

GUÍA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN HOSPITALES GENERALES



DIRECTORIO

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. Guillermo Ruiz Palacios y Santos
Titular de la Comisión
Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. María Elena Medina Mora Icaza
Directora General del
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Dr. Eduardo A. Madrigal de León
Director General de los
Servicios de Atención Psiquiátrica



GRUPO DE TRABAJO

Coordinación General

Dra. María Elena Medina Mora

Dr. Eduardo A. Madrigal de León

Grupo de Expertos del Consejo Interno de SAP

Dr. Juan Ramón de la Fuente Ramírez

Dr. Gerhard Heinze Martin

Dr. Lauro Castanedo de Alva

Dr. Jesús del Bosque Garza

Lic. Gabriela Cámara Cáceres

Grupo de Expertos Externos

Dr. José Ramón Ar6ellano Cano

Dr. Eduardo Arroyo García

Dra. Judith González Sánchez

Dra. Lorena Genoveva Hernández Muñoz

Dr. Alejandro Molina López

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dr. Jorge A. Peña Ortega

Dr. Emmanuel I. Sarmiento Hernández

Dr. Felipe Vázquez Estupiñán

Coordinación Técnica

Dra. Sol Durand Arias

Dr. Gabriel Sotelo Monroy

Dra. Gabriela M. Cortés Meda

Mtra. Diana Iris Tejadilla Orozco



CONTENIDO

	Página
1. Resumen ejecutivo	9
2. Introducción	11
3. Marco de Referencia	13
4. Objetivos	17
5. Proceso de atención	19
5.1. Generalidades	19
5.2. Ajustes estructurales	21
5.3. Evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias	22
5.4. Tamizaje y <i>Triage</i>	23
5.5. Formato de recolección de datos por parte del médico de urgencias en la evaluación del paciente con conducta suicida	32
6. Algoritmos de atención	35
7. Referencias	39



RESUMEN EJECUTIVO

La presente guía brinda un panorama actual de la conducta suicida en el país, además de proporcionar información clave para la incorporación de personal capacitado en salud mental dentro de los hospitales generales, con la finalidad de reducir el estigma y fomentar la atención integral de los individuos con conducta suicida.

El principal objetivo de la implementación de dicha guía es poder proveer atención oportuna, completa y basada en evidencia para individuos con riesgo de conductas suicidas en los servicios de urgencias de los hospitales generales. Esto implica la capacitación de personal (incluyendo enfermería, trabajo social, psicología y medicina), el uso de instrumentos estandarizados para evaluar la conducta suicida que ayuden a una adecuada toma de decisiones, la recolección de datos con fines clínicos y estadísticos y el seguimiento oportuno de estos individuos.

La guía incluye de manera práctica varias escalas de tamizaje y algunos algoritmos de actuación y toma de decisión para una rápida y sencilla aplicación de la misma. Esto puede ser aplicado por el personal que ya se encuentra laborando en un servicio de urgencias, sin embargo, se sugiere la capacitación del personal en materia de salud mental para mejorar la atención, comunicación y derivación con el personal especializado en salud mental.

La adecuada implementación de esta guía puede brindar información actualizada y precisa acerca de las características sociodemográficas y clínicas de la población que está presentando alguna conducta suicida y como se lleva a cabo la atención de estos individuos. Esto es fundamental para conocer el panorama que tenemos, principalmente al respecto del compromiso que tienen los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) – incluyendo a México – de trabajar en las medidas que conduzcan a reducir las muertes por suicidio en un 10% para el 2020.



1. INTRODUCCIÓN

Para superar retos importantes como el estigma y la discriminación en torno de la atención de los trastornos mentales, la brecha de atención de la salud mental y la calidad heterogénea de la atención, en el marco del Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018 y en el Programa de Atención Integral de las Enfermedades Mentales de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), se estableció diseñar y desarrollar modelos para promover la implementación de servicios de psiquiatría en la atención primaria, en hospitales generales y de alta especialidad, dentro de la “Estrategia 3.1: Fortalecer las acciones en casos de trastornos mentales con comportamiento suicida”, del “Objetivo 3: Realizar acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios relacionados con el suicidio y sus factores de riesgo”.

En ese contexto se organizó el Foro “Construyendo un Modelo de Atención Psiquiátrica en los Hospitales”, organizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, del 1 al 2 de marzo de 2016, el cual representa una propuesta para realizar un ejercicio de reflexión conjunta, invitando a los profesionales que laboran en los servicios de atención psiquiátrica de hospitales generales e instituciones de salud públicos y privados, con el fin de recabar sus experiencias y aportes, indispensables para elaborar un documento que proponga un modelo de atención estandarizado y un protocolo para los individuos que realicen alguna conducta suicida.

En este sentido, existe una transición mundial al respecto de la atención de pacientes con trastornos mentales. El modelo actual plantea que la atención de salud mental debe de ser brindada en los hospitales generales, incluso cuando se requiera de hospitalización. Esto implica un reajuste estructural, tanto físico como de recursos humanos que enfatice la necesidad de un equipo multidisciplinario para la atención



integral de la salud mental en pacientes psiquiátricos y pacientes médicamente enfermos. En la misma línea, el abordaje y tratamiento del individuo con conducta suicida debe de ofrecerse de manera integral en los hospitales generales, pues no siempre se contará con personal y centros especializados para derivarlos; de hecho, es deseable que esto suceda para disminuir el estigma que conlleva el complejo fenómeno de la conducta suicida.

La propuesta de esta guía práctica integra los resultados de las seis mesas de trabajo del Foro. El documento presenta el marco de referencia de la conducta suicida, los objetivos de la guía, el proceso de atención al individuo con conducta suicida en hospitales generales (incluyendo *triage* y tamizaje), un formato de recolección de datos que tiene fines clínicos y estadísticos y tres algoritmos de tratamiento de acuerdo a los diferentes escenarios de individuos con conducta suicida que se pueden presentar en un hospital general.

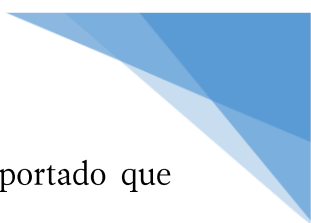
2. MARCO DE REFERENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1976), el **suicidio** se define como “un acto con resultado fatal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. La **conducta suicida** es el conjunto de comportamientos relacionados con la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo que podría acabar con la propia vida, misma que implica un continuum que va desde las fantasías de muerte, autolesiones, ideación y amenazas, hasta los gestos e intentos suicidas. Se trata de un problema multifactorial, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

A continuación se plasman las principales definiciones operativas dentro de la conducta suicida:

- Ideas de muerte: pensamientos relacionados con la propia muerte, pero no con el suicidio.
- Fantasías de suicidio: pensamientos relacionados con el suicidio pero sin una intención ni un plan para realizarlo.
- Ideación suicida: pensamientos relacionados con el suicidio, teniendo una intención de realizarlo, con presencia de un plan estructurado o no para llevarlo a cabo.
- Gesto suicida: conductas encaminadas a quitarse la vida, que no llegan a provocar un daño tisular, que generalmente son detenidas por el individuo o por terceros.
- Intento suicida: conducta encaminada a quitarse la vida, que provocan un daño tisular y que posterior a su realización no se consiguió la muerte.

