



Norma General Administrativa N° 027

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Orientaciones para su Implementación

**DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**

2013

MINISTERIO DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO:
Orientaciones para su implementación: MINSAL, 2013.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o
parcialmente para fines de diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de publicación: Octubre, 2013

Redactores y Colaboradores

El presente documento cumple con una de las metas comprometidas por el
Departamento de Salud Mental para el año 2013.

Fue elaborado y redactado por la E. U. Irma Rojas Moreno.

Colaboradores :

- Alfredo Pemjean Gallardo, Médico Psiquiatra, Depto. Salud Mental, Ministerio de Salud.
- María Angélica Caprile Araneda, Asistente Social, Depto. Ciclo Vital, Ministerio de Salud.
- Alejandro Gómez Chamorro, Médico Psiquiatra, Depto. Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile - Campus Sur.
- Raquel Opazo Pacheco, Asistente Social, Secretaría Regional Ministerial de Salud de la IV Región, Coquimbo.
- Soledad Valderrama Rojas, Psicóloga, Secretaría Regional Ministerial de Salud de la VI Región, Libertador Bernardo O'Higgins.
- José Rodríguez Arancibia, Jefe Unidad Epidemiología, Secretaría Regional Ministerial de Salud de la VI Región, Libertador Bernardo O'Higgins.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	7
Conceptos	7
Epidemiología	8
III. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	10
Componentes	10
1. Instalación de un Sistema de Estudio de Casos	10
2. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio	16
3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud	17
4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales	18
5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis	19
6. Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio	19
IV. MANEJO DEL RIESGO SUICIDA	21
Factores de riesgo suicida	21
El Desencadenamiento de la Crisis Suicida	28
Métodos para Consumar el Suicidio	30
Mitos Sobre el Suicidio	31
Detección del Riesgo Suicida	34
Manejo del Riesgo Suicida	37
ANEXO N°1: ENTREVISTA ESTRUCTURADA AUTOPSIA PSICOLÓGICA	44
ANEXO N°2: FICHA INFORMACIÓN INTENTOS DE SUICIDIO	55
ANEXO N°3: ORIENTACIONES PARA PROFESIONALES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	57
ANEXO N°4: INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA	59
ANEXO N°5: RECOMENDACIONES GENERALES A LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LA PESQUISA Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES	66
REFERENCIAS	69



I. INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importante que predispone al comportamiento suicida. Las personas afectadas por enfermedades mentales presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren¹.

Los problemas mentales más a menudo asociados a los comportamientos suicidas son la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia².

Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo elevado de comportamiento suicida, (riesgo cuatro veces mayor). Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Los contextos socioeconómicos, educacionales y sociales de pobreza, así como las limitaciones en la salud física, se asocian también a comportamientos suicidas³.

Sumado a lo anterior, los acontecimientos estresantes como las rupturas, la pérdida de seres queridos, los conflictos con los allegados y amigos, los problemas legales, financieros, o relacionados con el trabajo, así como los acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación, o a la vergüenza, pueden provocar tentativas de suicidio (IAPS-OMS, 2006).

Además, la disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida constituye un riesgo importante de comportamiento suicida del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio (IAPS-OMS, 2006).

En Chile, al igual que en muchos países del mundo, es especialmente preocupante el aumento de la mortalidad por causas externas en los adolescentes, las que representan el 60% del total de las muertes en adolescentes. En el grupo de adolescente entre 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100.000 el año 2000 a 1,9 por 100.000 el año 2009. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo (DEIS, 2010).

Por lo anterior se ha hecho necesario implementar diversas estrategias preventivas de intervención, por lo cual, el Ministerio de Salud, en su Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, ha considerado incluir metas que permitan disminuir la tendencia en aumento que presenta esta tasa en este grupo poblacional. La meta de impacto esperada al 2020 es disminuir en 15% la tasa proyectada de 12 por 100 mil a 10,2 por 100 mil adolescentes. Para esto se proponen 4 estrategias: (1) trabajo intersectorial; (2) detección de casos de riesgo; (3) cobertura y calidad de la atención; y (4) vigilancia epidemiológica⁴.

Al interior de estas estrategias se propone, la formación de gatekeepers o facilitadores comunitarios como intervención con suficiente evidencia para contribuir en la disminución de la depresión y riesgo suicida. Los facilitadores comunitarios son entendidos como personas influyentes en la sociedad, que puedan transmitir y canalizar los conocimientos necesarios para pesquisar y orientar a los y las adolescentes con síntomas depresivos y riesgo suicida. Debe ser entendido no como en su concepto original de filtrador o controlador de información, sino como un facilitador o mediador comunitario, es decir, una persona entrenada para detectar factores de riesgo en el caso de depresión y de riesgo suicida, quien, fuera de realizar intervenciones de pesquisa, debe estar capacitado para orientar y derivar a la red de atención en salud a las personas en riesgo.

La formación de Gatekeepers o facilitadores comunitarios forma parte de un proceso articulado de prevención de problemas de salud mental, específicamente de la depresión en adolescentes; en forma aislada el rol de apoyar a las redes sanitarias locales para desarrollar intervenciones efectivas y oportunas a favor de mejorar la salud de los y las adolescentes será insuficiente.

Las Orientaciones Técnicas para la Formación de Gatekeepers o Facilitadores Comunitarios, constituyen un componente esencial del Programa Nacional de Prevención de Suicidio y forman parte de las orientaciones para su instalación. Así mismo, son parte de las estrategias recomendadas en el Plan de Acción del Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, vinculadas con los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Para lograr esta meta y reducir los suicidios en la población del país, se ha diseñado un Programa Nacional de Prevención del Suicidio basado en las experiencias internacionales exitosas en la materia^{5, 6}.

Considerando la enorme variabilidad que presenta el fenómeno del suicidio, entre las regiones, este Programa es de carácter regional y está coordinado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Debe ser permanente, intersectorial, público y privado, e incluir los tópicos que han mostrado mayor efectividad (OMS, 2009), a saber:

- Un sistema de información y vigilancia
- Planes regionales intersectoriales de prevención
- Capacitación del personal de salud
- Intervenciones preventivas en los colegios
- Sistemas de ayuda en situaciones de crisis
- Trabajo con los medios de comunicación.

El modelo de intervención propuesto se basa en la intersectorialidad como condición elemental para la prevención del suicidio, con su eje impulsor instalado en la autoridad sanitaria regional en tanto espacio privilegiado para el trabajo intersectorial y con un desarrollo simultaneo de sus seis componentes dadas la interdependencia e interrelación entre ellos.

La instalación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio se realizará en forma gradual y paulatina, estimándose un plazo de 3 a 4 años para tener todos los componentes instalados a nivel nacional.

Se espera entonces que el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio, comience a lograrse a partir del 5º o 6º año desde el inicio del proceso de instalación. Para los 2 primeros años, la meta será lograr una inflexión negativa en la curva de ascenso de la tasa de mortalidad por suicidios en ambos sexos.

El presente documento reúne las orientaciones entregadas a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud para la implementación del Programa Regional de Prevención del Suicidio en cada una de las regiones del país, desde su diseño en el año 2007.

La suma y complementariedad de estos Programas Regionales conforman el Programa Nacional de Prevención del Suicidio.

II. ANTECEDENTES

La palabra *suicidio* es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas “sui” (uno mismo) y “caedere” (matar). Aparentemente fue el médico y filósofo sir Thomas Browne quien utilizó este término por primera vez en su obra *Religio Medici* en 1642, distinguiendo entre el hecho de matar a otra persona y el “homicidio de uno mismo”⁷.

Como fenómeno humano, el suicidio ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las actitudes hacia este fenómeno han variado considerablemente en las distintas sociedades, dependiendo de los valores filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura⁸.

La primera contribución importante al estudio del problema del Suicidio fue realizada a fines del siglo XIX por el sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897). Para Durkheim, los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social. En un intento de explicar los patrones estadísticos, dividió los suicidios en tres categorías sociales: Egoísta, Altruista y Anómico⁹.

En el ámbito de la psicología, Edwin S. Shneidman (1918-2009) es considerado el padre de la Suicidología moderna por ser pionero en el campo de la prevención y atención del suicidio. Shneidman fue además un prolífico pensador y escritor en torno al suicidio y se mantuvo a la vanguardia en sus estudios y reflexiones durante más de 50 años, creando la suicidología como una disciplina nueva. Acuñó palabras y conceptos como suicidología, autopsia psicológica, posvención, muerte sub-intencionada y dolor psicológico (Chávez-Hernández, 2010).

Gracias a los aportes de Shneidman, se logró obtener la atención pública y política sobre el fenómeno suicida y sus graves consecuencias sociales, así, en el año 2003 el suicidio se declaró como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU), junto con la Asociación Internacional de Prevención de Suicidio (IASP), declararon al 10 de septiembre como el “Día Mundial de la Prevención del Suicidio” (Chávez-Hernández, 2010).

Conceptos

El fenómeno del suicidio ha sido definido y descrito de múltiples formas a lo largo de los años¹⁰.

Para Durkheim, el suicidio es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado, es decir, “*habría suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de ésta*”¹¹.

En 1965, el psiquiatra británico Erwin Stengel definió suicidio como el acto fatal y el intento de suicidio como el acto no fatal, de autoperjuicio. Ambos se realizan con una intención consciente de autodestrucción, la que puede ser vaga o ambigua¹².

El sociólogo francés Jean Baechler, en su obra “Los suicidios” de 1975, definió el suicidio como toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto¹³.

El psicólogo Edwin S. Shneidman, conocido como el padre de la suicidología, definió el suicidio como *“el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”*¹⁴.

En general, las distintas definiciones de suicidio se diferencian en el énfasis que le otorgan a la *intencionalidad* y *consciencia* del acto en sí. Actualmente, se considera que, el suicida pretende acabar más bien, es el dolor psicológico y no con la propia vida (Martínez 2008).

Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: *“Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”*¹⁵.

En Suicidología se distinguen los siguientes conceptos¹⁶:

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Ideación Suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método.

Parasuicidio (o Gesto Suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta.

Suicidio Consumado: Término que una persona en forma voluntaria e intencional hace de su vida. La característica preponderante es la fatalidad y la premeditación.

Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio¹⁷:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución
2. El objetivo común es el cese de la conciencia
3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel)
8. La acción común es escapar
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida
10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida

Epidemiología

Las estadísticas de suicidio se basan principalmente en los certificados de defunción y en las pesquisas judiciales. La calidad de los datos sobre mortalidad, incluso en los países más desarrollados, es variable en general, particularmente en lo que concierne a los suicidios¹⁸.

En muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o se clasifican como muertes secundarias a infarto cardiaco o similar para evitar así los inconvenientes de

la realización de autopsias u otro tipo de investigación que identifique la causa precisa de una muerte inexplicable (OMS 2000).

Por lo anterior se considera que existe una subestimación de la verdadera incidencia de las muertes por suicidio. Pese a ello, el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte a nivel mundial (OMS 2000).

Entre aquellos países que informan sobre su incidencia, los países de Europa del este son los que presentan las tasas más altas. Por su parte, las tasas más bajas se dan en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. De los países africanos se tiene muy poca información sobre el suicidio (OMS 2000).

Según la OMS, a escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, además, en la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades (OMS 2000). Aproximadamente un millón de personas se suicidan en el mundo cada año, y en muchos países, el suicidio es una de las cinco primeras causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años¹⁹.

La OMS estima que para el 2020 las muertes por suicidio podrían bordear unos 1,5 millones de personas²⁰.

Estas cifras resultan sorprendentes al considerar las estimaciones que por cada muerte por suicidio se producen entre 10 o 20 intentos (OMS, 2009).

En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000) (OMS 2009).

Las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad. Más del 70 por ciento de las personas que se suicidan son mayores de 40 años y la frecuencia aumenta dramáticamente en los mayores de 60 años, sobre todo en los varones. A pesar de lo anterior, recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Actualmente, el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de 15-24 años después de los accidentes y el homicidio (OMS 2005).

En relación con el sexo y con excepción de las zonas rurales de China, los hombres se suicidan más que las mujeres, mientras que los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres en la mayoría de los países (OMS 2005).

Por otra parte, las tasas de suicidio son mayores en las áreas urbanas que en las rurales (OMS 2005).

Se calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general, y que entre el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. De estos, el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado (OMS 2009).

En Chile, la tasa de suicidios el año 2009 fue de 12,7 por 100.000 habitantes, 20,6 por 100.000 en hombres y 5,0 por 100.000 en mujeres. Esto muestra un aumento de 3,1 puntos en relación con la tasa del 9,6 por 100.000 registradas el año 2000²¹.

En el período de 10 años, entre el año 2000 y el 2009, el mayor aumento en las tasas de suicidio se observan en los hombres entre 20 y 29 años (de 24,4 a 29,9 por 100.000), seguido por los hombres entre 30 y 47 años (de 21,7 a 26,2 por 100.000). En las mujeres, el mayor aumento también se dio en el grupo etáreo de 20 a 29 años (3,1 a 7,1 por 100.000) (DEIS 2010).

La tasa más alta de suicidio se mantiene entre los hombres de 65 años y más, alcanzando un 32,2 por 100.000, sin embargo el aumento entre los años 2000 y 2009 sólo fue de 0,2 puntos (DEIS 2010).

III. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO¹

Este Programa se enmarca en el objetivo sanitario de “fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables”, y tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio, en ambos sexos.

