

***Conducta suicida/depresión en el niño y  
adolescente.  
Abordaje desde Atención Primaria.***

Autor: Vicente Gasull Molinera

Médico de Familia

Grupo de Trabajo de Salud Mental SEMERGEN

## ***I. Conceptos generales sobre depresión y conducta suicida***

El Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales 5<sup>a</sup> edición (DSM-5) define el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) como tener al menos 2 semanas de sentimientos persistentes de tristeza, de leves a graves, o una falta de interés en las actividades cotidianas.

En niños y adolescentes la depresión también puede presentarse con irritabilidad, falta de concentración y problemas somáticos (p. ej., dificultad para sueño, disminución de la energía y cambios en el apetito)<sup>1</sup>.

El comportamiento suicida incluye la ideación suicida, los intentos de suicidio y la consumación del suicidio.

- La ideación suicida se refiere a pensar, considerar o planificar el suicidio.
- Los intentos de suicidio se refieren a conductas no fatales, autodirigidas y potencialmente dañinas que pretenden provocar la muerte.
- El suicidio consumado se define como una muerte causada por un comportamiento dañino autoinfligido con la intención de provocar la muerte a causa del comportamiento<sup>2-4</sup>.

## ***II. Magnitud e importancia del problema***

Según datos aportados por la OMS<sup>5</sup>, en 2018 fallecieron por suicidio un millón de personas, de las cuales 250.000 eran menores de 25 años.

El suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de muerte en adolescentes en el mundo<sup>6</sup>. Es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años<sup>7</sup>. En niños, el suicidio es la segunda causa de muerte infantil por motivos externos, solo precedida por los accidentes de tráfico<sup>5</sup>.

Estos registros se producen cada vez a edades más tempranas y, ahora, los jóvenes son considerados el grupo de mayor riesgo de suicidio en un tercio de los países del mundo.

Los niños y adolescentes con depresión suelen tener deficiencias funcionales en su desempeño en la escuela o el trabajo, así como en sus interacciones con sus familias y compañeros. La depresión también puede afectar negativamente las trayectorias de desarrollo de los jóvenes afectados.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en niños y adolescentes está fuertemente asociado con la depresión recurrente en la edad adulta, otros trastornos mentales, y mayor riesgo de ideación suicida, intentos y consumación del suicidio.

Los adolescentes están más expuestos a esta conducta de riesgo, por ser una etapa de la vida donde las personas se enfrentan a diversos cambios físicos, emocionales y sociales. Estos cambios representan para el individuo un período de muchas oportunidades y, a la vez, de conflictos y riesgos para la salud mental, y la conducta suicida es uno de los principales riesgos<sup>6</sup>.

### ***III. ¿Sería aconsejable realizar un cribado poblacional? ¿Cuáles son las evidencias actuales?***

La *US Preventive Services Task Force (USPSTF)*<sup>7</sup>, para niños y adolescentes que no tienen una condición de salud mental diagnosticada o no muestran signos o síntomas reconocidos de depresión o riesgo de suicidio, concluye sobre el **cribado del trastorno depresivo mayor (TDM)**:

- La detección del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes de 12 a 18 años tiene un beneficio neto moderado, por lo que se recomienda la detección del TDM en este rango de edad (Recomendación B).
- La evidencia disponible es insuficiente para recomendar la detección del TDM en niños de 11 años o menos.

Los fundamentos de estas recomendaciones realizadas por la USPSTF son los siguientes:

#### **A) En niños (11 años o menos):**

- La evidencia sobre los instrumentos de detección de la depresión en niños de 11 años o menos en entornos de atención primaria es inadecuada.
- No hay evidencia directa sobre los beneficios del cribado del TDM en niños de 11 años o menos en entornos de Atención Primaria (o comparables) sobre resultados de salud.
- La evidencia sobre los beneficios del tratamiento en niños con TDM detectado mediante el cribado es inadecuada.
- La evidencia sobre los daños de la detección o tratamiento del TDM en niños de 11 años o menos es inadecuada.

- **Evaluación del USPSTF:** Los beneficios y daños de la detección del TDM en niños de 11 años o menos son inciertos y no se puede determinar el equilibrio de beneficios y daños.

Los daños potenciales de la detección del TDM o del riesgo de suicidio incluyen la detección de falsos positivos que conducen a derivaciones innecesarias (con el tiempo y la carga económica asociados), tratamiento, ansiedad, etiquetado y estigma.

Es probable que las intervenciones psicológicas ocasionen daños mínimos.

#### B) **En adolescentes (12-18 años)**

- Evidencia adecuada de que los instrumentos de detección de la depresión pueden identificar con precisión TDM en adolescentes de 12 a 18 años en entornos de atención primaria.
- No hay evidencia directa sobre los beneficios de la detección de TDM en adolescentes en entornos de atención primaria (o comparables) sobre los resultados de salud.
- Evidencia adecuada de que el tratamiento del TDM detectado a través de cribado en adolescentes se asocia con una magnitud moderada de beneficio (p. ej., mejor respuesta o síntomas de depresión).
- Evidencia adecuada para vincular la detección y el tratamiento temprano del TDM en adolescentes con mejores resultados.
- No hay evidencia directa sobre los daños de la detección del TDM en adolescentes.
- **Evaluación del USPSTF:** Certeza moderada de que la detección de TDM en adolescentes de 12 a 18 años tiene un beneficio neto moderado (p. ej., mejora de los síntomas o la respuesta a la depresión).