A nivel mundial, más de 800,000 personas mueren al año a causa del suicidio, lo que significa que una persona muere cada 40 segundos. Cabe mencionar que por cada



suicidio consumado existen múltiples intentos fallidos previos (se ha reportado que hasta 25); de hecho, el intento suicida previo es el factor de riesgo más importante para el suicido consumado. Borges y colaboradores (2012) comentan que es fundamental estudiar los intentos de suicidio debido a la carga psicológica que conllevan, las repercusiones y lesiones que pueden causar y por la estrecha relación que tienen con el suicidio consumado. Es relevante recalcar que estas muertes pueden ser prevenibles a través de intervenciones oportunas, de bajo costo y basadas en evidencia.

Cabe mencionar que el suicidio es un acto estigmatizado, lo cual puede provocar que exista un sub-registro de los datos reales. De acuerdo a la información reportada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en el 2013 se registraron en México 5,909 suicidios, lo que representa el 1% del total de muertes registradas, colocándose como la décima cuarta causa de muerte en el país. El incremento en la tasa de suicidios a lo largo del tiempo es evidente, por ejemplo entre el año 2000 y 2013, la tasa de suicidios se ha incrementado de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Las diferencias por sexo siguen siendo notorias, en el 2013 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 por cada 100 mil mujeres.

El 40.8% de los suicidios consumados ocurrieron en jóvenes de 15 a 29 años y se perpetuaron en un 81.7% por hombres y 18.2% en mujeres; lo cual representa un problema debido al crecimiento tan importante que ha tenido este grupo etario en las tasas de suicidio, que son de 12 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres.

Por entidad federativa, en el 2013, se reportó que Aguascalientes, Quintana Roo y Campeche tienen las mayores tasas de suicidio (9.2, 8.8 y 8.5 por cada 100 mil habitantes respectivamente); mientras que Guerrero, Oaxaca y Tlaxcala presentan las tasas más bajas (2.7, 3 y 3.1 por cada 100 mil habitantes respectivamente).

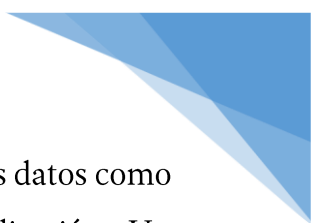
Los métodos más utilizados son en primer lugar el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en un 78.9 % para hombres y 69.9% para mujeres; en

segundo lugar para los hombres es el disparo por arma de fuego (10.9%) y para las mujeres el envenenamiento (21.8%). El suicidio es realizado en su mayoría en la vivienda particular (74%).

Existe una asociaci6n entre la presencia de trastornos mentales y la conducta suicida, sin embargo, no es la 6nica causa. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiologí a Psiqui1trica (ENEP), el 75% de los casos de intento de suicidio reportaron el antecedente de alg6n trastorno psiqui1trico. De 6stos, los principales involucrados son los trastornos depresivos, seguidos del alcoholismo, los trastornos de ansiedad y en menor frecuencia los trastornos psic6ticos (como esquizofrenia). Todos estos padecimientos requieren de un diagn6stico oportuno, un manejo terap6utico que incluya intervenciones farmacol6gicas y no farmacol6gicas y mayor vigilancia acerca de la conducta suicida.

De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiol6gicas de las Adicciones (SISVEA) del 2012 existe una relaci6n entre el consumo de sustancias y el suicidio. De las 9,467 defunciones reportadas, el 10.2% fue catalogado como suicidio, en su mayoría bajo la influencia del consumo de alcohol, cocaína y tranquilizantes.

Otras causas identificadas para la conducta suicida son la mala situaci6n econ6mica y los conflictos de pareja, raz6n por la cual se debe de entender el suicidio como un fen6meno multifactorial que tiene repercusiones en todos los 1mbitos: familiares, sociales, econ6micos. Borges y colaboradores (2010) identificaron que la edad m1s joven, la educaci6n e ingresos bajos, el estado civil no casado, el desempleo, la psicopatologí a parental, las adversidades en la infancia, la presencia de trastornos mentales y la comorbilidad psiqui1trica son factores de riesgo significativos para conductas suicidas en los 6ltimos 12 meses, tanto en paí ses desarrollados como en vÍ as de desarrollo. Un estudio realizado por Ch1avez-Hern1ndez y MacÍ as-GarcÍ a (2015) en Guanajuato a trav6s de autopsias psicol6gicas encontr6 que la pobreza, el estr6s econ6mico, el uso de sustancias, el bajo nivel educativo, las relaciones conflictivas y el pobre manejo de las emociones son factores de riesgo para el suicidio consumado.



Es necesario contextualizar el intento suicida, caracterizando algunos datos como el método realizado, la letalidad del mismo, la motivación y la premeditación. Un estudio reciente, realizado por López-Tovilla y colaboradores (2015) en Tabasco, con el objetivo de encontrar diferencias entre los intentos de suicidio impulsivos y los intentos premeditados, concluyó que los hombres realizan más intentos premeditados (71.4%), mientras que las mujeres llevan a cabo más intentos impulsivos (65.2%). Otro hallazgo interesante es que el grupo de intentos premeditados tuvo una asociación significativa con el consumo regular de alcohol e incluso consumo de etanol y cannabis previo al intento de suicidio.

3. OBJETIVOS

- Proveer atención oportuna, completa y basada en evidencia para individuos con riesgo de conductas suicidas en los servicios de urgencias de hospitales generales.
- Mejorar el flujo de pacientes con trastornos mentales o conductas de riesgo dentro de la atención en los servicios de urgencias en hospitales generales, incluyendo el uso de camas de hospitalización si fuese necesario.
- Contar con información estadística acerca de las características sociodemográficas y clínicas de los individuos que realizan alguna conducta suicida.
- Reconocer las necesidades en salud mental de los pacientes médicamente enfermos para proveer atención y tratamiento oportunos.
- Mantener comunicación interinstitucional para asegurar la continuidad del tratamiento.
- Facilitar el acceso a servicios de atención en salud mental una vez egresado de los servicios de urgencias en hospitales generales, de acuerdo a las necesidades del paciente, incluyendo el primer nivel de atención.
- Asegurar la adherencia al tratamiento y participación del paciente y sus familiares a los servicios de atención en salud mental.