Sus objetivos son:

1. Instalar en cada SEREMI de Salud y en forma paulatina, los 6 componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del riesgo suicida.
2. Involucrar a los distintos sectores sociales y a la comunidad en la prevención del suicidio.
3. Contribuir al logro de las metas de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

Componentes:

I. Instalación de un Sistema de Estudio de Casos:

Se trata de un sistema de registro localizado en cada SEREMI de salud, que incluye tanto los intentos como los suicidios consumados. La información epidemiológica que se debe registrar incluye sexo, edad, medio utilizado, lugar de ocurrencia, nivel socioeconómico, estructura familiar, nivel educacional, antecedentes de intentos previos, antecedentes de enfermedad mental, antecedentes de enfermedad física grave, entre otros.

Toda la información que se incluya en el Sistema de Estudio de Casos debe ser tratada según lo establecido en la Ley 19.628 sobre Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 20.584 sobre Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

1.1 Registro y estudio de suicidios consumados:

Para su puesta en marcha, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) pondrá a disposición de los estadísticos de las SEREMI, el acceso directo a la base de datos de defunciones, con actualización mensual, de modo que quedarán identificadas las defunciones correspondientes y los datos de ubicación de los deudos. Ello permitirá recoger, mediante la metodología de Autopsia Psicológica, la información necesaria para monitorear el comportamiento suicida, identificar los factores de riesgo específicos asociados, establecer los perfiles de riesgo en cada región y entregar información para la definición de estrategias locales de intervención.

La Autopsia Psicológica es una de las herramientas más valiosas de la investigación sobre el suicidio consumado. El método implica recoger la información disponible sobre el fallecido mediante entrevistas estructuradas a los miembros de la familia, los parientes o los amigos, así como al personal sanitario que le atendió. Permite además, recolectar información de las historias médicas y psiquiátricas disponibles, otros documentos y el examen forense²², todo ello realizado en uso de las atribuciones de investigación epidemiológica de las SEREMI de Salud, y con respecto a los deudos, de la regulación pertinente ya mencionada.

¹ Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades, MINSAL 2008

Para llevar a cabo una Autopsia Psicológica, es necesario realizar un trabajo de campo, con observación detallada y análisis exhaustivo de la información que logra ser recabada para la elaboración de la misma.

Este proceso requiere de una inversión de tiempo por parte del profesional que la lleva a cabo, con un promedio de 2 horas por autopsia, las que pueden utilizarse en un plazo de entre 3 meses y un año, dependiendo de la complejidad del caso. Hay que explorar de forma prioritaria cuatro áreas tanto en el momento de los supuestos hechos, así como a lo largo de la vida del sujeto: Esfera interpersonal; Esfera emocional; Esfera psicosocial y Esfera mental.

Una de las partes fundamentales de la elaboración de una Autopsia Psicológica es, precisamente, la recolección de la información, que debe ser no sólo suficiente, sino lo más veraz y confiable posible. De la misma manera, quien lleve a cabo el proceso, debe seleccionar la información más relevante y descartar aquella que no resulte útil para el asunto en cuestión. En general, se mencionan tres métodos principales para recolectar la información necesaria:

- I. Información documentada disponible: Todo documento que tenga relación directa o indirecta con el occiso, debe ser revisada. Esta valoración va a depender de las actividades del sujeto, pero en general se debe revisar, con las autorizaciones previas correspondientes:
 - Expediente médico, clínico, judicial, escolar, laboral
 - Dictamen médico forense
 - Informe policial de los hechos
 - Informe criminológico de los hechos
 - Informes legales, denuncias a favor o en contra
 - Registro de notas, conducta, disciplina
 - Diarios, cartas, dibujos, fotos
 - Testamentos, apoderamientos
 - Registros bancarios, movimientos bancarios
- II. Observación: Esta, quizá, sea la labor de campo más trascendental para el proceso, ya que el evaluador se debe trasladar a diversos lugares y adentrarse en el contexto del occiso. Para esto debe observar y revisar detenidamente:
 - El supuesto escenario de los hechos y todo lo que se encuentre a su alrededor, así como posibles desencadenantes o estresantes que pudieron estar presentes.
 - El lugar donde hallaron el cuerpo de la persona en cuestión y toda evidencia física recolectada por parte de los especialistas, así como todo objeto personal que llevara el occiso en ese momento.
 - La habitación del difunto y todo aquello que se encuentre en ella (ropa, zapatos, cama, escritorios, gabinetes).
 - Las pertenencias del sujeto, tales como automóvil, carteras, billeteras, muebles, ropa, zapatos, teléfono celular, etc.
 - El hogar y la familia del occiso, las formas de interacción, los intereses de las mismas, los niveles de estrés, los patrones de comportamiento de los integrantes, si existe preferencias entre las personas que conviven juntas, las actividades que realiza la misma, disfunciones a nivel familiar, patrones destructivos de interacción, psicopatologías o enfermedades crónicas, etc.
 - El círculo de amigos y la forma de interactuar entre ellos, intereses, lugares que frecuentan, actividades que realizan, etc.

- Lugar de estudio o trabajo y las relaciones que se establecen allí, así como la composición física del lugar, los posibles estresores ahí presentes, la forma de interactuar entre los distintos niveles jerárquicos, entre otros.

III. Entrevista estructurada: Como en todo proceso de investigación psicológica, la entrevista estructurada es fundamental para la Autopsia Psicológica, ya que aporta datos importantes que no pueden ser observados a simple vista y que no se encuentran documentados (anexo N° 1).

Si bien es cierto los datos suministrados a nivel verbal no siempre son fidedignos, estos pueden ser corroborados con otras entrevistas, información documentada o la observación conductual, para ser desechados en caso de que se compruebe su falsedad.

A pesar de esto, la entrevista es fundamental dentro del proceso y debe realizarse a:

- La familia, nuclear y extensa.
- A los amigos cercanos, no tan amigos y a los enemigos si los tuviera.
- A los compañeros de trabajo que se relacionaban directamente con el fallecido, identificando las personas con las cuales había o no relación de amistad o mayor confianza, y obtener sus declaraciones.
- En las relaciones sentimentales, es preciso entrevistar a todo aquel que haya tenido una relación sentimental significativa o no tan significativa. Esta exploración debe de incluir matrimonio, relaciones extramaritales e incestuosas, en caso de que las hubiera.
- Las relaciones casuales deben de ser valoradas, en especial aquellas que tuvieron lugar poco tiempo antes de la muerte del individuo. Cobra gran interés en este punto, el contagio de enfermedades de transmisión sexual por relaciones ocasionales y los patrones inestables de relación que pudo haber tenido el occiso.

Se debe entrevistar de manera general, a cualquier persona que haya sido relevante para la vida del sujeto o que haya tomado protagonismo después de su muerte.

Esto incluye a cualquier persona que haya tenido contacto, de forma directa o indirecta, en días cercanos a la muerte del sujeto.

En cualquier caso, las fuentes de información deben ser al menos dos, las que son exploradas por separado en entrevistas estructuradas que duran aproximadamente 2 horas.

Antes de realizar las entrevistas es necesario revisar el expediente médico legal, si está disponible, y toda la información que se pueda obtener en relación a la muerte, ya que esto permite conocer detalles como condiciones de levantamiento del cadáver, las circunstancias concurrentes, los antecedentes policológicos (si existiesen) y hallazgos de la necropsia, mediante los cuales podrían confirmarse posibles hipótesis, que luego puede esbozar la familia (por ejemplo, "lo hizo porque sospechaba que tenía una enfermedad incurable", ó "estaba embarazada", etc.). El expediente ofrece otros datos de importancia medular: la alcoholemia y el estudio toxicológico, que detecta posibles sustancias tóxicas, dado que quizás la familia desconoce el consumo de alcohol o drogas, por parte del fallecido, el día de su muerte.

Para realizar la entrevista, **se debe contar con la aprobación escrita de la persona a la cual se le dirige**, documento que debe archivar en la carpeta de Estudio del Caso.

La entrevista debe estar caracterizada por el respeto hacia la persona entrevistada y la fallecida, realizándose de manera cortés, en forma clara y comprensible, pero por sobre todo, respetando el dolor que puede estar experimentando el entrevistado.

Se recomienda sea una mezcla de conversación, con, preguntas generales. Una buena pregunta para empezar, podría ser “¿por favor hableme de cómo era él ó ella?”, luego se miran las ropas y posesiones materiales, se muestran al entrevistado fotografías, diarios y cartas, si lo hubiere. La indicación es estar alerta a los detalles.

Una buena parte de la entrevista probablemente sea escuchar al entrevistado, siendo también necesaria la empatía y apoyo emocional.

Lo recomendable es hacer preguntas que favorezcan respuestas abiertas, que permitan al entrevistado asociar detalles relevantes, sin hacerse dolorosamente consciente los intereses específicos del entrevistador. Por ejemplo, saber si hubo o no, específicamente, un reciente y notable deterioro del ánimo o un cambio en los hábitos de alimentación; en cuanto a gustos, cuál era su comida preferida, o si hubo cambios recientes en los ámbitos sexuales ó recreativos, que permitan al entrevistador relacionar el caso con una personalidad disfórica, por ejemplo.

Una pregunta más respetuosa y productiva podría ser si tomaba medicamentos para conciliar el sueño, ó si acostumbraba ocasionalmente a tomar bebidas alcohólicas por las noches, investigando cantidad de medicación y el contenido de alcohol que el difunto podría haber consumido inmediatamente antes de su muerte, si es el caso.

Se debe considerar la posición de la familia y actuar con cautela, sin juzgar ó inducir culpabilidades, sin agotar al informador y sin incrementar, en lo posible, el duelo familiar. Para ello es fundamental la habilidad del entrevistador.

Es recomendable realizar más de un contacto con cada informante, la primera vez a través de una entrevista estructurada y luego, con entrevistas libres, orientadas a profundizar o esclarecer aspectos que surjan de la primera entrevista.

Para realizar el estudio de los casos de suicidio en la Región con la metodología de Autopsia Psicológica, cada SEREMI debe definir el período de tiempo dentro del año calendario, que cubrirá el estudio. El lapso de tiempo definido dependerá de los recursos disponibles, considerando que deben incluirse todos los suicidios ocurridos en ese período.

Los profesionales que realicen el estudio de casos deben contar con capacitación específica en la metodología de autopsia psicológica, y pueden ser profesionales de la red asistencial, de la Dirección del Servicio de Salud respectivo o de la SEREMI de Salud.

Las entrevistas deben hacerse después de 60 días del fallecimiento, pero antes de 6 meses. Esto se debe a que el paso del tiempo puede distorsionar los recuerdos y generar confusión o imprecisiones.

1.2 Registro y Estudio de Casos en Intentos de Suicidio

Las personas que han realizado un intento de suicidio constituyen un grupo de alto riesgo, por lo que es prioritario detectarlos y brindarles atención preventiva al menos durante un año.

Mientras no exista un sistema central de gestión de la información o notificación y vigilancia de los intentos de suicidio, cada SEREMI deberá solicitar la información de los casos a los establecimientos de la red pública y privada de la región, para lo cual se utilizará una ficha estándar (anexo N° 2).

Una vez recibida la información sobre el intento de suicidio, se deberá realizar el “estudio de caso”, para lo cual el referente de salud mental debe coordinarse con el Departamento o Unidad de Epidemiología de la SEREMI respectiva.

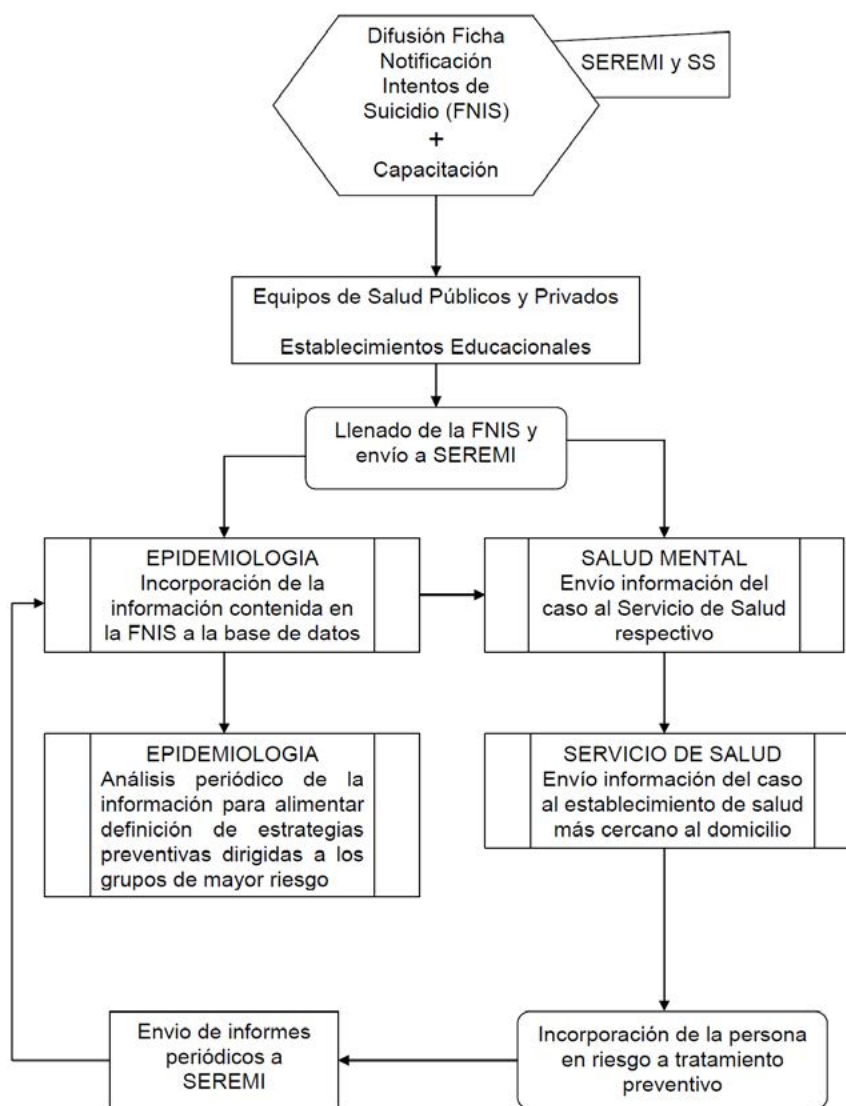
El mantener un registro de los casos de intento de suicidio tiene como objetivos, aportar información para la definición de perfiles de riesgo y garantizar la atención preventiva de las personas que han realizado un intento.