Con respecto a la **detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes**, la *US Preventive Services Task Force (USPSTF)*<sup>7</sup> concluye:

- La evidencia sobre la precisión de la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes es inadecuada debido a la falta de estudios.
- Ningún estudio informa sobre los beneficios de la detección del riesgo de suicidio frente a la no detección en los resultados de salud.
- Evidencia inadecuada sobre la efectividad del tratamiento (psicoterapia, farmacoterapia o atención colaborativa) del riesgo de

suicidio para mejorar los resultados de salud en niños y adolescentes. La evidencia fue limitada y los hallazgos fueron inconsistentes.

- La evidencia es inadecuada para evaluar los daños potenciales de la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes debido a una ausencia de estudios.
- Evidencia inadecuada para evaluar los daños potenciales de la psicoterapia, la farmacoterapia o la atención colaborativa para el tratamiento del riesgo de suicidio en niños y adolescentes por falta de estudios.
- **Evaluación del USPSTF:** Los beneficios y daños de la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes son inciertos, la evidencia es insuficiente y no se puede determinar el equilibrio de beneficios y daños.

- Los beneficios y daños de la detección del TDM en niños de 11 años o menos son inciertos y no se puede determinar el equilibrio de beneficios y daños.
- Certeza moderada de que la detección de TDM en adolescentes de 12 a 18 años tiene un beneficio neto moderado (p. ej., mejora de los síntomas o la respuesta a la depresión).
- Los beneficios y daños de la detección del riesgo de suicidio en niños y adolescentes son inciertos, la evidencia es insuficiente y no se puede determinar el equilibrio de beneficios y daños.

Existen otras recomendaciones realizadas por otras sociedades científicas, son:

- Las Pautas para la depresión en adolescentes en atención primaria (GLAD-PC) recomiendan la detección anual de depresión en pacientes adolescentes de 12 años o más<sup>10</sup>. GLAD-PC cuenta con el respaldo de la Academia Estadounidense de Pediatría, la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente y la Asociación Americana de Psiquiatría.
- El Grupo de Trabajo Canadiense sobre Atención Médica Preventiva establece que no hay pruebas suficientes para recomendar a favor o en contra de la detección de la depresión en niños o adolescentes en entornos de atención primaria<sup>11</sup>.

- La Academia Estadounidense de Pediatría, la Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio y expertos del Instituto Nacional de Salud Mental publicaron un “Plan para la prevención del suicidio juvenil” que recomienda la detección universal del riesgo de suicidio en jóvenes de 12 años o más; los niños de 8 a 11 años deben ser evaluados según su situación clínica<sup>12</sup>.

#### **IV. Factores de riesgo de suicidio**

- a. El riesgo de suicidio varía según el **género/sexo y el tipo de comportamiento**.

Los jóvenes varones tienen una tasa de suicidio consumado más alta (19,7 muertes por cada 100.000 personas) que las mujeres jóvenes (5,4 muertes por cada 100.000 personas)<sup>7</sup> y los planes y métodos suicidas son más agresivos, contundentes y letales<sup>6</sup>; sin embargo, las ideas y los intentos de suicidio son mayores en las mujeres jóvenes que en los hombres<sup>6,7</sup>.

- b. El **intento/s de suicidio** previo es el factor de riesgo de suicidio más destacado.
- c. Los **antecedentes familiares** de intento de suicidio o el suicidio consumado en los familiares es otro factor destacado de riesgo de suicidio en los adolescentes.

Se podría asociar a que esta conducta se trasmite de generación en generación, independientemente de que exista o no una enfermedad mental<sup>13</sup>. La tendencia a una conducta suicida violenta está relacionada con la existencia de un polimorfismo del gen transportador de la serotonina. Cuando esta herencia genética está presente, aporta el 50% de probabilidad de que ocurra una conducta suicida, mientras que el otro 50% lo constituyen los factores asociados<sup>14</sup>.

- d. **La existencia de trastornos psiquiátricos aumenta el riesgo de suicidio**<sup>7</sup>.

Los episodios previos de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y los antecedentes familiares de depresión, son factores de riesgo también a destacar<sup>6-9</sup>.

Todos los niños de 12 a 18 años corren el riesgo de sufrir depresión y por ello el *US Preventive Services Task Force* (USPSTF)<sup>7</sup> recomienda la detección de TDM en todos los adolescentes.

Los factores de riesgo para la depresión incluyen una combinación de factores genéticos, biológicos y ambientales<sup>8,9</sup>, como antecedentes familiares de depresión, un episodio previo de depresión y otros problemas de salud mental o problemas de comportamiento<sup>8,9</sup>. Los factores de riesgo podrían ayudar a identificar a los pacientes en niveles de riesgo más altos<sup>7</sup>.