4. PROCESO DE ATENCIÓN

Generalidades

Los servicios de urgencias de los hospitales generales tienen una gran relevancia en la atención de la conducta suicida, ya que generalmente son los primeros lugares en los que el paciente con conducta suicida entra en contacto con el sistema de salud.

De manera general se pueden observar dos grupos de individuos con riesgo significativo de conducta suicida:

- Aquellos que acuden con ideación suicida manifiesta o después de un intento de suicidio.
- Aquellos que acuden con una patología física específica, pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

Se requiere de una estrecha colaboración entre los servicios médicos y quirúrgicos de hospitales generales y los de salud mental para participar activamente en la integración de los pacientes en un proceso terapéutico que favorezca los procedimientos de vigilancia, tratamiento e involucramiento en programas de prevención y manejo ambulatorio, considerando la referencia de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio.

En los pacientes médicamente enfermos, el factor de riesgo más importante para la conducta suicida es la presencia de *depresión*, pero también hay que considerar las características amenazantes de la condición médica, la falta de apoyo social, los estilos de afrontamiento, el estado funcional, la percepción subjetiva de la enfermedad y la presencia de dolor crónico (Sanna et al., 2014). En la Encuesta Mundial de Salud Mental (2010), donde se incluyen datos de México, se estudió la asociación entre enfermedades crónicas y conducta suicida. Se concluyeron varios puntos, de los cuales hay que recalcar los siguientes: 1) la mayoría de las condiciones físicas estudiadas - entre las que se incluyen epilepsia, cáncer, diabetes, hipertensión arterial (HAS), enfermedad cardíaca, evento vascular cerebral (EVC), infarto agudo al miocardio (IAM), enfermedades



respiratorias, alergias, úlceras gástricas, artritis, cefalea y dolor de espalda - estuvieron asociadas a ideación suicida; 2) las patologías como epilepsia, cáncer, IAM y EVC estuvieron asociadas a intentos planeados de suicidio; 3) la *epilepsia* fue la condición física más asociada a conducta suicida; 4) tener más enfermedades físicas se asoció con un mayor riesgo de desenlaces por suicidio; 5) la asociación de enfermedad física con conducta suicida fue más evidente en personas jóvenes; 6) estos resultados no se explicaron por la presencia de algún trastorno mental, ya que al realizar el ajuste por este factor no hubo diferencias. Con esto se concluye que el padecer alguna enfermedad crónica es por si solo un factor de riesgo para la conducta suicida, y que el riesgo aumenta aún más cuando la enfermedad médica se acompaña de algún trastorno mental.

Otras situaciones que hay que tomar en cuenta en los pacientes médicamente enfermos son aquellas conductas perjudiciales como no acudir a las citas programadas, la mala adherencia terapéutica, la negativa a procedimientos o intervenciones necesarias y la solicitud de alta voluntaria en situaciones críticas. Ante estos eventos se requiere del apoyo del equipo de salud mental para determinar el trasfondo de la conducta y poder brindar atención oportuna. Para que esto ocurra se requiere de una comunicación adecuada y efectiva entre el equipo tratante y el equipo de salud mental.

Si bien el suicidio consumado dentro de un hospital general es poco frecuente, tiene un gran impacto en la familia y los servidores de salud, y plantea la necesidad de revisar medidas de seguridad y procesos de evaluación de riesgo suicida en los pacientes hospitalizados. Ballard y colaboradores (2008) intentaron hacer un metaanálisis del tema, sin poder lograrlo debido a la falta de información comparable. Sin embargo, lograron identificar algunas diferencias entre el suicidio consumado en población general, pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y pacientes hospitalizados en hospitales generales. Para evaluar el suicidio consumado en hospitales generales incluyeron 12 estudios con un total de 335 sujetos, encontrando que los sujetos eran de mayor edad, casados y empleados en comparación con los otros dos grupos. El método más utilizado por este grupo fue aventarse de una gran altura. De manera interesante,

reportaron que solo en el 16% de los casos se solicitó una valoración por psiquiatría, lo que muestra la dificultad por parte del equipo médico para evaluar el riesgo suicida.

Por lo anterior es necesario realizar intervenciones dirigidas a las reacciones psicológicas que ocurren ante las enfermedades médicas, proporcionando un apoyo adecuado con profesionales de la salud capacitados para identificar y tratar las crisis emocionales, promoviendo el uso de herramientas de autocuidado y grupos de apoyo.

Ajustes estructurales

El hospital general debe de contar con cierto número de camas para el manejo de pacientes psiquiátricos (que incluye pacientes con intento suicida reciente, pacientes médicamente enfermos con comorbilidad psiquiátrica, pacientes psiquiátricos con comorbilidad médica). Esto implica cambios en la planeación de los nuevos hospitales, creando áreas específicas para la atención psiquiátrica dentro del mismo hospital o, en su defecto, el rediseño de las unidades ya existentes para atender a este grupo de pacientes.

De preferencia, se debería de contar con un área determinada para la atención de pacientes psiquiátricos o con riesgo suicida en el hospital general, mismas que consideren algunas medidas básicas de seguridad y privacidad para el médico y el paciente (por ejemplo, que la puerta no pueda cerrarse desde el interior). No debe de haber medicamento o material quirúrgico al alcance del paciente. A los pacientes se les debe de pedir que entreguen todo objeto peligroso (punzantes, hojas de afeitar, cinturones o cordones), incluso puede ser necesario realizar una revisión en compañía del familiar. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, se debe de contar con el apoyo inmediato del servicio de seguridad del hospital y/o la policía.

Evaluación del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

Cualquier persona que expresa deseos o ideas de suicidio debe de ser tomada en serio. Se ha reportado que un alto porcentaje de las personas que fallecieron por suicidio expresaron fantasías de muerte, ideación suicida o mostraron signos de alarma a familiares o profesionales. En este sentido, Borges y colaboradores (2012) reportaron en dos encuestas psiquiátricas, que cerca de la mitad de las personas con un intento de suicidio consultaron servicios de salud para el tratamiento de problemas emocionales y/o de consumo de sustancias. Una revisión realizada por Luoma y colaboradores (2002) concluyó que un tercio de las personas que consumaron el suicidio estuvieron en contacto con servicios de salud mental en el año previo y uno de cada cinco en el mes anterior al evento; mientras que el 75% tuvo contacto con el primer nivel de atención un año previo y el 45% en el mes anterior (Tabla 1). Esto muestra que existe una búsqueda de atención por parte del paciente con conducta suicida y que debido a que no se explora esta situación, pasa desapercibida.

