



GOBIERNO DE COLOMBIA



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud®

Guía de Práctica Clínica

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

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2017 **Guía No 60**

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

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

Guía No GPC 2017 – 60

ISBN:
Bogotá Colombia
Enero 2017
Primera edición

Nota Legal:

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



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios (E)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de promoción y prevención

GERMAN ESCOBAR MORALES

Jefe de la Oficina de Calidad



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS

Director Ejecutivo

EGDDA PATRICIA VANEGAS

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

ÁNGELA VIVIANA PÉREZ GÓMEZ

*Subdirectora de Producción de Guías de
Práctica Clínica*

JAIME HERNÁN RODRÍGUEZ MORENO

Subdirector de Implantación y Disseminación

GRUPO DESARROLLADOR DE LA ADOPCIÓN

EXPERTOS METODOLÓGICOS

Ángela Viviana Pérez

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Juan Camilo Fuentes Pachón

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Martin Cañón Muñoz

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Liliana Barrero Garzón

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Andrea Castillo Niuman

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

EXPERTOS TEMÁTICOS

Iván Alberto Jiménez Rojas

Instituto Colombiano del Sistema Nervioso
Miembro de la Junta Directiva de la
Asociación Colombiana de Psiquiatría

Sandra Piñeros

Universidad Nacional de Colombia
Clínica Nuestra Señora de la Paz

Jorge Oswaldo González Ortiz

Universidad de San Buenaventura, Bogotá

FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Paola Avellaneda

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

Claudia Díaz Rojas

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud – IETS

William Bolívar Romero

Instituto de Evaluación Tecnológica en
Salud - IETS

REPRESENTANTE DE PACIENTES

Francy Vargas L

Familiar

Exclusión de responsabilidad

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

Declaración de conflictos de interés

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

Financiación

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

Declaración de independencia editorial

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

Autorización de adopción y publicación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

y versión adaptada para Colombia 2016.

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

Actualización

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

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	9
1 ALCANCE Y OBJETIVOS	10
1.1 Título de la guía	10
1.2 Objetivo	10
1.3 Población	10
1.4 Ámbito asistencial	10
1.5 Aspectos clínicos centrales	10
1.5.1 Aspectos clínicos abordados por la guía	10
1.5.2 Aspectos no abordados por la guía	11
2 METODOLOGÍA	13
2.1 Conformación del grupo de adopción	13
2.2 Concertación con el ente gestor	13
2.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC	13
2.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica	13
2.4 Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica	14
2.5 Selección de guías de práctica clínica	15
2.6 Permiso para adopción de las recomendaciones	16
2.7 Evaluación y ajuste de las recomendaciones para su implementación en el contexto colombiano.....	16
3 RESUMEN DE RECOMENDACIONES	19
3.1 Evaluación y tratamiento	21
3.1.1 Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida.....	21
3.1.2 Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria	24
3.1.3 Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias.....	28
3.1.4 Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial	30
3.1.5 Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)	31
3.2 Aspectos preventivos de la conducta suicida	36
3.2.1 Programas generales de prevención de la conducta suicida	36
3.2.2 Restricción del acceso a medios letales	37
3.2.3 Programas formativos de prevención de la conducta suicida	38
3.2.4 Tamización de riesgo de suicidio.....	39
3.2.5 Conducta suicida en grupos de riesgo.....	40
3.2.6 Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio	44
3.2.7 Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida	46

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

Este documento es una versión para profesionales de la salud. Los detalles metodológicos de la generación de las recomendaciones pueden ser consultados en la versión completa de la guía.