- e. La **disfuncionalidad familiar** severa, sentirse poco apoyado o no tener buenas relaciones con los padres y **poco apoyo social** son factores sociales que aumentan en más de 10 veces el riesgo de conducta suicida<sup>6,8,9</sup>.
- f. El **maltrato psicológico o el abuso sexual infantil** aumentan el riesgo de conducta suicida. El **acoso escolar o bullying** así como las **dificultades escolares** son factores relevantes que inciden en un mayor riesgo de conductas suicidas<sup>6,8,9</sup>.
- g. Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y los adolescentes homosexuales muestran tasas más altas de ideación suicida e intentos en comparación con adolescentes heterosexuales<sup>15</sup>.
- h. La exposición a eventos traumáticos, eventos adversos de la vida, exposición temprana al estrés, la desesperanza, el consumo de **alcohol y sustancias psicoactivas**, así como el tabaquismo son factores que también se han relacionado con un aumento del riesgo de conductas suicidas.

Evidencias encontradas en diversos estudios<sup>6</sup> coinciden en señalar que los adolescentes con conductas suicidas podrían percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal, lo que sumado a una inhabilidad para poner en práctica estilos de afrontamiento eficaces conduciría al desarrollo de una conducta desadaptativa, haciendo pensar al individuo que la conducta suicida puede ser la única salida<sup>6</sup>.

En términos generales habrá que estar alerta ante cualquier enfermedad, aguda o crónica (sobre todo si cursa con dolor o discapacidad), física o mental, limitante o invalidante, en circunstancias disruptivas del ciclo vital, en proyectos vitales truncados o, en poblaciones vulnerables y de exclusión social, entre otros.

## ***V. Diagnóstico***

El diagnóstico es clínico y se basa fundamentalmente en la **entrevista clínica**. Es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio.

Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.

Es importante no olvidar que el paciente con una conducta suicida, probablemente no desea morir, lo que desea es dejar de sufrir y no ve otro camino para ello que la muerte, por ello no se debe eludir el problema que supone un paciente con ideación/conducta suicida y aceptar con seriedad el deseo de morir del paciente, pero tratándolo como un tema susceptible de un examen profundo, como un problema a discutir.

Hay que evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida, prestando una atención profesional basada en el respeto y la comprensión.

En la entrevista clínica se debe favorecer la comunicación de la sintomatología, sentimientos y pensamientos del paciente asociados a la conducta suicida. Hablar de suicidio con los pacientes en los que se detecte o que comuniquen ideación suicida puede aliviar su ansiedad y contribuir a que se sientan mejor comprendidos, sin que ello aumente el riesgo de desencadenar una conducta suicida.

Ahora bien, hay que ser consciente de que el hecho de que un paciente hable sobre el suicidio no elimina la posibilidad de que lo cometa<sup>16</sup>.

Una encuesta a los médicos de atención primaria encontró que el 76% cree en la importancia de hablar con los pacientes adolescentes sobre su salud mental; sin embargo, solo el 46% dijo que siempre preguntaban a sus pacientes sobre su salud mental<sup>26</sup>.

El **objetivo fundamental de la entrevista clínica** es realizar una buena evaluación clínica<sup>17-19</sup>:

- Indagar sobre la existencia de trastornos psiquiátricos y psicológicos y su gravedad
- Evaluar el grado de intencionalidad suicida, la frecuencia e intensidad de los pensamientos suicidas, su interferencia en las actividades de la vida diaria, posibles intentos previos
- Determinar el estado emocional, los sentimientos de culpa, la autoestima del paciente.
- Es importante explorar la capacidad del paciente para verse a sí mismo y sus problemas con objetividad, el arraigo de las ideas irracionales, el



grado de desesperanza, hasta qué punto el paciente desea ser ayudado y las expectativas que tiene acerca de la posibilidad de ser ayudado.

Para lograr este objetivo hay una serie de **estrategias** a implementar en la entrevista clínica:

- Realizar escucha activa y permitir el desahogo emocional del paciente.
- Tranquilizar a la persona en caso de que muestre preocupación por tener pensamientos suicidas.
- Reforzar cualquier verbalización de esperanza y motivar. Hay una tendencia en la persona con ideación/conducta suicida a minimizar todos los aspectos positivos de su vida.
- Hacerle reflexionar sobre la irreversibilidad del suicidio.
- Ofrecer pautas de mejora del estado de ánimo:
  - Fomentar la activación conductual.
  - Búsqueda de apoyo social/fomentar desahogo emocional con personas cercanas.
- Fomentar que busque ayuda profesional.

## **VI. *Evaluación/cuantificación del riesgo de suicidio***

La estimación del riesgo suicida de un paciente debe hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y de factores protectores, señales de alarma, indicios de planificación ...

El nivel de riesgo aumenta con el número de factores de riesgo presentes, algunos con mayor peso específico que otros.

En la evaluación del riesgo suicida se deberá considerar, principalmente<sup>17</sup> (ver tabla 1):

- Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias.
- Presencia de trastornos mentales, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida grave (ideas de muerte recurrentes todos los días, la mayor parte del tiempo), así como eventos estresantes y disponibilidad de medios.

- 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.