Tabla 1. Contacto con servicios de salud y suicidio consumado

Servicio contactado	Momento de contacto	Porcentaje de personas que consumaron el suicidio
Salud Mental	1 mes	20%
	1 año	33%
Primer Nivel	1 mes	45%
	1 año	75%

Los efectos letales de una sobredosis pueden ocurrir horas o días después del intento. Por esta razón es que las personas que realizan estos intentos llegan al hospital, donde las intervenciones médicas de urgencia serán fundamentales para el desenlace. Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención y priorizarlos según su gravedad. Por lo

anterior, se han desarrollado e implementado sistemas de estratificación de riesgo, conocidos como *triage*, que permiten una rápida toma de decisiones. Estos sistemas están más enfocados en identificar los casos susceptibles de gravedad.

Cabe mencionar que se ha reportado la existencia de una actitud negativa por parte de los profesionales de la salud hacia los individuos atendidos por conducta suicida. Una revisión sistemática llevada a cabo por Saunders y colaboradores (2012) concluyó que debido a la falta de conocimientos y habilidades para manejar a este grupo de pacientes, el personal llega a presentar conductas de enojo o irritabilidad en la atención de los pacientes, incluyendo la falta de empatía. Por lo anterior, es fundamental mejorar la capacitación del personal de salud, enfatizando las necesidades específicas del servicio de urgencias en temas de salud mental y conductas de riesgo.

***Triage* y tamizaje**

El *triage* se define como la revisión clínica y sistemática de todos los individuos que acuden al servicio de urgencias, con el objetivo de evaluar y priorizar los tratamientos mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia y el tiempo en el que será atendido.

En los servicios de urgencias de los hospitales generales se debe de contar con personal médico y paramédico capacitado en la atención inicial y aplicación de instrumentos a los individuos con alguna enfermedad mental o conducta suicida.

Triage en el paciente con conducta suicida

Las características en que se presentan los individuos con conducta suicida en los servicios de urgencias suelen ser muy heterogéneas y van desde aquellos que realizaron gestos suicidas hasta aquellos que muestran una situación de compromiso vital, pasando por los que se encuentran bajo la influencia de alguna sustancia o incluso con agitación psicomotriz.

En todos los casos se requiere implementar una evaluación inmediata de la situación clínica con un tratamiento eficaz que minimice los riesgos, idealmente los individuos con conducta suicida deberían ser atendidos dentro de la primera hora de su llegada al servicio de urgencias. Para dicho fin existen varias escalas, a continuación se hace mención de algunas de ellas que pueden ser útiles en la práctica clínica.

Cuestionario de conducta suicida de Horowitz

Horowitz y colaboradores (2001) crearon un breve cuestionario de rápida aplicación para ser formulado en el servicio de urgencias a aquellas personas que acuden por conducta suicida. Se trata de un cuestionario dirigido a niños y adolescentes, pero que puede ser replicable en adultos (Tabla 2). Dentro de las propiedades psicométricas, tiene una sensibilidad del 98% y una especificidad del 37%. A mayores respuestas dentro de la categoría “Si”, mayor la necesidad de ser atendido oportunamente.

Tabla 2. Cuestionario de conducta suicida

Preguntas a formular en el <i>triage</i> ante una conducta suicida.	Respuestas	
	Si	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?		
En la semana pasada, ¿ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		

Escala de severidad de suicidio de Columbia (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS por sus siglas en inglés)

Diseñada por Posner y colaboradores (2011), la escala consta de varias versiones de acuerdo a la información que se desea obtener. Ha sido probada en múltiples poblaciones; en España, Al-Halabí y colaboradores (2016) encontraron que es un

instrumento válido para evaluar la ideación y conducta suicida en la práctica clínica y en contextos de investigación. Se trata de una escala que puede ser aplicada por *cualquier persona* y no exclusivamente por personal de salud, además de que ha sido probada en la comunidad, primer nivel de atención, hospitales generales y centros de salud mental.

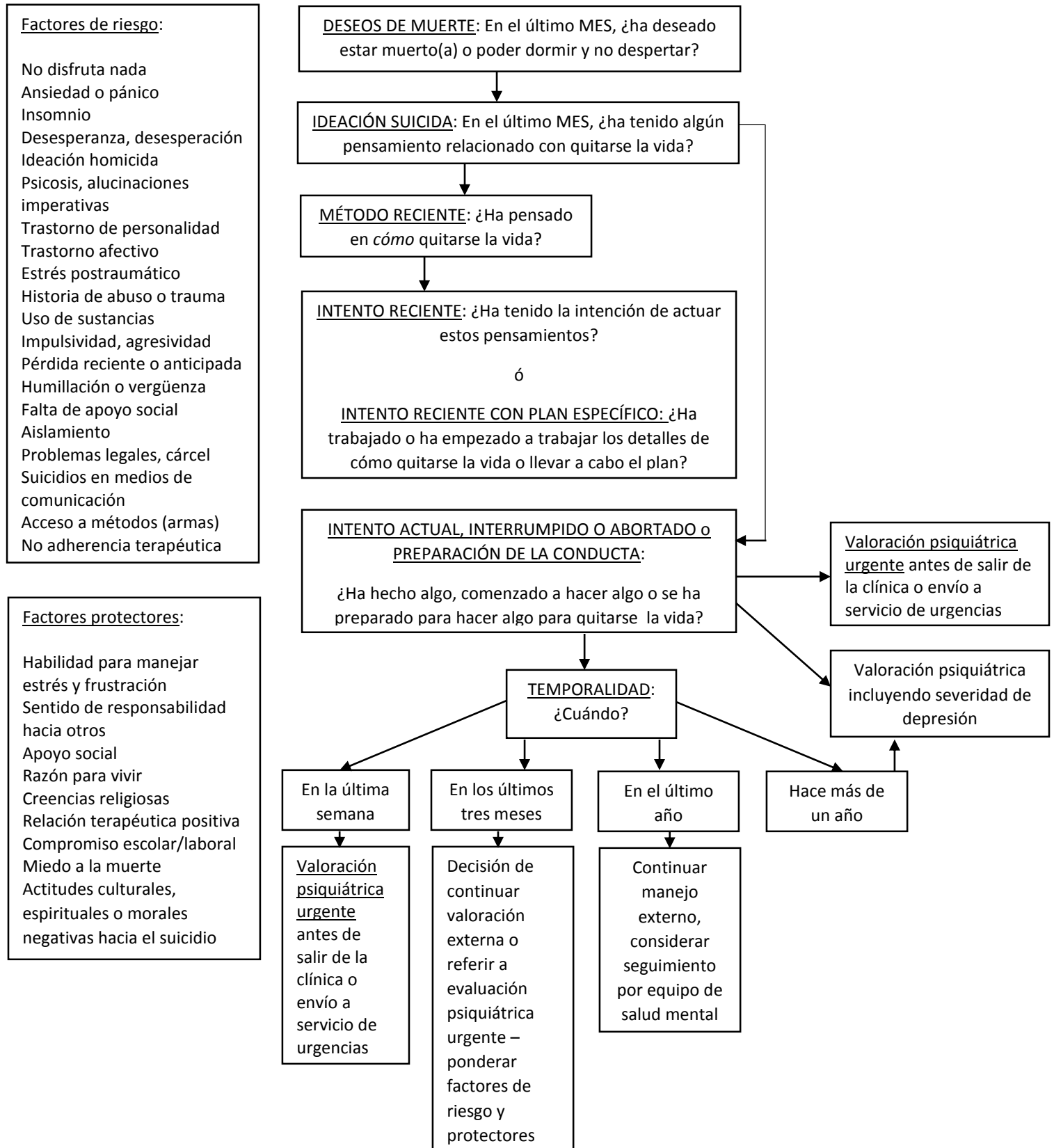
A continuación se muestra la escala de tamizaje (Tabla 3), que consta de dos preguntas candado que posteriormente abren otras cuatro preguntas. Dichas preguntas se asocian con el algoritmo utilizado en el Hospital General de Massachusetts y en los servicios de atención de salud de Harvard (Harvard Partners Healthcare) que se puede observar en la Tabla 4.