1 ALCANCE Y OBJETIVOS

1.1 Título de la guía

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

1.2 Objetivo

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

1.3 Población

Grupos que se consideran

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

Grupos que no se consideran

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

1.4 Ámbito asistencial

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

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

1.5 Aspectos clínicos centrales

1.5.1 Aspectos clínicos abordados por la guía

- Aspectos generales de la ideación y conducta suicida.
- Evaluación de factores de riesgo de la ideación y/o conducta suicida en atención primaria, urgencias y atención especializada

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

1.5.2 Aspectos no abordados por la guía

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

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

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AGREE	Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Empresa Administradora de Planes de Beneficio
EMBASE	Excerpta Medica Database
GPC	Guía de Práctica Clínica
LILACS	Latin American and Caribbean Health Science Literature Database
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NZGG	New Zealand Guidelines Group
OMS	Organización Mundial de la Salud
PBP	Punto de Buena Práctica
RS	Revisión Sistemática
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

2 METODOLOGÍA

Los detalles metodológicos de la adopción se pueden consultar en la versión completa de la guía. A continuación se describen los pasos generales llevados a cabo durante el desarrollo de la GPC Para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida.

2.1 Conformación del grupo de adopción

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

2.2 Concertación con el ente gestor

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

2.3 Búsqueda, evaluación de calidad y selección de GPC

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

2.3.1 Búsqueda de guías de práctica clínica

2.3.1.1 Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática de GPC en bases de datos especializadas (Medline, Embase y LILACS), bases de datos genéricas (Google Scholar), sitios web de organismos desarrolladores y productores y consulta con expertos. Todo el proceso se acogió a los estándares de calidad internacional utilizados en revisiones sistemáticas de la literatura, siguiendo las indicaciones de la Guía Metodológica para el desarrollo de guías de atención integral en el sistema de seguridad social en Colombia. Las búsquedas se llevaron a cabo por personal entrenado y se realizaron sin restricción de idioma o fecha.

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

2.3.1.2 Tamización

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

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

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

2.3.1.3 Preselección

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

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

Si alguna GPC no cumplió uno o más de estos criterios no se evaluó su calidad.

2.4 Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica

Las GPC que cumplieron todos los criterios de la Herramienta 7 fueron incluidas y evaluadas con el instrumento AGREE II por siete revisores de manera independiente, utilizando el algoritmo propuesto en el manual del AGREE II para obtener la calificación de las GPC en cada uno de los dominios. Este instrumento fue diseñado para evaluar el rigor metodológico y la transparencia con la cual son desarrolladas las guías de práctica clínica, proporcionar una estrategia metodológica para el desarrollo de guías y establecer la información y la forma en que esta debe ser presentada en las guías. El instrumento

tiene 23 ítems, con calificación en escala tipo Likert de 7 puntos, organizados en 6 dominios: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial. En cada uno de estos dominios la calificación máxima posible es del 100 %

2.5 Selección de guías de práctica clínica

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

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

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

- Contemple los tópicos priorizados en el alcance y objetivos concertados a priori con el ente gestor.
- Calificación en el rigor metodológico
- Calificación en la independencia editorial
- Fecha de última búsqueda y la validez clínica actual
- Uso de la metodología GRADE

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

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

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

2.6 Permiso para adopción de las recomendaciones

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

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

Así mismo el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda autorizó al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia (IETS) y al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en la utilización del documento Guía de Práctica Clínica “The assessment and management of people at risk of suicide” elaborada por New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health (2008) para el proceso de adopción y publicación de una versión adoptada en el contexto Colombiano. Esta autorización se obtuvo el día 22 de Noviembre del 2016 por medio de correo electrónico enviado por el Ministerio de Salud de Nueva Zelanda. El documento original de la Guía de Práctica Clínica está disponible en el siguiente enlace:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 RESUMEN DE RECOMENDACIONES


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

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

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


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

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

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

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

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

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

3.1 Evaluación y tratamiento

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

1. Tras una ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación D

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

Recomendación D

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

Recomendación Q

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

5. La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y factores protectores. (avalia-t 2012)

Recomendación D

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

Recomendación D

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

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

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

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

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

(avalia-t 2012)

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

Recomendación D

9. Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton. (avalia-t 2012)

Recomendación C

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

Recomendación D

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

(Nueva de expertos)

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

Recomendación C

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

Recomendación C

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

(NZGG 2008)

Recomendación C

Puntos de buena práctica

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

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

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

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

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

Recomendación D

16. Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática. (avalia-t 2012)

Recomendación D

17. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones. (avalia-t 2012)

Recomendación D

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

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

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

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

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

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

ser atendidas en consulta externa.