<b>Es preciso valorar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La ideación suicida</li> <li>• La determinación</li> <li>• El plan suicida</li> <li>• La soledad</li> <li>• El consumo de alcohol y otras sustancias</li> <li>• Las dificultades sociales</li> </ul>
<b>Implica mayor riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es persistente y no esporádica</li> <li>• Si el suicidio es una decisión firme y no una posibilidad</li> <li>• Si hay elaboración y disponibilidad de medios</li> <li>• Si falta apoyo social y familiar</li> <li>• Si la capacidad de autocontrol es limitada</li> <li>• Si existen situaciones de marginación, desempleo o falta de expectativas.</li> </ul>

Tabla 1. Valoración del riesgo de suicidio (elaboración propia)

Hay que prestar atención a los “suicidios enmascarados”, que se presentan en los servicios de Urgencias como accidentes extraños, así como a las señales de alarma (banderas rojas) de suicidio<sup>27</sup>:

- Autolesiones
- Aislamiento social
- Aumento de los comentarios sobre el suicidio
- Aumento ansiedad
- Desesperanza (puede ser relativa a varios aspectos que puedan afectar al paciente)
- Consumo de alcohol o sustancias
- Alteraciones en el sueño
- Ira, búsqueda de venganza
- Pérdida objetivo vital
- Impulsividad o conductas descuidadas.
- Cambios bruscos de humor.
- Sentimientos de estar atrapado, sin alternativas

Los distintos niveles de riesgo de suicidio son los que se muestran en la tabla 2<sup>20</sup>.

<b>Riesgo alto: Intención con planificación y/o método</b>	Ha planificado el acto suicida y ha considerado un método específico.
<b>Riesgo medio-alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha planificado el acto suicida pero no ha considerado el método</li> <li>• Ha considerado el método, pero no ha planificado el acto suicida</li> </ul>
<b>Riesgo medio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay planificación suicida ni método considerado</li> <li>• Presenta ideación suicida</li> </ul>
<b>Riesgo bajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay planificación suicida ni método considerado</li> <li>• No hay ideación suicida clara</li> <li>• Presenta desesperanza, culpa, y/o no percibe apoyos o valores que le ayuden.</li> </ul>
<b>No se detecta riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay planificación suicida ni método considerado</li> <li>• No hay ideación suicida</li> <li>• No presenta factores de riesgo</li> <li>• Presenta algunos síntomas de estado de ánimo de riesgo bajo</li> </ul>

Tabla 2. Niveles de riesgo de suicidio<sup>20</sup>

### 6.1. Herramientas para evaluar el riesgo de suicidio

Aunque la herramienta fundamental para realizar el diagnóstico es la entrevista clínica, hay distintas herramientas, test psicométricos para evaluar el riesgo de suicidio que han demostrado unas adecuadas propiedades para su valoración; se pueden agrupar según su funcionalidad<sup>19</sup> (tabla 3).

Estas escalas nunca deben sustituir a la entrevista y al juicio clínico; son una ayuda complementaria.

La precisión de las herramientas para la detección del riesgo suicida es incierta si las comparamos con la entrevista clínica.

Aunque no validada en España y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, la escala **SAD PERSONS** puede ser útil por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida<sup>17</sup>.

La escala **SAD PERSONS**<sup>22</sup> es una herramienta que se utiliza para evaluar el riesgo de tendencias suicidas. La escala original era para adultos, pero posteriormente se revisó para incluir criterios para niños. **SAD PERSONS** es un mnemotécnico para ayudar a recordar a los médicos cada factor de riesgo.

Funcionalidad	Escala disponibles
No específicas del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ MINI Entrevista Psiquiátrica Internacional (MINI). Módulo C</li> <li>○ Escala de Hamilton para la depresión (HDRS). Ítem 3.</li> <li>○ Escala de Depresión de Montgomery-Asberg. Ítem 6.</li> <li>○ Escala de depresión de Beck. Ítem correspondiente a la conducta suicida.</li> <li>○ Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ). Ítem 9.</li> </ul>
Evalúan el comportamiento suicida	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escala de ideación suicida de Beck (SSI)</li> <li>○ Escala de ideación suicida de Paykel (PSS)</li> <li>○ Escala SAD PERSONS</li> <li>○ Escala Columbia para evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS)</li> <li>○ Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS)</li> <li>○ Escala Clínica Global para gravedad del riesgo suicida (CGI-SS)</li> </ul>
Evalúan actos suicidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escala de intencionalidad suicida de Beck (SIS)</li> <li>● Gravedad médica de la tentativa (MDS)</li> </ul>
Evalúan constructos relacionados con el suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Escala de desesperanza de Beck</li> <li>○ Escala de impulsividad de Barrat ((BIS-11)</li> </ul>

**Tabla 3.** Test psicométricos/escalas de evaluación del riesgo de suicidio<sup>19</sup>.

Se asigna un punto por cada factor de riesgo presente (figura 1). Ante una puntuación de cero a dos puntos se aconseja un seguimiento posterior. Una puntuación de tres a cuatro puntos requiere un seguimiento cercano y una posible hospitalización, y en caso de una puntuación de cinco a seis se debe considerar seriamente la hospitalización. Los pacientes que obtengan una puntuación de siete o más deben ser hospitalizados o ingresados en un centro de salud mental.

Para el diagnóstico del TDM se aconsejan instrumentos breves, como por ej. el PHQ-9 y el PHQ completo modificado para adolescentes.

