

PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO INICIAL DE LA IDEACIÓN SUICIDA

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

Autora: Marta de la Torre Martí

Fecha realización: 2013

Asesores: José Santacreu y Ana Calero (UAM)

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

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

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

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO TEÓRICO GENERAL

1.1. Cuestiones preliminares

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

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

1.2. ¿Qué es la ideación suicida?

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

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

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

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

1.3. Algunas ideas sobre el funcionamiento de la ideación suicida

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

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

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

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

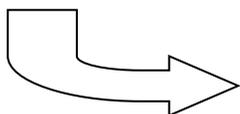
2. EVALUACIÓN: INSTRUMENTOS Y VALORACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

Esquema de pasos para la evaluación del riesgo de suicidio:



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

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

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

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

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

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

2.2. Evaluación del riesgo actual

2.2.1. Instrumentos de evaluación de la ideación y conducta suicida

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

➤ La entrevista

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

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

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

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

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

Fase 1

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

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

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

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

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

Fase 2

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

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

- *¿Cómo ha pensado en suicidarse?*

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

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

- *¿Cuándo ha pensado en suicidarse?*

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

- *¿Dónde ha pensado en suicidarse?*

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

- *¿Por qué ha pensado en suicidarse?*

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

Fase 3

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

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

Fase 4

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

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

Fase 5

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

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

Fase 6

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

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

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

➤ **Cuestionarios y escalas estandarizadas**

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

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

(Niméus, Alsén y Träskman-Bendz, 2001)

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

2.3. Valoración del nivel de riesgo de suicidio

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

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

Tabla valoración del nivel de riesgo del suicidio

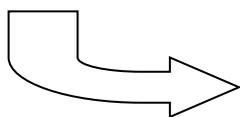
| | |
|--|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple con seis o más factores de riesgo principales ✓ Cualquier caso con planificación suicida y método específico ✓ Si estado de ánimo depresivo “grave”. | <p>Riesgo alto (4)</p> |
|--|-------------------------------|

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

3. PLAN DE CONTROL INICIAL DEL RIESGO DE SUICIDIO

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

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



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

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

3.1. Análisis funcional de la conducta suicida

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Especialmente, se recomienda que el clínico sea capaz de:

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

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

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

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

4. TRATAMIENTO: OBJETIVOS Y TÉCNICAS

4.1. Listado de objetivos y técnicas apropiadas de tratamiento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Cuando la vida es realmente mala

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

- Se autolesiona repetidamente

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

- El riesgo permanece alto

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

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

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

5. EL PLAN DE GENERALIZACIÓN, AUTOCONTROL Y SEGUIMIENTO

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

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

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

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

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

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

6. COMENTARIOS FINALES

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

7. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en

Otros recursos de interés en internet:

The American Association of Suicidology

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

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

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

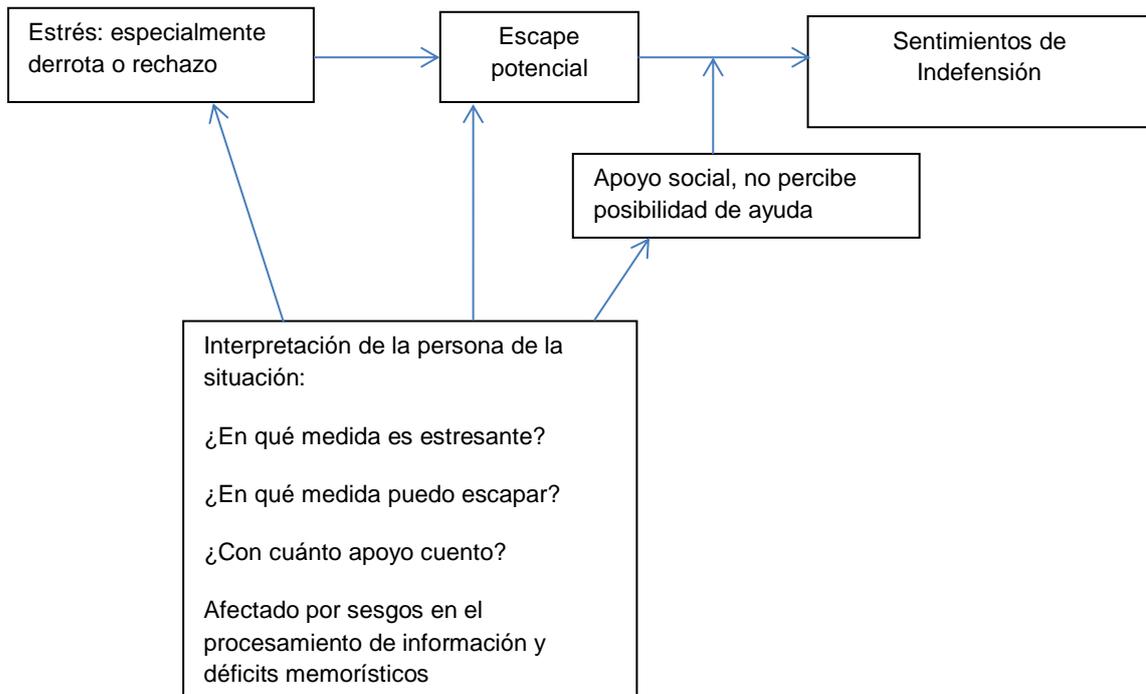
http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_spa.pdf

