO DE NO DERIVACIÓN**

Clínica de Atención psicológica (CAPs)

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Fecha (día, número, mes, año y hora):

Yo.....rechazo ser derivado al centro de salud que me corresponde, y reconozco presentar ideas y/o conductas suicidas.

Firma del paciente  
(Nombre completo y RUT)

Firma del psicoterapeuta  
(Nombre completo y RUT)

A.6. Al otro día, el psicoterapeuta realizará el seguimiento, contactando al paciente o la persona que le acompañó en la derivación.

B. Protocolo de derivación para un paciente infanto-juvenil que no puede ser atendido en CAPs por tener niveles de suicidabilidad severos o extremos:

B.1. Después de ser aplicado el protocolo de evaluación de riesgo de suicidio, el terapeuta dirigirá al menor a la sala de espera, junto al adulto que le acompaña, y les informará que deben esperar unos minutos mientras redacta el informe;

B.2. Se imprimirán dos copias del informe, uno será entregado en un sobre cerrado al adulto responsable que acompaña al menor, y el segundo informe quedará archivado en CAPs;

B.3. El terapeuta se dirigirá a la sala de espera para ir a buscar al menor y al adulto que le acompaña y volver juntos al box. En este espacio, se les informará que no podrá ser atendido el menor en la clínica por considerarse necesario un tipo de atención hospitalaria.



En casos como éste, es necesario tener presente que el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (2013) contempla realizar auditorías de fichas ante el suicidio adolescente.

B.4. Finalmente firmará un contrato terapéutico, tanto el adulto responsable que acompaña al menor de edad y el psicoterapeuta, donde se compromete dirigirse a la brevedad al centro de salud que le corresponde para ser atendido el menor.

### **CONTRATO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DERIVACIÓN**

Clínica de Atención psicológica (CAPs)

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Fecha (día, número, mes, año y hora):

Yo (nombre completo de adulto que acompaña al NNA).....me

comprometo a ingresar a (nombre completo del NNA).....al

centro de salud que le corresponde para ser atendido a la brevedad, por presentar ideas y/o conductas suicidas.

Firma del adulto responsable  
(Nombre completo y RUT)

Firma del psicoterapeuta  
(Nombre completo y RUT)

(NNA: Niño, niña, Adolescente)

B.5. Al otro día, el psicoterapeuta realizará el seguimiento contactando al adulto responsable, para conocer cómo resultó la derivación del menor.

**5.17. Resumen del protocolo de derivación para pacientes con niveles de suicidabilidad severo o extremo.**

Protocolo de derivación de un paciente adulto	Protocolo de derivación de un paciente infante-juvenil
<p>1.El paciente expresa espontáneamente o indagado desde las intervenciones en psicoterapia ideas o intentos de suicidio</p> <p>2.Aplicación del Protocolo de evaluación de riesgo de suicida</p> <p>3.Entrega del informe del protocolo</p> <p>4. Firma del contrato de consentimiento para la derivación</p> <p>5. Derivación según su sistema de salud:</p> <p>5.1. FONASA: el paciente debe acudir al consultorio correspondiente para ser evaluado y entregarle el tratamiento necesario.</p> <p>5.2. ISAPRE: el paciente tiene que acercarse al centro de salud que le corresponda según su plan.</p> <p>6. El psicoterapeuta realizará seguimiento, para saber si cumplió el contrato de consentimiento para la derivación, y si fuese necesario, reforzar la necesidad de ser</p>	<p>1.El paciente expresa espontáneamente o indagado desde las intervenciones en psicoterapia ideas o intentos de suicidio</p> <p>2.Aplicación del Protocolo de evaluación de riesgo de suicida</p> <p>3. Entrega del informe del protocolo al adulto responsable</p> <p>4. Firma del adulto responsable del contrato de consentimiento para la derivación</p> <p>5.Derivación según su sistema de salud:</p> <p>5.1. FONASA: el paciente con el adulto responsable, debe acudir al consultorio correspondiente para ser evaluado y entregarle el tratamiento necesario.</p> <p>5.2. ISAPRE: el paciente con el adulto responsable, tiene que acercarse al centro de salud que le corresponda según su plan.</p> <p>6. El psicoterapeuta se contactará con el adulto responsable que acompañó al menor, para saber su cumplimiento del contrato de</p>

<p>atendido en un centro de salud, entregando información de redes, como por ejemplo: Fundación Todo Mejora (todomejora.org), ONG Vínculos (<a href="http://www.vinculos.cl">www.vinculos.cl</a>), Teléfono de la Esperanza, Chillan (www.telefonodelaesperanza.org/chillan).</p>	<p>consentimiento para la derivación, y si fuese necesario, reforzar la necesidad de ser atendido el menor en un centro de salud, entregando información de redes, como por ejemplo: Fundación Todo Mejora (todomejora.org), ONG Vínculos (www.vinculos.cl), Teléfono de la Esperanza, Chillan (www.telefonodelaesperanza.org/chillan).</p>
---	---

**5.18. ¿Existirá alguna pregunta clave que debiera ser contemplada siempre en el proceso de evaluación del riesgo suicida, y que nunca debiera ser obviada?**

Analizando el protocolo de evaluación de riesgo suicida y el material bibliográfico que se consideró para esta investigación, se puede apreciar que se lleva a cabo un proceso indagatorio sobre los indicadores de riesgo autolítico.

Por las características de CAPs y el tipo de pacientes que se atienden, hay una diversidad de preguntas que deben ser planteadas para conocer, por ejemplo, qué características tienen los indicadores de una crisis suicida (intento de suicidio, la comunicación de ideas o propósitos suicidas), también es pertinente interpelar a otras fuentes de información que permitan corroborar y/o ampliar los datos que ha entregado el paciente.

Pero si un consultante ingresa a la clínica con niveles de suicidalidad leves o moderados, y durante el proceso de psicoterapia se produce un brusco cambio anímico, sintiéndose mejor de forma repentina, en casos como éste, nuevamente es necesario evaluar con una diversidad de preguntas y de modo recurrente a estos pacientes, porque el riesgo puede reaparecer.

Una reevaluación similar se debe llevar a cabo en pacientes que no mejoran con la psicoterapia, porque la intención suicida podría ser una posibilidad en el paciente.

Continuando con la idea de una posible pregunta clave, el término “zona suicida” plateada por Litman (En Gómez, 2012) debe ser examinada, para conocer el nivel de severidad del paciente. En esta tarea clínica, el Dr. Gómez considera que “todos los pacientes evaluados por un intento de suicidio, deben ser clasificados al menos como nivel moderado. Lo mismo se aplica si ha habido tentativas en el pasado” y también deberán ser evaluados psiquiátricamente. (Gómez, 2012).

Por otra parte, ayudaría a definir la zona suicida si el terapeuta preguntara desde diferentes perspectivas, por la posible existencia de planes suicidas (cuándo, cómo y dónde), y si cuentan con un “plan B”, es decir, si fracasa un intento autolítico, la creación de otra estrategia para poder llevarlo a cabo. En la misma línea, Gómez (2012) contempla una pregunta que pudiera entregar información útil, y es: “¿cuál ha sido el momento en que ha estado más cerca de cometer suicidio?”.

Las reflexiones anteriores permiten deducir que no existe una pregunta clave en este proceso de evaluación de riesgo suicida, porque al ser las causas multidimensionales, las preguntas debieran ser variadas para lograr evaluar cómo es el contexto que rodea al paciente, cómo son sus relaciones interpersonales y cómo las elabora. Tanto el paciente como el/los informantes serán entrevistados sobre las ideas, planes y conductas suicidas, para que el terapeuta pueda generar un análisis clínico sobre el riesgo de suicida del entrevistado.

#### **5.19. A continuación se reflexionan las posibles dificultades que pudieran surgir si se implementa este protocolo en CAPs:**

##### **1. Falta de conocimiento:**

En Caps a principio del año se hacen las inducciones, sin embargo, tanto los estudiantes de pre grado que vienen a realizar sus prácticas, los psicólogos de magíster, de diplomado y los pasantes, no comienzan con la atención de pacientes en las mismas fechas.

Una posible dificultad que pudiera existir en CAPs, es la falta de conocimiento de este protocolo, en los profesionales que no hayan podido asistir a la capacitación de principio de año.

2. Dilucidar inquietudes:

Podría influir desfavorablemente en la aplicación de este protocolo, que los profesionales a pesar de estar capacitados, pudieran presentar las siguientes características:

- a. Que exista entre los profesionales de las diferentes líneas de psicoterapia, diversos criterios en el momento de aplicar este protocolo;
- b. Que los profesionales consideren que este protocolo resulte poco práctico, por considerarlo extenso y poco flexible para manejar las situaciones que se presenten;
- a. ¿Sentirán los profesionales de CAPs que con la implementación de este protocolo se produce una sobrecarga de trabajo?

3. La autosuficiencia para tomar decisiones:

Después de llevar a cabo el taller que capacite a los psicoterapeutas en la aplicación de este protocolo, el profesional debiera ser capaz de tomar decisiones de forma autosuficiente. En este sentido, sería necesario evaluar la sensación que les deja el taller de capacitación para saber:

- a. Entre todos los factores que considera el protocolo, ¿hay algunos de éstos que el profesional considere que exceden sus capacidades?
- b. ¿La capacitación logra abarcar todos estos aspectos?

4. Inercia de la práctica previa:

Aunque no existe en CAPs una práctica previa en la aplicación de un protocolo con estas características, no existe una inercia de esta práctica. Sin embargo, sería necesario analizar cómo evitar que se produzca este tipo de inercia, para no llegar a la expresión “siempre se ha hecho así”.

- a. Sería pertinente que el taller de capacitación para la implementación de este protocolo contemple las dinámicas de CAPs, para aumentar la probabilidad de incorporarlo de forma fluida en las rutinas existentes en la atención de pacientes.
- b. Antes de implementar este protocolo en CAPs, ¿será posible predecir las posibles resistencias de los profesionales a la hora de aplicarlo?

#### 5. Aplicación del protocolo de evaluación de riesgo suicida en CAPs:

Es posible que el profesional a la hora de explorar las ideas y/o intentos de suicidio, tienda a priorizar por la información que se considere como “más relevante”, disuadiendo en la posibilidad de ahondar en todos los factores que pudiesen estar presente; este posible escenario se podría presentar entre los profesionales “ocupados”.

Algo similar pudiese ocurrir con el registro de la información recabada, reduciendo los datos registrados a lo “imprescindible”, para lograr llegar a un criterio diagnóstico.

- a. Sería necesario evaluar con el equipo de CAPs si toda la información que se solicita del paciente y los informantes son suficientes, para desarrollar estrategias que estimulen a los profesionales completar en su totalidad el protocolo.

#### 6. Posibles barreras relacionadas con el paciente

Después que el profesional considera pertinente aplicar el protocolo de evaluación de riesgo suicida, podrían surgir las siguientes barreras:

- a. El rechazo del paciente a ser evaluado en sus ideas y/o intentos de suicidio;
- b. El paciente rechaza las recomendaciones que estipula el protocolo;
- c. Después que el profesional le explica al paciente las recomendaciones a seguir, el paciente pudiera generarse expectativas que van más allá de lo razonable;
- d. Los puntos anteriores exigen del profesional una capacidad resolutiva ante escenarios como éstos.

## 7. Barreras relacionadas con el entorno

La implementación de un protocolo como éste, pudiera verse enfrentado a ciertas limitaciones de tipo logístico:

- a. Disponer de un box a la brevedad, para llevar a cabo la evaluación de riesgo de suicidio;
- b. Si el profesional tiene que atender a un paciente en la siguiente hora, realizar las gestiones necesarias para disponer de tiempo para llevar a cabo la evaluación de riesgo de suicidio;
- c. Si fuese necesario, realizar gestiones para reunirse con el/la psiquiatra que se encuentra en ese momento

Las limitaciones anteriormente expuestas, generan las siguientes preguntas:

- a. ¿Considerarán los profesionales que es suficiente el tiempo de una sesión para aplicar y registrar la información al evaluar el riesgo de suicidio?
- b. ¿Será suficiente la infraestructura de CAPs para organizar sus espacios y así facilitar la implementación de un protocolo con estas características?

## 8. Barreras organizativas

La implementación de este protocolo en CAPs podría abrir un espacio para errores de coordinación, probablemente por la falta de familiaridad con los procesos que se deben llevar a cabo. En este sentido, sería necesario responderse las siguientes preguntas:

- a. ¿Se podrían anticipar posibles dificultades antes de su implementación?
- b. ¿Por cuánto tiempo se considerará la marcha blanca o período de adaptación para implementar este protocolo?

Las reflexiones anteriores permiten identificar las posibles dificultades que se deberán trabajar en CAPs a la hora de implementar el protocolo de evaluación de riesgo de suicidio; el éxito de su ejecución pondrá a prueba las capacidades con que cuenta el equipo de CAPs, para lograr diversificarse en función a los nuevos desafíos que se van presentando.

En este sentido, las reuniones de equipo cobran mayor relevancia, pero también, la creación de instancias para entrevistar a los psicoterapeutas y psiquiatras que hayan tenido que aplicar el protocolo.

Por último, y no menos importante, es la recepción de los pacientes que hace el personal administrativo; las dos secretarías con que cuenta CAPs, son el primer contacto que tiene el paciente cuando se acerca a la clínica, y su recepción es clave para que permanezca en la sala de espera de manera confortable.

La implementación y mejoras de un protocolo no se producen espontáneamente, sino que demanda una retroalimentación permanente, diseminación oportuna de información y recordatorios de modificaciones que se hayan llevado a cabo recientemente.

## **5.20. Validación de contenidos de la Ficha de Evaluación de Riesgo de Suicidio del Dr. Gómez**

La Ficha de Evaluación de Riesgo de Suicidio se sometió a un proceso de validación de contenidos a través del criterio de jueces expertos, por medio de una pauta desarrollada específicamente para este efecto y que les fuera aplicada a los jueces.

El equipo de jueces estuvo formado por nueve psicoterapeutas, entre ellos había algunos con vasta experiencia, pero todos se caracterizaban por haber tenido práctica y desarrollo de habilidades al enfrentarse en su quehacer profesional casos de riesgo de suicidio.

Se trabajó con el criterio de la aceptación del 50% + 1 de los jueces, para considerar lo que prima del ítem después de ser evaluado por ellos. Al existir sugerencias con relación a la redacción de los ítems, se consideraron aunque no se tratara de un juicio de la mayoría.



## I. FACTORES DE RIESGO:

Tabla N° 1: Factores de riesgo

Fecha del intento	
Método empleado (puede marcar más de uno)	Intoxicación farmacológica
	Intoxicación por sustancias químicas
	Intoxicación por plaguicidas
	Ahorcamiento, estrangulación o sofocación
	Ahorcamiento o sumersión
	Armas de fuego
	Material explosivo
	Humo, fuego o llamas
	Objeto cortante
	Saltar desde lugar elevado
	Arrojarse o hacerse atropellar
	Colisión de vehículo a motor
	Otra

En este ítem, el 66.7% de los jueces consideró adecuado los posibles métodos empleados para llevar a cabo un intento de suicidio.

Todos los jueces consideraron que la variable “Método empleado” mide aquello que quiere ser medido, por estar acorde a los ítems propuestos.

Se llevaron a cabo las siguientes recomendaciones con relación a la redacción de los ítems:

1. Intoxicación farmacológica: se recomienda “intoxicación por fármacos”;
2. Ahorcamiento o sumersión: se recomienda “ahogamiento o sumersión”;
3. Otra: se recomienda poner “especificar”.

Se consideró pertinente incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces tras el análisis de los Métodos empleados para el intento suicida, enmarcado en los Factores de riesgo.

Tabla N° 2: Características de la conducta autodestructiva

Otros intentos en el mismo día o semana
Otras conductas autodestructivas
Conductas preparatorias o de ensayo suicida
Cometido bajo el efecto de alcohol o drogas
Cometido en relación a situación de violencia
Hubo desencadenante ambiental

En este apartado, también el 66.7% de los jueces consideró adecuados los ítems que se contemplan para evaluar los factores de riesgo.

Para los ítems de la tabla “Características de la conducta autodestructiva”, todos los jueces consideraron que mide aquello que quiere ser medido, por estar de acuerdo con lo planteado; Por lo tanto, se consideró acertado mantener los ítems de la forma que han sido propuestos y enmarcados en la variable Factores de riesgo.

Tabla N° 3: Tipo de desencadenante ambiental

Tipo de desencadenante ambiental (puede marcar más de uno)	Interpersonal
	Laboral
	Económico
	Judicial
	Académico
	Agresión
	Enfermedad o deterioro de la salud
	Otro
Forma parte de un pacto suicida	

Surgió la recomendación de especificar más el ítem “hubo desencadenante ambiental”, agregando: familiar, social, escolar, laboral, duelo, otros, para su ejemplificación, sugerencia que se decidió acoger.

El 66.7% de los jueces consideró adecuada la cantidad de ítems que miden esta variable, en tanto realizaron las siguientes recomendaciones generales a este apartado:

1. Cuando se analiza si el tipo de desencadenante ambiental es “interpersonal”, se sugiere poner “problemas personales”;
2. Si se considera como desencadenante ambiental la “agresión”, se recomienda especificar qué tipo de agresión, para que no quede tan amplio;
3. En “otros”, recomiendan poner “especificar”;
4. Si el tipo de desencadenante forma parte de un pacto suicida, se propone agregar “con quién”.

Existió unanimidad entre los jueces al considerar que la variable “Tipo de desencadenante ambiental” mide aquello que quiere ser medido, por estar acorde a los ítems propuestos.

También se consideró pertinente incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces, después de evaluar esta variable con sus respectivos ítems.

Tabla N° 4: Indicadores de elevada intención suicida del intento realizado

Indicadores de elevada intención suicida del intento realizado	Cometido en aislamiento
	La intervención de terceros era improbable
	Tomó precauciones contra la intervención de otros
	No contactó posible auxiliador
	Realizó acciones preparatorias (herencia, arreglos económicos)
	Preparó detalladamente el intento
	Dejó nota o carta suicida
	Creyó que se provocaría la muerte
	Comunicó su intención con anticipación
	Hubo premeditación (más de tres horas)
	Su propósito era terminar la vida
	Una vez iniciada la acción, quiso morir
	Estaba seguro de que moriría
	Tomó alcohol para facilitar el intento

Este apartado lo contestaron ocho de los 9 jueces, de los cuales el 62.5% está de acuerdo que el número de ítems contemplados es adecuado.

En cuanto a las sugerencias respecto de la formulación de los ítems, fueron las siguientes:

1. Cambiar la palabra intervención por “ayuda”;
2. Cuando se contemplan las posibles acciones preparatorias, se recomienda incluir “cartas”;
3. Se plantea explicar qué se entiende por “detalladamente”;
4. Se recomienda cambiar “Comunicó su intención con anticipación” por “Contó a otros que se suicidaría”;
5. Se sugiere cambiar “Su propósito era terminar la vida”, por “Su propósito era terminar con su vida”;
6. Finalmente, el indicador “Tomó alcohol para facilitar el intento”, se sugiere ampliarlo con “otras sustancias”.