Tabla 3. Escala de severidad de suicidio de Columbia

Formule las preguntas que están en negritas y subrayadas	En el último mes	
	Si	No
<p>1) Deseos de estar muerto: La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a), o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar.</p> <p><u>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormir y no despertar?</u></p>		
<p>2) Ideas suicidas: Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida/suicidarse (por ejemplo “he pensado en suicidarme”) sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el periodo de evaluación.</p> <p><u>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</u></p>		
<p>Si la respuesta es “Sí” a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es “No” continúe a la pregunta 6.</p>		
<p>3) Ideas suicidas con método (sin plan específico o sin la intención de actuar): El (la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: “he tenido</p>		

<p>la idea de tomar una sobredosis, pero nunca hice un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente... y nunca lo haría”.</p> <p><u>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</u></p>		
<p>4) Intento suicidas (sin plan específico): Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el (la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de “tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto”.</p> <p><u>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</u></p>		
<p>5) Intento suicidas con plan específico: Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y el (la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.</p> <p><u>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse?</u> <u>¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</u></p>		
<p>6) Pregunta de comportamiento suicida</p> <p><u>¿Ha hecho algo, comenzado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para terminar con su vida?</u></p> <p>Ejemplos: Guardar pastillas, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado pastillas de la botella pero no las ha tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente si usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vacío; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.</p> <p>Si la respuesta es Sí, preguntar lo siguiente: <u>¿Hace cuánto tiempo que empezó a hacerlo?</u> Hace más de un año De tres meses a un año En los últimos tres meses</p>		

Tabla 4. Adaptación del algoritmo de atención basado en la Escala de severidad de suicidio de Columbia utilizado en el Hospital General de Massachusetts y en los servicios de atención de salud de Harvard (Harvard Partners Healthcare)



Escala SAD PERSONS

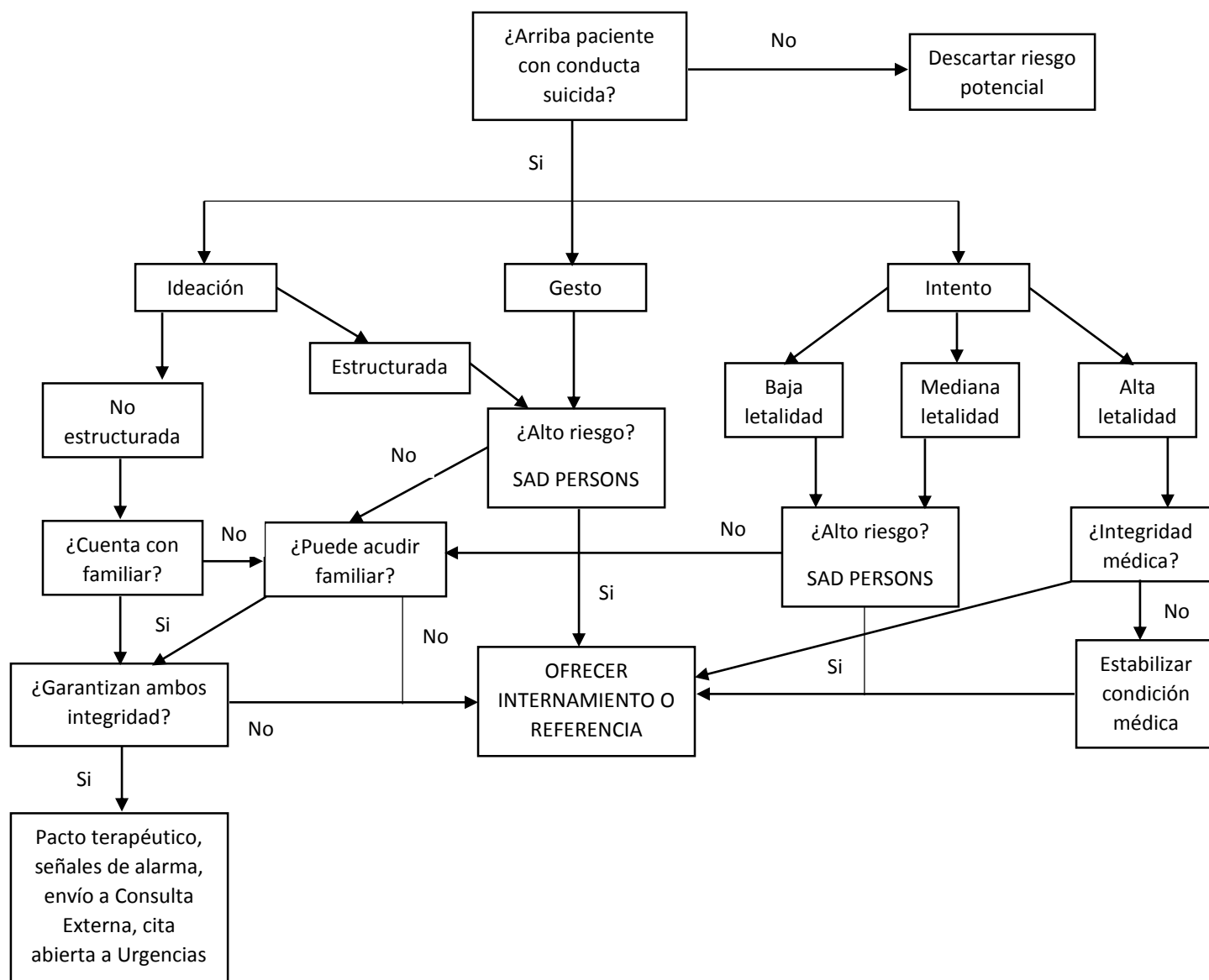
Diseñada por Patterson y colaboradores (1983), su nombre es el acrónimo en inglés formado por la inicial de los diez ítems que la componen (Tabla 5). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

Tabla 5. Escala SAD PERSONS

Acrónimo en inglés	Definición en español
Sex	Masculino
Age	< 20 o > 45 años
Depression	Presencia de depresión
Previous attempt	Intento suicida previo
Ethanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan elaborado
No spouse	Sin pareja
Sickness	Problemas de salud

En México, Molina-López (2008), realizó un algoritmo de actuación en urgencias según la conducta suicida basado en la experiencia en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Tabla 6).