De este modo, el sistema de registro que se implemente debe contar con sistemas de alarma que permitan monitorear que las personas que han realizado un intento de suicidio se encuentren efectivamente en control preventivo, ya sea en el Programa de Salud Mental del Centro de Atención Primaria, si corresponde, o con el Equipo de Salud Mental y Psiquiatría de otro nivel de atención, correspondiente a su domicilio y/o a su previsión.

El cumplimiento de este objetivo requiere una estrecha coordinación con el o los Servicios de Salud de la Región, además de difusión y capacitación a los establecimientos de la red asistencial, de modo de asegurar, al menos:

- La información de los casos de intento de suicidio
- La recolección y envío a la SEREMI de la información del caso
- La derivación para atención preventiva en APS o Especialidad, según corresponda
- El monitoreo de la atención preventiva

El siguiente flujograma muestra los pasos a seguir y los responsables respectivos, para el desarrollo del estudio de casos de intento de suicidio:

Flujograma Sistema Registro y Monitoreo Intentos de Suicidio (Fig.1)

En general, las actividades sugeridas para los Equipos regionales, en casos de intento de suicidio o suicidios consumados son:

1. Acceder en forma mensual a la base de datos de defunciones del DEIS y extraer los suicidios de la Región. En los casos de Intento de Suicidio, corroborar el envío desde Servicios de Salud de las Fichas de Notificación (FNIS), por medio del trabajo colaborativo.
2. Capacitar a profesionales de la red asistencial, en metodología de autopsia psicológica de modo de contar con una red de profesionales capacitados para la realización de las autopsias en la comuna donde ocurre el suicidio.
3. Establecer el periodo que abarcará el estudio de casos con la metodología de autopsia psicológica (por ejemplo, se realizará el estudio de autopsia psicológica en septiembre a los suicidios ocurridos en la Región entre los meses de abril, mayo y junio).

4. Realizar autopsia psicológica a todos los casos de suicidio ocurridos en la Región, en el período predefinido, o al menos al 30% de éstos.
5. Realizar estudio de casos en vigilancia de los intentos de suicidios informados, idealmente al 100% de los casos
6. Monitorear la incorporación de las familias de las personas que cometieron suicidio, y de aquellos que realizan un intento, a un programa terapéutico preventivo, con al menos 6 intervenciones anuales (consultas, contactos telefónicos, intervenciones psicosociales individuales, familiares o de grupo, etc.).
7. Elaborar, distribuir y difundir información relativa a la implementación del Sistema de Estudio de Casos de suicidios e intentos de suicidio en cada Región.
8. Analizar en forma periódica, la información obtenida en las autopsias psicológicas y en el estudio de casos en vigilancia para identificar factores de riesgo específicos asociados, establecer los perfiles de riesgo en cada región y entregar información para la definición de estrategias locales de intervención
9. Difusión de los análisis de la información recolectada en el Sistema de Estudio de Casos

Indicadores:

- Porcentaje de SEREMIs de Salud con Sistema de Estudio de Casos operando
- Porcentaje de SEREMIs de Salud que cuentan con análisis de la información obtenida en el Sistema de Estudio de Casos
- Porcentaje de SEREMIs de Salud que cuentan con informe de estudio de autopsia psicológica

II. Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio

Considerando que en la conducta suicida influyen numerosos factores, las acciones de prevención deben involucrar a todos los sectores sociales, en un plan conjunto, donde cada sector aporte lo propio al objetivo final de prevenir los suicidios²³.

En este sentido, cada SEREMI deberá desarrollar estrategias para sensibilizar y movilizar al mayor número posible de sectores, comprometiéndolos para crear una mesa regional donde se diseñe, elabore, ejecute y evalúe el Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio.

En esta mesa intersectorial deberían participar a lo menos los sectores de Educación, Trabajo, Salud, Deportes y Recreación, Intendencia, SENAMA, SENAME, SENDA, SERNAM, Justicia, PDI, Carabineros, Ministerio de Desarrollo Social.

Para el desarrollo de su trabajo, la definición de sus líneas de acción, estrategias y actividades, la mesa intersectorial se nutrirá de la información generada por el Sistema de Estudio de Casos.

Las estrategias de intervención deben incluir, a lo menos, acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible, y la valorización de la búsqueda de ayuda.

Actividades Sugeridas:

1. Elaborar orientaciones y lineamientos técnicos para el desarrollo de planes regionales intersectoriales de prevención del suicidio, incorporando enfoque de género y determinantes sociales
2. Informar a los distintos sectores sociales sobre la realidad del suicidio en la Región y la necesidad de establecer acciones intersectoriales para su prevención.

3. Coordinar la conformación de una mesa intersectorial para elaboración y ejecución del plan regional intersectorial de prevención del suicidio
4. Difundir el plan regional intersectorial de prevención del suicidio

Indicadores:

- Porcentaje de SEREMIs de Salud con Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio en desarrollo
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a restringir el acceso a los medios letales
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar las competencias organizativas y de ayuda mutua de la comunidad
- Porcentaje de SEREMIs con Planes Regionales Intersectorial de Prevención del Suicidio que incorporan líneas de acción orientadas a aumentar la conciencia pública y la valorización de la búsqueda de ayuda

III. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud

Es fundamental que los funcionarios y personal de salud estén capacitados en la detección de personas en riesgo suicida y manejen herramientas básicas para la primera respuesta.

Para ello, la SEREMI de Salud debe coordinarse con el o los Servicios de Salud de su territorio a fin de favorecer el desarrollo de cursos y talleres de capacitación en la temática, de acuerdo a las orientaciones del MINSAL.

Del mismo modo, debe difundir las normas y orientaciones técnicas existentes, y facilitar la elaboración de protocolos de derivación y de atención, así como de instrumentos de detección.

Una labor importante en esta área es el trabajo con los organismos formadores de profesionales del área de la salud, para que incluyan estas materias en las mallas curriculares.

En una primera etapa se sugiere que los esfuerzos estén orientados a los profesionales del nivel primario de atención y de los servicios de urgencia, tanto públicos como privados, poniendo a disposición de éstos un módulo de capacitación en detección e intervención temprana del riesgo suicida y generando mecanismos que faciliten el acceso de dichos profesionales a esta capacitación²⁴.

Cada SEREMI de Salud, en coordinación con el o los Servicios de Salud de su territorio, debe mantener actualizada la información de los funcionarios de salud que han recibido capacitación en prevención, detección y manejo del riesgo suicida.

Actividades Sugeridas:

1. Elaborar y difundir un protocolo regional de prevención y manejo del riesgo suicida
2. Diseñar, elaborar y distribuir material técnico de apoyo (instrumentos de detección, pautas de acción, etc.)
3. Realizar acciones de coordinación con organismos formadores de profesionales de la salud en cada región, con el fin de que incorporen la temática en las mallas curriculares.
4. Desarrollar cursos y talleres para impartir capacitación en detección e intervención temprana del riesgo suicida, dirigidos a funcionarios de salud (pública y privada) en cada región.
5. Coordinar acciones de prevención del suicidio con instituciones de salud privadas.

6. Elaborar, distribuir y difundir orientaciones regionales sobre la oferta y mecanismos de acceso a capacitación de los profesionales de salud en detección e intervención temprana del riesgo suicida.
7. Realizar auditorías de fichas en los casos de suicidio adolescente, en establecimientos de salud públicos y privados, coordinando la acción con SEREMI de Salud y los Directores (as) de los establecimientos.

Indicadores:

- Porcentaje de profesionales de APS (pública y privada) con competencias en detección e intervención temprana del riesgo suicida
- Porcentaje de Unidades y Servicios de Urgencia, (públicos y privados) con profesionales capacitados en detección e intervención temprana del riesgo suicida
- Porcentaje de establecimientos de salud (públicos y privados), con normativa local para utilización del protocolo regional de detección e intervención temprana del riesgo suicida

IV. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales.

Este componente apunta a la prevención del suicidio entre los niños y adolescentes, considerando que en este grupo de edad, las lesiones autoinfligidas son la segunda causa de muerte prevenible. La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es, por lo tanto, de alta prioridad.

Los programas preventivos a implementar en los establecimientos educacionales deben apuntar a desarrollar las mejores condiciones posibles para la educación de los niños y jóvenes, por lo tanto, deben diseñarse e implementarse en coordinación con la SEREMI de Educación en cada Región.

Entre los programas preventivos que deben implementarse, se incluyen²⁵:

- Programas educativos dirigidos a toda la comunidad educacional, centrado en el fortalecimiento de los factores protectores propios del medio escolar, que incluyan actividades e intervenciones que apunten a fortalecer la autoestima y el desarrollo de habilidades para la vida, adquirir herramientas para un buen manejo de crisis y una sana toma de decisión, en especial:
 - Fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional;
 - Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes;
 - Promoción de la expresión de emociones;
 - Prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo;
 - Mejoramiento de las habilidades del equipo institucional, entre otros.
- Programas preventivos dirigidos a docentes, paradocentes, padres y apoderados que incorporen herramientas para detectar e intervenir los factores de riesgo.
- Programas de capacitación en identificación y manejo de niños, niñas y jóvenes en riesgo.
- Programas de capacitación que entreguen herramientas y protocolos para actuar ante casos de intento o de suicidio en la comunidad escolar.

Actividades Sugeridas:

1. Diseñar, en conjunto con la SEREMI de Educación, un programa preventivo para ser implementado en los establecimientos educacionales de la Región.
2. Planificar en conjunto con la SEREMI de Educación, las etapas de implementación del programa preventivo a nivel regional.

3. Ejecutar en conjunto con la SEREMI de Educación, el programa preventivo diseñado.
4. Evaluar, en conjunto con la SEREMI de Educación, el programa preventivo diseñado.

Indicadores:

- Porcentaje de establecimientos de educación básica y media, municipalizada y particular subvencionada, con programa preventivo implementado.
- Porcentaje de alumnos de educación básica y media de establecimientos municipalizados y particulares subvencionados que participan en programa preventivo implementado.

V. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis:

Obtener ayuda en momentos de crisis es uno de los principales factores protectores del suicidio, por ello se debe implementar en cada Región un sistema de ayuda en crisis que debe incluir, al menos:

- una línea telefónica de ayuda,
- una página de ayuda en Internet
- un programa de intervención en crisis en cada servicio de salud.

Para la línea telefónica se recomienda la coordinación con la plataforma de Salud Responde.

El Programa de intervención en crisis podrá ser implementado tanto en los servicios o unidades de salud mental y psiquiatría, como en los servicios o unidades de urgencia de los establecimientos públicos y privados que conforman la red asistencial de cada Servicio de Salud, y debe incluir el seguimiento de las personas que han realizado intentos de suicidio, así como el apoyo y seguimiento de la familia en los casos de suicidios consumados.

Actividades Sugeridas:

1. Instalación de una línea de ayuda telefónica en plataforma Salud Responde.
2. Elaboración y mantención de una página de ayuda en Internet.
3. Elaboración, impresión, distribución y difusión de Orientaciones Técnicas para el desarrollo del Programa de Intervención en Crisis, que incluya enfoque de género y condicionantes sociales, en cada Servicio de Salud.
4. Instalación en cada SEREMI de Salud, de un programa de seguimiento y evaluación del sistema regional de ayuda en situaciones de crisis.

Indicadores:

- Porcentaje de Servicios de Salud con Programa de Intervención en crisis implementado.
- Porcentaje de SEREMIs de Salud con programa de seguimiento y evaluación del Sistema de ayuda en situaciones de crisis implementado.

VI. Apoyo técnico para una correcta Cobertura mediática, y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio:

Los medios de comunicación ejercen una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad, y juegan un rol importante en la práctica social. Debido a ello, los medios de comunicación también pueden jugar un rol activo en la prevención del suicidio²⁶.

Para ello se diseñará un plan comunicacional centrado en sensibilizar, capacitar y apoyar a los medios de comunicación para que cumplan un rol activo en la prevención del suicidio.

Es importante transmitir a los editores y responsables de los medios de comunicación de masa, recomendaciones prácticas relacionadas con la forma adecuada de transmitir información sobre el suicidio (Anexo N° 3).