Todos los jueces coincidieron que la variable “Indicadores de elevada intención suicida del intento realizado” mide aquello que quiere ser medido, por estar acorde a los ítems propuestos.

Se consideró pertinente incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces que analizaron esta variable.

Tabla N° 5: Letalidad del método

Letalidad del método	Nula
	Baja
	Mediana
	Elevada

Tabla N° 6: Severidad global

Severidad global (Importante a tener presente: si la letalidad o intención suicida fueron <u>elevadas</u> , la severidad se califica <u>elevada</u> .)	Nula
	Baja
	Mediana
	Elevada

Para evaluar la letalidad del método y la severidad global, el 77.8% de los jueces consideraron adecuado el número de ítems.

Todos los jueces consideraron que era adecuada la forma de medir estos dos indicadores, por lo que se consideró que mide lo que quiere ser medido.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Dar ejemplos cuando es una letalidad o severidad nula, baja, mediana o elevada;
2. Se propone cambiar “Severidad global” por “Gravedad global”.

Se consideró pertinente incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces que analizaron estas dos variables.

Tabla N° 7: Características de la ideación e intento suicida

Presentó ideación suicida en el último mes antes del intento	
Propósito del intento (puede marcar más de uno)	Escapar temporalmente
	Dejar de existir
	Influir en otra persona
	Llamar la atención
Actitud frente al hecho realizado	Asume
	Banaliza
	Niega
	Encubre
Al cometer el intento, se sentía (puede marcar más de una)	Tranquilo
	Confuso
	Triste
	Desesperanzado
	Abatido
	Desesperado
	Angustiado
	Con miedo o pánico
	Abandonado
	Inútil
	Sobrepasado
	Agitado
	Culpable
	Frustrado
	Humillado
Desilusionado	
Rabioso	
Otro	

El 77.8% de los jueces consideró adecuado el número de ítems para evaluar si presentó ideación suicida, cómo fue el propósito del intento, la actitud frente al hecho realizado y cómo se sentía mientras lo llevaba a cabo.

Los jueces también consideraron que era adecuada la forma de medir este indicador, es decir, mide aquello que quiere ser medido, por estar acorde a los ítems propuestos.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Redactar o explicar de otra forma qué se entiende por “escapar”.
2. Cuando el propósito del intento era “Llamar la atención”, se sugiere especificar “de quién”.
3. Al explorar la actitud frente al hecho realizado, una de las alternativas es “Banaliza”, se sugiere poner “No le da importancia”.
4. En el mismo ítem, si se aprecia que el paciente “Encubre”, se propone especificar “Quién da aviso o visibiliza”.
5. Se recomienda incluir al lado de la palabra “Abatido”, poner: “Desesperado, desesperanzado o sobrepasado”.
6. Por último, en “otro”, se sugiere poner “especificar”.

Se consideró pertinente incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces que analizaron la variable relacionada con las características de la ideación y el intento suicida.

Tabla N° 8: Sentimientos frente al intento realizado y la sobrevivencia

Frente al intento realizado	Se siente arrepentido
	Reafirma intención de suicidarse
	Ambiguo, no sabe
Frente a la sobrevivencia	Se siente conforme
	Se siente decepcionado
	Ambiguo, no sabe
Ideación suicida post intento	

Volvería a tratar de suicidarse	Si
	No
	Depende, no sabe

Frente al intento realizado y la sobrevivencia, el 88.9% de los jueces considera que es adecuado el número de ítems contemplados.

Los jueces consideraron que era adecuada la forma de medir este indicador, midiendo lo que quiere ser medido, por ser coherente la variable y los ítems propuestos.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Si frente a la sobrevivencia el paciente “Se siente conforme”, se propone poner “Se siente aliviado”.
2. Si frente al intento como a la sobrevivencia el paciente es “ambiguo, no sabe”, se indica ampliarla con “no sabe qué sentir al respecto” o “indeciso”.

Se consideró adecuado incorporar en la Ficha de evaluación de riesgo suicida las recomendaciones propuestas por los jueces que analizaron las variables relacionadas con los “Sentimientos frente al intento realizado y la sobrevivencia”.

## II. FACTORES DE RIESGO INMINENTE

Tabla N° 9: Suicidalidad actual

Presencia de Ideas o deseos suicidas	No
	Fugaces
	Continuos
	Plan suicida
Explique:	
Habla acerca de morir, la muerte o el suicidio	
Verbaliza intención de suicidarse	
Amenaza suicidarse	
Relata haber estado cerca de cometer un intento en los pasados días	
Ha estado buscando medios suicidas (medicamentos, armas)	
Método suicida fácilmente disponible	
Autoagresiones (aún menores)	
Cuál(es). Explique:	

En este caso es el 88.9% de los jueces que se encuentran de acuerdo, al considerar adecuado el número de ítems contemplados para evaluar la suicidalidad actual del paciente.

Los jueces consideraron que era adecuada la forma de medir la variable “Suicidabilidad actual”, midiendo lo que quiere ser medido, por ser coherente la variable y los ítems que fueron propuestos con este fin.

Con relación a la formulación de estos ítems, se propuso:

- ✓ En el apartado “Autoagresiones (aún menores), precisar otra forma de redacción que permita entender a qué se refiere con menores. Se recomienda dar ejemplos.

Se consideró adecuado incorporar las recomendaciones propuestas por los jueces en la Ficha de evaluación de riesgo.

Tabla N° 10: Síntomas de riesgo

Insatisfacción o desmoronamiento con el tratamiento
Cambio clínico brusco
Desánimo
Desesperanza
Desesperación
Irritabilidad
Agitación
Angustia, crisis de pánico
Anhedonia
Disforia
Ciclaje del humor
Insomnio
Psicosis
Sensación de estar atrapado, sin salida
Sensación de estar abandonado
Sentimientos de culpa
Sentimientos de humillación
Sentimientos de rabia, vengativo
Sensación de inutilidad, de ser innecesario, una carga
Sentimientos de odio a sí mismo



El 88.9% de los jueces considera adecuado el número de ítems para evaluar los síntomas de riesgo.

Los jueces de forma unísona estimaron que era adecuada la forma de medir la variable “Síntomas de riesgo”, a través de los distintos ítems propuestos.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Cuando se quiere saber si existe en el paciente “Insatisfacción o desmoronamiento con el tratamiento”, se recomienda sacar la palabra “desmoronamiento”, porque se considera que confunde.
2. En “Cambio clínico brusco” se recomienda precisar más qué se entiende por este tipo de cambio.
3. Se recomienda cambiar la palabra “anhedonia”, por “ausencia de capacidad de goce”.
4. El concepto de “disforia”, se sugiere remplazarlo por “ánimo triste”.
5. En “Ciclaje de humor”, se propone redactarlo por “Humor cíclico”.

Para esta variable, se consideró adecuado contemplar las recomendaciones propuestas por los jueces, en la Ficha de evaluación de riesgo.

Tabla N° 11: Conductas de riesgo

Abuso de alcohol/sustancias o incremento del consumo
Impulsividad o deterioro del autocontrol
Deterioro del funcionamiento del rol
Perturbación conductual
Conducta imprudente
Ensimismamiento, retracción, aislamiento
Abandono de responsabilidades
Rechazo de ayuda o renuncia a recibirla

El 66.7% de los jueces que evaluó este ítem consideró que eran adecuados los números de ítems que se proponen, para evaluar las conductas de riesgo.

Consideraron de forma unísona que era adecuada la forma de medir este indicador.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Cuando se evalúa la “Perturbación conductual”, se propone redactarla como “Alteración de la conducta”.
2. En “Deterioro del funcionamiento del rol”, se indica redactarla “Se ven afectados ámbitos de la vida familiar, laboral, etc.”
3. En “Abandono de responsabilidades”, se sugiere dar ejemplos.
4. Cuando se evalúa el “Rechazo de ayuda o renuncia a recibirlas”, se recomienda explorarlo por medio de preguntas envolventes y contextualizadas.

El análisis anterior considera adecuado contemplar las recomendaciones propuestas por los jueces, para ser incorporado en la Ficha de evaluación de riesgo suicida.

Tabla N° 12: Contexto

Aislado o solo, en el presente o futuro próximo
Ausencia de sistema de apoyo y contención
Eventos negativos o problemas percibidos como “insolubles”
Pérdida reciente o anticipa pérdida próxima
Método suicida disponible
Alianza terapéutica ausente, insuficiente o deteriorada

Cuando se evalúa el contexto en el cual se encuentra inmerso el paciente, el 88.9% de los jueces considera apropiado el número de ítems contemplados, para llevar a cabo esta exploración. Los jueces no sugirieron ningún cambio en la redacción de los ítems y consideraron de forma unánime que era adecuada la forma de medir este indicador.

Se consideró adecuado mantener la propuesta inicial de ésta variable y sus respectivos ítems, para ser incorporado en la Ficha de evaluación de riesgo suicida.

### III. FACTORES PROTECTORES:

Tabla N° 13: Factores protectores

Presencia de medio/vínculo protector
Sentido de responsabilidad por otros
Espiritualidad
Percepción de apoyo social
Disponibilidad de recursos de ayuda
Esperanza, planes de futuro
Compromiso para seguir plan terapéutico
Sólida alianza terapéutica
Esperanza
Percepción de autoeficacia
Apego a la vida
Miedo a la muerte, morir o el suicidio
Temor a la desaprobación social por suicidarse
Creer que el suicidio es inmoral o está contra Dios
Compromiso con la vida, historia de compromisos
Motivado a pedir ayuda en caso que se eleve el riesgo

De los jueces, el 66.7% consideró que es excesivo el número de ítems contemplados para evaluar los factores protectores. Sin embargo, los jueces consideraron que era adecuada la forma de medir éste indicador.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Se repite “esperanza” con “Esperanza, planes de futuro”.
2. Cuando se evalúa la “Disponibilidad de recursos de ayuda”, se recomienda especificar qué tipo de ayuda.
3. En la “Percepción de autoeficacia”, se sugiere especificar mejor a qué se refiere.
4. Se considera redundante “Compromiso con la vida, historia de compromisos”.
5. Cuando se expresa una “Sólida alianza terapéutica”, habría que definirla.

Se consideró adecuado considerar las propuestas que expresan los jueces para esta variable, para ser incorporado en la Ficha de evaluación de riesgo suicida.

#### IV. BALANCE DE FACTORES DE RIESGO/FACTORES PROTECTORES.

Tabla N° 14: Balance de factores de riesgo/factores protectores

A su juicio predominan	Los factores de riesgo
	Los factores protectores
	Son equivalentes, dudoso

La totalidad de los jueces (100%) considera adecuado el número de ítems para evaluar el balance de factores de riesgo y/o protectores.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

- ✓ Modificar el ítem: “Son equivalentes, dudosos”, y presentarlo en formato de pregunta: “Son equivalentes, ¿qué hace dudar?”.

Todos los jueces también consideraron que era adecuada la forma de medir este indicador.

Se consideró apropiado contemplar la propuesta que hacen los jueces para esta variable.

#### V. ANTECEDENTES

Tabla N° 15: Intentos previos

Intentos previos		
N° de intentos previos	Uno	
	Más de uno	
Edad del primer intento		
Cuándo fue el último intento	En los últimos 12 meses	
	Hace más de 12 meses	
Mayor severidad alcanzada en intentos previos	Alta	
	Mediana	
	Baja	
	Nula	
Familiares que hayan muerto por suicidio	No	
	Si, de primer grado	
	Si, de segundo grado	

Trastorno(s)Psiquiátrico(s) Diagnosticado(s)
¿Cuáles?
Trastorno(s) de Personalidad Diagnosticado(s)
¿Cuáles?
Abuso/dependencia de sustancias
¿Cuáles?
Hospitalizaciones por motivos psiquiátricos

En el momento de explorar los antecedentes del paciente, el 66.7% de los jueces considera adecuado el número de ítems contemplados en esta Ficha de evaluación de riesgo de suicidio. También consideran todos los jueces que es adecuada la forma de medir éste indicados.

Con relación a la formulación de estos ítems, los jueces propusieron:

1. Cuando se analiza “Mayor severidad alcanzada en intentos previos”, se propone redactar “Severidad alcanzada en intentos previos”.
2. En el caso de “Familiares que hayan muerto por suicidio”, se sugiere redactar “exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil”.
3. En el número de intentos, la alternativa “Más de uno”, se propone cambiarlo por “Cuántos”.
4. Se recomienda especificar si el familiar es de primer grado, se sugiere incluir “Cercanía de la relación”.

**5.21.Propuesta de la Ficha de Evaluación de Riesgo Suicida del Dr. Gómez para ser implementada en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile con la incorporación de las sugerencias de los jueces.**

**DATOS GENERALES**

Fecha de evaluación	
Ingresado por	
Derivado a (centro de salud)	

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre Completo	
Edad	
Género	
Nivel educacional	
Ocupación	
Estado civil	
Dirección	
Teléfono/s (Celular, fijo)	
E-mail	

**DATOS GENERALES DEL ACOMPAÑANTE/INFORMANTE**

Nombre Completo	
Edad	
Género	
Nivel educacional	
Ocupación	
Estado civil	
Dirección	
Teléfono/s (Celular, fijo)	
E-mail	

Nombre Completo	
Edad	
Género	
Nivel educacional	

Ocupación	
Estado civil	
Dirección	
Teléfono/s (Celular, fijo)	
E-mail	

## I. FACTORES DE RIESGO

Fecha del intento		
Método empleado (puede marcar más de uno)	Intoxicación por fármacos	
	Intoxicación por sustancias químicas	
	Intoxicación por plaguicidas	
	Ahorcamiento, estrangulación o sofocación	
	Ahogamiento o sumersión	
	Armas de fuego	
	Material explosivo	
	Humo, fuego o llamas	
	Objeto cortante	
	Saltar desde lugar elevado	
	Arrojarse o hacerse atropellar	
	Colisión de vehículo a motor	
Otra. Especificar:		

Otros intentos en el mismo día o semana	SI	NO
Otras conductas autodestructivas	SI	NO
Conductas preparatorias o de ensayo suicida	SI	NO
Cometido bajo el efecto de alcohol o drogas	SI	NO
Cometido en relación a situación de violencia	SI	NO
Hubo desencadenante ambiental	SI	NO

Tipo de desencadenante ambiental (puede marcar más de uno)	Problemas personales	
	Laboral	
	Económico	
	Judicial	
	Académico	
	Agresión, de qué tipo:	
	Enfermedad o deterioro de la salud	
	Otro. Especificar:	
Forma parte de un pacto suicida. ¿Con quién?:	SI	NO

Indicadores de elevada intención suicida del intento realizado	Cometido en aislamiento	
	La ayuda de terceros era improbable	
	Tomo precauciones contra la intervención de otros	
	No contactó posible auxiliador	
	Realizó acciones preparatorias (herencia, arreglos económicos, cartas)	
	Preparó <u>detalladamente</u> el intento. Explicar:	
	Dejó nota o carta suicida	
	Creyó que se provocaría la muerte	
	Contó a otros que se suicidaría	
	Hubo premeditación (más de tres horas)	
	Su propósito era terminar con su vida	
	Una vez iniciada la acción, quiso morir	
	Estaba seguro de que moriría	
Tomo alcohol u otras sustancias para facilitar el intento		

Letalidad del método	Nula (incluir ejemplos)	
	Baja (incluir ejemplos)	
	Mediana (incluir ejemplos)	
	Elevada (incluir ejemplos)	

Gravedad global (Importante a tener presente: si la letalidad o intención suicida fueron <u>elevadas</u> , la severidad se califica <u>elevada</u> .)	Nula (incluir ejemplos)	
	Baja (incluir ejemplos)	
	Mediana (incluir ejemplos)	
	Elevada (incluir ejemplos)	

Presentó ideación suicida en el último mes antes del intento		SI	NO
Propósito del intento (puede marcar más de uno)	<u>Escapar</u> temporalmente. Especificar:		
	Dejar de existir		
	Influir en otra persona		
	Llamar la atención ¿de quién?:		



Actitud frente al hecho realizado	Asume	
	No le da importancia	
	Niega	
	Encubre ¿quién da aviso o visibiliza?:	
Al cometer el intento, se sentía (puede marcar más de una)	Tranquilo	
	Confuso	
	Triste	
	Desesperanzado	
	Desesperado, desesperanzado o sobrepasado	
	Desesperado	
	Angustiado	
	Con miedo o pánico	
	Abandonado	
	Inútil	
	Sobrepasado	
	Agitado	
	Culpable	
	Frustrado	
	Humillado	
Desilusionado		
Rabioso		
Otro. Especificar:		

Frente al intento realizado	Se siente arrepentido	
	Reafirma intención de suicidarse	
	No sabe qué sentir al respecto, indeciso	

Frente a la sobrevivencia	Se siente aliviado	
	Se siente decepcionado	
	Ambiguo, no sabe	

Ideación suicida post intento	SI	NO
-------------------------------	----	----

Volvería a tratar de suicidarse	Si	
	No	
	Depende, no sabe	

Conclusión de los Factores de Riesgo

### III. FACTORES DE RIESGO INMINENTE

#### 1. Suicidalidad actual

Ideas o deseos suicidas	No	
	Fugaces	
	Continuos	
	Plan suicida	
Explique		

Habla acerca de morir, la muerte o el suicidio	SI	NO
Verbaliza intención de suicidarse	SI	NO
Amenaza suicidarse	SI	NO
Relata haber estado cerca de cometer un intento en los pasados días	SI	NO
Ha estado buscando medios suicidas (medicamentos, armas)	SI	NO
Método suicida fácilmente disponible	SI	NO
Autoagresiones (aún menores). Especificar:	SI	NO
Cuál (es). Explique		

## 2. Síntomas de riesgo

Insatisfacción con el tratamiento	SI	NO
<u>Cambio</u> clínico brusco. Especificar:	SI	NO

Desánimo	No	Leve	Moderado	Severo
Desesperanza	No	Leve	Moderado	Severo
Desesperación	No	Leve	Moderado	Severo
Irritabilidad	No	Leve	Moderado	Severo
Agitación	No	Leve	Moderado	Severo
Angustia, crisis de pánico	No	Leve	Moderado	Severo
Ausencia de capacidad de goce	No	Leve	Moderado	Severo
Ánimo triste	No	Leve	Moderado	Severo
Humos cíclico	No	Leve	Moderado	Severo
Insomnio	No	Leve	Moderado	Severo
Psicosis	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de estar atrapado, sin salida	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de estar abandonado	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de culpa	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de humillación	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de rabia, vengativo	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de inutilidad, de ser innecesario, una carga	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de odio a sí mismo	No	Leve	Moderado	Severo

## 3. Conductas de riesgo

Abuso de alcohol/sustancias o incremento del consumo	SI	NO
Impulsividad o deterioro del autocontrol	SI	NO
Se ven afectados ámbitos de la vida familiar, laboral, etc.	SI	NO
Alteración de la conducta	SI	NO
Conducta imprudente	SI	NO
Ensimismamiento, retracción, aislamiento	SI	NO
Abandono de responsabilidades. Ejemplos:	SI	NO
Rechazo de ayuda o renuncia a recibirla (realizar preguntas envolventes y contextualizadas).	SI	NO

#### 4. Contexto

Aislado o solo, en el presente o futuro próximo	SI	NO
Ausencia de sistema de apoyo y contención	SI	NO
Eventos negativos o problemas percibidos como “insolubles”	SI	NO
Pérdida reciente o anticipa pérdida próxima	SI	NO
Método suicida disponible	SI	NO
Alianza terapéutica ausente, insuficiente o deteriorada	SI	NO

Conclusión de los Factores de Riesgo Inminente
--

#### III.FACTORES PROTECTORES

Presencia de medio/vínculo protector	SI	NO
Sentido de responsabilidad por otros	SI	NO
Espiritualidad	SI	NO
Percepción de apoyo social	SI	NO
Disponibilidad de recursos de ayuda, ¿de qué tipo?	SI	NO
Esperanza, planes de futuro	SI	NO
Compromiso para seguir plan terapéutico	SI	NO
Sólida alianza terapéutica (definirla)	SI	NO
Percepción de autoeficacia. Especificar:	SI	NO
Apego a la vida	SI	NO
Miedo a la muerte, morir o el suicidio	SI	NO
Temor a la desaprobación social por suicidarse	SI	NO
Creer que el suicidio es inmoral o está contra Dios	SI	NO
Historia de compromisos	SI	NO
Motivado a pedir ayuda en caso que se eleve el riesgo	SI	NO

Conclusión de los Factores Protectores
--

#### IV. BALANCE DE FACTORES DE RIESGO/FACTORES PROTECTORES

A su juicio predominan	Los factores de riesgo	
	Los factores protectores	
	Son equivalentes, ¿qué hace dudar?	