ANEXO

8.1. Signos o señales de alerta habituales

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

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



8.3. Mitos más comunes relacionados con el suicidio

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

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

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

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

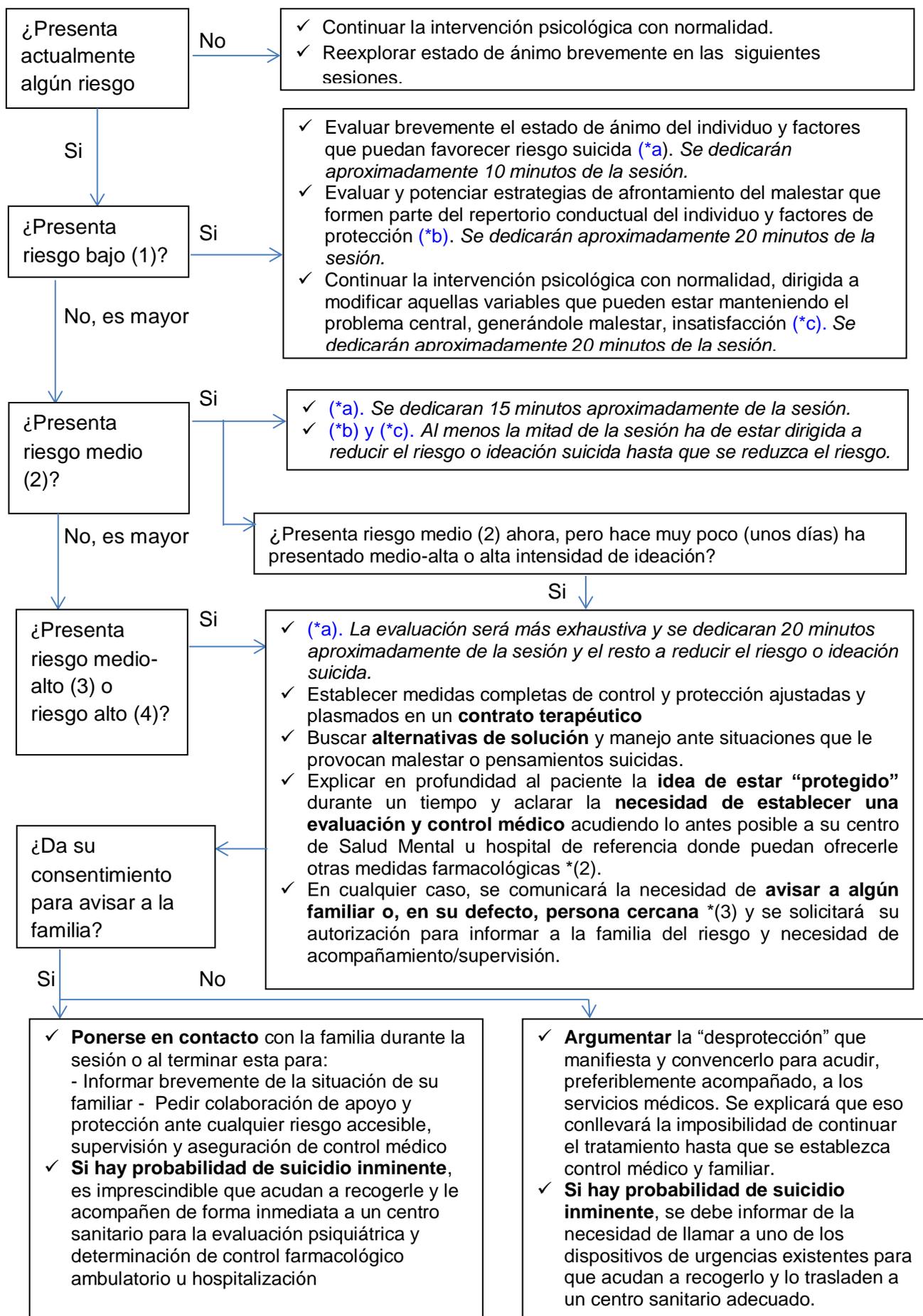
| Factores de protección | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de habilidades de comunicación • Presencia de habilidades para encarar y resolver los problemas de manera adaptativa • Búsqueda de consejo y ayuda cuando surgen dificultades • Receptividad hacia las experiencias y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

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

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

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

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



8.7. Ejemplo de contrato terapéutico

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

8.8. Recursos de ayuda

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

8.9. Ejemplo de constatación de medidas con el paciente

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

8.10. Intervención inicial familiar

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

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

8.11. Registro ABCD (ejemplo)

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

8.12. Contraargumentos de creencias sobre el suicidio

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



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

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

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

El suicidio es la única solución, no hay otra:



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

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

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

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

a)

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

b)

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