Actividades Sugeridas:

1. Elaborar un plan comunicacional que potencie un rol activo de los Medios de Comunicación en la prevención del suicidio.
2. Realizar reuniones informativas con directivos y trabajadores de los medios de comunicación regionales, sobre el fenómeno del suicidio y el rol de los medios de comunicación.
3. Realizar reuniones de coordinación con representantes de los medios de comunicación existentes en la Región.
4. Realizar acciones de coordinación con instituciones de formación de profesionales de las comunicaciones.
5. Realizar acciones de coordinación con asociaciones de profesionales de las comunicaciones.
6. Desarrollar talleres de capacitación dirigidos a periodistas y editores de medios de comunicación existentes en la Región (en lo posible, en que ellos sean parte del equipo docente).
7. Elaborar y distribuir recomendaciones comunicacionales para difundir información sobre el suicidio.
8. Elaborar y distribuir minutas con información de utilidad para la prevención del suicidio.
9. Implementar un sistema de monitoreo de los contenidos relativos al suicidio que se difunden en los medios de comunicación.

Indicadores:

- Porcentaje de noticias sobre suicidio publicadas en medios de comunicación regional, que siguen las pautas recomendadas
- Porcentaje de medios de comunicación que difunden información sobre prevención del suicidio

IV. MANEJO DEL RIESGO SUICIDA

Factores de Riesgo Suicida

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, con múltiples causas interrelacionadas, las que pueden ser agrupadas en dos grandes categorías (García de Jalón 2002):

- Las predisposiciones internas de ciertos individuos a quitarse la vida, es decir, factores biológicos que predisponen la conducta suicida y se constituyen a su vez en factores de riesgo, tales como el decremento de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo, así como las predisposiciones genéticas asociadas a su vez con los trastornos afectivos, el alcoholismo y las psicosis; especialmente la esquizofrenia y desde luego, la presencia de familiares con dicha conducta.
- Las circunstancias externas que les llevan a actuar en un momento y lugar determinados, también conocidas como situaciones gatillantes tales como el duelo reciente, el divorcio, la vida familiar crítica, la jubilación, la viudez reciente y enfermedades tales como la epilepsia, el cáncer, la úlcera, la esclerosis múltiple y el SIDA.

Es importante distinguir entre *factores de riesgo* y *predicción del riesgo*. Los primeros se estudian en las grandes poblaciones como factores aislados, mientras que la predicción del riesgo se refiere a personas específicas y no puede determinarse con la simple suma de los factores de riesgo encontrados en los estudios poblacionales.

Conocer los factores de riesgo permite al clínico, estar alerta frente a determinadas áreas a explorar en la vida de la persona que presenta complejos problemas multifactoriales que motivan la consulta (Vijayakumar, Lakshmi 2004).

a. Factores Sociodemográficos:

Edad: El riesgo de suicidio aumenta con la edad, situándose habitualmente en edades superiores a los 40 años. El 25% de los suicidios se dan en personas mayores de 65 años, con un pico máximo para varones mayores de 75 años.

Sexo: Los hombres presentan tasas de suicidios de dos a tres veces mayores que las mujeres. Sin embargo, las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres.

Los métodos utilizados en el acto suicida también varían según el sexo. Los hombres tienden a emplear métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas), mientras que las mujeres suelen realizar sobreingestas de psicotropos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes.

Lugar de Residencia: Los suicidios son más frecuentes entre personas que viven en sectores urbanos, sin embargo, la letalidad en las zonas rurales es más alta, presumiblemente por la lejanía de los servicios de urgencia.

Estado Civil: Las personas divorciadas presentan mayores tasas de suicidio que las personas viudas, y éstas, a su vez, presentan mayores tasas de suicidio que las personas solteras. Considerando el estado civil, son las personas casadas las que presentan las menores tasas de suicidio, sobre todo en los hombres. Para las mujeres, la menor tasa de suicidio la presentan las mujeres con hijos menores de 2 años.

Religión: Existe una relación inversa entre el grado de aprobación del suicidio y el grado de práctica religiosa, independientemente de la religión que se profese. Las tasas de suicidio son mayores entre los católicos en comparación con los judíos, y estos últimos presentan tasas de suicidio mayores que los protestantes.

Origen Étnico: Estudios realizados en Estados Unidos mostraron que el suicidio en ese país es más frecuente en la población blanca. Por su parte, la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, comportan un aumento del riesgo de suicidio, el cual se reduce al emigrar con toda la familia.

Nivel Socioeconómico: Tanto los suicidios como los intentos de suicidio son más frecuentes en personas desempleadas, siendo más relevante la pérdida de estatus social que la propia condición socioeconómica.

Situación Ocupacional: Las personas con un trabajo u ocupación estable se suicidan menos que las desempleadas. Por otra parte, hay ciertas áreas de ocupación que presentan mayores tasas de suicidio que otras, por ejemplo, el área artística, el área de la salud, el área de gendarmería, entre otras.

b. Factores Biopsicosociales

Trastornos mentales: Las personas con trastornos mentales presentan un riesgo de suicidio 10 veces mayor, especialmente aquellas que padecen trastornos del ánimo, esquizofrenia, ansiedad, ciertos trastornos de personalidad, trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas. Estudios posteriores a la muerte han demostrado que cerca del 90% de las personas que cometieron suicidio, padecían una enfermedad mental.

Intentos de suicidio previos: Las personas que ya han hecho tentativas de suicidio presentan riesgos elevados de tentativa de suicidio o de muerte por suicidio, más especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes a una tentativa. Cualquier manifestación de suicidalidad conlleva un mayor peligro de muerte por suicidio. La presencia de ideación suicida puede elevar 30 veces la probabilidad de autoeliminación. Los sujetos que han realizado un intento de suicidio, tienen un riesgo de consumación que es cien veces mayor al de la población general, durante el año siguiente al evento. Antes de 24 meses, repetirá la tentativa alrededor de un 30 por ciento, y eventualmente se auto eliminará entre el 10 y 20 por ciento de las veces.

Antecedentes familiares de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio constituyen igualmente un riesgo ocho veces mayor de comportamiento suicida, en comparación con la población general.

Rasgos de Personalidad: Rasgos como la impulsividad, hostilidad (hacia sí mismos y hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, se asocian a un mayor riesgo de suicidio. Algunas dimensiones de la personalidad parecen afectar de diferente modo a la suicidalidad, por ejemplo, la extraversión atenuaría las inclinaciones suicidas, y el psicoticismo ejercería un efecto inverso.

Historia de trauma o abuso: Las adversidades de la niñez, incluyendo abuso físico, emocional y sexual, conducen a un riesgo substancialmente más alto para el suicidio. Del mismo modo, la violencia hacia la mujer es uno de los precipitantes más significativos del suicidio femenino.

Algunas enfermedades físicas importantes: Enfermedades somáticas, tales como cáncer (especialmente respiratorio y gastrointestinal), insuficiencia respiratoria crónica, epilepsia, y SIDA, entre otras, presentan tasas más elevadas de suicidio que la población general.

Desesperanza: Esta es la principal característica cognitiva de las personas suicidas, es el estado que más íntimamente se asocia a las ideas y deseos suicidas. Se correlaciona con la severidad de las tentativas

suicidas, es más intensa cuando predominan motivaciones más claramente autodestructivas, y es un predictor de repetición.

c. Factores Ambientales

Dificultades económicas: La pérdida del trabajo y los reveses financieros importantes (que frecuentemente conducen al endeudamiento), se asocian fuertemente al suicidio. Esto es más frecuente en países en desarrollo, donde la Seguridad Social no existe o es limitada. En población joven, altos niveles de desempleo se han asociado a tasas más altas de suicidio.

Pactos suicidas: Un pacto suicida es un arreglo mutuo entre dos o más personas a morir juntos en el mismo tiempo, y generalmente, en el mismo lugar. A menudo, es uno de los participantes el “dominante” que instiga a la idea. Los pactos de suicidio y los suicidios de la familia son frecuentes en la India, China y Sri Lanka.

Disponibilidad y fácil acceso a medios letales: La disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida, constituye un riesgo importante de comportamiento suicida, del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio.

Falta de apoyo social y sensación de aislamiento: La desintegración de una unión o de una relación significativa, los conflictos interpersonales, la falta de relaciones significativas y la carencia del apoyo de grupos de ayuda, conducen a menudo a un sentido del aislamiento verdadero o imaginado que se ha asociado perceptiblemente a un riesgo más alto del suicidio.

Nula o escasa disponibilidad de cuidados sanitarios, especialmente en salud mental: En los países en desarrollo, más de 2/3 de los suicidios ocurren en la primera tentativa, lo que se explica en parte por el acceso más limitado a los servicios de salud, combinado con el uso de medios altamente letales. En los países desarrollados, muchos de los intentos no llegan a suicidios consumados, gracias a la ayuda médica más oportuna y al alcance de toda la población.

Creencias culturales: Las tasas de suicidio tienden a ser altas en los países en donde sus culturas divinizan y exaltan el suicidio, o lo ven como algo “romántico”. En algunos países, el suicidio está, incluso, aprobado en ciertas circunstancias y se considera como muerte honorable.

Enjambres suicidas y efecto imitación: El efecto *imitación* es el proceso por el cual un suicidio ejerce un efecto de modelo imitable para personas que intentan o cometen suicidios posteriores, mientras que el *enjambre* es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad, temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo entre ellos. El concepto de *contagio* es el proceso por el cual un suicidio dado, facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior.

Los medios de comunicación de masa pueden jugar un rol fundamental en la prevención del suicidio, dependiendo de la forma como informan sobre éstos. En efecto, uno de los muchos factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la entrega inadecuada (sensacionalista, glamorosa, sobredimensionada, sobre expuesta, distorsionada, reiterativa), de la información sobre este tema en los medios de comunicación.

Una de las primeras asociaciones conocidas entre el suicidio y los medios de comunicación, surgió de la novela de Goethe “Leiden des jungen Werther” (Las Penas del Joven Werther), publicada en 1774. En esta obra, el héroe se dispara luego de un amor infortunado, y poco después de su publicación, se informó acerca de muchos varones jóvenes que usaron el mismo método para cometer suicidio. Esto resultó en la

prohibición del libro en varios lugares. De ahí el término “efecto Werther”, usado en la literatura técnica para designar la imitación en los suicidios.

Principales Predictores del Riesgo Suicida

- Presencia de un trastorno mental, especialmente depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia o trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Intentos de suicidio previos
- Suicidios o intentos de suicidio en la familia
- Pérdida reciente
- Muerte o suicidio de un cercano
- Aislamiento
- Enfermedad física grave

Factores de Riesgo Suicida Según Grupo de Edad²⁷

Infancia:

En general, se tiene la percepción de que la infancia es la etapa de la vida donde se es feliz y, por lo tanto, la conducta suicida no podría presentarse. Sin embargo, en la niñez sí ocurren actos suicidas.

Tratándose de niño/as, los factores de riesgo para suicidio deben ser detectados en el medio familiar donde el menor vive. Hay que considerar factores tales como si el hijo fue deseado o no; la edad de los progenitores; si el embarazo fue controlado o no; la personalidad de los progenitores.

Los principales factores de riesgo en los niños/as son:

- Clima emocional caótico en la familia
- La presencia de alguna enfermedad mental en los padres (principalmente el alcoholismo paterno y la depresión materna)
- La presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores
- El maltrato infantil y el abuso sexual de los padres hacia los hijos
- Trastornos del control de impulsos en el niño/a (que se expresa en altos niveles de disforia, agresividad y hostilidad)
- Niños/as con baja tolerancia a la frustración (sin capacidad para aplazar la satisfacción de sus deseos, muy demandantes de atención y afecto)
- Niños/as muy manipuladores, celosos de los hermanos o del progenitor del mismo sexo, que asumen el papel de víctima, o son susceptibles o rencorosos
- Niños/as excesivamente rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas.
- Niños/as muy tímidos, con pobre autoestima, pasivos.
- La existencia de amigos o compañeros de escuela que han hecho intentos de suicidio

Adolescencia:

En la última década, se ha visto a nivel mundial un incremento importante en las tasas de suicidio entre los adolescentes, razón por la cual se están desarrollando una serie de estrategias que apuntan a fomentar en los adolescentes, estilos de vida saludables como practicar deportes en forma sistemática, tener una

sexualidad responsable, no adquirir hábitos tóxicos como fumar o beber alcohol, desarrollar intereses que les permitan tener un uso adecuado de su tiempo libre.

En la adolescencia, el suicidio está relacionado con características propias de esta del ciclo vital, como por ejemplo, dificultades en el manejo de impulsos, baja tolerancia a la frustración y la tendencia a reaccionar polarizadamente, en términos de “todo o nada”. Sin embargo, habitualmente el fin último no es el consumir la muerte, sino más bien parece ser un grito desesperado para obtener ayuda, dado que percibe su situación y a sí mismo como sin posibilidades de salida y/o esperanza.²⁸ Si el adolescente tuvo durante su infancia los factores de riesgo suicida descritos, éstos se mantienen y se potencian con algunas de las problemáticas propias de la adolescencia.

En general, la historia de vida de los adolescentes en riesgo de suicidio se puede dividir en tres etapas:

1. Infancia problemática.
2. Recrudescimiento de problemas previos, al incorporarse los propios de la edad (cambios somáticos, preocupaciones sexuales, nuevos retos en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, etcétera).
3. Etapa previa al intento suicida, caracterizada por la ruptura inesperada de relaciones interpersonales.