#### V. ANTECEDENTES

Intentos previos	SI	NO
N° de intentos previos	Uno	
	¿Cuántos?	
Edad del primer intento		
Cuándo fue el último intento	En los últimos 12 meses	
	Hace más de 12 meses	
Severidad alcanzada en intentos previos	Alta	
	Mediana	
	Baja	
	Nula	
Exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil	No	
	Si, cercanía de la relación:	
Trastorno(s) Psiquiátrico(s) Diagnosticado(s)	SI	NO
¿Cuáles?		
Trastorno(s) de Personalidad Diagnosticado(s)	SI	NO
¿Cuáles?		
Hospitalizaciones por motivos psiquiátricos	SI	NO

Abuso/dependencia de sustancias	SI	NO
¿Cuáles?		

Conclusión de los Antecedentes
--------------------------------

## Conclusiones

1. Durante el 2016 se adaptará la Ficha de evaluación de riesgo de suicidio en CAPs de la Universidad de Chile bajo las normas del encuadre institucional, para que se garantice el cumplimiento en la aplicación del Protocolo de evaluación de riesgo suicida.
2. Relacionado con el punto anterior, se consideró necesario incorporar los datos generales del paciente igual al formato de las Fichas de ingreso que tiene CAPs, pero en este caso, será necesario solicitarle al paciente y a los informantes, diferentes medios para ser contactados (números de teléfonos fijos, números de celulares, y e-mail).
3. La directiva de CAPs será responsable de mantener un número de capacitados en la aplicación de la Ficha de evaluación de riesgo suicida y cómo llevar a cabo el protocolo, considerando que este equipo no debería ser menor a cuatro personas. Parte de la programación de la directiva de CAPs, se encargará de mantener un número estándar de capacitados.
4. Cualquier persona que integre este equipo, podrá llevar a cabo los talleres de inducción a los estudiantes de pre grado que ingresan a CAPs para realizar sus prácticas, los alumnos del Magíster en Psicología Clínica de Adultos, los estudiantes de diplomado, y los pasantes que requieren ser inducidos individualmente.
5. Se generará un tríptico desde CAPs relacionado con la temática suicida, y se le entregará a todos los pacientes que se le haya aplicado la Ficha de evaluación de riesgo suicida, independientemente que siga o no atendándose en la clínica.
6. Se propone la creación de un Programa Centinela, que tenga como función la identificación y seguimiento de un “Evento Centinela” (MINSAL, 2009). Se considerará un evento centinela, la aplicación de la Ficha de Evaluación de Riesgo de Suicidio, cuya ocurrencia deberá ser monitoreada para garantizar la seguridad del paciente y el desempeño de la institución.

7. La identificación temprana y el manejo eficaz de la ideación o intento suicida, son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesiten en el lugar más apropiado según sus necesidades.
8. Implementar en CAPs un protocolo de evaluación de riesgo de suicidio se considera necesario por existir una demanda de consultas que ha ido en aumento de manera casi sostenida, aumentando las probabilidades de recibir pacientes con ideación y/o intento suicida.
9. Un protocolo de estas características, podría ajustarse a las prácticas que se llevan a cabo en CAPs, logrando coordinarse con los protocolos ya existentes para ser parte de los procedimientos que se encuentran funcionando actualmente.
10. Llevar a cabo este protocolo en el marco de una entrevista, facilitará la obtención de información porque tiene la posibilidad de ajustarse a las características del paciente, es decir, no tiene un orden rígido, porque se puede completar el protocolo en la medida que se va obteniendo la información.
11. Un manual de protocolo con estas características, lograría facilitar y perfeccionar las estrategias para entender y conocer las ideas e intentos autolíticos del paciente que consulta, así como los criterios de evaluación, la capacidad diagnóstica, un patrón de actuación y el manejo terapéutico.



## **Bibliografía**

Altavilla, D.; Antequera, A.; Basile, H.; Beines, F.; Bentolila, S.; Boronat, C.; Girard, G.; Matínez, C.; Novas, S.; Serfaty, E. (2010) “Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud, Argentina.

Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Cubana Med Gen Integr*; 15 (2):196-217)

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. (1990) Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 147: 190-195.

Brent, DA. Assessment and treatment of the youthful suicide patient. En Hendin, H. y Mann, J. Eds. *The clinical science of suicide prevention* (pp. 106-131). New York: New York Academy of Sciences.

Castro Alzate, E. S., & Castillo Martínez, A. (2013). Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 42(1), 29-50.

Castro-Díaz, S., Gómez-Restrepo, C., Gil, F., Uribe Restrepo, M., Miranda, C., de la Espriella, M., & Pinto, D. (2014). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 43:27-35. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.003

De la Torre, Marta. (2013) Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Guía desarrollada por el Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

Directrices Generales para la Prevención del Suicidio (2008-2013). [www.euregenas.es](http://www.euregenas.es)

Departamento de estadística e información de salud. Ministerio de Salud. DEIS  
<http://www.deis.cl/?p=51>

Echávarri, O.; Maino, M.; Fischman, R.; Morales, S.; Barros, J. (2015) “Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente”. Centro de Políticas Públicas UC. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Año 10,nº79

Espinosa, J. J., Grynberg, B. B., & Mendoza, M. R. (2009). Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. (Spanish). *Salud Mental*, 32(4), 317-325.

Foster T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicides: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of suicide Research* 15: 1-15

Gómez, A.; Barrera, A. (1993). Evaluación Clínica y Psicológica de la Conducta Suicida. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 31 (Supl. 4): 19-42

Gómez A., Orellana G., Jaar E., Núñez C., Montio O., Lolas F. (1998) La desesperanza como rasgo predictor del intento de suicidio. *Psicopatología* 18: 113-116

Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(5), 607-615.

Gómez, A., Opazo, R., Levi, R., Gómez, M., Ibáñez C., y Núñez, C. (2014). Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 52 (1): 9-19

Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gil Lemus, L. M., Jaramillo, L. E., García Valencia, J., Bravo Narváez, E., & Palacio, C. (2014). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 433-11. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.001

García de Jalón, E., y Peralta, V. 2004. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3), 87-96. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/>

article/view/5559/4572

González, A., Rodríguez Betancur, Á., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C., & López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 39(2), 251-267.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: Editorial McGraw-Hill.

Gómez, A. (2012) “Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado”. *Rev. Med. Clin. Conde*; 23(5)607-615.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Población y sociedad. Aspectos demográficos.* (p. 24-39).

Jiménez, K., Carballo, J. L., Cano, M. Á., & Marín-Vila, M. (2014). Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. (Portugués). *Health & Addictions / Salud Y Drogas*, 14(2), 121-129.

López, A.; Garita, C; Clark, I; Angulo, J; Alvarado, M; Muñoz, P; Moya, R; Álvarez, R; García, V; Obando, Y. (2007) “Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos”. Dirección de desarrollo de servicio de salud. Costa Rica.

Martínez, C; Gálvez, C; Quiroz, C; Vicencio, B; Tomicic, A. (2014). “He Decidido Vivir: Factores que disuaden a una persona de cometer suicidio”. *Revista Argentina de Clínica Psicológica XXIII*. Fundación AIGLÉ. 267–280

Marusic A., Goodwin RD. Elderly suicide. (2001) A 10 year retrospective study, *American Journal of Forensic Medicine and Psthology* 22 (2); 169-172.

Ministerio de Salud (MINSAL) (2010). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.*

Ministerio de Salud (MINSAL) (2009). *Metodología: elaboración de planes de mejora continua para la gestión de la calidad. Serie de cuadernos de redes n° 23.* Subsecretaría

de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA).

Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay (2007). Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2014. WHO Mortality Database. Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

OMS (2010). “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”.

Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE). 2011. Health at a Glance 2011. OECD Indicators. OECD Publishing. Disponible en: DOI: 10.1787/health\_glance-2011-en

Organización Cooperación Desarrollo Económico (OCDE). 2013. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

Ordóñez Monak, I. A., Agudelo, S. F., & González Ortiz, J. O. (2014). Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007. (Spanish). Revista Colombiana De Psiquiatria, 4356-64. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.006

Oquendo, M; Bongiovi-Garcia, M; Galfalvy, H; Goldberg, P; Grunebaum, M; Burke, A; Mann, J. “Diferencias por sexo en los factores predictivos clínicos de actos suicidas tras una depresión mayor: un estudio prospectivo”. Am J Psychiatry (Ed Esp) 2007; 10:240-247

Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2011). Guía de intervención mhGAP. Recuperado el 15 de marzo del 2015, del sitio web Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP\\_intervention\\_guide/es/](http://www.who.int/publications/guidelines/mhGAP_intervention_guide/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Prevención del Suicidio. Un imperativo global. Recuperado el 20 de marzo de 2015, del sitio web Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

Organización Mundial de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Recuperado 23 de mayo, 2015, del sitio web: [file:///C:/Users/Silvia/Downloads/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Silvia/Downloads/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final%20(3).pdf)

Organización Mundial de la Salud, Organización panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Recuperado el 20 de mayo 2015, del sitio web Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades 10ma Revisión (CIE-10). Washington DC, Editorial Organización Panamericana de la Salud: 1994.

Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. (2010) “Recomendaciones sobre la detención, prevención e intervención de la conducta suicida”. Edita Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Pantoja, T; Strain, H; Valenzuela, L. “Guías de práctica clínica en atención primaria: Una evaluación crítica”. Rev Méd Chile 2007; 135: 1282-1290.

Pianowski, G., de Oliveira Fernandes, E. S., & Nunes Baptista, M. (2015). Revisión de ideación, comportamiento suicida y medidas de evaluación psicológicas. (Spanish). *Psicología Desde El Caribe*, 32(1), 81-120. doi:10.14482/psdc.32.1.5872

Pineda Roa, C. A. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 42(4), 333-349.

Pinzón-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., & Pinzón, J. (2014). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 4347-55. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.005

Psychiatric Association. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors (2010). Recuperado el 15 de abril de 2015, del sitio web: American Psychiatric Association: <http://psychiatryonline.org/guidelines>

Rodríguez Guarín, M., Rodríguez Malagón, N., Gempeler Rueda, J., & Garzón, D. F. (2014). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. (Spanish). *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 4319-26. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.007

Rubenowitz E., Waern M., Wilhemson K., Allebeck P. (2001) Life events and psychosocial factors in elderly suicides a case control study. *Psychol Med*; 13: 1193-1202

WHO-AIMS (2013). Informe regional sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS). Recuperado el 10 de abril del 2015, del sitio web Organización Mundial de la Salud: [http://search.who.int/search?q=informe++salud+mental&ie=utf8&site=who&client=\\_es\\_r&hl=lang\\_es&lr=lang\\_es&proxystylesheet=\\_es\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8](http://search.who.int/search?q=informe++salud+mental&ie=utf8&site=who&client=_es_r&hl=lang_es&lr=lang_es&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8)

Instituto Nacional de Estadística (2008). Población y sociedad. Aspectos demográficos.







## ANEXO I

El Dr. Alejandro Gómez Chamorro es Médico Psiquiatra, Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Chile, Director del Departamento de Psiquiatría Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Especialista en Depresión y Suicidalidad. Especialización en Estados Unidos en el Beck Institute of Cognitive Therapy

También ha ganado proyectos de investigación, entre los cuales se destacan:

- 1.- Intento de Suicidio. Condicionantes psicosociales y factores de personalidad.
- 2.- Efectos de la dimensión psicoticismo en la conducta suicida.
- 3.- Predicción de la conducta suicida en mujeres.

El Dr. Gómez también ha publicado 8 artículos con respecto al suicidio en revistas nacionales como la Revista Médica de Chile, Revista de Psiquiatría, Revista de Salud y Cambio, Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, Folia Psiquiátrica, Revista Chilena de Neuropsiquiatría; y 13 artículos en torno a la misma temática, fueron publicados en revistas extranjeras como la revista Salud Mental (México), Personality and Individual Differences (Inglaterra), Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona (España), Revista VERTEX (Argentina), Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines (España), ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina (Argentina), Folia Neuro-psiquiátrica (España), Anales de Salud Mental (Perú), Psychiatr Pol (Polonia), Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona (España), Psicopatología (Madrid), Revista Argentina de Clínica Psicológica, Archivos de Psiquiatría (España). Otras de sus publicaciones tienen relación con capítulos de libros también relacionados con el suicidio.

# **PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA**

---

**Guía desarrollada por el  
Centro de Psicología Aplicada (CPA)  
Universidad Autónoma de Madrid (UAM)**

Autora: Marta de la Torre Martí

Fecha realización: 2013

Asesores: José Santacreu y Ana Calero (UAM)

## **PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA – Guía desarrollada por el CPA (UAM)**

El presente protocolo presenta de forma concisa una serie de pasos y consideraciones relevantes en la detección de la ideación suicida, así como el abordaje psicológico inicial en pacientes que acuden a consulta psicológica. Las recomendaciones que se explican para el proceso evaluativo-interventivo se basan en una cuidadosa consideración de la evidencia disponible sobre los aspectos básicos y teóricos relacionados con la naturaleza y explicación de la ideación suicida, así como el consiguiente riesgo de suicidio. Está dirigido especialmente a los psicólogos clínicos para que, desde una perspectiva cognitivo-conductual y centrado en la práctica profesional, facilite la actuación terapéutica en aquellos casos clínicos que manifiesten o sugieran la voluntad de terminar con su vida.

Este protocolo recoge el enfoque que se sigue en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) y persigue ser un complemento de las guías ya existentes sobre el tema de manejo de la conducta suicida, con la particularidad de pretender ajustarse a un contexto clínico universitario o similar. No obstante, conviene tener en cuenta que la presente guía no anula la responsabilidad individual de los profesionales de la salud, que deben tomar las decisiones adecuadas a las circunstancias de cada paciente, por lo que las estrategias propuestas no deben interpretarse como un modelo a seguir sino que han de servir como esquema general de actuación en el que caben formularse determinadas cuestiones al enfrentarnos en la práctica a este tipo de problemas.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL</b>	<b>3</b>
1.1. Cuestiones preliminares	
1.2. ¿Qué es la ideación suicida?	
1.3. Algunas ideas sobre el funcionamiento de la ideación suicida	
<b>2. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>	<b>5</b>
2.1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección	
2.2. Evaluación del riesgo actual	
2.2.1. Instrumentos de evaluación de la ideación y conducta suicida	
2.3. Valoración del nivel de riesgo de suicidio	
<b>3. PLAN DE CONTROL DEL RIESGO DE SUICIDIO</b>	<b>11</b>
3.1. Análisis funcional de la conducta suicida	
3.2. Pautas de actuación: árbol de decisiones para el control del riesgo de suicidio	
3.2. Papel y recursos del terapeuta en la evaluación y control del riesgo de suicidio	
<b>4. INTERVENCIÓN: OBJETIVOS Y TÉCNICAS</b>	<b>16</b>
4.1. Listado de objetivos y técnicas apropiadas de tratamiento	
4.2. Listado de posibles problemas y sugerencia de soluciones	
<b>5. PLAN DE GENERALIZACIÓN, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO</b>	<b>20</b>
<b>6. COMENTARIOS FINALES</b>	<b>21</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>21</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>23</b>
8.1. Signos o señales de alerta habituales	
8.2. Adaptación del modelo de conducta suicida	
8.3. Mitos más comunes relacionados con el suicidio	
8.4. Lista de factores de riesgo y protección	
8.5. Tabla gravedad de los síntomas depresivos	
8.6. Árbol de decisiones: Pautas de actuación según nivel de riesgo	
8.7. Ejemplo de contrato terapéutico	
8.8. Recursos de ayuda	
8.9. Ejemplo de constatación de medidas con el paciente	
8.10. Intervención familiar inicial	
8.11. Registro ABCD ejemplo	
8.12. Contraargumentos de creencias sobre el suicidio	
8.13. Las ventajas del suicidio y la trampa y registro de solución de problemas	

# 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL

## 1.1. Cuestiones preliminares

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la World Health Organization ([WHO], 2012), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Los datos de suicidio entre los jóvenes son muy preocupantes, entre los 15 y 24 años se establece entre la segunda y tercera causa de muerte, igual para ambos sexos. Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años. El problema es de una gran magnitud si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. En España, el número de suicidios ascendió a 3451 suicidios en 2008, cifra probablemente mayor debido a los efectos posteriores de la crisis económica.

Especialmente, la relación del suicidio con los problemas psicológicos y depresión es muy estrecha. De hecho, la mayoría de las personas que se suicidan parecen estar deprimidas y prácticamente la mitad de las personas diagnosticadas de depresión presentan ideas suicidas. El suicidio hoy, no se puede considerar un fenómeno con una única causa, sino que muchos factores diversos, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos (en su perspectiva social y clínica) entran en juego en relación con la muerte voluntaria. Teniendo en consideración estos datos, es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida eficazmente, para lo cual conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer en la consultoría clínica.

## 1.2. ¿Qué es la ideación suicida?

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, cualquier persona que se plantee el suicidio experimenta pensamientos o ideas suicidas. La ideación suicida se define como la “aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia existencia”. Además, en esta definición se incluyen aquellos pensamientos que aluden a la falta de valor de la propia vida, deseos de muerte, fantasías de suicidio y planificación de un acto letal. Este término conviene diferenciarlo de la propia conceptualización del suicidio o acto autolesivo que resulta en muerte, así como del intento de suicidio que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte.