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

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

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

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

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

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

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

(mhGAP 2016)

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

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

(mhGAP 2016)

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

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

- ✓ Se recomienda explorar pensamientos suicidas en los pacientes en los que se sospeche ideación suicida y presenten factores de riesgo de suicidio. Esto no aumenta el riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)
- ✓ La capacitación del médico en el primer nivel debe profundizar en la evaluación del riesgo, el apoyo a las personas con factores de riesgo que no presenten ideación activa o conductas suicidas y a la detección de casos para ser remitidos al especialista. Además, la capacitación debe incluir el manejo de la urgencia psiquiátrica, es decir la capacidad para sedar un paciente agitado, heteroagresivo o autoagresivo, hasta que se logre remitir a un servicio de psiquiatría. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ El manejo de la ideación suicida a repetición, o cualquier idea que constituya un plan, y los casos de conducta (así se trate de un gesto) deben ser remitidos a consulta especializada. La subvaloración de una idea suicida siempre connota un riesgo de actuación y las conductas suicidas regularmente deben tener manejo psiquiátrico que si no es intrahospitalario, por decisión del profesional que atiende el caso, debe ser tratada con medicación adecuada al caso y supervisada de forma permanente. (Nuevo PBP de expertos)
- ✓ Si se confirma la presencia de ideación suicida será necesario realizar preguntas específicas dirigidas a precisar su frecuencia, persistencia, estructuración, elaboración de un plan y posibilidad de llevarlo a cabo (por ej. acceso a métodos letales). (avalia-t 2012)
- ✓ En pacientes con ideación suicida y riesgo de suicidio se recomienda:
 - Prescribir fármacos potencialmente seguros en caso de sobredosis.
 - Prescribir envases con el menor número de comprimidos posible.
 - Explicar a los familiares la necesidad de control y administración de la medicación, así como de su custodia.
 - Acompañamiento constante por parte de familiares y/o allegados así como restricción de acceso a métodos letales.
 - Aceptación por parte del paciente y su familia del seguimiento y derivación a servicio de psiquiatría. (avalia-t 2012)
- ✓ En caso de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar la derivación prioritaria al servicio de psiquiatría (en el plazo de una semana) cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan todas las circunstancias siguientes:
 - Alivio tras la entrevista
 - Intención de control de impulsos suicidas
 - Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
 - Apoyo socio familiar efectivo.(avalia-t 2012)

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

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

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


Recomendación D

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

Recomendación D

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

Recomendación D

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

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

Recomendación D

Puntos de buena práctica

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

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

3.1.4 Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial

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

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

Recomendación B

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

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

3.1.5.1 Niveles de observación en unidades de hospitalización

Puntos de buena práctica

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

3.1.5.2 Manejo del paciente hospitalizado

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

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

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


Recomendación A

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

Recomendación C

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

Recomendación C

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

Recomendación D

Puntos de buena práctica

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

3.1.5.3 Intervenciones Psicoterapéuticas

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

Recomendación B

Puntos de buena práctica

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

3.1.5.4 Tratamiento Farmacológico

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

Recomendación D

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

Recomendación A

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

Recomendación C

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

Recomendación C

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

Recomendación A

Puntos de buena práctica

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

3.1.5.5 Sedación

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

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

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

Recomendación C

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

Recomendación A

Punto de buena práctica

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

3.1.5.6 Terapia Electroconvulsiva

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

Recomendación D


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

Recomendación C

Puntos de buena práctica


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

3.1.5.7 Planificación del alta del paciente

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

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

Recomendación A

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

Recomendación D

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

Puntos de buena práctica

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

3.2 Aspectos preventivos de la conducta suicida

3.2.1 Programas generales de prevención de la conducta suicida

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

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

problemas del suicida.

