



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

Abordaje de la conducta suicida en Atención Primaria

Claire Teijeira Levet- Psiquiatra

**Programa Atención y Prevención del Suicidio (APS) y
Facilitadora en Simulación Clínica**

claire.teijeira@hcin.es

Nicole Haber Eterovic - Psicóloga clínica

**Coordinadora proyecto autonómico para la prevención
de la conducta suicida – Observatorio del Suicidio**

nicole.haber@ibsalut.es



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Exploración y valoración del riesgo de la conducta suicida

Es importante explorar la ideación suicida tanto si el paciente lo manifiesta expresamente tanto si observamos señales de alerta. Recuerda las más significativas:

- Observación de cambio brusco de conducta y/o rutinas
- Falta de mejoría a pesar del tratamiento
- Mejoría repentina sin motivo o en las primeras semanas de tto antidepresivo
- Uno o más acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses
- Inicio o curso de una enfermedad física (dolor/calidad de vida)
- Si enfermedad mental con clínica depresiva





Factores de riesgo



Factores precipitantes



Factores de protección



CONDUCTA SUICIDA



Aunque sea importante y orientativo conocer los factores de riesgo y los protectores, no es menos importante tener en cuenta que la mejor forma de saber si una persona está en riesgo de suicidio es preguntarle. Ni los factores de riesgo ni los protectores son determinantes.

¿Qué tenemos que explorar?

- ✓ Estructuración
- ✓ Planificación
- ✓ Letalidad del método
- ✓ Posibilidad de rescate
- ✓ Crítica de la ideación
- ✓ Proyección de futuro



¿Cómo lo exploramos?

- ✓ entrevista clínica
- ✓ acompañantes
- ✓ escalas





ENTREVISTA CLÍNICA

Es la técnica fundamental para una buena evaluación

Preguntaremos de forma **progresiva y directa**, acerca de las ideas suicidas:

el hacerlo de esta manera tranquilizará al paciente acerca de su posible ideación. Los sentimientos de vergüenza y culpa se atenuarán. Se abre un **canal de comunicación que facilitará una reducción de la tensión emocional y la angustia**. Abrimos la posibilidad de hablar al paciente (necesaria) y la **posibilidad de rescatarle** por nuestra parte.



Secuencia de preguntas útiles

- ¿Está contento con su vida?
- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente incapaz de afrontar el día a día?
- ¿Ha pensado que no vale la pena vivir?
- ¿Tiene pensamientos de muerte?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio? ¿Frecuencia?
- ¿Ha hecho planes de cuándo y cómo hacerlo?
- ¿Dispone de los medios para terminar con su vida?



Objetivos

- ✓ Establecer una alianza terapéutica.
- ✓ Obtener información
 - El estado psicopatológico
 - Características de las ideas de suicidio
 - Factores de riesgo
 - Factores de protección



ESCALAS

Complementan la información obtenida en la entrevista clínica

Valoración directa de ideas/conductas suicidas y factores de riesgo

Ayuda para tomas de decisiones



ESCALAS

Escala Sad Persons (SPS)

Escala de desesperanza de Beck (EDB)

Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

Escala de intencionalidad suicida Beck (SIS)

Escala de depresión de Beck

Escala de la depresión de Hamilton

Escala de la MINI 5.0. para el suicidio

Escala Columbia



Risc de suïcidi (escala MINI)

Durant aquest mes:

1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	1	
2. Ha volgut fer-se mal?	2	RISC BAIX 1-5 PUNTS
3. Ha pensat en el suïcidi?	6	RISC MODERAT 6-9 PUNTS
4. Ha planejat com suïcidar-se?	10	
5. Ha intentat suïcidar-se?	10	RISC ALT ≥ 10 PUNTS
Al llarg de la seva vida:		
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	4	



Factors de risc presents/actuals Sumar 1 punt per cada factor	sí	NO
1. Trastorn mental		
2. Sentiments de desesperança		
3. Impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat		
4. Consum o dependència d'alcohol		
5. Consum o dependència d'altres drogues		
6. Malaltia somàtica greu, discapacitat o amb presència de dolor		
7. Viu sol/a		
8. Absència de nucli familiar o social sostenidor		
9. Problemes socials (aïllament, manca de suport, socioeconòmics...)		
10. Esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella, problemes familiars...)		
11. Accés a mitjans letals		
12. Antecedents familiars de suïcidi		



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

¿Cómo abordarlo?

primer manejo de la situación



IMPORTANTE

- **Tratar o diagnosticar patologia mental de base.**
- **Diagnosticar y tratar adecuadamente la depresión.**
- **Tratamiento sintomático.**
- **Abordaje integral de la patologia física si la hubiera (dolor, limitación funcional...)**
- **Valorar situación social**



IMPORTANTE

- **Si antidepressivos: mucha vigilancia primeras semanas**
- **Cuidar síntomas: insomnio, ansiedad**
- **Vigilar el acceso a la medicación**
- **Procurar alianzas con convivientes:**
 - para que no esté solo
 - asegurar que acuda a consulta
 - limitar acceso a los medios (venenos, medicación, cuchillos, hojas de afeitar....)