En el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no siempre son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito (verbal y no verbal) por los clientes (véase Anexo 8.1: [Signos o señales de alerta habituales](#)). Para

poder prevenir cualquier tipo de conducta suicida, es de gran importancia que el especialista sea capaz de reconocer los signos de inconformidad e insatisfacción con el modo de vivir y detectar la presencia de ideación suicida de su cliente.

Es aconsejable considerar la posibilidad de que el cliente niegue la ideación suicida cuando sea entrevistado para evitar que se descubra su plan, por temor a que genere ansiedad en el terapeuta o porque crea que pone la relación terapéutica en riesgo. También es posible que sienta cierto alivio transitorio en la consulta del terapeuta y no perciba la posibilidad de verse alicaído después, o puede darse la situación de que esté tan desconectado de su experiencia interna que ni siquiera lo perciba. En general, y aunque en ocasiones resulte difícil preguntar directamente a la persona sobre sus ideas suicidas, si el terapeuta tuviera la más mínima duda ha de proceder considerando que tales indicios existen y el cliente pudiera encontrarse en riesgo.

### **1.3. Algunas ideas sobre el funcionamiento de la ideación suicida**

Las causas de la ideación suicida son múltiples, diversas y dependen de la perspectiva de análisis de que se parta (cultural, social, psicológico y biológico, entre otros). Todas estas perspectivas merecen especial consideración por separado a la hora de analizar los factores que influyen en el proceso de generación de ideación suicida, si bien explicarlas en el texto sobrepasa los objetivos de este protocolo (véase teorías explicativas del suicidio en Clemente y González, 1996). No obstante, no existe ninguna teoría que explique el suicidio o la ideación suicida de una forma completa. Falta un mayor esclarecimiento e integración de los diferentes modelos para determinar más claramente las condiciones y factores relevantes en el proceso de suicidio, y probablemente no existan unas mismas causas en todos los individuos sino que son particulares a la historia de cada persona.

Desde una perspectiva psicológica clínica cognitivo-conductual, se han subrayado algunos factores que podrían determinar la aparición y funcionamiento de la ideación y conducta suicida. Las personas suicidas mantienen una perspectiva pesimista sobre su futuro, su entorno y sobre ellos mismos, así como un estilo atribucional depresivo (que establece una causa interna, estable y global sobre los eventos negativos) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Este estilo cognitivo, asociado a un proceso emocional y comportamental disfuncional, puede reducir la percepción de soluciones disponibles y conducir a un estado de desesperanza, elevando así la probabilidad de suicidio. Concretamente, una de las hipótesis más consensuadas para explicar la ideación y la propia conducta suicida, considera necesaria la aparición de un suceso estresante generador de ciertas emociones (especialmente de frustración o rechazo), el deseo de escapar de la situación o de comunicar a otros sus problemas, junto con la valoración de que tal opción no es posible y de la falta de recursos para aliviar tal crisis (por ejemplo, apoyo social). Esta secuencia de ideas, junto a la disponibilidad de medios para intentarlo o a modelos previos de tal conducta, lleva a sentimientos de indefensión que favorecen las conductas suicidas (adaptado de Williams y Pollock, 2001; citado en Palmer, 2007)

(véase Anexo 8.2: [Adaptación del modelo de conducta suicida](#)). El tratamiento que se deriva, por consiguiente, estará centrado en generar oportunidades para explorar, explicitar significados y creencias alternativas, así como la ganancia de control a través de la generación de soluciones y mejora de habilidades que permitan hacerlo efectivo.

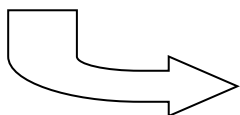
## 2. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

La detección de pensamientos o ideas suicidas sean cuales sean deben tomarse en cualquier caso en serio. La evaluación de estas ideas, a diferencia de otras problemáticas, requiere en muchos casos simultanearse con la intervención debido a la posibilidad que el cliente pueda llevar sus ideas suicidas a cabo.

Durante la exploración inicial, los profesionales de la salud han de aclarar y confrontar las ideas que existen sobre el suicidio con el cliente (y si precisa con la familia), ya que existen múltiples ideas instaladas en la sociedad que se han demostrado absolutamente falsos y dificultan la prevención de la ideación suicida (véase Anexo 8.3: [Mitos más comunes relacionados con el suicidio](#)).

Para poder determinar el riesgo de suicidio, es importante conocer los factores de riesgo del individuo y realizar una evaluación individual exhaustiva sobre el estado actual. Cada uno de los pasos que se seguirán durante la evaluación se desarrollarán con detalle en los siguientes apartados.

Esquema de pasos para la evaluación del riesgo de suicidio:



- 1) Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales
- 2) Evaluación del riesgo actual
- 3) Valoración del riesgo de suicidio

### 2.1. Identificación de la presencia de factores de riesgo y protección generales

Al examinar los factores de riesgo para un individuo, se ha de tener en cuenta que cuanto mayor número concurren en una misma persona, mayor será la probabilidad de que la persona presente ideación o conducta suicida. No obstante, que no estén presentes no significa que una persona no pueda llevar a cabo un intento de suicidio.

Además, los factores de protección servirán no tanto para determinar el nivel de riesgo sino para favorecer y ser utilizados en la propia intervención.

Entre los múltiples factores que influyen en el riesgo de conducta suicida (véase Anexo 8.4: [Lista de factores de riesgo y protección](#)), se debe prestar especial atención si están presentes los factores de riesgo siguientes:

- Depresión
- Alcoholismo
- Adicción a sustancias
- Psicosis
- Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones
- Aislamiento
- Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que provoque gran debilitamiento)
- Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio
- Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática
- Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia
- Trauma reciente (físico o psicológico)
- Plan específico de suicidio formulado
- Abandonar pertenencias preciadas o cerrar/arreglar asuntos
- Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo
- Exhibir una o más emociones negativas intensas poco características
- Preocupación por abuso pasado

## **2.2. Evaluación del riesgo actual**

### **2.2.1. Instrumentos de evaluación de la ideación y conducta suicida**

Los instrumentos de evaluación tienen por objetivo determinar hasta qué punto estas ideas suicidas pueden llegar a materializarse en un comportamiento dañino.

#### **➤ La entrevista**

La entrevista supone la fuente de información principal y más rica por su ajustabilidad al cliente. Es importante que las preguntas dirigidas al cliente exploren la presencia de problemas psicológicos o psiquiátricos, posibles intentos suicidas previos y, especialmente, ideación suicida. Estas preguntas han de ser concisas y no se debe dar por terminada la entrevista hasta que tales cuestiones estén suficientemente aclaradas.

Muchas veces el psicólogo puede tener reparo a la hora de plantear preguntas claramente para evaluar la conducta suicida, especialmente si no tiene experiencia con este tipo de casos. Se ha de tener claro que es el deber del psicólogo realizar estas preguntas para obtener la información necesaria que permita dirigir la actuación posterior. En lo posible se debe contar con un consentimiento para recoger



información de otras personas cercanas como familiares, amigos, especialistas en psiquiatría, trabajadores sociales, etc. Las personas del entorno del cliente, además, aportarán información muy valiosa para completar la evaluación de la ideación o conducta suicida y de cara a planificar la intervención.

A continuación, se muestra una **guía de evaluación de la ideación y conducta suicida**, en la que se incluyen las variables más importantes que se deben evaluar en estos casos:

- **Trastornos psiquiátricos/psicológicos:** presencia de sintomatología relacionada con cambios en el estado de ánimo (depresión/bipolaridad), trastornos de personalidad, consumo de sustancias (especialmente alcohol), presencia de antecedentes familiares psiquiátricos y niveles de ansiedad del paciente (puede hacer que la experiencia depresiva y de desesperanza sea intolerable).
- **Intentos suicidas/autolesivos previos:** número de veces que ha intentado cualquier tipo de conducta suicida y la severidad de los mismos.
- **Ideación suicida:** construcción cognitiva que el paciente haya realizado en torno al acto suicida para aclararnos hasta qué punto corre riesgo su vida. Se presentan en las siguientes líneas las principales fases y ejemplos de preguntas del terapeuta que se deben realizar en relación a los pensamientos suicidas o los intentos suicidas cuando sospechamos o detectamos riesgo de suicidio:

### Fase 1

Lo más adecuado es iniciar las preguntas a partir de una **situación específica** que el sujeto haya señalado como especialmente conflictiva o preocupante.

- *¿Cómo piensa resolver su situación/ o la situación que me ha descrito?, ¿ha pensado en suicidarse?*
- *¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño?(si no ha comentado nada relacionado con pensamientos de suicidio)*
- *Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa?(si se siente más cómodo tratando el tema indirectamente)*

Conviene en cualquier caso indagar sobre la frecuencia e intensidad de los pensamientos así como interferencia en la vida del paciente.

- *¿Piensa todos los días en quitarse de en medio? (se sugiere una frecuencia elevada para evitar en lo posible que se sienta avergonzado y pueda dar un valor menor de lo real)*
- *En una escala de 0-10 de intensidad de los pensamientos, siendo 0 ninguna intensidad y 10 extremadamente intensos, ¿en qué número se sitúa?*
- *En una escala de 0-10 de afectación de los pensamientos en su vida, siendo 0 ninguna molestia y 10 extremadamente molestos, ¿hasta qué punto le interfieren en su vida diaria?*

El que el paciente se muestre cómodo pensando en morir y no comunique miedo es en todo caso alarmante.

## Fase 2

Una vez confirmada la presencia de ideación suicida se ha de profundizar y concretar hasta establecer la **posible planificación** de la idea. Para ello, se han de identificar los siguientes elementos:

El **método** suicida (por ejemplo, si piensa en la posibilidad de disparo, caída a gran altura, etc.), la severidad, la irreversibilidad nos señalarán la gravedad de la ideación. Se ha de explorar la accesibilidad al método e indagar si algún familiar o conocido lo ha empleado anteriormente.

- *¿Cómo ha pensado en suicidarse?*

Es importante diferenciar la especificidad de la ideación. Por ejemplo, una ideación podría expresarse desde una forma menos específica como *“no sé cómo, pero lo voy a hacer”*, *“de cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo”* a una forma más específica sobre el método como *“lo voy a hacer porque no merece la pena vivir, mañana me voy a asfixiar tragándome el humo del coche en el garaje cuando no haya nadie en casa”*.

La **circunstancia** o día concreto. Por ejemplo puede que espere a quedarse solo, postergue el momento para arreglar determinadas cuestiones como testamento, notas de despedida, etc.

- *¿Cuándo ha pensado en suicidarse?*

El **lugar**. Normalmente suelen ser lugares comunes y frecuentados por el sujeto (su casa, escuela, casas de familiares o amigos...).

- *¿Dónde ha pensado en suicidarse?*

El **motivo principal para hacerlo** (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien...) y significado: esta pregunta es fundamental para poder orientar la posterior intervención. No se deben minimizar los motivos. Si la persona solo dice que le gustaría morir, conviene clarificar si quiere escapar de sus responsabilidades, de su malestar por un tiempo o si quiere terminar con su vida.

- *¿Por qué ha pensado en suicidarse?*

Las siguientes fases incluyen preguntas sobre otros aspectos que no debemos olvidar preguntar en estos casos.

## Fase 3

La evaluación de la **desesperanza** y mantenimiento de planes sobre el futuro. Conviene tener cuidado de no confirmar al paciente esta idea por muy negativa que sea su situación.

- *¿Qué cree que le depara el futuro?*
- *¿Cómo se ve, por ejemplo, dentro de tres meses?*
- *¿Cree que no existe ninguna posibilidad de mejorar?*
- *¿Cree que ha agotado todas las posibilidades y nada podrá ayudarlo?*
- *¿Está convencido que su sufrimiento es insoportable y nunca terminará?*

#### Fase 4

La evaluación de las ideas/sentimiento de **culpa**. Sobre todo los pacientes depresivos suelen atribuirse las desgracias actuales y futuras de todos sus seres queridos y pueden considerar que estarían mejor sin él.

- *¿Cree que le está causando algún perjuicio a sus familiares o amigos?*
- *¿Cree que estarían mejor sin ti? ¿Por qué?*

#### Fase 5

La evaluación de los **apoyos** sociales reales y percibidos. Esta información será necesaria en caso de urgencia para obtener vigilancia sobre las conductas del sujeto o hablar de ello.

- *¿Qué familia/amigos tiene? ¿Cree que le apoyan?*
- *¿Con cuál de ellos tiene mejor relación? ¿le ha hablado de sus problemas?*
- *¿Le hablaría?*

#### Fase 6

Evaluación de los **valores, creencias** y factores de protección.

- *¿Hay algo que le impida hacerlo?*
- *¿Se detendría, por ejemplo, por sus amigos, familiares, o creencias religiosas?*

Por otra parte, debido a la estrecha relación entre el estado de ánimo e ideación suicida, es conveniente realizar un análisis específico de la gravedad de la sintomatología depresiva del cliente (véase en el Anexo 8.6: [Tabla gravedad de los síntomas depresivos](#)).

#### ➤ **Cuestionarios y escalas estandarizadas**

La evaluación mediante instrumentos estandarizados complementan la información obtenida mediante la entrevista y son fáciles de administrar, proporcionando datos relevantes rápidamente. Algunos instrumentos útiles relacionados con suicidio son:

- La Escala de Desesperanza de Beck (BHS)  
(Beck y cols, 1974)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)  
(Beck y Steer, 1987)
- Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS)

(Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)

- The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)  
(Montgomery y Åsberg, 1979)
- Escala de Intención Suicida (SIS)  
(Beck, Kovacs y Weissman, 1979)
- Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18)  
(Ruiz Hernández, Navarro-Ruiz, Torrente Hernández y Rodríguez González, 2006)
- La Escala de Riesgo Suicida  
(Plutchik, 1989)
- SAD Person Scale  
(Patterson y cols., 1983)
- Reasons for Living Scale  
(Linehan, 1985)

### 2.3. Valoración del nivel de riesgo de suicidio

Tan pronto como se detecte ideación suicida, se debe valorar el riesgo e intervenir, ya que la persona podría llevar a cabo su plan de forma inminente. Por tanto, si se estima que hay indicios de llevar a cabo suicidio, hay que valorar los riesgos hasta lograr un grado de precisión suficiente como para actuar de acuerdo con el árbol de decisiones que se presenta en el Plan de Control de Riesgo de suicidio (véase en el Anexo: 8.6: [Árbol de decisiones: Pautas de actuación](#)).

Teniendo en cuenta la información obtenida sobre los factores de riesgo presentes, grado de planificación y elaboración de la ideación suicida, así como estado de ánimo del cliente, se utilizará la siguiente tabla para determinar el riesgo de suicidio. Esto nos servirá para posteriormente poder determinar cómo actuar en la fase de intervención.

**Tabla valoración del nivel de riesgo del suicidio**

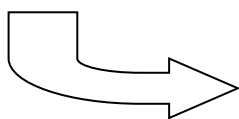
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si cumple con seis o más factores de riesgo principales</li> <li>✓ Cualquier caso con planificación suicida y método específico</li> <li>✓ Si estado de ánimo depresivo “grave”.</li> </ul>	<p><b>Riesgo alto (4)</b></p>
--	-------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si cumple menos de seis factores de riesgo</li> <li>✓ Cualquier caso con planificación suicida sin método específico</li> <li>✓ Si estado de ánimo depresivo “severo”</li> </ul>	<b>Riesgo medio-alto (3)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo</li> <li>✓ No hay planificación suicida</li> <li>✓ Si estado de ánimo depresivo “bajo-moderado”</li> </ul>	<b>Riesgo medio (2)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si cumple un factor de riesgo</li> <li>✓ No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden</li> <li>✓ Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo “bajo-moderado”</li> </ul>	<b>Riesgo bajo (1)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si no presenta ningún factor de riesgo</li> <li>✓ No hay planificación suicida</li> <li>✓ Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo “bajo-moderado”</li> </ul>	<b>Sin riesgo (0)</b>

### 3. PLAN DE CONTROL INICIAL DEL RIESGO DE SUICIDIO

El primer objetivo si se confirma la presencia de ideación suicida y cierto nivel de riesgo es asegurar la supervivencia del paciente y prevenir que tales pensamientos se materialicen en una conducta autolesiva o intento de suicidio. Esto implica reducir la posible impulsividad en la acción suicida.

Esquema de pasos para el control del riesgo de suicidio y reducción de la ideación



- 1) Desarrollar e implementar un plan para reducir el riesgo y/o proteger a la persona si es necesario
- 2) Empezar a tratar con el cliente problemas subyacentes a la ideación suicida cuando esté preparado

En este proceso, es imprescindible, tener en cuenta las posibilidades y situaciones a las que podemos enfrentarnos para tomar las decisiones correctas y desarrollar un plan para reducir el riesgo o proteger a la persona. Además, es más que recomendable para el psicólogo establecer y demostrar el seguimiento de unas pautas claras básicas de actuación, ya que puede existir responsabilidad penal en caso de producirse suicidio si se observa una actuación incorrecta por su parte, por acción u omisión, o dañina y relacionada con la causa del suicidio.

### **3.1. Análisis funcional de la conducta suicida**

Los datos actuales del caso han de indicar si hay presencia de ideación suicida y hasta qué punto ésta se puede llegar a materializar en una conducta autodestructiva. Desde una perspectiva cognitivo-conductual y funcional, el concepto de ideación de suicidio se refiere a los pensamientos o descripciones verbales de los mismos, referidos a valoraciones sobre el riesgo del contexto, al análisis de las consecuencias del intento o el logro del suicidio, el procedimiento y los instrumentos para llevarlo a cabo. La ideación persistente supone un factor de riesgo en cuanto que facilita el llevar a cabo comportamientos finalmente lesivos y en algunos casos la propia muerte.

En este sentido, determinadas creencias y pensamientos automáticos se activan cuando el individuo se expone a un evento estresante, influenciados por la combinación de predisponentes biológicos y de aprendizaje, así como historia de la persona. Estas creencias y pensamientos cuando son disfuncionales pueden provocar emociones y comportamientos en algunos casos relacionados con el riesgo de suicidio. Suelen aparecer exigencias sobre ser o comportarse de una manera concreta que no se ajusta a cómo se percibe uno mismo (“nadie se preocupa por mí”, “soy un fracaso y merezco morir”, “nunca mejoraré y no vale la pena que siga viviendo”), o bien, la percepción de amenaza con excesivas valoraciones negativas y catastróficas sobre determinadas circunstancias y demandas (“mi vida es tan mala”, “me siento tan deprimido”, “no puedo más con este sufrimiento”, “no hay salida”). A esta forma tan negativa de ver la vida o a uno mismo, subyacen determinadas formas de pensar como hiperexigencia, catastrofismo, intolerancia al malestar entre otras (véase bibliografía de Beck, 1967; Ellis, 1987). Es más, cuando a las formas anteriores de pensar se unen una gran desesperanza y visión negativa del futuro (“mi futuro no es bueno”) la probabilidad de ideación suicida aumenta enormemente.