Tabla 6. Adaptación del algoritmo de actuación en urgencias según la conducta suicida



Letalidad del intento suicida

Al hablar de la letalidad del intento suicida hacemos referencia a la severidad e intencionalidad de la conducta realizada. De manera general podemos clasificar la letalidad en tres grados:

- Alta: lanzarse de gran altura, ahorcamiento, uso de arma de fuego, aventarse a vehículo en movimiento.
- Media: intoxicación medicamentosa (por ejemplo: opioides, anticoagulantes) en combinación con etanol, cortes profundos en arterias.
- Baja: ingesta de medicamentos (por ejemplo: benzodiazepinas, analgésicos), cortes superficiales.

Al respecto de la intencionalidad, debemos de tomar en cuenta los aspectos verbales y no verbales de la conducta, incluyendo los factores descritos en la siguiente tabla:

Tabla 5. Intencionalidad del intento suicida

Factores asociados a la intencionalidad suicida
Intento realizado en lugar aislado
Intervención improbable de terceros, llevando a cabo precauciones específicas
Premeditación, preparación detallada del intento y utensilios utilizados
Intención secreta
Realización de nota o carta suicida
Uso concomitante de alcohol

Modificado de Gómez-Cham, A, 2012.

Los servicios de urgencias deben ser capaces de ofrecer una respuesta adecuada al problema, teniendo la infraestructura mínima indispensable y a todo el personal médico y paramédico capacitado para ofrecerla. Por lo anterior, se debe de considerar la integración de algún médico o enfermera de urgencias a estas funciones, que estén

sensibilizados y capacitados para realizar la evaluación inicial y poder iniciar el proceso de toma de decisiones. De manera ideal, se debería contar con un equipo multidisciplinario formado por un psiquiatra, personal de psicología, enfermería y trabajo social – todos capacitados en la atención del paciente con conducta suicida. También se debe de crear un sistema de referencia y derivación que asegure la continuidad del tratamiento para el paciente y los involucrados en el caso.

A continuación se proporciona una sugerencia de formato de datos básicos que debe de llenar el personal del servicio de urgencias, dicho formato tiene fines clínicos y estadísticos que se pueden implementar en las diferentes unidades de atención.

Formato de recolección de datos por parte del médico de urgencias en la evaluación del paciente con conducta suicida

Es importante contar con la siguiente información acerca del paciente con conducta suicida, en ocasiones será indispensable obtener información de los familiares que lo acompañan	
Datos personales	<p>Fecha: _____</p> <p>Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino</p> <p>Edad: _____</p> <p>Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado/unión libre ☐ Separado/divorciado ☐ Viudo</p> <p>Ocupación: ☐ Trabajo ☐ Hogar ☐ Estudio ☐ Desempleo</p> <p>Acompañante: ☐ Pareja ☐ Padres ☐ Hermanos ☐ Otros: _____</p>
Factores de riesgo	<p>Historia familiar de suicidio: ☐ Si ☐ No Quien: _____</p> <p>Antecedente de trastornos mentales:</p> <p>☐ Depresión ☐ Ansiedad ☐ Trastorno bipolar ☐ Trastornos psicóticos</p> <p>☐ Dependencia a sustancias ☐ Conducta alimentaria ☐ Trastornos de personalidad</p> <p>☐ Retraso mental ☐ Otros, especificar: _____</p> <p>Tratamiento para el trastorno mental: ☐ Si ☐ No Especificar: _____</p> <p>Antecedente de conductas autolesivas: ☐ Si ☐ No</p> <p>Intentos suicidas previos: ☐ Si ☐ No Número: _____ Fecha último: _____</p> <p>Persistencia de ideación suicida: ☐ Si ☐ No</p> <p>Eventos estresantes: ☐ Problemas interpersonales ☐ Económicos ☐ Duelo</p> <p>☐ Falta de apoyo familiar/social ☐ Historia maltrato/abuso</p> <p>☐ Enfermedad física, dolor, discapacidad ☐ Otros, especificar: _____</p>
Características del intento suicida	<p>Método: ☐ Ahorcamiento ☐ Arma de fuego ☐ Caída de gran altura</p> <p>☐ Intoxicación medicamentosa, especificar: _____ ☐ Lesión por objeto cortante</p> <p>☐ Intoxicación por producto químico, especificar: _____ ☐ Otro, especificar: _____</p> <p>Uso concomitante de alcohol o drogas al momento del intento: ☐ Si ☐ No</p> <p>Contexto del intento: ☐ Impulsivo ☐ Planificado</p> <p>Letalidad del intento: ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja</p> <p>Actitud ante el intento: ☐ Alivio/arrepentimiento ☐ Lamento de resultado no fatal</p> <p>Planes futuros de suicidio: ☐ Si ☐ No</p>
Evaluación clínica	<p>Alteración del nivel de conciencia: ☐ Si ☐ No</p> <p>Afectación de la capacidad de decisión: ☐ Si ☐ No</p> <p>Estado de ánimo: ☐ Deprimido ☐ Irritable ☐ Eufórico ☐ Ansioso ☐ Indiferente</p> <p>Agresividad: ☐ Si ☐ No</p>
Conclusiones	<p>Riesgo suicida latente: ☐ Si ☐ No</p> <p>Necesidad de evaluación psiquiátrica: ☐ Inmediata ☐ Después de estabilización médica</p> <p>☐ Consulta externa, especificar tiempo: _____</p> <p>Necesidad de hospitalización psiquiátrica: ☐ En hospital general</p> <p>☐ Referencia a otra unidad, especificar: _____</p>

Evaluación por el especialista en salud mental

Es fundamental que los servicios de atención de un hospital general, especialmente el servicio de urgencias, cuenten con el fácil acceso a especialistas en salud mental para que se pueda llevar a cabo una valoración psiquiátrica del paciente con conducta suicida previa al internamiento a la unidad médica, referencia a otra unidad o al egreso del paciente. Si no se cuenta con dichos especialistas, se debe de capacitar a cierto personal (médicos, enfermeras), para que sea el encargado de tomar las decisiones iniciales en salud mental y proporcionar la referencia oportuna a otra unidad, si fuese necesario.