IMPORTANTE

- **Remitir a Salud mental:**
 - **Riesgo Bajo: derivación normal**
 - **Riesgo moderado: preferente**
 - **Riesgo alto: urgencias para valoración psiquiátrica**
- **Mantener seguimiento frecuente hasta la estabilización (no impresionar que eludimos el problema)**

1. Bajo riesgo: persona con ideas pasivas de muerte, sin estructuración ni planificación.
 - Ofrecer apoyo emocional
 - Hablar y reflexionar sobre los pensamientos suicidas
 - Centrarse en sus fortalezas positivas
 - Mantener contacto frecuente

2. Mediano riesgo: tiene pensamientos y planes de suicidio pero no a corto plazo.

- Apoyo emocional.
- Usar la ambivalencia. Explorar alternativas.
- Contactar con familia y amigos para conseguir apoyo.

3. Alto riesgo: persona con plan definido y medios para hacerlo.

- No dejar sola a la persona.
- Hablar tranquilamente e intentar retirar medios a su alcance.
- Valorar posibilidad de compromiso.
- Remisión urgente a salud mental. Traslado en ambulancia o acompañado al hospital.



Dificultades

- ✓ Hay factores de riesgo crónico (TP, antecedentes traumáticos, hª familiar....)
- ✓ A mayor número de tentativas, mayor deterioro psicosocial , mayor riesgo
- ✓ suicidabilidad crónica



En el paciente con ideas de suicidio crónicas **valorar el riesgo agudo sobre el riesgo crónico:**

- Tres factores de riesgo agudo más significativos:
 - un **acontecimiento precipitante**,
 - un **estado afectivo intenso** (ansiedad intensa o agitación extrema)
 - **cambios en los patrones conductuales** (acciones indicativas de suicidio, aumento de abuso de sustancias...)

- **Principales criterios de hospitalización**

- Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida.
- Riesgo de suicidio inmediato.
- Necesidad de tratamiento hospitalario del trastorno mental de base.

Traslado hospitalario

Involuntario si:

“Cuando existe riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo y además no es posible conseguir la autorización”

- Riesgo de **auto**/heteroagresividad
- Tener en cuenta si hay juicio de realidad conservado
- Presencia de trastorno mental que incapacite la toma de decisiones

Tratamiento médico

- Prescripción psicofármacos
- Tratar la patología subyacente
- Tratar cualquier síntoma que suponga un riesgo adicional
- Especialmente útil a corto plazo