Además, conviene considerar el concepto de riesgo de suicidio el cual se refiere a la probabilidad de que se lleve a cabo una conducta (o secuencia de conductas) de intento de suicidio independientemente de que finalmente haya lesiones leves o letales; la conducta o intento de suicidio el cual se define no sólo por la consecuencia que se logre (lesión o muerte) mediante un conjunto de acciones sino por la expectativa del individuo, por el objetivo que desea alcanzar (por ello, se considera que conducir a excesiva velocidad para llegar cuanto antes es un accidente de tráfico y hacer esa misma conducta con la intención de suicidarse es un intento de suicidio, con independencia de la coincidencia del resultado); el contexto en el que está la persona, el cual puede presentar mayor o menor riesgo (son mayores en aquellos en los que el individuo está solo y dispone de herramientas o métodos de autolesión fácil y rápidamente utilizables como una ventana abierta en un piso alto, un arma de fuego,

estar en una casa aislado de otras personas) y; por último, las consecuencias esperadas, que en cualquier opción de comportamiento suelen ser evitar consecuencias aversivas (R<sup>-</sup>) o conseguir consecuencias deseadas y agradables para uno mismo o para otros (R<sup>+</sup>).

Esto último, las consecuencias y funcionalidad de las cogniciones del cliente, suponen uno de los aspectos más relevantes, ya que permiten establecer un plan de actuación para controlar el riesgo de suicidio, priorizando unos objetivos frente a otros para reducir la ideación. Resulta fundamental indagar en la entrevista de evaluación sobre las expectativas que pretenden lograr con el suicidio, ya que no es frecuente que los individuos las expresen y las personas del entorno, cuando las escuchan, pueden mostrarse temerosas y pretenden minimizar la importancia de dichas expresiones y por tanto no toman nota de ellas.

En muchos casos la ideación de suicidio puede suponer un escape cognitivo de una situación de malestar, mantenido por reforzamiento negativo. Es decir, los individuos tratan de evitar algo aversivo o desagradable y, al no encontrar opciones de respuesta suficientemente reforzantes, mantienen la expectativa de acabar con el propio sufrimiento, con la indefensión o la desesperación (“no lo puedo soportar más, sólo la muerte me librá de este sufrimiento”). También, algunos individuos con ideación suicida tienen la expectativa de lograr para otros consecuencias aversivas (castigo por mal comportamiento) invocando a creencias sobre justicia, el despecho o la venganza (“cuando me mate van a darse cuenta de todo lo que me han hecho”) o comunicar su malestar a los demás, con la expectativa de lograr su atención y, por tanto, obtener un refuerzo (“la única forma de que me escuchen es que me mate”). En otros casos los individuos también pueden esperar para sí mismos castigos o penas por su propio comportamiento, debido a sentimientos de culpa, errores, pecados o maldades que suponen intrínsecas a su propia naturaleza. Estos elementos, cabe insistir, se han de valorar siempre para cada caso en concreto.

En definitiva, teniendo en consideración todos estos elementos, el terapeuta puede hipotetizar la función que puede tener el comportamiento del individuo, estimar el riesgo de suicidio y prevenir cualquier tipo de comportamiento que pudiera llevar a su ejecución con éxito.

### **3.2. Pautas de actuación: árbol de decisiones para el control inicial del riesgo de suicidio**

Se han de considerar los datos relevantes en la evaluación y nivel de riesgo existente para poder tomar decisiones responsables e intervenir con el cliente; el tiempo que se va a invertir en cada estrategia de control del riesgo, así como decidir cómo actuar en caso de consentimiento para hablar con la familia o no (véase Anexo 8.6: [Árbol de decisiones: Pautas de actuación según nivel de riesgo](#)). Cuando aparezca un riesgo determinado como bajo (1) o medio (2), se hará hincapié en evaluar brevemente el estado del individuo y potenciar estrategias adecuadas de afrontamiento, combinándolo con la intervención psicológica normal. En el momento en el que se presente un nivel de riesgo medio - alto (3) o más (4), conviene pactar

con el cliente el compromiso a no realizar ningún intento de suicidio o autolesión mediante un “contrato terapéutico” (véase Anexo 8.7: [Ejemplo de contrato terapéutico](#)). Este contrato ha de especificar que no va a intentar hacerse daño o suicidarse en el tiempo pactado, el compromiso a acudir a la siguiente sesión y que en caso de aparecer pensamientos suicidas con cierta intensidad contacte con las personas especificadas (familia, llamar a urgencias, en casos muy puntuales contactar con el terapeuta). Además, en lo posible deberá mostrar pasos de actuación e introducir otras posibilidades de acción, mejor si se consiguen especificar las actuaciones concretas siguiendo un orden temporal (a, b, c, d...). Cada uno deberá tener una copia firmada.

El tiempo inicial mínimo acordado para mantener el contrato ha de ser de dos semanas. No obstante, es conveniente que se revise y mantenga este contrato a lo largo de la terapia, introduciendo nuevas estrategias encaminadas a otorgar control y manejo de forma progresiva (por ejemplo, actividades alternativas incompatibles, distracción, cuestionamiento de pensamientos, etc) y supervisando las estrategias aplicadas en momentos difíciles. Se ha de reforzar su cumplimiento, transmitir esperanza y confianza, así como la importancia de seguimiento especializado, médico y psicológico. Si se considera necesario se les ha de recordar los teléfonos de emergencia o ayuda como un recurso más al que poder acudir (véase Anexo 8.8: [Recursos de ayuda](#)).

Se ha de dejar constancia por escrito y firma por la propia protección legal del profesional, ya que si el paciente o familia no cumple las indicaciones terapéuticas y ocurre el acto suicida, es posible que la familia desvíe hacia nosotros la responsabilidad de lo ocurrido. No sólo es buena la firma para evitar un posible problema legal, sino también es muy recomendable la firma con el objetivo de ayudarles a tomar conciencia del riesgo que existe y adopten tales medidas (véase Anexo 8.10: [Ejemplo de constatación de medidas con el paciente](#)).

La familia, en muchos casos, puede ser de gran ayuda para evitar que el paciente permanezca solo en casa o las puertas queden cerradas, eliminar acceso a sustancias tóxicas y fármacos, y tener especial cuidado en aquellas situaciones similares a la planificación identificada. Además, no solo pueden ayudarle a acompañarle a los servicios médicos y atender las posibles señales críticas sino que mantener un contacto emocional cálido, sin ser invasivos ni agobiantes y facilitar la comprensión sobre lo que le ocurre a su familiar es fundamental (véase Anexo 8.11: [Intervención familiar inicial](#)). En este sentido, es necesario tratar el tema del posible suicidio con mucho cuidado con los familiares. Para ellos suele ser una situación muy difícil de comprender y asimilar, así que el terapeuta debe poner en marcha todas sus habilidades clínicas para ayudar a que este momento sea para ellos lo mejor posible. Por supuesto, además de esto, la explicación del profesional ha de ser muy clara con respecto a la ayuda que ellos pueden prestar y de esta manera involucrarlos en la protección del cliente.

Cabe tener en cuenta que cuanto mayor sea el riesgo, mayor es la necesidad de involucrar a otros profesionales y personas cercanas. En los casos que sea conveniente, se le ha de plantear y facilitar el contacto con otras personas y comentarles su situación (familiares, pareja, amigo, vecino...), de forma controlada y asegurándole buen feedback, ya que en la medida que aumentemos la posibilidad de



expresar su estado emocional puede reducirse desesperanza y aislamiento y recibir una visión más realista y ajustada de la situación, de él mismo y sus circunstancias, así como protección, cuidado y afecto.

### **3.3. Papel y recursos del terapeuta en la evaluación y control del riesgo**

La evaluación y control del suicidio es un proceso complejo y puede ser un desafío para las habilidades del profesional clínico. Este ha de conseguir facilitar una adecuada y rápida alianza, aliviar la angustia o tensión, reducir la posibilidad de que el cliente se culpe o actúe impulsivamente y facilitar la adhesión al tratamiento.

Especialmente, se recomienda que el clínico sea capaz de:

- Plantearse si está capacitado para desarrollar una adecuada evaluación e intervención del paciente con ideación suicida, y derivar o pedir supervisión si lo precisa.
- Hablar abiertamente de la idea de cometer suicidio y mostrar seguridad de saber manejar la situación.
- Mostrar empatía y comprensión sobre la experiencia del individuo. El mensaje que traslademos ha de ser similar a “no estás solo, estoy totalmente comprometido en ayudarte a superar su situación”. Esto implica evitar juzgar o criticar su manera de pensar o actuar, descalificarle, sermonearle, tratar de convencer, decir frases hechas como “recapacita sobre todo lo bueno que tienes”, “la vida es bonita” o “hay muchas personas que en tu situación no pensarían lo mismo”.
- Estar preparado para mantener la energía de trabajar con un paciente que puede estar deprimido y no ve ninguna alternativa de solución. Con estos pacientes, suele resultar más útil combinar cierta directividad con una adecuada implicación y colaboración.
- Modificar la aparición de algunos pensamientos y creencias habituales sobre la propia ejecución del profesional tales como “he de hacerlo bien”, “he de tener éxito con todos mis pacientes”, “si fallo con mis clientes soy un fallo”, “soy totalmente responsable de las acciones de mis clientes”, “la situación es desesperanzadora”, “no puedo soportar la incertidumbre sobre lo que le pueda pasar”, “mi cliente no mejorará haga lo que haga”.

Los casos en los que hay ideación y riesgo de suicidio son seguramente de los más difíciles para el psicólogo. Por este motivo, se ha de tener muy claro que los anteriores pensamientos son falsos porque, de esa manera, podremos actuar de una manera más objetiva y competente con esta persona. En caso de que aparezcan este tipo de pensamientos, es conveniente que el psicólogo se pare a reflexionar sobre este tema y posiblemente una charla con un colega de profesión le pueda ayudar.

- Crear el plan de evaluación y control en colaboración con el cliente, siempre que sea posible, para no reforzar la posible creencia de incapacidad de afrontamiento.
- Asegurarse que el plan de control del riesgo quede completamente notificado por escrito y contactar con los profesionales pertinentes si el riesgo es alto.

De esta forma, se maximizarán las posibilidades de contención y se allana el camino para la intervención terapéutica.

#### 4. TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

##### 4.1. Listado de objetivos y técnicas apropiadas de tratamiento

A lo largo del tratamiento, se ha de llevar a cabo una **evaluación continua semanal** de la ideación suicida (aparición e intensidad de los pensamientos suicidas, planificación de las ideas, nivel de desesperanza, culpa y apoyos que percibe), tras la información obtenida del paciente y/o familia e instrumentos aplicados.

Como se ha señalado en el árbol de decisiones, si el riesgo se considera medio-alto (3) o alto (4), prácticamente la totalidad del tiempo de las sesiones se centrarán en la contención/control de la ideación y riesgo suicida (y su evaluación). No obstante, a medida que avance el tratamiento y los clientes dispongan de estrategias funcionales para manejar la ideación suicida y el riesgo estimado se reduzca a medio (2) o bajo (1), cada vez se necesitará menos tiempo de la sesión para el control de la ideación y, por tanto, se podrá intervenir más extensamente en los objetivos del tratamiento. Estos objetivos, en todo caso, son función del análisis funcional que previamente se ha desarrollado y pueden estar relacionados con problemas de pareja, problemas familiares, sensación negativa de propia valía, estado depresivo, sentimientos de culpa, falta de seguridad, ansiedad, entre otros.

Es en este contexto, donde se empieza a trabajar con calma, los principales objetivos y estrategias más habituales para intervenir en la ideación suicida (si no se han aplicado ya) y los problemas específicos del cliente. Normalmente, cualquier tratamiento requerirá las siguientes estrategias, teniendo en cuenta que las particularidades de cada caso no permiten generalizarlas ni limitarse a estas:

- **Explicación del análisis funcional** al cliente (también familiares si se considera necesario) para ayudarle a comprender por qué ha llegado a sentirse o pensar de esa forma y normalizando el malestar que vive de acuerdo a sus circunstancias/creencias. Esto incluirá ofrecer información sobre los mitos relacionados con el suicidio así como orientación hacia el tratamiento psicológico, facilitando la reflexión sobre si realmente desea morir o bien liberarse de las circunstancias intolerables de su vida y del sufrimiento emocional, mental y/o físico, así como resolver dudas y temores que puedan interferir en la adhesión al tratamiento. Una vez logrado esto, conviene acordar colaborativamente los objetivos.

- **Priorización del buen manejo y control de la conducta suicida en los momentos de malestar** hasta que se instauren conductas alternativas más funcionales.

Se comprobará que el paciente conoce los estímulos externos e internos que desencadenan sus pensamientos de suicidio y se acordará qué hacer si se presentan. En algunos casos, es deseable jerarquizar la eliminación de las conductas de riesgo y el desarrollo de otras más funcionales (por ejemplo, si aparecen autolesiones intervenir primero en reducir o eliminar las mismas aunque permanezcan otras conductas como atracones, ejercicio de alto impacto, tomar un ansiolítico). En sesión, puede ayudar al paciente visualizar la situación suicida e imaginarse llevando a cabo un comportamiento alternativo funcional (por ejemplo, si mantiene la imagen de ir al garaje y encender el coche para morir por intoxicación de monóxido de carbono, visualizarse después cerrando el coche, yéndose a caminar o a hacer alguna otra actividad de las pactadas).

- **Reducir ánimo depresivo hasta conseguir que se participe en actividades a un nivel similar al que realizaba antes de presentar ideación suicida** (número, variedad, nivel de agrado). En la mejora del estado de ánimo relacionado con ideación suicida, tiene un papel relevante la creación de un programa de *activación conductual* en el que mediante registros se compruebe la planificación y puesta en marcha de actividades, preferiblemente con personas significativas. En la mayor parte de los casos, se deberá recordar que lo importante es que las realice (no lo bien que lo haga) pese a que no le apetezca en ese momento y especificar cuándo, cómo y dónde lo va a realizar. Esta estrategia servirá para aumentar frecuencia y duración de las experiencias positivas (refuerzos), y más adelante también en la mejora de la autoeficacia y competencia personal.
- **Reducción de la desesperanza y falta de expectativas positivas hasta alcanzar niveles normales.** Para poder alcanzar este objetivo, pueden ser útiles técnicas cognitivas como *identificación de razones para vivir*, la cual requiere identificar los recuerdos o aspectos que den o hayan dado sentido a su vida, razones de vivir que tuvo o tendría si no estuviera deprimido, retos que se propone si sigue viviendo y la identificación de asuntos pendientes.
- **Identificación y reestructuración del pensamiento disfuncional hasta reducir los pensamientos suicidas.** Esto requiere, una vez que el riesgo es medio o bajo, que anote la situación, pensamientos, emociones y conductas que aparecen en momentos de malestar intenso (véase Anexo 8.12: [Registro ABCD ejemplo](#)). Posteriormente, se entrenará en el cuestionamiento de aquellos pensamientos disfuncionales mediante *diálogo socrático*, ayudándoles a comprobar cuáles aparecen cuando está considerando quitarse la vida (véase ejemplos en la bibliografía de Burns, 1990). Es importante recordar que, cuando el malestar es mayor y el riesgo de suicidio es medio-alto o alto, está contraindicado pedir a la persona que registre sus pensamientos porque ello puede provocar el incremento del riesgo de suicidio.

En la gran mayoría de los casos, será recomendable discutir los pros y contras de morir y vivir, mediante *diálogo socrático*. Una técnica útil consiste en ayudarlo a *cambiar la ratio coste-beneficio*, anotando y discutiendo los pros y contras de morir y seguir viviendo (pros y contras de cada opción) e incluyendo las consecuencias que tendría para otros con el peso numérico de cada respuesta. Una balanza negativa ha de servir para reevaluar la gravedad de la ideación suicida y tomar las medidas pertinentes.

Más explícitamente, se deberán considerar las creencias sobre el suicidio y utilizar *contraargumentos* mediante diálogo socrático ante las cogniciones erróneas (véase Anexo 8.13: [Contraargumentos de creencias sobre el suicidio](#)). También, se puede ayudar al paciente a *cuestionar en sesión las ventajas del suicidio* y pedirle que piensen/escriban una trampa a cada ventaja (véase Anexo 8.14: [Las ventajas del suicidio y la trampa](#)).

En otros casos, puede ser útil ayudar al *reencuadre* de algunas situaciones mediante el cambio en la intensidad del lenguaje (por ejemplo, “molesto” o “decepcionante” en lugar de “horroroso”) y *examinar las consecuencias positivas* de los eventos negativos, así como poner las experiencias negativas en perspectiva, por ejemplo, mediante una *escala* donde valorar el evento en una escala propia de catástrofes. Aquellos temas relacionados con la autoimagen conviene trabajarse mediante ejercicios en sesión como “*disputa doble*”, “*gran yo y pequeño yo*”, “*complejo como una ameba*” (véase explicación de técnicas y ejemplos en Palmer, 2007). En aquellos casos que predomine la hiperexigencia, será muy útil aclarar qué es la felicidad y sufrimiento para ellos, puesto que es habitual que argumenten que no son felices y mantengan objetivos poco realistas o mitos.

- **Ampliación de las alternativas de solución hasta que perciba más salidas que el suicidio**, sin eliminar por el cliente la alternativa del suicidio (que dañaría el *rapport*), pero transmitiendo porqué “el suicidio puede ser el problema para sus soluciones”. El tratamiento requiere un buen entrenamiento en *solución de problemas* para poder ayudarlo a superar las dificultades y buscar alternativas diferentes, especialmente cuando la principal motivación del cliente es escapar y no se perciben soluciones alternativas a morir (véase Anexo 8.14. [Registro solución de problemas](#)). Esto puede implicar ayudarlo a comprender el papel de las diferentes emociones y que por mucho malestar que tenga, siempre es posible actuar de otra manera. Para ello los psicólogos pueden ayudarse de *metáforas*.
- **Reflexión sobre sus valores y enriquecer / equilibrar su vida, así como fortalecer relaciones y mejorar apoyo social** hasta que se muestre competente afrontando situaciones sociales difíciles. Esto requerirá el *entrenamiento de habilidades sociales y asertivas*, especialmente si la principal motivación para suicidarse se relaciona con el deseo de querer comunicar su malestar a los demás. Se hará especial énfasis en que adquiera la habilidad para comunicar lo que quiere, con quien quiera de forma más funcional.

- **Prevención de recaídas**, ayudando al cliente a cambiar la espiral disfuncional o suicida por la funcional/adaptativa, trabajando en la resolución de pequeñas dificultades que puedan producirse con la ayuda de las habilidades adquiridas durante el tratamiento. Al final del tratamiento siempre es importante dedicar un tiempo a poner ejemplos de situaciones futuras difíciles que pueden surgir para que la persona enumere, con la ayuda del clínico, las estrategias que ha aprendido en la terapia y que podría utilizar.

En distintos momentos de la intervención es preferible plasmar la información por escrito para que el individuo pueda consultarlo en situaciones difíciles e incluso añadir más estrategias a medida que avanza la intervención.