La evaluación por el especialista en salud mental tiene como objetivo obtener la mayor información posible para lograr una aproximación diagnóstica, crear conciencia de enfermedad en el paciente, sus familiares y el equipo médico; establecer un plan de observación e intervención e implementar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Como se ha mencionado anteriormente, de manera ideal se debe de contar con camas para internamiento psiquiátrico dentro del hospital general, si no se cuenta con ellas, será indispensable garantizar la seguridad del paciente dentro de la unidad y referir – previo contacto telefónico – a otra unidad hospitalaria.

Pacto terapéutico

Se trata de un documento tipo “contrato” en el que el paciente acepta y firma voluntariamente un acuerdo de no realizar ningún intento suicida. Además, el familiar/acompañante se compromete a estar vigilante del paciente y llevarlo a valoración de urgencias cuando lo considere necesario. Este documento **no** sustituye el seguimiento que se debe de brindar a través de consultas programadas.

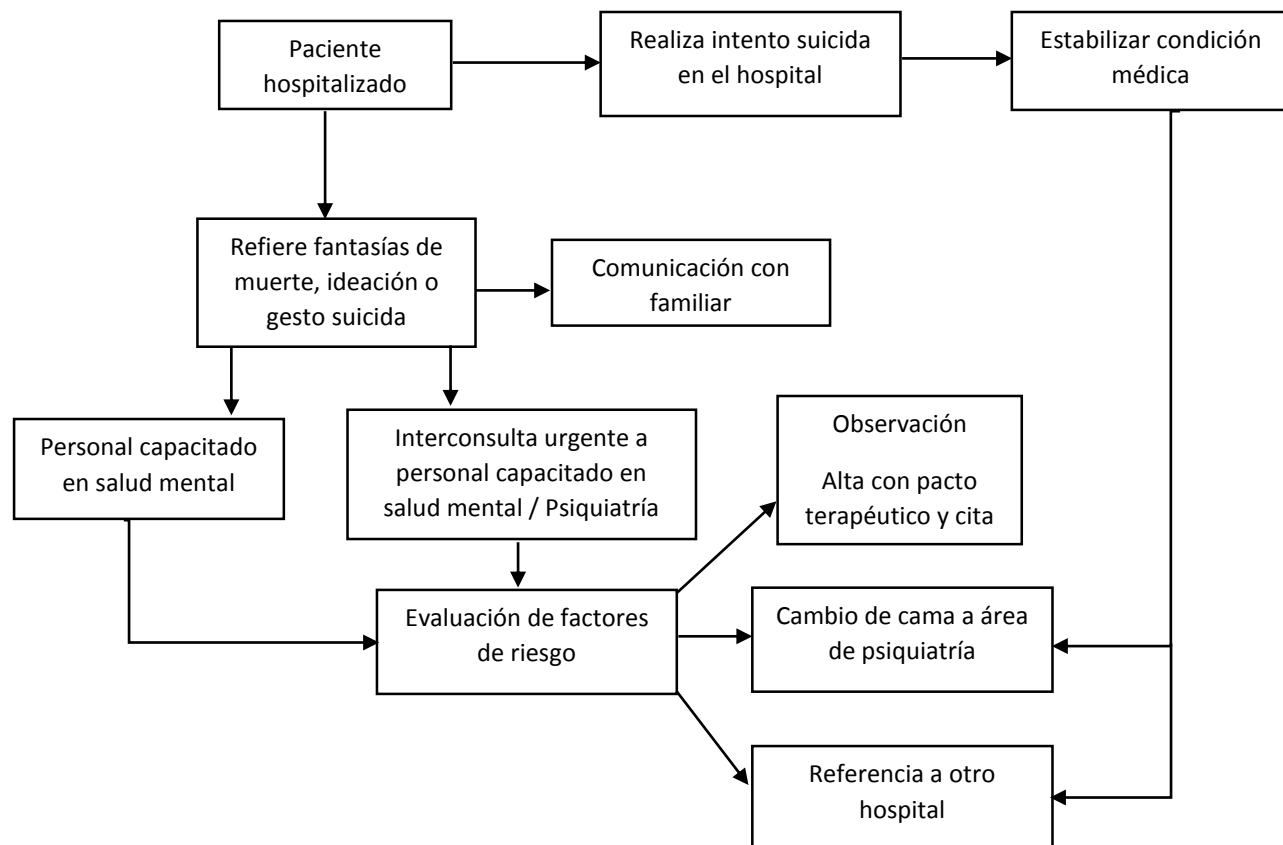
Otra medida a considerar es el control de medios suicidas, por ejemplo asegurar armas, control de medicamentos y productos tóxicos bajo llave e incluso protección de redes sociales en menores de edad.



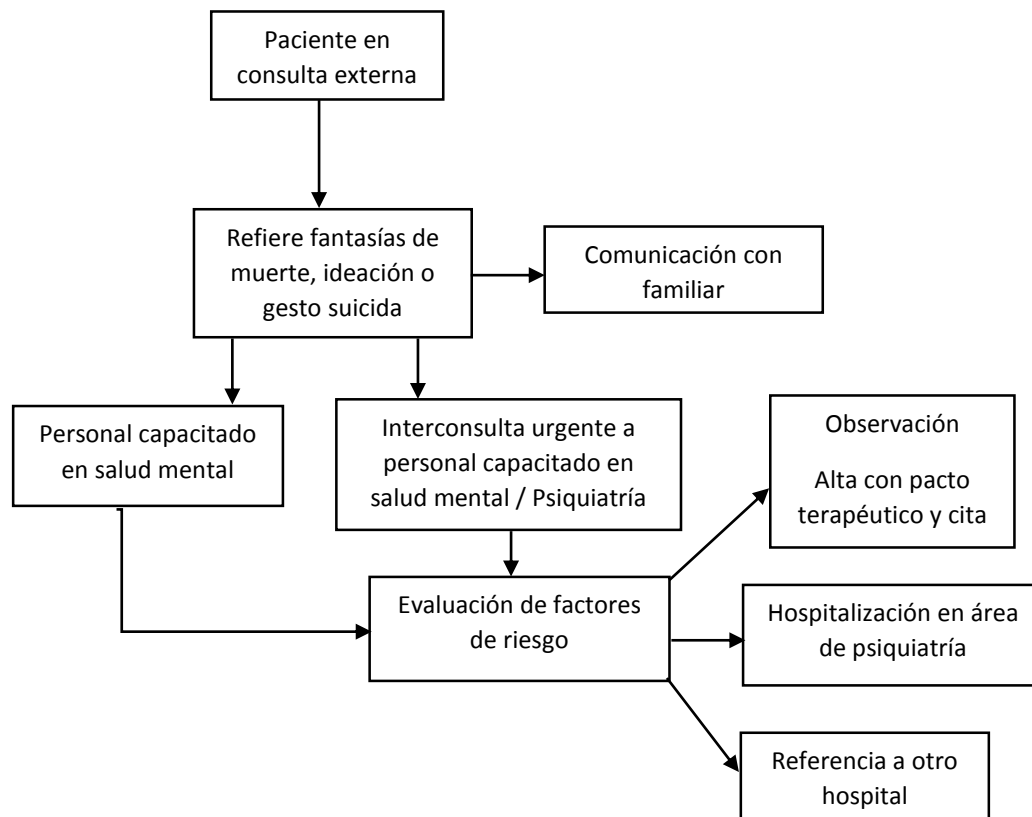
De manera más reciente se ha planteado la realización de una “plan de seguridad anti-suicida” que se realiza de manera conjunta entre el paciente y el personal capacitado en salud mental, que tiene como objetivo ser una guía en los momentos difíciles. Dicho plan debe guardarse en algún lugar de fácil acceso (billetera o celular). Debe de incluir acciones y personas que pueden ayudar a que el individuo esté seguro ante alguna conducta suicida. Los siguientes elementos son fundamentales para desarrollar el plan de seguridad:

1. Reconocer los signos de alarma: hace referencia a los pensamientos, estados de ánimo, situaciones, conductas, imágenes que indican que un estado crítico se está desarrollando. El individuo debe de escribir esto en sus propias palabras.
2. Uso de estrategias de afrontamiento – sin tener que contactar a otra persona: ¿Cuáles son las cosas que puedes hacer de manera individual para ayudarte a no actuar estos pensamientos de hacerte daño?. Se pueden incluir técnicas de relajación, salir a caminar, hacer ejercicio.
3. Contacto con personas que pueden ofrecer apoyo y distracción en los momentos de crisis: implica la realización de una lista de personas (con número de teléfono) y contextos sociales - grupos de autoayuda - que pueden servir para distraer los pensamientos en los momentos de crisis.
4. Contacto con familiares o amigos que pueden ayudar a resolver el momento de crisis: implica la realización de una lista de personas (con número de teléfono) que sean comprensivos y con quien se sienta en confianza para hablar de temas delicados.
5. Contacto con profesionales de la salud o líneas de atención: implica la realización de una lista de servicios de intervención en crisis, servicios de atención inmediata (primeros auxilios, protección civil, bomberos), hospitales con atención de urgencias y profesionales de la salud (trabajo social, enfermería, psicología y psiquiatría).
6. Estar en un ambiente seguro: hace referencia a controlar/limitar el acceso a medios con los que el individuo podría causarse algún daño.

Algoritmo de atención para el paciente que refiere fantasías de muerte o ideación suicida durante su internamiento en un hospital general



Algoritmo de atención para el paciente que refiere fantasías de muerte o ideación suicida durante cita en la consulta externa de un hospital general





6. REFERENCIAS

- Ballard, E.D., Pao, M., Henderson, D., Lee, L.M., Bostwick J.M., Rosenstein, D.L. (2008). Suicide in the medical setting, 34(8), 474-481.
- Borges, G., Orozco R., Benjet, C., Medina-Mora M.E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Méx*, 52(4), 292-304.
- Borges, G., Orozco, R., & Mora, M. E. (2012). Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Pública Méx Salud Pública De México*, 54(6), 595-606.
- Borges, G., Nock, M. K., Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Kessler, R. C. (2010). Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J. Clin. Psychiatry The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1617-1628.
- Carrigan, C. G., & Lynch, D. J. (2003). Managing Suicide Attempts. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 05(04), 169-174.
- Chávez-Hernández, A., & Macías-García, L. (2015). Understanding Suicide in Socially Vulnerable Contexts: Psychological Autopsy in a Small Town in Mexico. *Suicide Life Threat Behav Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 3-12.
- Clinical Triage Guidelines Using the C-SSRS Harvard Partners Healthcare/Mass General Hospital –C-SSRS with Risk and Protective Factors (n.d.). Retrieved from http://www.cssrs.columbia.edu/documents/C-SSRSriageexampleguidelines_001.pdf
- Gómez-Cham, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Rev Med Clin Condes* 23(5), 607-615.
- González-Forteza, C. *Estresores psicosociales y Respuestas de enfrentamiento en los adolescentes: Impacto sobre el estado emocional*. Tesis para obtener el grado de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, UNAM, 1992.
- González-Forteza, C. *Factores protectores y de riesgo de depresión e intento de suicidio en adolescentes*. Tesis para obtener el grado de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, 1996.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio 2015.
- Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S., & Cleary, P. D. (2001). Detecting Suicide Risk in a Pediatric Emergency Department: Development of a Brief Screening Tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2013.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry AJP*, 159(6), 909-916.

- 
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C. (2003). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.
 - Medina-Mora, M. E., López, E.K., Villatoro, J.A., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S., Rojas, E. (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. *Anales No. 6 del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación*, 7-14. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
 - Molina-López A. Tópicos actuales del paciente suicida en el servicio de urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Simposio presentado en el Congreso Bi-Regional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. *Psiquiatría* 2008;24(S-3):30.
 - Molina-López A. Trastornos Afectivos y Suicidio. Conferencia presentada en el Primer Congreso de Prevención del Suicidio de la Ciudad de México. 11 de Septiembre de 2014.
 - National Suicide Prevention Lifeline.
 - Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global.
 - Patterson, W.M., Dohn, H.H., Bird, J., Patterson, G.A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 4, 348-349.
 - Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*.
 - Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
 - Reyes-Tovilla, J. E., Yanez, H. D., Peralta-Jimenez, Y., Ramon-Frias, T., Juarez-Rojop, I., Pool-Garcia, S., . . . Tovilla-Zarate, C. A. (2015). Differences Between Patients that Made an Impulsive or Premeditated Suicide Attempt in a Mexican Population. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 49(1), 63-74.
 - Roberts, R. E. (1980). Reliability of the CES-D scale in different ethnic contexts. *Psychiatry Research*, 2(2), 125-134.
 - Sanna, L., Stuart, A. L., Pasco, J. A., Kotowicz, M. A., Berk, M., Girardi, P., & Williams, L. J. (2014). Suicidal ideation and physical illness: Does the link lie with depression? *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 422-426.
 - Saunders, K.A.E., Hawton, K., Fortune, S., Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 139, 205-216
 - Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., . . . Nock, M. K. (2010). Chronic Physical Conditions and Their Association With First Onset of Suicidal Behavior in the World Mental Health Surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 712-719.
 - Sistema de Vigilancia Epidemiológicas de las Adicciones (SISVEA), 2012.