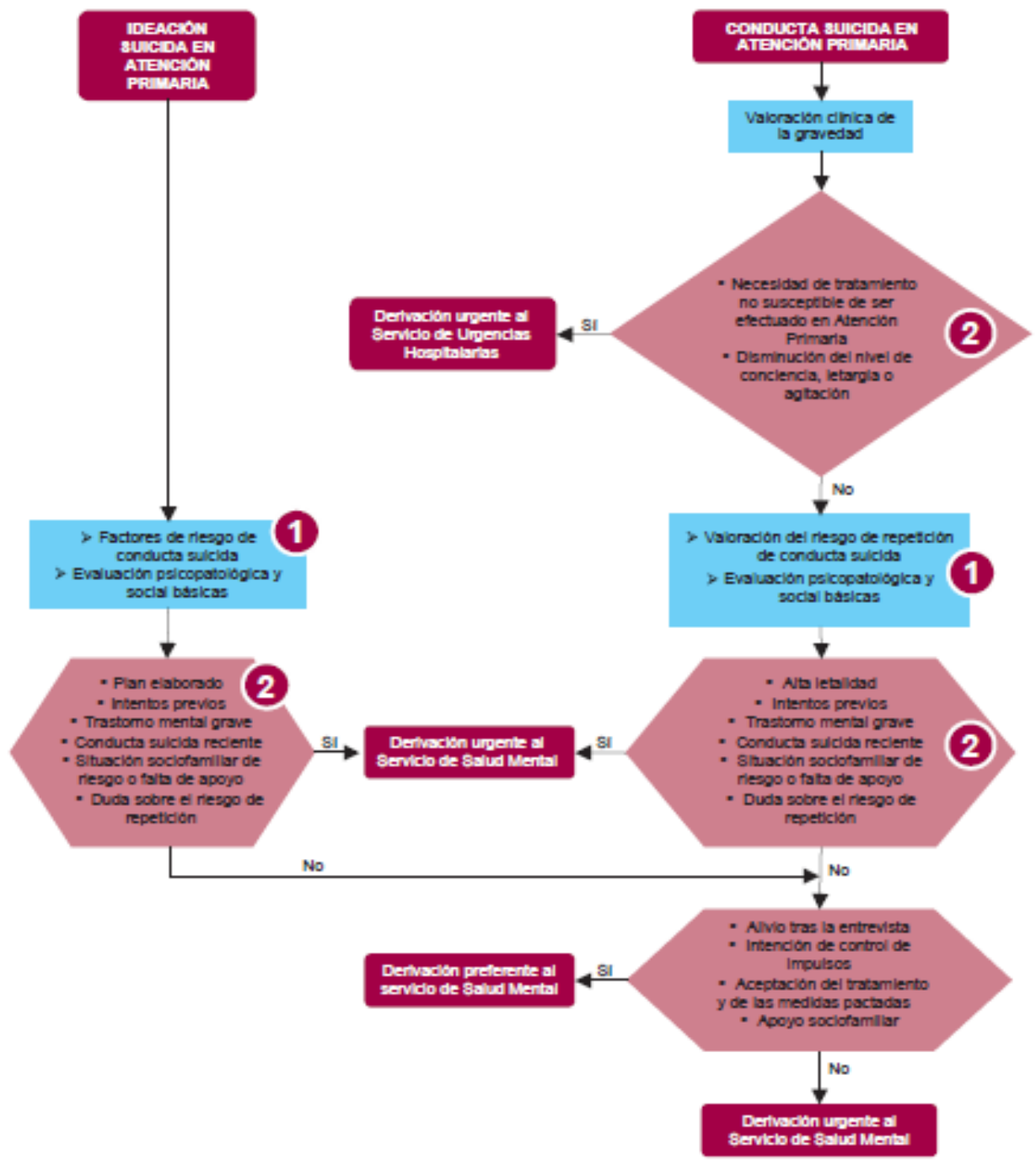
• **Antidepresivos**

- Tratamiento ansiedad y depresión
- Mejoría impulsividad y agresividad
- Menor eficacia en la prevención a largo plazo
- Tiempo de latencia
- Controversias en torno a su uso; eficacia ampliamente demostrada en T. depresivo pero **vigilancia en ciertas circunstancias (infantil, dosis altas, otros diagnósticos...)**
- De elección en T. depresivo unipolar
- Evitar en TBP, efecto perjudicial en monoterapia

- ISRS: escitalopram (10-20mg/d), fluoxetina (20-80mg/d), Paroxetina (20-50mg/d), Sertralina (50-200mg/d), ...
- IRSRN: venlafaxina (75-300mg/d), desvenlafaxina (50-100mg/d), duloxetina (60-120mg/d), Mirtazapina (15-45mg/d)
- Triciclicos: clomipramina (100-200mg/d), amitriptilina (50-150mg/d)
- Otros: bupropion, vortioxetina, agomelatina

• **Ansiolíticos/Hipnóticos**

- Síndrome suicida agudo
- Tratamiento de la ansiedad
- Tratamiento del insomnio
- Especialmente útiles en primeras semanas de tratamiento antidepresivo , paliar efecto activador





G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

¿Cómo abordarlo?

Aspectos psicológicos



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

escucharlos atentamente

**Nunca recriminar su manera de
actuar o pensar**

Nuestra ACTITUD

No juzgar por cómo se siente. No cuestionar o minimizar su sufrimiento. No escandalizarnos.

Validar sus sentimientos.

No reprochar sus pensamientos sobre la muerte.

Intentar entender qué le provoca que esté pensando así.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



Nuestra ACTITUD

Dar importancia a lo que nos está explicando.

No discutir las ideas, ironizando o desafiando. Hay que hacer que sienta que estamos entendiendo. Hay que **tomar en serio** lo que le sucede.

No interrumpir. Procurar utilizar frases cortas y facilitadoras.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



Nuestra ACTITUD

Ofrecer seguridad y contención.
No angustiarnos ni contagiarnos emocionalmente.

Mostrarnos **preocupados pero tranquilos** y "con control.

Trasmitir esperanza: "la verdad es que esto que me cuentas es muy triste, hay momentos en los que uno parece no ver salida, lo que no significa que no la haya... "

¿Qué expresamos?

Expresarle abiertamente nuestra preocupación porque observamos hechos que nos hace pensar que lo está pasando mal :

Me preocupa...

Según me cuenta/ por lo que creo que he entendido...lleva Ud. unos días...

nervioso/aislado/triste/callado/agitado...