#### **4. 2. Listado de posibles problemas y sugerencia de soluciones**

- *Cuando la vida es realmente mala*

A veces, es posible que la percepción del paciente sobre la gravedad de sus problemas sea real. Esto exige que el terapeuta le ayude a ver que: no todo el mundo con problemas graves se suicida, las ideas de hacerlo aparecen cuando se añade al problema original culpa, catastrofización o se exige que el problema no exista. Ha de ver que trabajar esto primero le ayudará a resolver tales problemas, junto con una intervención dirigida hacia la aceptación de lo ocurrido y manejo adecuado.

- *Se autolesiona repetidamente*

Es uno de los mayores problemas y exige su intervención en función del análisis funcional específico de las autolesiones. Se pueden utilizar algunas estrategias señaladas como contrato conductual o realizar actividades incompatibles para el control de estas conductas en paralelo con la intervención.

- *El riesgo permanece alto*

Si la intervención psicológica no es suficiente para mantener a la persona a salvo o no se observan mejorías, se debe considerar otros tipos de intervención. Si el riesgo es muy alto, se debe referir a psiquiatría (si no se ha llevado a cabo aún), donde podrán decidir ingreso hospitalario.

- *Cuando mejora mucho el estado de ánimo, pero no desesperanza*

El riesgo suicida en estos casos aumenta a medida que mejora su estado de ánimo porque puede ganar energía para hacer efectivo su plan cuando antes no tenía las suficientes fuerzas o motivación.

## 5. EL PLAN DE GENERALIZACIÓN, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO

A lo largo del tratamiento, el cliente habrá adquirido las habilidades necesarias para lidiar con situaciones que le provoquen malestar y llegue un momento que sea capaz de resolver los problemas cotidianos. En las últimas fases del tratamiento, se deberá hacer especial énfasis en el autocontrol para que sepan cómo valorar ellos mismos su situación con respecto al problema y su gravedad, así como qué estrategias poner en marcha en caso de que vuelvan a aparecer los pensamientos o signos de alarma que le pueden predisponer a las conductas problema. Asimismo, se incidirá en lo posible para afrontar las situaciones de crisis mediante la orientación hacia las habilidades sociales y búsqueda de vínculos afectivos (familiares y amigos) que potencien su integración social y reduzcan el aislamiento.

El plan de generalización del programa de tratamiento se ha de iniciar cuando el individuo ha logrado un cambio objetivo y subjetivo evidente en las conductas objetivo del tratamiento acordadas tras el análisis funcional. En el caso de la ideación suicida, requiere que el plan se inicie cuando ya no aparezcan pensamientos suicidas o autolesivos (nivel de riesgo 0) al menos durante un mes y que el cliente maneje adecuadamente sus pensamientos y conductas ante las condiciones habituales de la vida.

En esta fase, se pretende comprobar que el individuo se expone a situaciones más o menos difíciles sin ayuda del psicólogo y tratamiento, siendo capaz de demostrar control y dominio ante el tipo de eventos o estímulos que al inicio del tratamiento generaban las conductas problema. En sesión se llevan a cabo conversaciones con el individuo sobre las dificultades que han aparecido (también con familiares si precisa) y registros de las conductas problema en días alternos y, a medida que se avanza en el seguimiento, pueden ser semanales, quincenales o mensuales.

A medida que no ocurran las conductas problema, se recomienda de forma progresiva espaciar las sesiones del siguiente modo: sesiones a los 15 días, a los 21 días, al mes, a los 3 meses y a los seis meses. Si apareciera alguna conducta problema, tras identificar la magnitud y explicación/hipótesis, se recuperaría la frecuencia de sesiones anterior al menos durante dos sesiones (por ejemplo, si a los 21 días se identifican pensamientos suicidas u otra conducta problema relevante, se volverá a concertar sesiones a los 15 días y al mes), para confirmar qué ha cambiado y preparar un plan que mantenga los cambios hasta comprobar que se puede continuar con el distanciamiento de sesiones de seguimiento. No se dará por finalizado el tratamiento hasta al menos seis meses sin ideación suicida y riesgo 0.

No se debe olvidar finalizar el tratamiento en congruencia con otros tipos de tratamiento en los que participe el cliente. En este sentido, debido a que la mayoría de los clientes habrán estado bajo control farmacológico, conviene realizar un seguimiento de la reducción de la medicación y reforzar su seguimiento hasta su terminación.

Finalmente, conviene considerar la existencia de otro tipo de formato terapéutico (grupos de apoyo, centros de día) que podría favorecer el afianzamiento de logros en la persona.

## 6. COMENTARIOS FINALES

Pese la creciente normalización del tema del suicidio y mayor presencia de instituciones y centros que trabajan para prevenir esta problemática, existen aún datos que señalan un porcentaje mayoritario de personas en riesgo de suicidio que no buscan ayuda, pero lo que es más grave, más de la mitad de los individuos que han intentado suicidarse ya habían contactado con los servicios de salud mental. Estos datos unidos al incremento de las cifras de suicidio en el mundo y entre los jóvenes, pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales sanitarios mejoren la evaluación y la intervención para reducir el riesgo de suicidio al mismo tiempo que se facilita la prevención. En este sentido, como psicólogos sanitarios es nuestro papel asumir la responsabilidad de la explicación y la propuesta de protocolos claros que ayuden a reducir este grave problema bio-psico-social.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.

Burns, D. (1990). *Sentirse bien: una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós

Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid: Ed. Biblioteca nueva.

Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., Pérez-Íñigo, J.L., Robles, J.I., Santiago, P., y Torras A. (2012). *Detección y prevención de la Conducta Suicida en personas con una enfermedad mental*. Guía para familiares. Madrid.

Palmer, S. (comp.) (2007). *Suicide: Strategies and Interventions for Reduction and Prevention*. New York: Ed. Routledge.

Plan de Prevención de la Conducta Suicida: sector Dreta Eixample. Barcelona, mayo de 2006.

Torrico, E; Remesal, R; Villas, M.A., (2009). *El suicidio en la Población Adulta. Séptima Edición*. Focad (COP)

World Health Organization (2012). Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide. Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en)

Otros recursos de interés en internet:

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

Organización Mundial de la Salud (2006). Prevención del suicidio. Recursos para Consejeros. Recuperado de:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf)

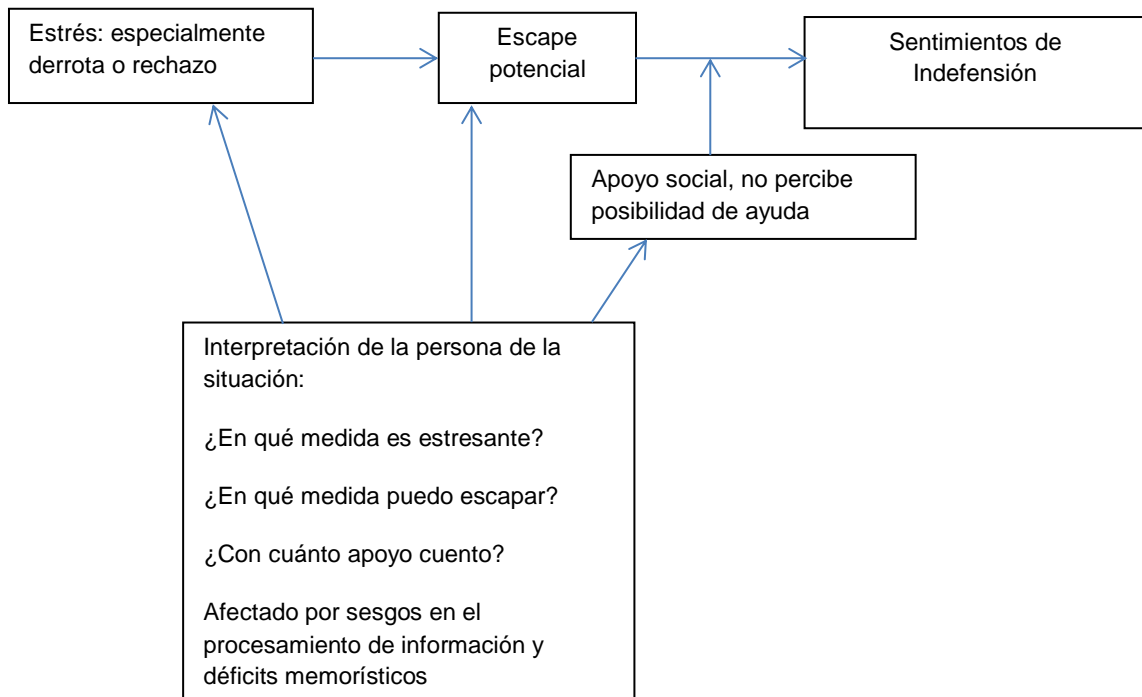


## ANEXO

### 8.1. Signos o señales de alerta habituales

- **Verbaliza directamente la idea o posibilidad de suicidarse**, con frases como “quiero quitarme de en medio”, “la vida no merece la pena”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”. Es posible que las verbalizaciones de algunos pacientes sean menos completas por lo que es imprescindible mantenerse atentos cuando aparecen otras sutiles como “esto no durará mucho”, “pronto aliviaré mi sufrimiento”, “dejaré de ser una carga”; así como las dirigidas hacia él mismo, el futuro o la vida tales como “no valgo para nada”, “esta vida no tiene sentido”, “estaríais mejor así”, “estoy cansado de luchar”, “quiero terminar con todo”, “las cosas no van a mejorar nunca”.
- **Piensa a menudo en el suicidio** y no puede dejar de darle vueltas. Si esto ocurre, se requiere diferenciar la posibilidad de suicidarse con el miedo a perder el control en un problema de ansiedad u obsesión.
- **Amenaza o se lo comenta a personas cercanas**, lo cual se podría entender como una petición de ayuda. Es frecuente que se comente la insatisfacción y poca voluntad de vivir a otras personas cercanas antes que al profesional sanitario, por lo que puede ser de gran utilidad obtener información adicional de la familia y relaciones íntimas siempre que sea posible.
- **Lleva a cabo determinados preparativos** relacionados con su desaparición, como por ejemplo, arreglar documentos, cerrar asuntos, preparar el testamento, regalar objetos o bienes y llamar a otras personas para despedirse.
- **Reconoce sentirse solo, aislado y se ve incapaz de aguantarlo o solucionarlo**. Piensa en ello constantemente y no ve ninguna salida a su situación. Se puede notar que transmite sentimientos de impotencia, indefensión, depresión y especialmente desesperanza.
- **Pierde interés** por aficiones, obligaciones, familia, amigos, trabajo y apariencia personal y comienza a aislarse personal y socialmente. Por ejemplo, deja de ir a clase, salir los fines de semana, llamar a sus amigos, se encierra en su cuarto más de lo habitual.
- Está muy deprimido y **mejora de forma repentina e inesperada**, momento en el cual el paciente puede sentirse con fuerzas suficientes para llevar a cabo sus planes de suicidio.
- Aparece un **cambio repentino en su conducta**. Por ejemplo, un aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual, calma o tranquilidad repentina cuando previamente ha presentado gran agitación, etc.
- Se observa u obtiene información de **autolesiones**, sean éstas lesiones más o menos relevantes.

8.2. Adaptación del modelo de conducta suicida (Williams y Pollock, 2001; citado en Palmer, 2007)



### 8.3. Mitos más comunes relacionados con el suicidio

- ***El que expresa su deseo de acabar con su vida no lo hace.*** Este es uno de los mitos más repetidos, sin embargo, las investigaciones sugieren que de cada diez personas que se suicidan, nueve verbalizaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida. Por lo tanto, estas señales nunca pueden ser consideradas a priori como un chantaje o manipulación de la persona para la obtención de un fin determinado.
- ***Al hablar sobre el suicidio con una persona que esté en riesgo se le puede incitar a que lo realice.*** Esto solo infunde temor para hablar del suicidio con quien está en riesgo, pero realmente se ha demostrado que alivia la tensión y reduce el peligro de cometerlo, pudiendo constituir la única posibilidad que se le ofrezca para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
- ***El suicida desea morir.*** Esto solo pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen, sin embargo, el suicida está ambivalente entre morir si continúa la misma situación o vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
- ***Sólo las personas con problemas graves se suicidan.*** El suicidio es multicausal, la valoración que hacen distintas personas de algunas situaciones puede ser muy diferente y muchos pequeños problemas pueden acumularse hasta ser intolerables para algunos individuos.

#### 8.4. Lista de factores de riesgo y protección de conducta suicida (citado en Jiménez y cols, 2012)

Nota: Los factores de riesgo más relevantes se muestran acompañados de un asterisco.

<b>Factores de riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hombre</li> <li>• Soltero</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado/separado</li> <li>• Edad avanzada</li> <li>• Depresión* (mayor riesgo)</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Alcoholismo*</li> <li>• Adicción a sustancias propia* (o familiar)</li> <li>• Presencia de trastorno cerebral orgánico (por ejemplo, epilepsia, daño cerebral, demencia)</li> <li>• Trastorno de personalidad (especialmente relacionados con sociopatía, impulsividad, agresión, inestabilidad emocional)</li> <li>• Problemas de ansiedad</li> <li>• Psicosis*</li> <li>• Desesperanza*</li> <li>• Intentos previos de intentos de suicidio o autolesiones*</li> <li>• Aislamiento* o rechazo social</li> <li>• Enfermedad física (posibles consecuencias vitales, crónica o que debilite)*</li> <li>• Desempleado o retirado</li> <li>• Historia familiar de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo o suicidio*</li> <li>• Duelo, pérdida reciente o preocupación con el aniversario de una pérdida traumática*</li> <li>• Duelo infantil</li> <li>• Desestabilización familiar debido a una pérdida, abuso personal o sexual, o violencia*</li> <li>• Trauma reciente (físico o psicológico)*</li> <li>• Plan específico de suicidio formulado*</li> <li>• Abandono de pertenencias preciadas o cierre de asuntos*</li> <li>• Cambios radicales en el comportamiento o estado de ánimo*</li> <li>• Exhibición de una o más emociones negativas intensas poco características*</li> <li>• Preocupación por abuso pasado*</li> <li>• Altas expectativas propias</li> <li>• Interés en tema de muerte</li> <li>• Relación abusiva presente</li> <li>• Intoxicación</li> <li>• Si se trata de adolescentes: ruptura familiar o conflicto, padres vistos como hostiles o indiferentes o con expectativas muy altas o muy controladores, pocas habilidades comunicativas, de relaciones con iguales o rendimiento, conducta antisocial y suicidio reciente de un amigo o familiar</li> </ul>	

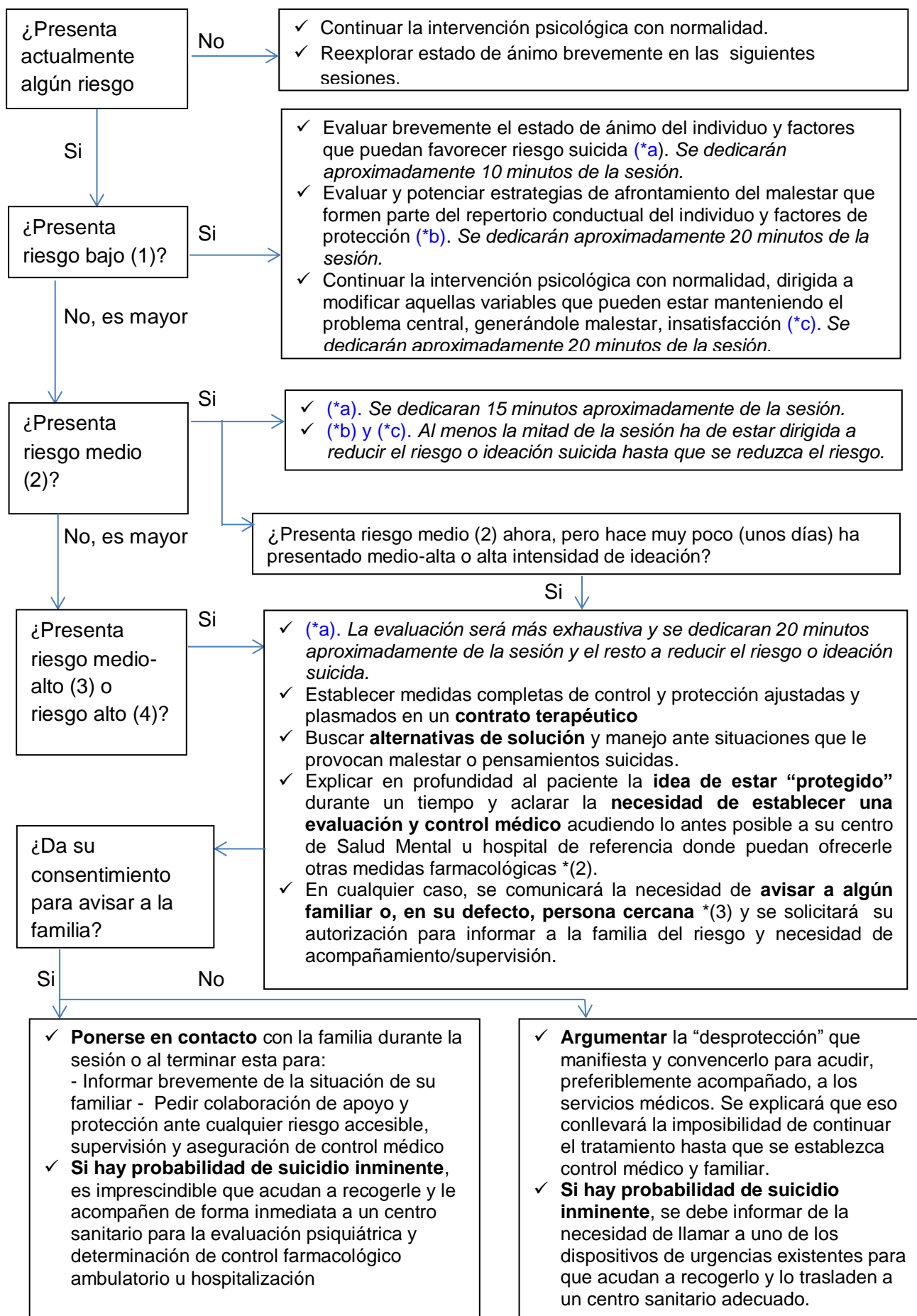
<b>Factores de protección</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de habilidades de comunicación</li> <li>• Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa</li> <li>• Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades</li> <li>• Receptividad hacia las experiencias y soluciones de las otras personas</li> <li>• Tener confianza en uno mismo</li> <li>• Actitudes y valores positivos, tales como el respeto, la solidaridad, la cooperación, la justicia y la amistad</li> <li>• Creencias religiosas</li> <li>• Apoyo familiar, caracterizado por una cohesión alta</li> <li>• Apoyo social de calidad y consistencia (los amigos constituyen uno de los factores de protección más efectivos en la prevención de la conducta suicida)</li> </ul>	

8.5. Tabla gravedad de los síntomas depresivos (adaptado de Palmer, 2007)

Esta tabla permite relacionar los principales aspectos de sintomatología depresiva en función de tres niveles de gravedad (bajo-moderado, severo, grave). La categoría de gravedad más veces señalada determinará el estado de ánimo general del cliente.