Los instrumentos que requieren más tiempo para su administración reducen su viabilidad de aplicación en entornos de Atención Primaria (AP).

<b>Escala SAD PERSONS</b>
S: sexo o género. Ser varón puntúa 1 punto, mientras que ser mujer puntúa cero.
A: edad. Las personas menores de 20 años o mayores de 75 tienen mayor riesgo.
D: depresión.
P: intento de suicidio previo
E: uso de etanol (alcohol) u otras drogas
R: pérdida en el pensamiento racional del paciente
S: indica falta de apoyo social
O: significa plan organizado
N: indica que el paciente no tiene cónyuge / <b>En los niños:</b> paternidad negligente
S: enfermedad crónica o debilitante / <b>En los niños:</b> presencia de problemas escolares

**Figura 1.** Escala SAD PERSONS

## **6.2. Intervalos de detección<sup>7</sup>**

El USPSTF no encontró evidencia sobre los intervalos de detección apropiados o recomendados para la depresión, y se desconoce el intervalo óptimo.

La detección repetida puede ser más productiva en adolescentes con factores de riesgo para la depresión. La detección oportunista puede ser apropiada para adolescentes, que suelen tener visitas de atención médica poco frecuentes.

## **VII. ABORDAJE TERAPEUTICO**

Es importante que exista una colaboración estrecha entre los servicios de atención primaria, urgencias y salud mental, sin olvidar el papel importante que pueden y deben protagonizar enfermería y trabajadores sociales, pues en su quehacer diario pueden detectar situaciones y comportamientos de riesgo que van a permitir realizar un diagnóstico precoz.

Es frecuente el contacto previo con el médico de atención primaria antes de un comportamiento suicida. Así, el 75% de las personas han contactado con su médico de atención primaria en el año anterior a dicho episodio y el 45% en el mes anterior<sup>23</sup>.

Es necesaria una actitud proactiva del médico para detectar aquellos cambios de conducta, aquellas situaciones estresantes, factores de riesgo,

síntomas o signos que nos pueden alertar sobre una ideación/conducta suicida. En el caso de niños y adolescentes, cambios en el comportamiento a la hora de ir al colegio o instituto, cuando anteriormente no había ningún problema, puede estar poniendo de manifiesto un caso de acoso escolar.

El abordaje terapéutico debe ser individualizado y para ello hemos de ser conscientes de los diferentes tipos de paciente y las diferentes situaciones que podemos encontrar en consulta.

### **Tipos de pacientes en relación con la conducta suicida<sup>17,19</sup>:**

- aquellos que han sobrevivido a un intento de suicidio
- los que acuden a consulta manifestando ideación suicida
- los que acuden con trastornos mentales o alteraciones/cambios en el comportamiento, aunque sin una intencionalidad suicida conocida, y
- aunque menos frecuente en la infancia y adolescencia, los que tienen una patología física específica (s/t si cursa con dolor o discapacidad) pero que presentan un riesgo de suicidio oculto o silente.

Las diferentes **situaciones que se pueden presentar en un paciente con riesgo alto de suicidio** son<sup>20</sup>:

- Crisis en curso, la persona está intentando quitarse la vida o ya lo ha intentado en instantes previos.
- Crisis inminente, la persona tiene decidido quitarse la vida en las próximas horas.
- Crisis no inminente, la persona ha planificado quitarse la vida dentro de una semana/mes, por ejemplo.

Como se ha indicado, la actuación variará en función del tipo de paciente y de las diferentes situaciones referidas, no obstante, en todos los casos, hay que dar apoyo emocional al paciente y facilitar estrategias para reducir su malestar con el objetivo de reducir sus pensamientos suicidas y la posibilidad de que pase a ejecutarlos.

#### ***7.1. Actuaciones que realizar en el abordaje terapéutico***

Siempre hay que intentar establecer una buena relación médico-paciente, una relación empática y sin establecer juicios de valor sobre el paciente.

Siempre se realizará una valoración de las alteraciones de la condición física, una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una

evaluación de las necesidades y del riesgo de suicidio. Se deben adoptar todas aquellas medidas de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad<sup>17</sup>.

Se recomienda que todos los pacientes que acudan a consulta ordinaria o de urgencias por una conducta suicida se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada<sup>17</sup>.

En el caso de una situación de riesgo inminente de suicidio nunca hay que dejar solo al paciente. Hay que realizar un acercamiento físico de forma progresiva, con tranquilidad y favoreciendo la comunicación y alertar a los servicios de emergencia. Iniciar una conversación con temas de necesidad básica, tangenciales, sin preguntar de forma directa sobre la situación, y SI se logra enfocar el tema del suicidio preguntar sobre los motivos tratando de generar la ambivalencia.