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

Recomendación C

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

Recomendación C

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

(mhGAP 2016)

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

(mhGAP 2016)

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

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

(mhGAP 2016)

3.2.2 Restricción del acceso a medios letales

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

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

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

Recomendación B

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

(mhGAP adaptada 2016)

3.2.3 Programas formativos de prevención de la conducta suicida

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

Recomendación C

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

Recomendación C

Punto de Buena práctica

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


3.2.4 Tamización de riesgo de suicidio

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

Recomendación C

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

Recomendación C

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

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

Recomendación C

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

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

Recomendación C

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

Recomendación D

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

2012)

Recomendación D

3.2.5 Conducta suicida en grupos de riesgo

3.2.5.1 Conducta suicida en la infancia y adolescencia

66. En niños, niñas y adolescentes con presencia de factores de riesgo de ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social. (avalia-t 2012)

Recomendación D

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

Recomendación C

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

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

(avalia-t 2012)

Recomendación D

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

Recomendación C

70. Las lesiones auto infligidas entre los niños son raras y deben ser tratadas muy

seriamente. (NZGG 2008)

Recomendación D

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

Recomendación D

Puntos de buena práctica

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

3.2.5.2 Conducta suicida en adultos mayores

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

(avalia-t 2012)

Recomendación C

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

Recomendación D

Punto de buena práctica

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

3.2.5.3 Grupos de étnicos

Punto de buena práctica

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

3.2.5.4 Evaluación de personas intoxicadas.

Puntos de buena práctica

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

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

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

copia de estos planes, y deben revisarse y actualizarse periódicamente. (NZGG 2008)

Recomendación C

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

Recomendación C

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

Recomendación D

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

Recomendación D

3.2.5.6 Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo

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

Recomendación D

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

Recomendación C

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

Recomendación D

Puntos de buena práctica

- ✓ En personas con enfermedad crónica y dolor o discapacidad física grave se recomienda la realización de programas preventivos y de evaluaciones específicas de riesgo de suicidio. (avalía-t 2012)
- ✓ Se deberá realizar un seguimiento especial de aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo de suicidio, en el momento de ser diagnosticados de una enfermedad grave, cuando existe un mal pronóstico de la misma o cuando el estadio evolutivo es avanzado. (avalía-t 2012)
- ✓ Las estrategias generales para el manejo de pacientes con enfermedad crónica, discapacidad física o dolor crónico deben incluir la evaluación del riesgo en tres niveles diferentes: (avalía-t 2012)
 - **Universal:**
 - Evaluar la desesperanza y la ideación suicida
 - Monitorizar los signos de advertencia que pueden aumentar el nivel de riesgo como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, antecedentes de conducta suicida.
 - Reconocer que las personas pueden estar en riesgo sin importar el tiempo después de la lesión
 - Facilitar a los pacientes la disponibilidad de apoyo a largo plazo.
 - **Selectivo:**
 - Realizar seguimiento de las personas con patologías psiquiátricas comórbidas.
 - **Indicado:** (presencia de ideación y/o conducta suicida):
 - Reducir el acceso a métodos potencialmente letales, contemplando la posibilidad de más de un método
 - Proporcionar tratamiento, apoyo y seguimiento, por lo menos de 12 meses después de un intento de suicidio
 - Favorecer la participación de amigos y familiares en la planificación y desarrollo del tratamiento.

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

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

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

Recomendación D

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

Recomendación D

82. Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación y/o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas y brindar herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar. (avalia-t 2012)

Recomendación D

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

Recomendación C

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

Recomendación D

Puntos de buena práctica

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

3.2.7 Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

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

Recomendación C