<b>Dimensiones estado de ánimo depresivo</b>	<b>Nivel Bajo-Moderado</b>	<b>Nivel Severo</b>	<b>Nivel Grave</b>
<b>Estado de ánimo general</b>	Triste, melancólico	Llanto frecuente	Profunda desesperación
<b>Pérdida de interés</b>	Rechaza intereses habituales	Realiza pocas actividades, productividad reducida	Rechaza cualquier actividad de divertimento y muy pocas actividades obligatorias
<b>Rechazo social</b>	Descuida quedar con amigos y actividades sociales	Evita activamente contacto social	No responde al entorno social
<b>Desesperanza</b>	Se pregunta si es posible una mejora	Se muestra bastante pesimista sobre el futuro	No ve futuro para sí mismo, con los otros, en el mundo, etc.
<b>Problemas de sueño</b>	Dificultades para dormir, descansar, se levanta	Se levanta pronto por la madrugada y no se puede volver a dormir	Apenas duerme
<b>Lentitud</b>	Pensamiento, discurso, actividad lenta y falta de energía	Apatía	Completo estupor
<b>Cambios en el apetito</b>	Poco o excesivo apetito	Pérdida de peso	Deja de comer o incrementa notablemente su peso
<b>Síntomas físicos</b>	Indigestión, gases, pesadez, etc.	Palpitaciones, dolores de cabeza, dificultades de respiración	Síntomas físicos muy intensos e interfirientes con su vida
<b>Plano sexual</b>	Pérdida de interés en el sexo	Problemas menstruales, disfunciones sexuales	Problemas menstruales, y sexuales muy intensos e interfirientes con su vida
<b>Cambios en estado de ánimo</b>	Mismo estado de ánimo durante el día, pero cambiante entre días	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y pobre concentración	Cambios en estado de ánimo en un mismo día, mismo patrón cada día y nula concentración
<b>Concentración /plano cognitivo</b>	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc.	Dificultades para leer, seguir programas de TV, etc. y deja de hacerlo	Pensamiento desordenado, despersonalización, desrealización
<b>Preocupación por la salud</b>	Preocupaciones leves y espontáneas sobre la salud	Preocupación por la salud frecuente	Conductas hipocóndricas y delirios
<b>Culpa</b>	Autoreproches	Percibe depresión como castigo	Delirios de culpa
<b>Ansiedad</b>	Inquieto, tenso, irritable	Miedoso, preocupado, preocupaciones sobre aspectos triviales	Muy agitado
<b>Sentimientos de suicidio</b>	Siente que la vida no vale la pena	Considera el suicidio	Planea o intenta suicidio

8.6. Árbol de decisiones: pautas de actuación según nivel de riesgo



### 8.7. Ejemplo de contrato terapéutico

Fecha:	Validez del contrato hasta la fecha:
Yo..... acuerdo con el psicólogo .....que en el caso de sentirme muy mal o aparecer pensamientos suicidas no voy a hacerme daño o suicidarme. En este caso haré lo siguiente:	
- Hacer algo físico (p.e. dar una vuelta o pasear, hacer ejercicio, etc) como lo siguiente:	
<hr/>	
<hr/>	
- Hace algo que me resulta o resultaba agradable (tanto si te parece agradable ahora mismo como si no) como lo siguiente:	
<hr/>	
- Llamar y hablar con un amigo y otra persona, como con (lista de nombres y teléfonos)	
<hr/>	
- Psicólogo:	
-Médico:	
- Emergencias:	
- Servicio telefónico de ayuda:	
- Otros:	

## 8.8. Recursos de ayuda

- Servicios de Emergencias Médicas a través del 112 (SAMUR, SUMMA)  
(Atención de emergencias a situaciones de riesgo inminente o de suicidio consumado) [www.madrid.es/samur](http://www.madrid.es/samur)
- Servicio Madrileño de Salud ([www.madrid.org](http://www.madrid.org))
- Teléfono de la Esperanza de Madrid (91 459 00 50)  
([www.telefonodelaesperanza.org](http://www.telefonodelaesperanza.org))
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS).  
[www.redaipis.org](http://www.redaipis.org)
- Centro de Escucha “San Camilo” ([www.camilos.es](http://www.camilos.es)) (91 533 52 23)
- Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM) ( 91 472 98 14) [www.femasam.org](http://www.femasam.org)



### 8.9. Ejemplo de constatación de medidas con el paciente

Yo ..... he sido informado/a por ..... con número de colegiado..... de la necesidad inmediata de acudir al hospital de referencia debido al riesgo que presento para autolesionarme con finalidad de muerte. Entiendo los términos de la información que he recibido y asumo toda la responsabilidad de no seguir las indicaciones que me han dado.

### 8.10. Intervención inicial familiar

En los primeros momentos el psicólogo explica a los familiares cuál debe ser su papel. Esta explicación se puede resumir en los siguientes puntos:

- + No juzgarle. No reprocharle su manera de pensar o actuar.
- + Tomar las amenazas en serio, no criticar, no discutir, no utilizar sarcasmos, ni desafíos. Minimizar sus ideas es una actitud equivocada.
- + No entrar en pánico.
- + Adoptar una disposición de escucha auténtica y reflexiva.
- + Comprender que, por muy extraña que parezca la situación, nuestro familiar está atravesando por un momento muy difícil en su vida.
- + Emplear términos y frases amables y mantener una conducta de respeto (p.e. “Me gustaría que me dieras una oportunidad para ayudarte”).
- + Hablar de su idea de cometer suicidio abiertamente y sin temor (descartar el mito de que nosotros le vamos a dar la idea de suicidarse).
- + Conocer los motivos que le llevan a querer acabar con su vida y barajar alternativas de solucionarlo o brindar apoyo emocional si ya no tiene solución.
- + Estar atento a las señales de alarma.

8.11. Registro ABCD (ejemplo)

A (antecedente/de sencadenante)	B (creencias/pensamientos)	C (consecuencias)	D (respuesta racional alternativa)
<i>Darme cuenta que la casa está desordenada</i>	<i>Debería ser capaz de mantener las tareas de casa al día – Soy un inútil</i>	<i>Llanto/ bajón</i>	<i>No soy una inútil – estoy deprimida en estos momentos. Aunque sea preferible mantener las tareas de casa al día, no es una ley del universo</i>

## 8.12. Contraargumentos de creencias sobre el suicidio

*El suicidio es libre, voluntario y lo elijo tras pensármelo:*



El suicidio no es el resultado de una posición filosófica a la que se ha llegado por razonamiento lógico.

De hecho, si no estuvieses ante una situación problemática no pensarías en suicidarte, quien lo hace es siempre una persona con dolor físico o moral que no ve salida y se le hace insostenible (y por lo tanto, no hay libertad).

¿Por qué no lo piensas cuando todo te va bien y eres feliz?

*El suicidio es la única solución, no hay otra:*



¿Realmente quiero acabar con mi vida o lo que dese es poner fin a insostenibles sufrimientos? ¿Hay otra forma de acabar con el dolor emocional? Cuando una persona piensa en suicidarse para eliminar el dolor, no se tiene garantía que sirva para este fin. Para que una alternativa pueda considerarse como solución, debe reducir significativamente el malestar y sobre todo me debe permitir disfrutar de esa mejoría. Si ya no estoy allí, no puedo notar la reducción del dolor. Existen otras opciones que podrían conseguir el objetivo sobradamente.

\*Puede ser útil explicitar y transmitir ideas concisas y claras (**anclajes**) sobre los actos suicidas, de forma que el paciente reflexione sobre sus pensamientos y voluntad de suicidarse, sirvan de autoinstrucciones o recordatorios a lo largo del tratamiento.

Por ejemplo, frases como *estar muerto no es agradable, no hay evidencia de lo que viene después. Sí sabemos que la vida tiene algunas cosas agradables, morir sería el mayor fracaso, no voy a rendirme, si muero no podré tener éxito ni sé si me sentiré bien, simplemente no soy nada.*

8.13. Las ventajas del suicidio y sus trampas (a) y registro de solución de problemas (b)

a)

Ventajas	La trampa
<i>No seré una carga para mi familia</i>	<i>Ellos estarán devastados y mantendrán esa carga si me suicido</i>
<i>No me sentiré mal nunca más</i>	<i>Ni tampoco te sentirás bien</i>
<i>He fallado en todo, pero puedo quitarme la vida</i>	<i>Si lo hago, nunca tendré la oportunidad de mejorar y tener éxito en el futuro</i>

b)

Situación problemática (fecha, lugar, personas, situación)	Las acciones que tomé	Los resultados de mis acciones

## CAPITULO VII: ANEXOS

- Ficha de Recolección de Datos (Protocolo de estudio)
- Ficha de consentimiento informado

**HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL ADULTOS Y GERIATRIA  
PROTOCOLO DE PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO**

**Augusto Mosquera Del A.**

1. **Nombre:**.....**PROTOCOLO N°**.....  
**Fecha de Ingreso:** .....**Fecha de entrevista** .....
2. **Edad:** ..... **Sexo:** .....**Nª H.C.** ..... **Religión** .....
3. **Domicilio:**.....**Distrito:**..... **Teléfono:**.....
4. **Estado Civil:** Soltero ( ) Casado ( ), Divorciado ( ), Separado ( ), Viudo ( ), Conviviente ( )
5. **Grado de Instrucción:** ..... **Fecha y Lugar de Nacim.** .....  
**Procedencia** .....
6. **Ocupación:** .....Dependiente ( ), Independiente ( ), Eventual ( ), su casa ( ), sin ocupación ( )  
**Profesión:** .....Dependiente ( ), Independiente ( ), Eventual ( )
7. **Fecha del intento suicida** ..... **Hora:** ..... **Lugar:** .....
8. **Instrumento:** Órgano fosforado ..... **Acido muriático** ( ), **Lejía** ( )  
**Medicamentos: Benzodiazepinas:** ..... **Otros** .....
9. **Cantidad:** a) N° sobres: ..... b) **Volumen en cc** .....  
c) N° tabletas .....  
d) **Otros** .....
10. **Intento suicida previo: Ninguno** ( ), **Uno** ( ), **Dos** ( ), **Tres o más** ( )  
.....  
.....
11. **Síntomas de presentación**  
a) **Humor deprimido** ( ), **Tristeza** ( ), **Desesperanza** ( ), **Pérdida de interés** ( )  
**Insomnio** ( ), **Pérdida de peso** ( ), **Aislamiento social** ( ) **Inutilidad** ( ), **soledad** ( )  
**Sentimiento de vacío** ( ), **baja autoestima** ( ), **Sentimiento de culpa**( ), **Pesimismo** ( )  
b) **Ideas** ( ), **planes** ( ), **gestos** ( ), **suicidas**  
c) **Intranquilidad** ( ), **ansiedad** ( ),  
d) **Síntomas psicóticos: alucinaciones auditivas** ( ), **Delirios** ( ), **No hay** ( )  
e) **Impulsividad**( ), **Inestabilidad afectiva**( ), **agresividad** ( ), **cólera** ( ), **capricho** ( ),

**12. Trastorno Psiquiátrico y enfermedades médicas**

- a) Distimia ..... b) Depresión mayor ..... c) Trast. De adaptación .....  
d) T. De Personalidad ..... f) Psicosis .....  
Otro trast Psiquiátrico .....  
g) Enfermedad crónica ..... h) Enfermedad incurable .....  
i) Uso de Alcohol ( ), drogas ( ), tabaco ( ) .....

**13. Factores desencadenantes (últimos 3 meses):**

- Pareja:** ruptura ( ), muerte ( ), discusión ( ), maltrato ( )  
**Padres:** ruptura ( ), muerte ( ), discusión ( ), maltrato ( )  
**Ambiente Familiar:** padres separados ( ), casados ( ), convivientes ( ), tensiones familiares ( ) .....  
**Otros:** económicos ( ), trabajo ( ), estudios ( ), soledad ( ), desempleo ( )

**14. Motivo del intento de suicidio según el paciente** .....

Acto para Morir ( ), Dormir ( ), llamar la atención ( ), Impulso ( ) .....

**15. Acciones previas:** Se habló de suicidio ( ), carta de suicidio ( ), preparación ( )

Conocimiento de la mortalidad del medio elegido ( ).

Precauciones para evitar ser descubierto ( )

Volvería a intentar el suicidio( ) .....

**16. Abuso sexual previo:** SI ( ) NO ( ) Edad..... Familiar ..... Otros .....

**Abuso físico previo:** SI ( ) NO ( ) .....

**Abuso psicológico previo:** SI ( ) NO ( ) .....

**17. Antecedentes familiares:**

a) intento suicida: Ninguno ( ),padres, hermanos ( ), abuelos, tíos, primos ( ), Amigos ( ),

b)Trastorno Psiquiátrico ..... **Drogas** .....

**18. Soporte Familiar:** Muy bueno ( ), Bueno ( ), Regular ( ), Malo ( ), Pésimo

**19. Fecha de última visita a** ..... Médico ( ), Psicólogo ( ), Hospital ( ), C.de Salud ( )

Tratamiento médico previo .....

**20. Riesgo Suicida** al terminar primera evaluación. Alto ( ), Medio ( ), Bajo ( ),

**21. Fecha de Alta** .....

**22. Evolución al alta** Favorable ( ), estacionaria ( ), Desfavorable ( )

**23. Evolución a la 1ra. Semana de alta:** Favorable ( ), estacionaria ( ), Desfavorable ( )

**24. Evolución al 1er mes de alta:** Favorable ( ), estacionaria ( ), Desfavorable ( )

**25. Evolución a los seis meses de alta:** Favorable ( ), estacionaria ( ), Desfavorable ( )

26. Evolución a los doce meses de alta: Favorable ( ), estacionaria ( ), Desfavorable ( )

<b>GRADUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA ESCALA SAD PERSONS</b>			
Un ítem positivo = 1 punto			
Score	<b>0-2</b>	Poco riesgo	
	<b>3-4</b>	Seguimiento cercano	
	<b>5-6</b>	Considerar hospitalización psiquiátrica	
	<b>7-10</b>	<b>ALTO RIESGO.</b> Hospitalización mandatario	
<b>S</b>	Sexo	masculino	( )
<b>A</b>	Edad	< 19, >45 años	( )
<b>D</b>	Depresión	asociada a desesperanza	( )
<b>P</b>	Previo intento	Sobre todo si fue potencialmente letal	( )
<b>E</b>	Exceso de alcohol	u otras drogas	( )
<b>R</b>	No pensamiento racional	psicosis, síndrome orgánico cerebral	( )
<b>S</b>	No soporte social	o percepción que no los tiene	( )
<b>O</b>	Plan Organizado	deseo. Medios disponibles	( )
<b>N</b>	No pareja	separado, viudo, soltero	( )

AM/2000



## CONSENTIMIENTO

El Hospital Hermilio Valdizán está interesado en comprender porqué una persona como Ud. intenta suicidarse.

El objetivo de este estudio es evaluar los factores que le han afectado tanto como para realizar vuestra conducta suicida y ayudarla lo mejor posible, si es que Ud. estuviera de acuerdo.

Le agradecería responder a las preguntas cuyas respuestas serán absolutamente confidencial.

Yo, .....

Estoy de acuerdo con que se me aplique la encuesta.

Lima, ..... de ..... de .....

.....  
Firma de la encuestada

L.E. o D.N.I.

## ANEXO IV

Protocolo para la evaluación del riesgo suicida diseñado por el Dr. Alejandro Gómez Chamorro.

### PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

1	Fecha de evaluación	
2	Nombre	
3	Edad	
4	Sexo	
5	Nivel educacional	
6	Ocupación	
7	Estado civil	
8	Dirección	
9	Teléfono	
10	Con quién vive	
11	Informantes	

#### I. CARACTERIZACIÓN DEL INTENTO SUICIDA

Fecha del intento		
Método empleado (puede marcar más de uno)	Intoxicación farmacológica	
	Intoxicación por sustancias químicas	
	Intoxicación por plaguicidas	
	Ahorcamiento, estrangulación o sofocación	
	Ahorcamiento o sumersión	
	Armas de fuego	
	Material explosivo	
	Humo, fuego o llamas	
	Objeto cortante	
	Saltar desde lugar elevado	
	Arrojarse o hacerse atropellar	
	Colisión de vehículo a motor	
	Otra	

Otros intentos en el mismo día o semana	SI	NO
Otras conductas autodestructivas	SI	NO
Conductas preparatorias o de ensayo suicida	SI	NO
Cometido bajo el efecto de alcohol o drogas	SI	NO
Cometido en relación a situación de violencia	SI	NO
Hubo desencadenante ambiental	SI	NO

Tipo de desencadenante ambiental (puede marcar más de uno)	Interpersonal	
	Laboral	
	Económico	
	Judicial	
	Académico	
	Agresión	
	Enfermedad o deterioro de la salud	
	Otro	

Forma parte de un pacto suicida	SI	NO
---------------------------------	----	----

Indicadores de elevada intención suicida del intento realizado	Cometido en aislamiento	
	La intervención de terceros era improbable	
	Tomo precauciones contra la intervención de otros	
	No contactó posible auxiliador	
	Realizó acciones preparatorias (herencia, arreglos económicos)	
	Preparó detalladamente el intento	
	Dejó nota o carta suicida	
	Creyó que se provocaría la muerte	
	Comunicó su intención con anticipación	
	Hubo premeditación (más de tres horas)	
	Su propósito era terminar la vida	
	Una vez iniciada la acción, quiso morir	
	Estaba seguro de que moriría	
Tomo alcohol para facilitar el intento		

Letalidad del método	Nula	
	Baja	
	Mediana	
	Elevada	

Severidad global (Importante a tener presente: si la letalidad o intención suicida fueron <u>elevadas</u> , la severidad se califica <u>elevada</u> .)	Nula	
	Baja	
	Mediana	
	Elevada	

Presentó ideación suicida en el último mes antes del intento	SI	NO
--	----	----

Propósito del intento (puede marcar más de uno)	Escapar temporalmente	
	Dejar de existir	
	Influir en otra persona	
	Llamar la atención	

Actitud frente al hecho realizado	Asume	
	Banaliza	
	Niega	
	Encubre	

Al cometer el intento, se sentía (puede marcar más de una)	Tranquilo	
	Confuso	
	Triste	
	Desesperanzado	
	Abatido	
	Desesperado	
	Angustiado	
	Con miedo o pánico	
	Abandonado	
	Inútil	
	Sobrepasado	
	Agitado	
	Culpable	
	Frustrado	
	Humillado	
Desilusionado		
Rabioso		
Otro		

Frente al intento realizado	Se siente arrepentido	
	Reafirma intención de suicidarse	
	Ambiguo, no sabe	

Frente a la sobrevivencia	Se siente conforme	
	Se siente decepcionado	
	Ambiguo, no sabe	