## ***7.2. Entrevista clínica terapéutica***

Tanto si existe una crisis inminente como ante casos en los que no existe una crisis suicida en curso la entrevista clínica es de vital importancia y puede resultar terapéutica. Para ello debe cumplir una serie de estrategias:

### **A. Generar ambivalencia** respecto a su decisión de quitarse la vida.

Se trata de hacer ver al paciente la importancia de reflexionar antes de tomar una decisión tan importante, intentar buscar objetivos o satisfacciones que motiven a la persona a vivir, crear ambivalencias meditando sobre el sufrimiento de sus seres queridos, la posibilidad de que el intento resulte fallido y se haga daños irreparables, generar alternativas a la muerte, etc. Para ello hay que intentar que el paciente recapacite sobre los siguientes puntos:

- **Ventajas de morir.** Al comenzar hablando de las ventajas de morir, la persona experimentará una sensación de escucha, empatía, y ausencia de juicio y crítica ante sus pensamientos.
- **Desventajas de vivir.** Indagando en las desventajas de vivir, se facilita espacio para el desahogo emocional y se obtiene información sobre los problemas que puede estar experimentando la persona permitiendo orientar la conversación a las estrategias de afrontamiento de esos problemas.
- **Estrategias de afrontamiento de las desventajas de vivir.** “¿Has pensado cómo podrías hacer frente a esta situación?”, “¿Qué podrías hacer al respecto?”, " ¿Qué te diría una persona importante para ti con el

fin de ayudarte a afrontar la situación? Reforzaremos activamente cualquier indicio de optimismo o propuesta que la persona exprese.

- **Sondeo de alternativas.** Si no se le ocurre ninguna alternativa se puede sugerir alguna en función de la situación.
  - **Ventajas de vivir añadidas** (razones que fueron importantes en el pasado y tienen sentido en el presente). Utilizaremos la información que nos haya proporcionado previamente, rescatando cualquier relación con personas allegadas, satisfacción personal, etc.
  - **Desventajas de morir.** Confrontaremos las desventajas de morir, preguntando a la persona qué cosas se perdería, qué miedos tiene respecto a la muerte, qué pasará cuando no esté, qué impacto causaría en sus allegados, etc.
- B. La segunda estrategia consiste en la negociación.** Se puede negociar con la persona, ofreciéndole recursos que puedan ayudarle a salir de la situación en la que se encuentra.
- C. La tercera estrategia se basará en el aplazamiento.** Consiste en lograr que la persona posponga su decisión de suicidarse.
- **Contrato verbal,** pactar con la persona un contrato verbal mediante el cual se comprometa a no intentar suicidarse en un tiempo. Durante ese tiempo se tratará de aplicar diferentes estrategias de resolución de problemas.
- D. Fomentar el acompañamiento por parte de personas cercanas.**
- Explicar la importancia del apoyo social como factor de protección en estos casos.
  - Evitar el aislamiento.

### **7.3. Tratamiento**

La **psicoterapia cognitivo-conductual** y la **interpersonal** son las que tienen una mayor evidencia que respalda su eficacia en niños y adolescentes.

El USPSTF recomienda la terapia cognitivo-conductual para:

- reducir los síntomas de ansiedad y depresión
- jóvenes sintomáticos que han estado expuestos a eventos traumáticos (fuerte evidencia de efectividad en la reducción del daño psicológico)



La **fluoxetina** es el único medicamento aprobado por la *Foods Drugs Administration* (FDA) para su uso en el tratamiento del TDM en niños 8 años o más; el escitalopram está aprobado para tratar el TDM en adolescentes de 12 a 17 años.

La FDA ha emitido una advertencia sobre el uso de los antidepresivos, recomendando que los pacientes de todas las edades que inicien la terapia antidepresiva deben ser monitorizados adecuadamente y observados de cerca por el posible empeoramiento clínico, tendencias suicidas o la aparición de cambios inusuales en el comportamiento.

El uso de ISRS en los niños se asocia con daños, específicamente el riesgo de suicidabilidad.

### **VIII. Criterios de derivación**

Los criterios por los que proceder a remitir al paciente con una conducta suicida a un servicio de urgencias hospitalario (de elección) o de forma urgente a un servicio de salud mental son:

- Existe un plan específico elaborado de elevada letalidad y la intencionalidad suicida es elevada.
- Hubo tentativas suicidas previas (sobre todo si fueron graves y/o violentas y recientes). El paciente tomó precauciones para evitar ser rescatado o descubierto, el plan o la ideación persisten y el paciente lamenta o rechaza la supervivencia.
- Se constata trastorno mental grave y/o psicosis o la conducta suicida es el resultado de una descompensación de un trastorno mental grave.
- Se acredita impulsividad o agitación grave.
- El juicio es escaso o se rechaza la ayuda ofrecida. Se recurrirá a la hospitalización involuntaria del paciente.
- Se detectan cambios en el estado mental de etiología orgánica o es posible la contribución de una enfermedad somática (trastorno neurológico agudo, cáncer, VIH)
- Hay dificultades para acceder al tratamiento ambulatorio adecuado o no se aprecia respuesta o capacidad para cooperar en la administración de este.
- Es necesaria la supervisión para las exploraciones complementarias o el tratamiento indicado.
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de soporte.
- En caso de duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

La derivación puede ser **preferente** al servicio de salud mental cuando no estén presentes ninguno de los criterios anteriores de derivación inmediata y se cumplan las siguientes circunstancias:

- Alivio tras la entrevista
- Hay intención de control de los impulsos de suicidio
- Se acepta el tratamiento y medidas de contención pactadas
- Hay un apoyo sociofamiliar efectivo.