Entre los factores de riesgo a considerar en esta etapa se cuentan:

- Intentos de suicidio previos
- Identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio
- Alteraciones en el comportamiento sexual como precocidad, promiscuidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos, haber sido víctima de abuso sexual o violación.
- Variaciones en el comportamiento escolar, como deterioro del rendimiento habitual, fugas o deserción escolar, desajuste vocacional, dificultades en las relaciones con profesores, violencia y bullying entre compañeros, inadaptación a determinados regímenes escolares (internado por ejemplo).
- Compañeros de estudio con conductas suicidas
- Dificultades socioeconómicas
- Permisividad en el hogar ante ciertas conductas antisociales.
- Falta de apoyo social
- Acceso a drogas y/o a armas de fuego
- Aparición de una enfermedad mental, especialmente trastornos del humor y esquizofrenia

Adultez:

Los factores de riesgo suicida en los adultos son todos aquellos que se arrastran desde la niñez y adolescencia, a los que se suman aquellos propios de esta etapa de la vida.

- Uno de los principales factores de riesgo de suicidio en las personas adultas es la dependencia al alcohol, sobre todo si se cumplen algunas de las siguientes características en la persona con consumo nocivo de alcohol:
- Padecer una enfermedad mental es otro factor de riesgo importante en esta etapa de la vida, en especial si se padece de trastornos del ánimo o esquizofrenia.

Riesgo de Intento de Suicidio	Riesgo de Suicidio
- Tener bajo nivel socioeconómico. - Ser joven y del sexo femenino. - Comenzar el consumo de alcohol y los problemas derivados, a edades tempranas. - Consumir grandes cantidades de alcohol cada vez que se ingiere. - Tener personalidad antisocial, depresión, trastorno de ansiedad. - Tener familiares con antecedentes de intentos suicidas y que abusan del alcohol	- Pertenecer al sexo masculino. - Tener pobre apoyo social. - Ingerir frecuentemente bebidas alcohólicas. - Padecer un episodio depresivo mayor. - Padecer enfermedades médicas. - No poseer empleo. - Vivir solo. - Tener pensamientos suicidas.

En los adultos con depresión, el riesgo de suicidio aumenta cuando se cumplen las siguientes características:

En relación con el Suicidio	En relación con el contexto social
• Intentos suicidas previos. • Casos de autodestrucción en la familia o en el entorno. • Amenazas de suicidio (directas o indirectas). • Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto. • Calma inquietante tras un período suicidal y de agitación. • Sueños de autodestrucción, catástrofes.	• Desórdenes familiares en la infancia y adolescencia. • Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño). • Dificultades profesionales o financieras. • Ausencia de un fin en la vida. • Ausencia o pérdida de relaciones religiosas sólidas o de otro tipo
En relación con los síntomas de la Depresión	
• Angustia o agitación. • Trastornos crónicos del sueño. • Inhibición de los afectos y de la agresividad. • Fase depresiva que finaliza. • Padecer una enfermedad incurable o creer injustificadamente que se padece una enfermedad (Nosomanía) • Dependencia al alcohol	

Las personas con Depresión que se sienten desesperanzadas, con sentimientos de culpa e inútiles, y que tienen delirios diversos, están en un alto riesgo de suicidio.

En las personas con esquizofrenia, el riesgo de suicidio aumenta cuando se ha logrado una recuperación razonable y una regresión de los síntomas productivos (alucinaciones, delirios), pero han aparecido sentimientos de frustración y desesperanza. También en los pacientes en los que predominan la angustia, la agitación, las alucinaciones y las ideas delirantes. Los efectos secundarios de los neurolépticos, especialmente la depresión y la acatasia, pueden incrementar el riesgo suicida.

En los adultos, tanto el matrimonio como el trabajo, pueden convertirse en un factor suicidógeno. Una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales puede ser un factor de riesgo, principalmente en las mujeres, mientras que en los hombres, la cesantía o el fracaso en el ejercicio de su profesión pueden precipitar un intento de suicidio.

Uno de los principales factores de riesgo suicida en el adulto, es haber realizado un intento de suicidio previo, lo cual en combinación con alguno de las siguientes situaciones pueden predecir un riesgo elevado de un nuevo intento:

- Tener una historia de tratamiento psiquiátrico
- Poseer una personalidad antisocial
- Abusar del alcohol u otras drogas.
- Tener precarias condiciones materiales de vida.
- Estar cesante
- Poseer antecedentes criminales (lesiones, homicidio, robo, etcétera).

Vejez:

Las tasas más altas de suicidio se encuentran en los adultos mayores y en general, la conducta suicida en este grupo de edad se caracteriza por:

- Realizan menos intentos
- Utilizan métodos mortales.
- Muestran menos señales de aviso.
- Los actos suicida son premeditados, reflexivos.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos (dejarse morir).

Muchas de las condiciones inherentes al envejecimiento, pueden convertirse en factores de riesgo suicida, por ejemplo las dolencias físicas, las enfermedades médicas y la depresión.

Los factores de riesgo suicida en los adultos mayores se pueden clasificar en médicos, psiquiátricos, familiares, psicológicos y sociambientales²⁹

Factores médicos	Factores familiares
- Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes (ej. Parkinson, Alzheimer, neoplasias, diabetes complicada, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica) - Hospitalización periódica y ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes - Medicamentos potencialmente depresiógenos (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etc.) etcétera). - Enfermedades de frecuente asociación con depresión (ej. arteriosclerosis, demencias, Parkinson)	- Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio. - Viudez (riesgo de autodestrucción pasiva durante el primer año) - Condición de persona mayor "ping-pong" (migración forzada del anciano al que "rotan" entre los familiares). - Ingreso a un hogar de ancianos (principalmente en la etapa de adaptación)

Factores psiquiátricos	Factores psicológicos
- Depresiones de cualquier etiología - Abuso de drogas o alcohol, - Trastornos crónicos del sueño - Psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.	- Sentimientos de soledad e inutilidad - Inactividad y aburrimiento - Falta de proyectos vitales - Tendencia a revivir el pasado.
Factores socio-ambientales	
- Jubilación. - Aislamiento social. - Actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano. - Pérdida de prestigio.	

El desencadenamiento de la Crisis Suicida

Cuando en una situación problemática, los mecanismos adaptativos, creativos o compensatorios se agotan, aparecen en la persona las intenciones suicidas como forma de resolver dicha situación.

La duración de las crisis suicida es variable desde minutos a días e incluso, aunque raramente, semanas.

En el desencadenamiento de la conducta suicida están presentes dos factores psicosociales:

- La ocurrencia de acontecimientos vitales negativos: Cuando se perciben como muy disruptivos, incontrolables y perturbadores, preceden al episodio suicida en días, semanas o meses. Pueden abarcar diversas áreas (legal, laboral, familiar, pareja), pero habitualmente implican conflictos o pérdidas y se superponen a los factores de riesgo suicida preexistentes.
- La disminución del soporte social: Las personas que realizan intentos de suicidio suelen tener una escasa red social, en lo que se refiere a amistades y relaciones significativas, pertenencia a grupos u organizaciones, y frecuencia de contactos interpersonales. Además, las personas más aisladas y sin apoyo son las que presentan las tentativas de suicidio más severas.

Es importante tener presente que, la gran mayoría de las personas da indicios directos e indirectos de su intención suicida.

La crisis suicida en la infancia:

Entre los motivos más frecuentes que pueden desencadenar una crisis suicida infantil se encuentran:

- Presenciar acontecimientos dolorosos (ej. divorcio de los padres, muerte de seres queridos o de figuras significativas, abandono, etc.)
- Tener problemas en las relaciones con los padres (maltrato físico, negligencia, abuso emocional y abuso sexual, convivir con un enfermo mental como único pariente).
- Presentar problemas escolares (dificultades de aprendizaje o disciplinarias).
- Recibir llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.
- Buscar llamar la atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas.

- Desear agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres.
- Desear reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

La presencia de situaciones desencadenantes de una crisis suicida no genera de inmediato un acto suicida. El niño no reacciona impulsivamente sino que comienza a dar una serie de señales en su conducta:

- Cambios en el comportamiento en la casa y/o en la escuela (agresivos o pasivos)
- Variación en los hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito)
- Cambios en los hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño)
- Cambios en el carácter y el ánimo
- Dificultades escolares (fugas de la escuela, desinterés por las actividades escolares, rebeldía sin motivo aparente)
- Cambios en el juego (desinterés, no participar con los amigos habituales)
- Repartir posesiones valiosas
- Preocupación por la muerte y temas afines
- Hacer notas de despedida

La crisis suicida en la adolescencia

Algunas de las situaciones que pueden desencadenar crisis suicida en los adolescentes son:

- Decepciones amorosas y amores tormentosos
- Malas relaciones con figuras significativas (padre, madre o profesores)
- Problemas familiares
- Excesivas expectativas de los padres que sobrepasan las capacidades del adolescente
- Embarazo no deseado u oculto
- Acoso o abuso sexual por parte de figuras significativas
- Separación de amigos, compañeros de clases, novia/o
- Muerte de un ser querido
- Pérdida de figuras significativas por separación, muerte o abandono
- Periodos de exámenes
- Períodos de adaptación a regímenes militares e internados educacionales
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente
- Conciencia de enfermedad mental grave
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones
- Fracaso en el desempeño escolar
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual
- Padecer una enfermedad física grave
- Ser víctima de desastres naturales
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares

- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas
- Estar involucrado en una situación de burlas continuadas
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

La crisis suicida en el adulto

Las siguientes son algunas de las situaciones que pueden desencadenar una crisis suicida en los adultos:

- Desempleo (durante el primer año)
- Esposa competitiva en determinadas culturas machistas
- Escándalos sexuales en personalidades públicas (políticos, religiosos, etc.)
- Quiebras financieras
- Hospitalización psiquiátrica reciente
- Egreso hospitalario por enfermedad mental grave

La crisis suicida en las personas mayores

Las situaciones de riesgo suicida en la vejez se relacionan con:

- Período inicial de la institucionalización
- Viudez durante el primer año en el hombre y durante el segundo año en la mujer
- Estar sometido a maltratos físicos y psicológicos
- Enfermedades físicas que deterioran el sueño (insomnio crónico)
- Asistencia a la pérdida de las facultades mentales

Métodos para Consumar el Suicidio

En general, el método utilizado para cometer suicidio depende de su disponibilidad y el acceso que la persona tenga a un método particular. También influyen el tipo de enfermedad que tenga la persona en riesgo y el antecedente familiar que tenga del uso de uno u otro método³⁰.

La elección del método para cometer suicidio depende en gran medida de la influencia sociocultural y de las características geográficas, puesto que la zona geográfica está relacionado con el acceso a distintos métodos (mar, vía férrea, pesticidas en zonas agrícolas, puentes, carreteras de alta velocidad, edificios de altura, etc.)³¹

Entre los métodos más utilizados están la precipitación, el ahorcamiento, la asfixia con bolsa de plástico en la cabeza, la intoxicación medicamentosa, la intoxicación por gases, el envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza y plaguicidas, la inanición o ayuno prolongado, el suspender la medicación prescrita, el accidente de tráfico provocado, el arrojar al paso de vehículos, el disparo con arma de fuego, la bomba con explosivo adosado al cuerpo, el prenderse fuego a lo bonzo, tragar objetos punzantes o cortantes y el apuñalamiento o eventración³².

Los métodos para cometer suicidio se clasifican en violentos y no violentos (según la impulsividad del acto suicida), y activos (ahorcamiento, precipitación, armas de fuego, armas blancas) o pasivos (gases, drogas, venenos)³³.

Los varones suelen elegir métodos activos (dispararse o colgarse), mientras que las mujeres optan por métodos pasivos (envenenamiento).

Entre los niños, los métodos elegidos para suicidarse dependen de la disponibilidad de éstos, de las propias experiencias y las circunstancias del momento. Entre los más frecuentes se encuentran la ingestión de tabletas, venenos agrícolas, kerosene, lociones para la piel, precipitación, ahorcamiento, fuego y corte de vasos sanguíneos. Por lo general, las niñas intentan contra su vida a menor edad que los niños, y en los lugares que habitualmente habitan o frecuentan (hogar, escuela, casa de amigos, etcétera).

Mitos Sobre el Suicidio³⁴

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población, que no reflejan la veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<i>El que se quiere matar no lo dice</i> Criterio equivocado pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos, y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
<i>El que lo dice no lo hace.</i> Criterio equivocado ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas las que pueden ser consideradas erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
<i>Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde.</i> Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.
<i>Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.</i> Criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en quienes no están capacitados para abordarlos.	Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido para el suicidio no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.
<i>El sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.</i> Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, particularmente luego de una crisis depresiva, se facilita la acción, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<i>Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.</i> Criterio equivocado que intenta justificar la sobreprotección hacia el individuo en algunos casos y el estigma o rechazo por temor a que se repita.	Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio, lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
<i>El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.</i> Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.	Si el sentido común nos hace asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.
<i>Todo el que se suicida está deprimido.</i> Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a la estricta evidencia.	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.
<i>Todo el que se suicida es un enfermo mental.</i> Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no cabe duda de que todo suicida es una persona que sufre.
<i>El suicidio se hereda.</i> Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.	No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, es más probable un efecto de imitación y, lo heredado, puede ser más bien la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal.
<i>El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso.</i> Criterio equivocado que limita las acciones preventivas pues si ocurre de esta manera es imposible pronosticarlo y por tanto prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.	Toda persona, antes de cometer un suicidio, evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como Síndrome Presuicidal, consistente en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
<i>Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.</i> Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo, y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<i>Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.</i> Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un terreno exclusivo de los psiquiatras y excluyente de otros auxilios potenciales.	Es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas, puede ser un valioso colaborador en su prevención.
<i>Los que intentan el suicidio y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que intentan contra si mismo pueden intentar contra los demás.</i> Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.	El homicidio es un acto heteroagresivo que, generalmente, no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto los vierte contra si mismo. Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros, como en el llamado <i>suicidio ampliado</i> en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales.
<i>El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.</i> Criterio equivocado que limita la investigación, abordaje y prevención de esta causa de muerte evitable y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.	El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, evitando las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues responde a factores diversos, como son los biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, etc.
<i>Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer</i> Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
<i>El suicida desea morir</i> Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y que, por tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.	El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.
<i>El que intenta el suicidio es un cobarde</i> Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio equiparándolo con una cualidad negativa de la personalidad.	Los que intentan el suicidio no son cobardes sino personas que sufren.
<i>El que intenta el suicidio es un valiente</i> Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad lo cual entorpece su prevención pues lo justifica haciéndolo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer	Los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que alguien se quita la vida o se la respeta.
<i>Sólo los pobres se suicidan.</i> Criterio equivocado que no tiene en consideración que es una causa democrática de muerte.	Los pobres también pueden suicidarse aunque es más probable que por sus condiciones de pobreza, mueran de enfermedades infectocontagiosas u otras.