Ideación suicida post intento	SI	NO
-------------------------------	----	----

Volvería a tratar de suicidarse	Si	
	No	
	Depende, no sabe	

## II. FACTORES DE RIESGO INMINENTE

### 1. Suicidalidad actual

Ideas o deseos suicidas	No	
	Fugaces	
	Continuos	
	Plan suicida	
Explique		

Habla acerca de morir, la muerte o el suicidio	SI	NO
Verbaliza intención de suicidarse	SI	NO
Amenaza suicidarse	SI	NO
Relata haber estado cerca de cometer un intento en los pasados días	SI	NO
Ha estado buscando medios suicidas (medicamentos, armas)	SI	NO
Método suicida fácilmente disponible	SI	NO

Autoagresiones (aún menores)	SI	NO
Cuál (es). Explique		

## 2. Síntomas de riesgo

Insatisfacción o desmoronamiento con el tratamiento	SI	NO
Cambio clínico brusco	SI	NO

Desánimo	No	Leve	Moderado	Severo
Desesperanza	No	Leve	Moderado	Severo
Desesperación	No	Leve	Moderado	Severo
Irritabilidad	No	Leve	Moderado	Severo
Agitación	No	Leve	Moderado	Severo
Angustia, crisis de pánico	No	Leve	Moderado	Severo
Anhedonia	No	Leve	Moderado	Severo
Disforia	No	Leve	Moderado	Severo
Ciclaje del humor	No	Leve	Moderado	Severo
Insomnio	No	Leve	Moderado	Severo
Psicosis	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de estar atrapado, sin salida	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de estar abandonado	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de culpa	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de humillación	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de rabia, vengativo	No	Leve	Moderado	Severo
Sensación de inutilidad, de ser innecesario, una carga	No	Leve	Moderado	Severo
Sentimientos de odio a sí mismo	No	Leve	Moderado	Severo

## 3. Conductas de riesgo

Abuso de alcohol/sustancias o incremento del consumo	SI	NO
Impulsividad o deterioro del autocontrol	SI	NO
Deterioro del funcionamiento del rol	SI	NO
Perturbación conductual	SI	NO
Conducta imprudente	SI	NO
Ensimismamiento, retracción, aislamiento	SI	NO
Abandono de responsabilidades	SI	NO
Rechazo de ayuda o renuncia a recibirla	SI	NO

#### 4. Contexto

Aislado o solo, en el presente o futuro próximo	SI	NO
Ausencia de sistema de apoyo y contención	SI	NO
Eventos negativos o problemas percibidos como “insolubles”	SI	NO
Pérdida reciente o anticipa pérdida próxima	SI	NO
Método suicida disponible	SI	NO
Alianza terapéutica ausente, insuficiente o deteriorada	SI	NO

### III. FACTORES PROTECTORES

Presencia de medio/vínculo protector	SI	NO
Sentido de responsabilidad por otros	SI	NO
Espiritualidad	SI	NO
Percepción de apoyo social	SI	NO
Disponibilidad de recursos de ayuda	SI	NO
Esperanza, planes de futuro	SI	NO
Compromiso para seguir plan terapéutico	SI	NO
Sólida alianza terapéutica	SI	NO
Esperanza	SI	NO
Percepción de autoeficacia	SI	NO
Apego a la vida	SI	NO
Miedo a la muerte, morir o el suicidio	SI	NO
Temor a la desaprobación social por suicidarse	SI	NO
Creer que el suicidio es inmoral o está contra Dios	SI	NO
Compromiso con la vida, historia de compromisos	SI	NO
Motivado a pedir ayuda en caso que se eleve el riesgo	SI	NO

### IV. BALANCE DE FACTORES DE RIESGO/FACTORES PROTECTORES

A su juicio predominan	Los factores de riesgo	
	Los factores protectores	
	Son equivalentes, dudoso	

V. ANTECEDENTES

Intentos previos	SI	NO
------------------	----	----

N° de intentos previos	Uno	
	Más de uno	
Edad del primer intento		
Cuándo fue el último intento	En los últimos 12 meses	
	Hace más de 12 meses	
Mayor severidad alcanzada en intentos previos	Alta	
	Mediana	
	Baja	
	Nula	
Familiares que hayan muerto por suicidio	No	
	Si, de primer grado	
	Si, de segundo grado	

Trastorno(s) Psiquiátrico(s) Diagnosticado(s)	SI	NO
¿Cuáles?		

Trastorno(s) de Personalidad Diagnosticado(s)	SI	NO
¿Cuáles?		

Abuso/dependencia de sustancias	SI	NO
¿Cuáles?		

Hospitalizaciones por motivos psiquiátricos	SI	NO
---	----	----



## NOTA ACLARATORIA

\*Clasificación de los intentos suicidas: Se considera Intento Suicida Severo aquel en que la letalidad o la intención suicida han sido elevadas. Una vez evaluado el intento suicida (sección I), prosiga evaluando los factores de riesgo inminente (sección II), los factores protectores (Sección III), y así sucesivamente.

\*Las indicaciones de hospitalización del intento suicida se pueden clasificar en:

a) Características del intento: intento severo, más de un método, seguidilla de intentos, intento de suicidio ampliado, motivación altruista, ideación suicida o alta desesperanza post intento, reafirmación de la intención suicida, decepción a la sobrevivencia, rechazo de ayuda.

b) Contexto: sexo masculino, mayor de 45 años, enfermedad psiquiátrica severa, abuso de alcohol/sustancias, ausencia de sistemas de apoyo o contención, contexto de violencia, pérdida clave, salud deteriorada.

c) Antecedentes: suicidales previos e historia de impulsividad y violencia, también deben ser considerados.

Una vez terminada la evaluación del intento suicida continúe con las siguientes secciones. Un paciente puede haber cometido un intento leve, y sin embargo, presentar factores de riesgo inminente que deben ser valorados.

## ANEXO V

Otras escalas de evaluación.

<b>Clasificación del Riesgo Suicida</b>
- Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.
- Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
- Riesgo Grave: hay una reparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.
- Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

A continuación, se presenta una Guía Práctica<sup>2</sup> para detectar riesgo suicida en personas de distintas edades. Puede ser utilizada tanto por especialista en salud mental como por médicos generales, otros profesionales y técnicos de salud, e incluso por monitores y agentes comunitarios. Tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, y se puede aplicar tanto a la persona en riesgo como a un familiar.

### Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Niñez

<b>ITEM</b>	<b>PUNTOS</b>
Padres demasiado jóvenes o demasiado maduros	1
Dificultades en la captación y control prenatal	1
Enfermedad psiquiátrica de los padres	2
Niño/a poco cooperador en la consulta	1
Niño/a que manifiesta cambios en su comportamiento	3
Violencia en el hogar y sobre el niño/a	3
Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta	2
Antecedentes personales de auto-destrucción	2
Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño/a	3
Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etc.)	2
Con un puntaje <b>menor a 10 puntos</b> , el niño/a debe ser evaluado por equipo de salud mental. Si el puntaje es <b>mayor a 12 puntos</b> , el niño/a debe ser hospitalizado en el servicio de psiquiatría infanto-adolescente. Si la hospitalización no es posible, debe ser evaluado inmediatamente por psiquiatra infanto-adolescente.	

## Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Adolescencia

ITEM	PUNTOS
Provenir de un hogar roto	1
Progenitores portadores de enfermedad mental	2
Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar	2
Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
Cambios evidentes en el comportamiento habitual	5
Amigos con conducta suicida	2
Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida)	5
Antecedentes personales de enfermedad mental	4
Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etc.)	2
Si la suma de la puntuación es <b>mayor de 12</b> , el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización y, de no ser posible, requerirá de una valoración inmediata por el especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.	

## Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en el Adulto

ITEM	PUNTOS
Los familiares temen que la persona realice un intento de suicidio	3
Actitud poco cooperadora de la persona durante la entrevista	3
La persona manifiesta deseos de morir.	2
La persona manifiesta ideas suicidas	4
La persona tiene un plan suicida	5
La persona tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos	4
La persona tiene antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente	2
La persona tiene antecedentes de intento de suicidio	3
La persona tiene antecedentes familiares de conducta suicida	3
Presencia de un conflicto actual (pareja o familia).	2

Si la suma de la puntuación **sobrepasa los 18**, la persona debe ser hospitalizada

Si la suma se encuentra **entre 10 a 18 puntos** sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, la persona debe ser observada por parte de un personal especializado en las instituciones correspondientes

Si la suma es **menor de 10 puntos** sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, la persona debe ser evaluada por equipo de salud con experiencia en salud mental

## Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en Personas Mayores

ITEM	PUNTOS
Vive solo/a	2
Padece una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados	2
Padece una enfermedad mental	3
Tiene antecedentes personales de conducta suicida	3
Posee antecedentes familiares de dicha conducta	1
Actitud poco cooperadora en la entrevista	2
Expresa deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros	4
Manifiesta ideas suicidas	5
Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución	3
Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista	5

Si la suma de la puntuación es mayor de 9 puntos, la persona mayor debe ser remitida a una unidad psiquiátrica para ser examinada por profesional especializado

### Acciones según nivel de riesgo

Nivel de Riesgo	Conducta a Seguir
Leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación psiquiátrica.</li> <li>- Derivación asistida al equipo de salud primaria para seguimiento</li> <li>- Poner en contacto con redes sociales y familiares.</li> </ul>
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervención psiquiátrica, eventualmente tratamiento farmacológico</li> <li>- Evaluación del sostén familiar a fin de determinar necesidad de internación.</li> <li>- Derivación a Centro de Salud Mental Comunitaria o equipo ambulatorio de especialidad</li> <li>- Conectarlo con redes sociales y familiares.</li> </ul>
Grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) en servicio de urgencia general con intervención especializada, cuando hay riesgos vitales. Si no hay compromiso vital, hospitalización en servicio de psiquiatría de corta estadía, con vigilancia permanente, control médico especializado a diario, con ajuste de medicación según evolución.</li> <li>- En caso de excitación, angustia, agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata.</li> </ul>
Extremo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) con medidas de contención y seguimiento especializado estricto.</li> <li>- Medidas de contención físicas.</li> <li>- Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos.</li> <li>- Seguimiento por un equipo técnico por un período no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.</li> </ul>

FICHA DE INFORMACIÓN INTENTOS DE SUICIDIO

(Este instrumento fue elaborado por Raquel Opazo, referente de Salud Mental, SEREMI de Coquimbo)

FICHA PERSONAL

(Intento de Suicidio)

1.- Identificación Individual (completar todo con letra clara y en imprenta):

Nombres:.....

Femenina      Masculino      Fecha de nacimiento:.....Edad:

Rut:      N° de Hijos:.....

Educación: Básica      Media      Técnico Universitaria      Sin instrucción

Actividad:      Estudiante      Otra actividad:.....

Domicilio:.....Comuna:.....

Ficha Clínica:.....Centro de Salud de su Domicilio:.....

2.- RELATIVOS A INTENTO DE SUICIDIO

Fecha del Intento de Suicidio:.....

Causa:.....

Método utilizado en el intento:.....

Fue derivado a psiquiatra después del intento: Si      No

Fue derivado a Equipo de Salud Mental del Centro de Salud u Hospital correspondiente: Si No  
A otro: ¿Cuál?:.....

Establecimiento de Salud donde se realiza la atención de urgencia:.....

¿Qué funcionario realiza la atención de urgencia?:.....

En caso que no recibió atención en un Establecimiento de Salud, ¿Quién realizó la atención?:

Profesor: Si      No      Carabinero: Si      No

Otro:.....

3.- ANTECEDENTES DE SALUD DE LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO:

Padece de enfermedad física: Si      No

Padece de enfermedad mental: Si      No

Está en tratamiento por la enfermedad mental: Si No

En qué establecimiento está en tratamiento por la enfermedad mental:.....

Consumo drogas: Si No Maltrato Infantil: Si No

VIF: Si No

4.- RELATIVOS A LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO Y A SU FAMILIA:

La persona individualizada ha realizado con anterioridad a este intento otros:

Intentos de suicidios: Si No ¿Cuántos?:.....

Hay intentos de suicidio en la familia: SiNo

Hay suicidios en la familia: Si No

Grupo familiar: (con el que vive la persona)

Nombre:.....Relación:.....Edad:.....

Estudios:.....Antecedentes de salud física y mental:.....

5.- FAMILIAR QUE ESTARÍA DISPUESTA/O A ENTREGAR MAYOR INFORMACIÓN:

Nombre:.....Teléfono:.....

Dirección:.....

6.- FUNCIONARIO TESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

Nombre completo:.....

Rut:.....Cargo:.....

Establecimiento:.....Comuna:.....

Firma:.....Fecha:.....

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

## Instrumentos de evaluación del riesgo suicida

### ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de Ítems: 20

Administración: Auto aplicada

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

### **DESCRIPCIÓN**

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

### **CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN**

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguiente puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto.



## ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology (1979) 47(2):343-352.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE			
1	Deseo de vivir	Moderado a intenso	0
		Débil	1
		Ninguno	2
2	Deseo de morir	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
3	Razones para vivir / morir	Las razones para vivir son superiores a las de morir	0
		Iguals	1
		Las razones para morir son superiores a las de vivir	2
4	Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
5	Intento pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	0
		Dejaría su vida / muerte en manos del azar (ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada)	1
		Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (ej. un diabético que deja de tomar la insulina)	2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS			
6	Dimensión temporal: duración	Breve, períodos pasajeros	0
		Períodos más largos	1
		Continuo (crónico), o casi continuo	2
7	Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	0
		Intermitente	1
		Persistente o continuo	2
8	Actitud hacia el pensamiento / deseo	Rechazo	0
		Ambivalencia, indiferencia	1
		Aceptación	2
9	Control sobre la acción de suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	Tiene sensación de control	0
		No tiene seguridad de control	1
		No tiene sensación de control	2
10	Factores disuasorios del intento activo. (Si existen, indicarlos)	No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio	0
		Los factores disuasorios tienen cierta influencia	1
		Influencia mínima o nula de los factores disuasorios	2
11	Razones del proyecto de intento	Manipular el medio, atraer atención, venganza	0
		Combinación de ambos	1
		Escapar, acabar, resolver problemas	2
12	Método: especificación / planes	No los ha considerado	0
		Los ha considerado, pero sin detalles específicos	1
		Los detalles están especificados / bien formulados	2
13	Método: accesibilidad / oportunidad	Método no disponible; no hay oportunidad	0
		El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente	1
		Método y oportunidad accesible / Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado	2
CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.			
14	Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	No tiene valor, demasiado débil, temeroso, incompetente	0
		Inseguro de su coraje, competencia	1
		Seguro de su competencia, coraje	2
15	Expectativas / anticipación de un intento real	No	0
		Incierto, no seguro	1
		Si	2
REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO			
16	Preparación real	Ninguna	0
		Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)	1
		Completa (ej. tener las píldoras, cuchillo, la pistola cargada)	2
17	Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	0
		Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla	1
		Completada	2
18	Preparativos finales ante la anticipación de la muerte	Ninguno	0
		Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados	1
		Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado	2
19	Engaño/encubrimiento del intento proyectado (comunicación de su idea al terapeuta).	Reveló estas ideas abiertamente	0
		Fue reacio a revelarlas	1
		Intento engañar, encubrir, mentir	2
FACTORES DE FONDO			
20	Intentos previos de suicidio	Ninguno	0
		Uno	1
		Más de uno	2
21	Intención de morir asociada al último intento	Baja	0
		Moderada; ambivalente, insegura	1
		Alta	2

**Descripción:**

Escala hetero aplicada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse

Contiene 19 ítems que deben ser completados por el entrevistador en el transcurso de una entrevista semi-estructurada.

Incluye preguntas relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Se agregan dos ítems, en los que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos. Estas dos últimas preguntas tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad o seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida.

En los casos de que las puntuaciones de las preguntas 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada pregunta se puntúa de 0-2. La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a las 19 primeras preguntas, ya que las preguntas 20 y 21 no se toman en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0 a 38.

Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio.

Una mayor puntuación se relaciona con un más elevado riesgo de suicidio.

### ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA DE PIERCE

Pierce, D.W. 1977 British Journal of Psychiatry, 130,377-385

Para ser completada después de un intento suicida

CIRCUNSTANCIAS		
1. De Aislamiento	Alguien Presente	0
	Alguien cerca o al teléfono.	1
	Nadie cerca.	2
2. Momento elegido	Elegido con posibilidades de intervención	0
	Intervención improbable	1
	Intervención altamente improbable	2
3. Precauciones contra rescate	Precauciones activas	0
	Pasivas (Ej. Dejar puerta abierta).	1
	Ninguna	2
4. Actuación para obtener ayuda.	Notifica del intento.	0
	Contacta a otros, no cuenta.	1
	No contacta a nadie.	2
5. Actos finales en anticipación	Nada	0
	Preparación parcial	1
	Planes precisos (testamentos, seguros, regalos.)	2
6. Carta suicida	No deja	0
	Carta retirada	1
	Presencia de carta	2
AUTOREPORTE		
7. Letalidad	Pensó que no mataría.	0
	Inseguridad de la acción letal.	1
	Creyó que era letal.	2
8. Intención declarada	No quería morir.	0
	Inseguridad.	1
	Quería morir.	2
9. Premeditación	Impulsivo.	0
	Considerado por menos de 1 hora.	1
	Considerado por menos de 1 día.	2
	Considerado por más de 1 día.	3
10. Reacción frente al intento	Felicidad por recuperación.	0
	Ambivalencia	1
	Decepción por haber fallado.	2
RIESGO		
11. Resultado predecible	Supervivencia cierta.	0
	Muerte improbable.	1
	Muerte probable o cierta.	2
12. Muerte si no recibiera tratamiento médico.	No	
	Incierto	
	Si	

Items 11 y 12 = Puntaje de riesgo médico

Puntaje total: 0 – 3 puntos = Intención baja  
 4 – 10 puntos = Intención mediana  
 Más de 10 = Intención alta

### ESCALA DE SUICIDALIDAD

Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 409-15.

Escala auto administrada

Formada por 4 preguntas, donde las tres primeras exploran ideación suicida y la cuarta consulta sobre intento de suicidio:

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces	2
	muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	ningún intento	0
	un intento	1
	dos intentos	2
	tres o más intentos	3

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio.

La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos.

A mayor puntuación mayor gravedad.

### ESCALA SAD DE PERSONS

William M. Patterson M.D., Henry H. Dohn M.D., Julian Bird M.A., M.R.C.P., M.R.C. Psych., and Gary A. Patterson M.S. Psychosomatics 24: 343-349, 1983. Academy of Psychosomatic Medicine

Valora la necesidad de ingreso hospitalario en aquellas personas con un riesgo elevado de llevar a cabo un intento de suicidio

El nombre de la escala es un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio:

Sex (Sexo)  
Age (Edad)  
Depresión (Depresión)  
Previous attempt (Intentos previos)  
Etanol abuse (Abuso de alcohol)  
Rational thinking loss (Pérdida del pensamiento racional)  
Social supports lacking (Carencia de soporte social)  
Organized plan (Plan organizado)  
No spouse (Sin pareja)  
Sickness (Enfermedad)

La presencia de cada uno de estos ítems se valora con un punto. La puntuación total es la suma de todos ellos.

Tres o más puntos deben hacer pensar en la posibilidad de ingreso hospitalario.

Sobre 6 puntos debería llevarse a cabo la hospitalización, incluso sin el consentimiento del paciente.