Por último, y aunque es preferible una valoración por el servicio de salud mental, el paciente con una conducta suicida puede ser seguido ambulatoriamente en las siguientes circunstancias:

- El paciente presenta ideación suicida crónica sin tentativas previas graves ni recientes.
- La intencionalidad es reactiva a eventos precipitantes y el punto de vista de paciente sobre la situación ha cambiado desde el inicio del abordaje.
- Su situación vital es estable y cuenta con apoyo. No existe descompensación aguda de un trastorno mental grave.
- Existe la posibilidad de administrar un tratamiento ambulatorio adecuado y el paciente presenta una actitud de cooperación con el tratamiento prescrito.

A modo de resumen, se puede concluir que los factores clínicos que pueden aconsejar un ingreso hospitalario en un paciente con riesgo de suicidio son los que se muestran en la tabla 4.

### ***Factores clínicos que pueden aconsejar el ingreso hospitalario en un paciente con riesgo de suicidio***

- Desesperanza
- Alta hospitalaria reciente
- Presencia de planificación
- Uso de alcohol o sustancias
- Intento de suicidio reciente
- Situación de calle
- Depresión grave
- Enfermedad médica grave.
- Síntomas psicóticos

**Tabla 4.** Factores clínicos que pueden aconsejar el ingreso hospitalario (elaboración propia)

## ***IX. Seguimiento***

Existe un aumento del riesgo de suicidio en pacientes que han sido recientemente dados de altas de la unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Igualmente, aquellos que han realizado un intento de suicidio en los últimos doce meses su riesgo es elevado, aumentando de forma exponencial su riesgo con la edad del paciente.

El médico de atención primaria debe jugar un papel en el seguimiento y tratamiento de estos pacientes en coordinación con las Unidades de Salud Mental.

Para cumplir este cometido es importante que el paciente aporte al médico de familia un informe completo, desde atención hospitalaria y unidades de salud mental, que incluya el diagnóstico recibido, el tratamiento y las pautas de seguimiento recomendadas, incluyendo necesidades de continuidad del tratamiento farmacológico en el tiempo, otras pautas a seguir, etc.

Hay que tener presente que el riesgo de suicidio forma parte de un espectro de situaciones (ideación, planificación, intento) dentro del cual el paciente puede evolucionar en un sentido u otro en el tiempo dependiendo de múltiples factores y situaciones. Por ese motivo, se debe continuar evaluando en cada consulta desde AP este riesgo de suicidio.

Resulta fundamental la continuidad de evaluaciones con un plan de seguimiento, con citas programadas. Si en cualquier momento se vuelve a considerar que existe un riesgo habrá que volver a realizar la derivación con la prioridad que se considere adecuada.

En el caso concreto del seguimiento a pacientes adolescentes con riesgo de suicidio siempre se deben considerar los siguientes aspectos:

- Considerar las autolesiones como factor de riesgo.
- Vigilar la toma de sustancias.
- Favorecer el contacto con el colegio.
- Involucrar a sus pares en el cuidado.
- El suicidio consumado ocurre en un breve periodo de tiempo en el que es vital intervenir.

Por ello, hay una serie de preguntas que se deben incluir en cada revisión a estos pacientes; son:

- ¿Algo te preocupa?
- ¿Te sientes agobiado?
- ¿Cómo te encuentras de ánimo?
- ¿Te sientes con ansiedad o con miedo a algo?
- ¿Te sientes desesperanzado respecto a tu situación actual?
- ¿Qué tal duermes?

En estos pacientes es fundamental establecer un **Plan de Seguridad**. En este plan de seguridad se debe involucrar al paciente en su desarrollo de forma colaborativa para contar con su compromiso. En él se deben abordar los siguientes puntos:

- Evitar y controlar los medicamentos potencialmente letales, así como otras situaciones (ej: armas).
- Evitar el consumo de sustancias, incluyendo alcohol, así como también evitar aquellas circunstancias asociadas que pueden favorecer la reaparición de ideas.
- Desarrollar una agenda de llamadas en momentos de crisis a cuidadores por orden de importancia, incluyendo la posibilidad de llamar al teléfono de la esperanza. Facilitar formas de comunicación rápida con los sanitarios tras un episodio de aparición de ideas de suicidio para su evaluación.
- Establecer el papel de la atención médica (urgencia, psiquiatra, psicólogo, AP) de forma multidisciplinar según las circunstancias de localización o temporales del episodio.
- Establecer un rescate farmacológico en caso de aumento de la ansiedad o ideación.

## ***X. Interacción con los apoyos familiares***

Otro aspecto importante que considerar, en el seguimiento de estos pacientes, es la interacción y búsqueda de colaboración con los posibles **apoyos familiares**.

La red de apoyos sociofamiliares constituye uno de los factores protectores más relevantes frente al riesgo de suicidio.

Los familiares deben recibir información en términos adecuados para su comprensión en relación tanto a la depresión como el suicidio que

disminuyan el estigma y ayuden a su comprensión. Es importante que adquieran un mayor conocimiento para una mejor implicación en el proceso.