MITO	CRITERIO CIENTÍFICO
<i>Sólo los ricos se suicidan</i> Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.	El suicidio se observa con mayor frecuencia entre los habitantes de países desarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.
<i>Sólo los viejos se suicidan</i> Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida	Los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes pero utilizan métodos más letales al intentarlo, lo cual conlleva al suicidio con mas frecuencia.
<i>Los niños no se suicidan</i> Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.	Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.
<i>Si se reta un suicida no lo realiza.</i> Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida, desconociendo el peligro que significa su vulnerabilidad.	Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.
<i>Cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.</i> Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente cognitivo	Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.
<i>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.</i> Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas sólo para vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.	Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas.

Detección del Riesgo Suicida

La evaluación del riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los más expertos, y no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo.

Si bien existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio (Anexo N° 4), éstas no reemplazan el rol de la entrevista clínica en la detección de personas en riesgo. Por ello, es fundamental identificar a los consultantes que tienen factores de riesgo para suicidio y entre éstos, a aquellos que se encuentren en una posible crisis suicida.

La entrevista clínica para evaluar el riesgo suicida, debe incluir:

- Constatar si la persona está en situación crítica aguda y la naturaleza de dicha crisis (cambio vital o crisis traumática) y en qué estado de la crisis se encuentra.
- Indagar sobre la etapa del desarrollo suicida en que se encuentra la persona (deliberación, sopesar opciones o decisión)

- Evaluar el denominado “síndrome presuicidio”, que incluye el colapso afectivo, las fantasías suicidas y la restricción de las relaciones humanas.

Se sugiere estructurar la entrevista clínica, de modo de encontrar respuesta a las siguientes preguntas:

Tipo de Pregunta	Valoración de la Respuesta
¿Quién era esta persona antes y quien es ahora?	Mientras mayores sean las diferencias en sentido negativo entre el antes y el ahora, mayor es el riesgo de cometer suicidio
¿Qué es lo que dice la persona y cómo lo dice	Para verificar la sistematización de la idea suicida, el plan suicida y el estado anímico que acompaña a la idea (desconfianza, angustia calma que precede la tormenta, etc.)
¿Qué parte sana tiene?	Con el objetivo de conocer los recursos con que cuenta el sujeto para enfrentar la crisis suicida sin auto-agredirse. Mientras más sano sea el individuo menos posibilidades tiene de suicidarse
¿Es elevada su letalidad?	Cualquier método puede ser mortal, pero no hay que confundir esto con el verdadero deseo de morir. La letalidad se refiere al método, pero también a las precauciones que puede haber tomado la persona para no ser descubierto.
¿De qué se puede sujetar la persona para seguir viviendo?	Es fundamental involucrar a la mayor cantidad de personas en el manejo de los pacientes en riesgo de suicidio (padres, cónyuges, hijos, amigos, maestros, etc.), sobre todo, aquellas personas que el paciente considera importantes en su vida.
¿Qué más puedo hacer por esta persona?	Revisar lo realizado hasta ese momento y lograr que la persona en riesgo suicida se evaluada lo antes posible por el equipo de especialidad en psiquiatría.
¿Lo he hecho todo?	El objetivo es mantener con vida a la persona en riesgo suicida, para lo cual es necesario sumar todos los recursos que sean necesarios.
Clasificación del Riesgo Suicida	
- Riesgo Leve: hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica. - Riesgo Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro. - Riesgo Grave: hay una reparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas. - Riesgo Extremo: varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.	

A continuación, se presenta una Guía Práctica² para detectar riesgo suicida en personas de distintas edades. Puede ser utilizada tanto por especialista en salud mental como por médicos generales, otros profesionales y técnicos de salud, e incluso por monitores y agentes comunitarios. Tiene la ventaja de evaluar el riesgo suicida sin necesidad de realizar un diagnóstico psiquiátrico, y se puede aplicar tanto a la persona en riesgo como a un familiar.

2 Autor.- Prof. Dr. Sergio A. Pérez Barrero. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Asesor Temporal de OPS/OMS para la Prevención del Suicidio en Las Américas.

Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Niñez

ITEM	PUNTOS
Padres demasiado jóvenes o demasiado maduros	1
Dificultades en la captación y control prenatal	1
Enfermedad psiquiátrica de los padres	2
Niño/a poco cooperador en la consulta	1
Niño/a que manifiesta cambios en su comportamiento	3
Violencia en el hogar y sobre el niño/a	3
Antecedentes familiares de conducta suicida (padres, hermanos, abuelos) o amigos con dicha conducta	2
Antecedentes personales de auto-destrucción	2
Manifestaciones desagradables de los progenitores en relación con el niño/a	3
Situación conflictiva actual (hogar roto recientemente, pérdidas, fracasos escolares, etc.)	2
Con un puntaje menor a 10 puntos , el niño/a debe ser evaluado por equipo de salud mental. Si el puntaje es mayor a 12 puntos , el niño/a debe ser hospitalizado en el servicio de psiquiatría infanto-adolescente. Si la hospitalización no es posible, debe ser evaluado inmediatamente por psiquiatra infanto-adolescente.	

Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en la Adolescencia

ITEM	PUNTOS
Provenir de un hogar roto	1
Progenitores portadores de enfermedad mental	2
Antecedentes familiares de comportamiento suicida	3
Historia de trastornos del aprendizaje, fugas de la escuela, inadaptación a becas o régimen militar	2
Antecedentes personales de conducta de autodestrucción	4
Cambios evidentes en el comportamiento habitual	5
Amigos con conducta suicida	2
Presencia de ideación suicida y sus variantes (gestos, amenazas, plan suicida)	5
Antecedentes personales de enfermedad mental	4
Conflicto actual (familiar, pareja, escuela, etc.)	2
Si la suma de la puntuación es mayor de 12 , el adolescente debe ser trasladado a un servicio de psiquiatría infanto-juvenil para su hospitalización y, de no ser posible, requerirá de una valoración inmediata por el especialista en psiquiatría del equipo de salud mental del área.	

Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en el Adulto

ITEM	PUNTOS
Los familiares temen que la persona realice un intento de suicidio	3
Actitud poco cooperadora de la persona durante la entrevista	3
La persona manifiesta deseos de morir.	2
La persona manifiesta ideas suicidas	4
La persona tiene un plan suicida	5
La persona tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos	4
La persona tiene antecedentes de hospitalización psiquiátrica reciente	2
La persona tiene antecedentes de intento de suicidio	3
La persona tiene antecedentes familiares de conducta suicida	3
Presencia de un conflicto actual (pareja o familia).	2

Si la suma de la puntuación **sobrepasa los 18**, la persona debe ser hospitalizada

Si la suma se encuentra **entre 10 a 18 puntos** sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, la persona debe ser observada por parte de un personal especializado en las instituciones correspondientes

Si la suma **es menor de 10 puntos** sin contabilizar las preguntas 1, 4 y 5, la persona debe ser evaluada por equipo de salud con experiencia en salud mental

Guía Práctica Para la Detección del Riesgo Suicida en Personas Mayores

ITEM	PUNTOS
Vive solo/a	2
Padece una enfermedad física que ha requerido ingresos frecuentes y tratamientos prolongados	2
Padece una enfermedad mental	3
Tiene antecedentes personales de conducta suicida	3
Posee antecedentes familiares de dicha conducta	1
Actitud poco cooperadora en la entrevista	2
Expresa deseos de descansar de todo, no dar más trabajo a otros, no hacer falta a otros	4
Manifiesta ideas suicidas	5
Cambios de conducta en forma de aislamiento, agresividad, agitación, llanto frecuente de pocos días de evolución	3
Negarse a recibir ayuda por considerar que es inútil a pesar de mantener una actitud adecuada en la entrevista	5

Si la suma de la puntuación es mayor de 9 puntos, la persona mayor debe ser remitida a una unidad psiquiátrica para ser examinada por profesional especializado

Manejo del Riesgo Suicida

Muchas personas piensan en el suicidio, porque les parece que no les queda otro recurso. Sin embargo, es necesario recordar que el suicidio es, a menudo, la solución permanente de un problema pasajero. Con el paso de una semana o un mes, las cosas podrían cambiar completamente de aspecto. La mayoría de las personas que han contemplado alguna vez el suicidio, posteriormente se alegran de estar vivas y dicen que no querían poner fin a sus vidas, sencillamente deseaban evitar la pena y el dolor psíquico³⁵.

El comportamiento suicida, puede predecirse, intervenir, revertirse y por tanto, es prevenible mediante una oportuna intervención conjunta de distintos profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, orientadores).

Manejo de una crisis suicida

En el caso de encontrarse en una situación en que una persona amenaza con suicidarse, se debe tener presente que el deseo de morir es ambivalente y a menudo transitorio. La persona que presta ayuda debe esforzarse en apoyar el deseo de vivir y ofrecerle una esperanza de solución.

La ayuda psicológica de emergencia o intervención en crisis se basa en el establecimiento de una comunicación franca, para lo cual es recomendable comenzar llamando por su nombre a la persona en riesgo, con lo cual se le recuerda su identidad sutilmente. Se debe develar el problema que generó la crisis,

y ofrecerle ayuda para solucionarlo, tratando de adoptar una actitud positiva y recordándole que su familia y amigos se preocupan por él o ella.

Si una persona hace una llamada telefónica diciendo que está realizando un acto suicida, se le debe mantener ocupada en la línea, seguir hablándole, mientras que otra persona debe contactar al SAMU y/o a carabineros para intentar el salvamento.

Ante la sospecha de riesgo suicida, se debe determinar si existe un riesgo inmediato de suicidio, indagando abiertamente sobre la intencionalidad de realizar el acto suicida (planificación de la forma y el momento), o si se trata de una ideación suicida.

Frente a un riesgo inminente de suicidio, se debe solicitar ayuda en forma inmediata (intentar llevar a la persona a un servicio urgencia o llamar a los carabineros) y mientras tanto:

- No dejarle solo, es necesario que la persona en riesgo se sienta acompañada.
- No hacerle sentir culpable.
- No desestimar sus sentimientos.
- Expresarle apoyo y comprensión.
- Permitirle la expresión de sentimientos.

Las crisis suicidas se caracterizan por ser breves, y se diferencian de los procesos que llevan a ellas, los que suelen arrastrarse por tiempos más largos. Durante estas crisis es fundamental crear un espacio para el pensamiento y la verbalización de los sentimientos, de forma que la persona en riesgo lo pueda utilizar como un modo de mediar entre la desesperación y la acción, permitiendo cuestionarse la posibilidad de encontrar otra salida.

Lo fundamental es mantener con vida a la persona en riesgo, hasta que pase la crisis, por ello es necesario que todas las personas sepan como ayudar a una persona en crisis suicida³⁶:

- En primer lugar, SIEMPRE hay que creerle a la persona que manifiesta la intención o ideación suicida. No se deben banalizar ni despreciar las amenazas suicidas. Tampoco pensar que lo que quiere es llamar la atención. El 80% de los pacientes que se han suicidado habían expresado sus ideas de suicidio previamente. Cualquier amenaza de suicidio debe ser tomada en serio.
- No dejarle sola e intentar llevarla a un centro de salud o a un médico general o psiquiatra. Enfatizar a la persona la necesidad de recibir ayuda.
- Tomar medidas para disminuir los riesgos, alejando los objetos que puedan servir para realizar el acto suicida.
- Generar un espacio de confianza, de escucha y de contención.
- No ser críticos frente a la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Garantizar la seguridad personal.
- Buscar respuestas alternativas, ayudándole a encontrar opciones a la autodestrucción, pero teniendo especial cuidado con aquellas alternativas que mencione la persona pero que no pueda realizar inmediatamente (por ejemplo, "Voy a irme de la casa", sin tener otro lugar donde vivir; "Me voy a olvidar de él", como si la memoria fuera una pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito; "Tengo que cambiar para que ella vuelva", a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene un nuevo amante; etc.)
- Ayudar a que la persona exprese sus sentimientos.

- Explorar el motivo de la intención de autoeliminación.
- No emitir juicios de valor.
- Crear un entorno de confianza, seguridad y afecto.
- Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Tomar contacto con el establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio, y de ser necesario llevar a la persona a un establecimiento de urgencia (SAPU o servicio de urgencia de un hospital) y apoyarle para que sea atendido por un profesional de la salud.

La clave en estas situaciones es escuchar atentamente a la persona en crisis y facilitar que se desahogue. Se deben usar frases cortas que hagan que la persona se sienta comprendida y tomada en serio (por ejemplo, "Me imagino", "Entiendo", "Es lógico", "Claro", "No es para menos", etc.). El objetivo de esta primera ayuda es conocer cómo se siente la persona aquí y ahora.