He observado que ya no va/no hace/no ha acudido a ...y me preocupa →

Demuestra que estamos pendientes de él/ella, **que no pasa desapercibido/a y que nos importa.**



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS





¿Qué expresamos?

Preguntarle directamente qué es lo que necesita y ofrecernos para poder ayudarle

¿Qué puedo hacer para ayudarte...?
¿Necesitas ayuda? →

Demuestra interés por hacer algo por él/ella

¿Qué expresamos?

Preguntarle que si tiene alguien de confianza con quién hablar de sus preocupaciones

¿Le ha contado a alguien lo que le pasa?
¿Tiene a alguien en quien suele confiar...? →

Le estamos indicando otras puertas posibles de ayuda, la necesidad y la importancia de hablar con alguien y que si no quiere confiarnos sus problemas debería hacerlo con alguien.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



¿Qué expresamos?

No crear falsas expectativas. No asegurarle que va a dejar de sentirse mal. Nunca prometer algo de lo que no estemos seguros.

No sé si podré ayudarte pero estoy aquí para lo que necesites...podemos buscar ayuda juntos...podemos buscar la manera de afrontar esta situación... →

Validamos su problema y no lo banalizamos ya que asumimos que no es fácil de solucionar y que puede incluso que no tenga solución pero que **no está solo/a para afrontar la situación.**



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



¿Qué expresamos?

Intentar hacerle visible que cuenta con habilidades valiosas que ahora no es capaz de apreciar

Tengo entendido que ha resuelto cosas en el pasado...tiene buenas habilidades para...ahora se sientes sobrepasado y necesita dejar que le ayuden.... →

validamos sus capacidades que seguramente él/ella mismo/a no ve en este momento. **Disminuimos su sensación de inutilidad y/o fracaso.**



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



¿Qué expresamos?

Siempre todo desde la validación

Por lo que me está contando entiendo que lo debe estar pasando muy mal... →

validamos y no juzgamos su dolor. Es importante que se sienta comprendido/a y escuchado/a.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS





Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Eso no es nada, son tonterías... → Esto es invalidar.

¡No lo dice en serio! → Esto es banalizar.

Hay cosas más importantes... → Esto es invalidar. *"Hay cosas más bonitas...pero a mí me gusta esto", "hay chicos más guapos...pero a mí me gusta este", "hay cosas que duelen más...pero a mí me duele esta".*

Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

¡Qué cosa más ridícula dice! →
Esto es banalizar. Puede ser interpretado como una falta de respeto a una persona que se debate entre matarse o seguir sufriendo con la esperanza de que mejore la situación.
Al sentirse ridiculizada, la balanza puede inclinarse más hacia el lado negativo.

¡No me cuente eso! Deje de culpar a los demás... → Esto es abandonar. La persona puede sentirse sola y más aislada.



Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Va a hacer mucho daño a (...tu hermano, tu madre, tus compañeros...), sin saber qué relación mantiene con la/s persona/s y cuál es el foco del problema. →

Poner el dolor de los que se quedan en la balanza a favor de seguir viviendo con la esperanza de que mejore la situación es una intervención que puede ser adecuada, pero es tan delicada que **sólo se debería hacer en el marco de una intervención psicoterapéutica** en la que se valoren en profundidad los motivos para morir y seguir viviendo.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS





Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

¡¿Qué, está loco?! → Esto es
invalidar y ofender.

Me hace sentir mal, me ofende, lo
está haciendo aposta, me está
chantajeando... → Esto es
invalidar, ofender, culpabilizar,
abandonar, aislar...

No se puede tener todo... → Esto
es banalizar.



Qué NO DEBEMOS DECIR NUNCA

Todo pasa... → Esto es banalizar. Si lo que pretendemos es transmitir esperanza es necesario argumentar con más peso... "la verdad es que esto que me cuenta es muy triste, hay momentos en los que uno parece no ver salida, lo que no significa que no la haya... "

Está exagerando... → Esto es invalidar, banalizar, ofender, abandonar, aislar...



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

...En definitiva, evitar todas las verbalizaciones que impliquen un juicio sobre la persona o acerca del motivo de su sufrimiento.

No olvidemos que *realmente* lo que nos está diciendo es:

" Necesito ayuda y atención porque siento muchísimo dolor y no puedo con esto yo solo" .

Qué NO HAY QUE HACER

NO jurar guardar secreto → Es importante que entienda que no está solo y que necesita pedir ayuda y que el primer paso puede ser contarlo.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS



Las intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales suelen centrarse en los siguientes aspectos:

- a. Las razones del suicidio
- b. Las características de la desesperanza
- c. Las razones para vivir
- d. Entrenamiento en resolución de problemas
- e. Tolerancia al sufrimiento personal
- f. Gestión del estrés
- g. Autoestima
- h. Entrenamiento en habilidades sociales