Es importante que conozcan las posibles señales que pueden alertar sobre la existencia de una situación de urgencia y pautas de cómo actuar en estos casos. También es importante enseñarles a adoptar una actitud de escucha, ayuda y comprensión, eludiendo los juicios o reproches.

Por último, es importante que entiendan que la situación de riesgo puede fluctuar en el tiempo, permaneciendo atentos a las señales de alarma sin que ello motive un menoscabo en su calidad de vida.

En este sentido será importante también prestar atención a las necesidades de cuidado del cuidador

La búsqueda de la implicación por parte de los familiares o allegados puede encontrarse limitada con el derecho a preservar la confidencialidad en la relación médico-paciente y el derecho de autonomía del paciente, no sólo desde el punto de vista ético, sino incluso para no perder la necesaria confianza de éste.

Las claves en torno a la confidencialidad y autonomía del paciente con riesgo suicida son las que se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5. Claves en torno a la confidencialidad y autonomía del paciente con riesgo suicida<sup>28</sup>**

- Tratar de preservar la relación de confianza con el paciente siempre que sea posible.
- Solicitar su permiso para involucrar a familiares o allegados explicando el propósito.
- Limitar previamente con el paciente los aspectos que van a compartirse, evitando transgredir en los más personales y no necesarios para el cuidado.
- Consensuar con el paciente previamente las personas y el papel que pueden jugar cada uno de ellos.
- En caso de menores o incapacitados la información a compartir puede ser más amplia, si bien tratando de preservar la intimidad en aspectos no necesarios.
- En los menores también hay que tener en cuenta la figura del menor maduro.
- En casos de urgencia vital siempre prima el principio de beneficencia.

## ***BIBLIOGRAFÍA***

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013.

2. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-Directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
3. Ivey-Stephenson AZ, Demissie Z, Crosby AE, et al. Suicidal ideation and behaviors among high school students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR Suppl.* 2020;69(1):47- 55. doi:10.15585/mmwr.su6901a6
4. National Institute of Mental Health. Suicide. Updated June 2022. Accessed August 29, 2022. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
5. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. Ginebra: OMS; 2013. 50 p
6. Hernandez-Bello L et al. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; Vol. 94: 10 de septiembre e1-15.
7. Mangione CM et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* doi:10.1001/jama.2022.16946 Published online October 11, 2022.
8. Viswanathan M, Wallace I, Middleton JC, et al. Screening for Depression, Anxiety, and Suicide Risk in Children and Adolescents: An Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 221. Agency for Healthcare Research and Quality; 2022. AHRQ publication 22-05293-EF-1.
9. Viswanathan M, Wallace IF, Cook Middleton J, et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* Published online October 11, 2022. doi:10.1001/jama.2022.16310
10. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein REK, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): part I: practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics.* 2018;141(3):e20174081. doi:10.1542/peds. 2017-4081
11. MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, et al; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2005; 172(1):33-35. doi:10.1503/cmaj.1030823
12. American Academy of Pediatrics, American Foundation for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health. Suicide: Blueprint for Youth Suicide Prevention. Published 2022. Accessed August 29, 2022. [https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide\\_prevention/](https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide_prevention/)
13. Gomez A. Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado. *Rev Med Clin Condes.* 2012; 23(5):607-615

14. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry*. 2009;65(7):556-63.
15. Ream GL. What's unique about lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth and young adult suicides? findings from the National Violent Death Reporting System. *J Adolesc Health*. 2019;64 (5):602-607.  
doi:10.1016/j.jadohealth.2018.10.303
16. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Guía de Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001. Disponible en:  
<http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guíaRevisada2008-salud-mental.pdf>
17. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalaia-7 2010/02.
18. Beck A T, Rush J A, Shaw B F, Emery G. *Terapia cognitiva de la depresión*. 2012. 20ª Edición. Desclée De Brouwer. Biblioteca de psicología. ISBN: 9788433006264.
19. Saiz Martinez PA et al. Paciente con riesgo suicida en el contexto de la crisis sanitaria. En: "Manual del manejo de la depresión en el contexto de la crisis sanitaria. Lab. SERVIER. ISBN: 13:978-84-09-35442-1
20. Ministerios de Sanidad. *Línea 024 de atención a la conducta suicida. Protocolo de atención a las llamadas*. 2022.
21. World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line*. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/MSD/MER/18.4). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER18.4-eng.pdf?ua=1>
22. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scales. *Psychosomatics* 1983; 24(4):348-9.
23. Turecki G. & Brent DA (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
24. Gasull V. Papel de la Atención Primaria en depresión y prevención del suicidio. En: "Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental". WeCare-U 2020. ISBN: 978-84-09-23078-5
25. Pérez Barrero SA. *Manual para la prevención del suicidio*. [s.e.]; 57 p.
26. Romer D, McIntosh M. The role of primary care physicians in detection and treatment of adolescent mental health problems. In: Evans DL, Foa EB, Gur RE, et

- al, eds. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know: A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. 2nd ed. Oxford University Press; 2012.
27. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Jr, et al. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36:255-262
28. Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer? Jiménez-Pietropaolo J, Martín S, Pacheco T, Santiago P. *Salud Mental*. [Consejería de Sanidad](#). D.G. de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento. Folleto en papel. Madrid, 2014.