Generalmente, las personas en crisis suicida se sienten muy solas, sin nadie interesado en entenderlas. Suelen sumergirse en un profundo aislamiento, lo que acrecienta los sentimientos de soledad. Con frecuencia consideran que la vida no tiene sentido alguno, y piensan que las demás personas estarían mejor si dejaran de existir. Se sienten pesimistas, creen que nada les ha salido, les sale ni les saldrá bien en sus vidas y que sus dificultades no tienen solución.

Durante la crisis suicida, los pensamientos e ideas sobre el suicidio se hacen más fuertes y convincentes, pero al mismo tiempo, coexisten los deseos de seguir viviendo si "las cosas mejoraran", si se les brindara un poco de ayuda. El escucharles, asistirles y acompañarles, es expresión de esa ayuda que están buscando.

Manejo del Riesgo Suicida en Atención Primaria³⁷

El nivel primario de atención es el lugar más indicado para detectar a las personas en riesgo de suicidio, por lo que ante la presencia de factores de riesgo es fundamental evaluar las ideas de suicidio, sobre todo en consultantes con depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol, o con psicosis.

Para evaluar el riesgo suicida, la entrevista clínica es la herramienta principal. Todos los profesionales del nivel primario deben estar capacitados para realizar una entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática.

Una vez logrado este ambiente, se pueden hacer preguntas abiertas, abordando el tema del suicidio en forma progresiva pero directa, por ejemplo:

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado, incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Se ha encontrado usted tan mal que ha llegado a pensar que no vale la pena vivir?
- ¿Tiene pensamientos de muerte?
- ¿Siente deseos de cometer suicidio?
- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Ha hecho planes para terminar con su vida?
- ¿Cómo está planeando hacerlo?
- ¿Tiene en su poder (píldoras/armas/otros medios...)?
- ¿Ha considerado cuándo va a hacerlo?

Si en la entrevista clínica se ratifican las sospechas de riesgo suicida, puede ser útil aplicar alguna escala de detección del riesgo. Si por el contrario, no se detectan ideas suicidas, se debe hacer seguimiento del paciente con factores de riesgo, evaluándolo nuevamente cada cierto tiempo, e indicando tanto al paciente como a su/s familiar/es que debe/n estar atentos a cambios en el humor, negativismo y desesperanza, especialmente al inicio del tratamiento, cuando se producen cambios en la medicación o en situaciones de estrés personal incrementado.

Así mismo, los profesionales de atención primaria deben manejar las técnicas de primera ayuda psicológica para abordar a las personas con riesgo suicida.

La Primera Ayuda Psicológica (Pérez Barrero, 1999)³

Etapas	Lo que se debe hacer	Lo que No se debe hacer
1ª Etapa: Tomar contacto	Escuchar.	Contar su propia historia.
	Reflejar sentimientos	Ignorar sentimientos.
	Aceptación	Bromear, no dar importancia
2ª Etapa: Conocer la dimensión del problema	Formular preguntas abiertas para facilitar expresión de sentimientos y conocerlos	Atenerse a preguntas con respuestas si o no
	Evaluar el peligro suicida. Preguntar directamente si es necesario	Ignorar o no evaluar el peligro suicida
3ª Etapa: Posibles Soluciones	Abordar los obstáculos directamente	No explorar los obstáculos
	Establecer prioridades	Visión de túnel o estrechamiento del foco de atención ³
4ª Etapa: Acción concreta	Tomar una medida a tiempo	Ser tímido, ser indeciso
	Ser directivo, confrontar	Retraerse de asumir responsabilidades cuando sea necesario
5ª Etapa: Seguimiento	Realizar nuevos contactos para evaluar progreso o retroceso	Dejar la evaluación a otro que no conoce lo sucedido

Manejo del Paciente que ha hecho un intento de suicidio³⁸

En la evaluación de una persona que ha realizado intento de suicidio, es necesario evaluar la gravedad del intento, valorando lo siguiente:

- La eficacia y letalidad del método elegido (la persona se asombra de seguir viva): Los métodos violentos, como el lanzarse de altura o al metro, el ahorcamiento, las armas blancas o de fuego, guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. Por el contrario, las intoxicaciones con medicamentos suelen considerarse tentativas menos graves, aunque esto depende del conocimiento subjetivo del paciente hacia la sustancia utilizada.
- El momento elegido, la posibilidad de ser descubierto: Debe tenerse en cuenta si se ha llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate, lo que implica una mayor gravedad.
- La impulsividad y grado de planificación (a mayor planificación, mayor riesgo suicida): La ausencia de factores desencadenantes, la existencia de notas de despedida, realización de testamento o seguros de vida, orientan hacia una premeditación del acto, y por tanto, una mayor gravedad.

³ Como un paralelo con una cámara, se elimina del foco de atención todo aquello que resulte irrelevante, pasando a centrar toda la atención en el elemento que supone una amenaza.

- La finalidad del acto suicida (poner fin a la vida, llamada de atención, demanda de ayuda): Debe evaluarse la posibilidad de que exista una ganancia secundaria en la conducta suicida, lo que implicaría un menor riesgo de consumación del acto.
- La experimentación que siente al ser salvado: Debe explorarse la existencia de sentimientos de alivio ante la salvación, o si surgen sentimientos de frustración por el resultado.
- El cambio o no de las circunstancias vitales que determinaron la decisión.
- El concepto del paciente acerca de la muerte.

Independientemente de la gravedad del intento de suicidio, la evaluación psiquiátrica debe llevarse a cabo lo antes posible sin descuidar la situación somática del paciente, con un examen físico completo e intervención especializada en caso de riesgo vital.

La evaluación psiquiátrica debe hacerse, en lo posible, sin la presencia de familiares o acompañantes, sin embargo, se debe involucrar a los familiares entrevistándolos para obtener información sobre la crisis que dio lugar al intento, y comprometiéndolos para que asuman un rol activo en el tratamiento.

Durante la entrevista, el psiquiatra debe lograr establecer el compromiso y las bases para desarrollar un abordaje psicoterapéutico más continuo, al mismo tiempo que se forma un juicio diagnóstico y define las intervenciones posibles.

La decisión de hospitalizar o remitir al domicilio bajo supervisión familiar, depende de la gravedad del intento y de la ponderación de los controles internos y externos sobre la conducta del paciente.

Se debe indicar hospitalización cuando se objetiva un riesgo alto de repetición del intento, la red de apoyo sociofamiliar es escasa, el paciente presenta una alta impulsividad, hay antecedentes de intentos previos, el intento actual presenta un plan estructurado y con elevada letalidad, o el paciente presenta síntomas psicóticos. Si no se logra el consentimiento del paciente para la hospitalización, se debe hospitalizar de urgencia por 72 horas y solicitar inmediatamente la internación administrativa.

Cuando se evalúa que el riesgo suicida es bajo y el intento fue de baja gravedad, puede considerarse la derivación del paciente a su domicilio y posterior seguimiento ambulatorio, siempre que exista un adecuado apoyo familiar que actúe como medio de contención y control del paciente.

Los siguientes criterios pueden ser útiles para definir la hospitalización de urgencia de la persona con intento de suicidio³⁹:

- Intención de suicidio anunciada en forma aguda, especialmente si lo hace a pesar de estar frente a una persona garante (médico, enfermera, técnico, etc.), con una alta probabilidad de realización y riesgo de muerte.
- Presentar intención suicida aguda a pesar de estar bajo terapia (existe falta de descarga emocional, alterada o mala relación médico-paciente, agudización y descompensación de la patología de base).
- Estado depresivo severo, con una vivencia generalizada de desesperanza y de que no puede ser ayudado/a. Estrechamiento de la percepción y la vivencia de realidad, especialmente delirio depresivo asociado a una tendencia de autocastigo, voces imperativas que inducen al suicidio o a hacerse daño, ideas paranoides que generan temor y angustia como de persecución, amenaza y muerte por terceros. Convicción delirante de una descomposición o decadencia del propio cuerpo con el deseo de terminar con este sufrimiento y la idea delirante de ya estar muerto.
- Intencionalidad suicida con fuerte componente de agitación psicomotora, miedo y estupor.
- Intención de escape manifiesta, riesgo de fuga, miedo a perder el control sobre sí mismo o falta de capacidad de establecer un vínculo.

- Ante un síndrome cerebro-orgánico tanto crónico como agudo con riesgo de suicidio, asociado un estado delirante e ideas de suicidio, estado de confusión asociado a una patología orgánica de base.
- Intencionalidad suicida bajo el efecto de alcohol o drogas.
- Presencia de una enfermedad psiquiátrica, especialmente ante una psicosis.
- Empeoramiento del cuadro clínico psiquiátrico, falta de mejoría en tratamiento ambulatorio con creciente intención suicida, estrechamiento y tendencia al aislamiento de la conducta.
- Acentuación de la intención suicida, con antecedentes de intento de suicidio en el pasado y con agravamiento del método suicida (método más "duro").
- Aislamiento social y carencia o pérdida de lazos afectivos.
- Intención suicida posterior a un acto criminal, a un accidente del tránsito, sobre todo cuando hay culpabilidad con consecuencias mortales para otros, catástrofe financiera como la quiebra de su negocio, que involucre el bienestar familiar, estatus y pérdida del sentido de vida.
- Comentarios suicidas que involucren a terceros (ej. madre-hijo/a con una severa depresión, entendiéndose esto como una intención altruista, pero patológica y de extrema gravedad).
- Intención suicida en la tercera edad, ante viudez, depresión senil, en combinación con patología orgánica severa.
- Intención suicida e intentos de suicidio, con un carácter de manipulación instrumental (extorsión emocional) dentro de relaciones de pareja crónicamente disfuncionales.
- Intención suicida ante la muerte sorpresiva de la pareja, ante la comunicación de mal pronóstico de enfermedades (SIDA, cáncer, etc.) o ante diagnósticos que comprometan la calidad de vida permanentemente.
- Pacientes que habiendo realizado un intento de suicidio, requiera tratamiento orgánico de estabilización y desintoxicación

Acciones según nivel de riesgo

Nivel de Riesgo	Conducta a Seguir
Leve	- Evaluación psiquiátrica. - Derivación asistida al equipo de salud primaria para seguimiento - Poner en contacto con redes sociales y familiares.
Moderado	- Intervención psiquiátrica, eventualmente tratamiento farmacológico - Evaluación del sostén familiar a fin de determinar necesidad de internación. - Derivación a Centro de Salud Mental Comunitaria o equipo ambulatorio de especialidad - Conectarlo con redes sociales y familiares.
Grave	- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) en servicio de urgencia general con intervención especializada, cuando hay riesgos vitales. Si no hay compromiso vital, hospitalización en servicio de psiquiatría de corta estadía, con vigilancia permanente, control médico especializado a diario, con ajuste de medicación según evolución. - En caso de excitación, angustia, agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata.
Extremo	- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) con medidas de contención y seguimiento especializado estricto. - Medidas de contención físicas. - Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos. - Seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.

El tratamiento de la persona en riesgo o con intento de suicidio es variable, pero en general, se basa en el uso de psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual en forma combinada. Cuando existe una enfermedad mental asociada, el manejo terapéutico se debe enfocar al tratamiento de ésta.

En la terapia farmacológica se utilizan antidepresivos y ansiolíticos, teniendo siempre presente el riesgo tóxico en caso de sobredosis. También se utilizan las sales de litio por sus efectos antidepresivos y sus propiedades serotoninérgicas y anti impulsivas, que reducen el riesgo suicida.

La psicoterapia cognitivo-conductual es útil cuando el objetivo es modificar los comportamientos y pensamientos. Entre las técnicas que utiliza están la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias.

En algunos casos, la terapia electro convulsiva (TEC), se utiliza como tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo de suicidio, en personas con trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía.

Apoyo a la familia

Cuando una persona se suicida, las personas cercanas también sufren, ya que produce una devastación emocional, social e incluso económica de familiares y amigos. Las reacciones más frecuentes en la familia, amistades, e incluso el equipo de salud tratante, son de culpa, vergüenza y remordimiento por no haber podido evitarlo⁴⁰.

A menudo, los familiares y amigos de la persona que realiza un acto suicida sienten un dolor emocional intenso y tristeza por la pérdida, pero al mismo tiempo, sienten rabia contra el fallecido y contra todos los que de una u otra forma han podido contribuir directa o indirectamente al suicidio. Muchos tienden a experimentar un duelo complicado con síntomas como emociones intensas, pensamientos intrusos sobre la pérdida y sensación de aislamiento y vacío⁴¹.

La sensación de culpa es normal después del suicidio de un familiar o cercano, aparecen los reproches por no haberse dado cuenta de lo mal que estaba y les queda una fuerte sensación de no haber sabido cuidarle.

Teniendo en cuenta que el riesgo de suicidio aumenta considerablemente en familias y cercanos donde ya ha habido un suicidio, es necesario ofrecer una intervención terapéutica y sobre todo, mantener un seguimiento por varios años. La familia y los cercanos deben poder expresar su dolor y sentimientos. Es posible que algunos de ellos ya no vuelvan a ser los mismos, porque no podrán superar completamente lo sucedido, pero deberán aprender a vivir con ello.

La familia y los cercanos deben poder realizar el duelo que les permita superar la pérdida de su ser querido, es necesario ayudarles a atravesar por el proceso emocional que les permita aceptar la muerte del ser querido, asumir el desgaste y las emociones que esa muerte genera, adaptarse a la ausencia de ser querido, aprender a vivir sin él e interiorizar la muerte como algo más que forma parte de la vida.

Es aconsejable decir la verdad a los niños, ya que el no saber lo que ocurrió les puede generar mayor angustia y temores. Con frecuencia, la muerte de un ser querido puede generar en los niños reacciones como (Maris, R. et. al. 2000):

- Pensar que la persona que se suicidó no les quería y sentirse abandonados.
- Pensar que son culpables del suicidio, sobre todo si en algún momento de enojo desearon la muerte de esa persona.
- Tener miedo a morir ellos también.
- Sentir tristeza, confusión y soledad
- Sentir vergüenza de ver a otras personas o de volver al colegio, porque se sienten diferentes.
- Sentir rabia hacia la persona que se suicidó o hacia todo el mundo.
- Hacer negación de lo ocurrido o fingir que no ha pasado nada.
- Entrar en un estado de insensibilidad emocional.

ANEXO N° 1: ENTREVISTA ESTRUCTURADA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

PROTOCOLO DE ENTREVISTA PARA AUTOPSIAS PSICOLÓGICA			
DATOS DEL (A) INFORMANTE			
NOMBRE			
EDAD			
SEXO			
RELACIÓN CON LA VÍCTIMA			
DIRECCION			
TELEFONO			
CONVIVIA CON LA VÍCTIMA		SI ☐	NO ☐
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA VÍCTIMA			
1	Nombre		
2	Lugar de nacimiento		
3	Nacionalidad		
4	Fecha de nacimiento		
5	Domicilio	Calle	N° Comuna
6	Edad al cometer suicidio		
7	Fecha del suicidio		
			MARCAR CON X
8	Filiación	Hijo biológico	☐
		Hijo adoptivo	☐
9	Sexo	Masculino	☐
		Femenino	☐
10	Area geográfica	Urbana	☐
		Rural	☐
11	Estado civil	Soltero	☐
		Casado	☐
		Conviviente	☐
		Viudo	☐
		Divorciado	☐
		Separado	☐
12	Situación Habitacional	Vivia Sólo	☐
		Vivia con su familia de origen	☐
		Vivia con familiares	☐
		Vivia con otros no familiares	☐
		Vivia en calidad de allegado	☐
		Vivia en una Institución. ¿Cuál?	☐
		Vivia en situación de calle	☐

13	Escolaridad	Preescolar o parvularia		
Preparatoria				
Básica incompleta				
Básica completa				
Diferencial				
Humanidades				
Técnica, comercial, industrial, o normalista				
Educación Media científica-humanista incompleta				
Educación Media científica-humanista completa				
Educación Media Técnico-Profesional incompleta				
Educación Media Técnico-Profesional completa				
Centro de Formación Técnica incompleta				
Centro de Formación Técnica completa				
Instituto Profesional Incompleta				
Instituto Profesional Completa				
Educación Universitaria Incompleta				
Educación Universitaria Completa				
Educación Universitaria de Post Grado				
Ninguno				
14		Se declaraba perteneciente a algún grupo étnico específico	Alacalufe (kawashkar)	
Atacameño				
Aymará				
Colla				
Mapuche				
Quechua				
Rapa Nui				
Yámana (yagán)				
Diaguita				
Otra (especificar)				
No				

15	Creencias religiosas	Católica		
		Evangélica		
		Testigo de Jehová		
		Judaica		
		Mormón		
		Musulmán		
		Ortodoxa		
		Protestante		
		Adventista		
		Bautista		
		Santería		
		Otra Religión o Credo		
		Ninguna Religión o Credo		
		Ateo		
		Agnóstico		
		16	Ingresos del grupo familiar	Menos de \$ 50.000
De \$ 50.001 a \$ 200.000				
De \$ 200.001 a \$ 500.000				
De \$ 500.001 a \$ 1.000.000				
De \$ 1.000.001 a \$ 5.000.000				
De \$ 5.000.001 y más				

EMPLEO (mayores de 15 años)				
				MARCAR CON X
17	ACTIVOS	Ocupado	Buscan trabajo por primera vez	
		Desocupado	Cesantes (pasar a 19)	
18	INACTIVOS	Dueña de casa		
		Estudiantes		
		Jubilados (pasar a 19)		
		Pensionados (pasar a 19)		
		Rentistas		
		Internados en instituciones (pasar a 19)		
		Inválidos (pasar a 19)		
19	¿En qué trabajaba?			
20	Rama de actividad económica en que se desempeñaba al morir o al quedar cesante o jubilar	Agricultura, ganadería, caza y silvicultura		
		Pesca		
		Explotación de minas y canteras		
		Industrias manufactureras		
		Suministro de electricidad, gas y agua		
		Construcción		
		Comercio al por mayor y al por menor; reparación de		
		Hoteles y restaurantes		
		Transporte, almacenamiento y comunicaciones		
		Intermediación financiera		
		Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler		
		Administración pública y defensa; planes de seguridad soci		
		Enseñanza		
		Servicios sociales y de salud		
		Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y		
		Hogares privados con servicio doméstico		
		Organizaciones y órganos extraterritoriales		
		Asalariado		
		Empleador o patrón		
		Cuenta Propia		
Familiar no remunerado				
Tabajador doméstico				

21	Ocupación o tipo de trabajo en que se desempeña o desempeñaba antes de quedar cesante o jubilar	Miembro del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas	
		Profesionales científicos e intelectuales	
		Técnicos y profesionales de nivel medio	
		Empleados de oficina	
		Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio y mercado	
		Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros	
		Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios	
		Operadores de instalaciones y máquinas y montadoras	
		Trabajadores no calificados	
		Fuerzas armadas	
		Ignorado	
EMPLEO (menores de 18 años)			
22	Trabajo Inaceptable	Menor de 18 años, no egresado de EM y no matriculado	
		Menor de 18 años que trabaja sin autorización del tutor o IT	
		Menor de 18 años que trabaja más de	
		Menor de 18 en faenas peligrosas o de fuerza excesiva	
		Menor de 18 años en espectáculos en vivo o nocturnos o en	
		Niño o adolescente que trabaja en la calle	
		Niño o adolescente que trabaja de noche	
23	Quehaceres	Quehaceres del hogar (cuidado de niños pequeños, u otros parientes, hacer aseo, lavar, ordenar y similares)	
		Labores agrícolas (cuidar animales o el huerto familiar)	
CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO			
24	Método suicida		MARCAR CON X
		Envenenamiento por fármacos	
		Envenenamiento por sustancias químicas	
		Envenenamiento por plaguicidas	
		Ahorcamiento, estrangulación y sofocación	
		Asfixia	
		Ahogamiento o sumersión	
		Arma de fuego	
		Material explosivo	
		Humo, fuego y llamas	
		Objeto cortante	

Método suicida	Envenenamiento por fármacos						
	Envenenamiento por sustancias químicas						
	Envenenamiento por plaguicidas						
	Ahorcamiento, estrangulación y sofocación						
	Asfixia						
	Ahogamiento o sumersión						
	Arma de fuego						
	Material explosivo						
	Humo, fuego y llamas						
	Objeto cortante						
	Saltar desde lugar elevado						
	Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento						
Otro(s) método(s)	Colisión de vehículo a motor						

25	Hora de ocurrencia (0-24)																
26	Día de la semana																
27	Lugar	En su casa															
En otra casa																	
En un centro de trabajo																	
En un establecimiento público																	
En la vía pública																	
En un centro de recreación																	
En un centro penitenciario																	
En un lugar apartado																	
En un vehículo																	
En un servicio asistencial																	
	Otro lugar (especificar)																
	Lugar emblemático en la zona	SI		NO		NO SABE											
28	Presencia de otras personas	SI		QUIENES													
			NO		NO SABE												
29	Evidencia de planificación	SI		Cuál:													
			NO		NO SABE												
30	Comunicó intención suicida	SI		NO		NO SABE											
31	Realizó arreglos previos	SI		NO		NO SABE											
32	Existencia de carta o nota suicida	SI		NO		NO SABE											
33	Hubo un pacto suicida?	SI		NO		NO SABE											
34	Se cometió bajo intoxicación (alcohol/drogas)	SI		NO		NO SABE											
35	Tentativas en el último mes	SI		Cuántas:													
			NO		NO SABE												
36	Forma parte de una serie de suicidios	SI		NO		NO SABE											

Otro (especifique)											
ANTECEDENTES SUICIDALES Y PSIQUIÁTRICOS											
											MARCAR CON X
37	Intento(s) suicida(s) previo(s)?	SI	☐	Cuántos:	☐	Cuándo:	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
38	Antecedentes psiquiátricos?	SI	☐								
			☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
39	Hospitalización psiquiátrica?(si es NO, pase a 45)	No	☐								
		Una	☐								
		Dos	☐								
		Tres o	☐								
		No sabe	☐								
40	Ultima hospitalización psiquiátrica	Menos de 1 mes	☐								
		Un mes a seis meses	☐								
		Seis meses a un año	☐								
		Más de un año	☐								
41	Diagnóstico psiquiátrico conocido?	SI	☐	Cuál:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
42	Había visto psiquiatra o psicólogo en los últimos doce meses?	SI	☐	Cuándo:	☐	☐	Dónde:	☐	☐	☐	☐
			☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
43	Había visto psiquiatra o psicólogo en el último mes?	SI	☐	Cuándo:	☐	☐	Dónde:	☐	☐	☐	☐
			☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
44	Estaba en tratamiento por problema de salud mental (p. ej. depresión, alc/drogas)?	SI	☐	NO	☐	NO SABE	☐	☐	☐	☐	☐
	Cuál problema?										
45	Dónde se estaba tratando?	COSAM, Cuál:	☐								
		Atención primaria, Cuál:	☐								
		Atención secundaria, Cuál:	☐								
		Atención terciaria, Cuál:	☐								
		Atención privada, Cuál:	☐								
Otras (especificar)											

Regaló sus cosas	
Hizo algún viaje o manifestó deseos de hacerlo	
Se le notaba normal/como siempre	

46	Se encontraba en tto farmacológico?	SI		Que fármaco:	
		NO		NO SABE	
47	Síntomas o conductas recientes durante los últimos seis meses (marque todas las que correspondan)	☐ Apareció deprimido, triste, lloroso, melancólico ☐ Mostró síntomas de depresión ☐ Expresó ideas de suicidio, la muerte o morirse ☐ Parecía demasiado bien ☐ Parecía ansioso o se quejaba de ansiedad o crisis de pánico ☐ Insomnio ☐ Hipersomnia ☐ Inició o incrementó consumo de alcohol ☐ Inició o incrementó consumo de sustancias legales o ilegales ☐ Se comportó de manera impulsiva ☐ Mostró rabia incontrolable o conducta agresiva ☐ Veía todo negativo (visión en túnel) ☐ Expresó sentimientos e culpa o vergüenza ☐ Apareció confuso, desorientado o psicótico ☐ Sentimientos de desesperanza, impotencia o desvalorización ☐ Memoria deteriorada ☐ Baja capacidad de comprensión ☐ Deterioro del juicio ☐ Alucinaciones o delirio ☐ Exaltado, eufórico ☐ Pensamiento mágico ☐ Conductas de riesgo ☐ Manifestó deseos de reunión con un fallecido o expresó deseos de "renacer" ☐ Expresó preocupación con volverse loco o perder facultades cognitivas ☐ Deterioro laboral ☐ Deterioro académico ☐ Se sentía discriminado ¿por qué? ☐ Aislamiento Social ☐ Manifestó deseos de descansar			

[illegible]

53	Reducción real o temida de la capacidad funcional o física	SI		Desde cuándo:					
				NO		NO SABE			
54	Historia de abuso de alcohol o sustancias	SI		Desde cuándo:					
				NO		NO SABE			
55	Sustancias de abuso (marque todas las que correspondan)	alcohol marihuana pasta base cocaína anfetaminas ("sidrín") otros estimulantes jarabes para la tos chicota tonaril o akinetón éxtasis solventes volátiles ("neoprén") tabaco heroína benzodicepinas							
	Otros (especificar)								
56	Incremento en el consumo en los últ. seis meses?	SI		NO		NO SABE			
57	Características de su modo de ser (marque todas las que correspondan)	reservado perfeccionista introvertido rabioso autodestructivo manipulador desconfiado indisciplinado dependiente intenso frío dominante autosexigente							

teatral		
apocado		
pesimista		
grandioso o petulante		
cambiante		
impulsivo		
sádico		
irresponsable		
desafiante		
egocéntrico		
soñador		
tímido		
Otros (especificar)		
ANTECEDENTES DE SUICIDIO EN LA FAMILIA		
Suicidio en la familia	Suicidio del padre	
	Suicidio de la madre	
	Suicidio del hermano	
	Suicidio del hijo	
	Suicidio de otro familiar (de segundo grado)	
Trastorno Psiquiátrico: emplee toda la información disponible. Marque todos los trastornos que estén presentes.	Demencia	
	Retardo Mental	
	Esquizofrenia	
	Trastorno Depresivo	
	Trastorno Maníaco o Bipolar	
	Trastorno por uso de alcohol y sustancias	
	Trastorno de Personalidad	
	Otro trastorno (especifique)	
	Hubo un trastorno, pero no es posible especificarlo	
No hubo t. psiquiátrico (según la información disponible)		
AUTORES:		
Dr. Alejandro Gómez Chamorro		
Dra. Carolina Ibáñez Kantke		
Soc. María Soledad Gómez Chamorro		
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA CAMPUS SUR, FACULTAD DE MEDICINA		
UNIVERSIDAD DE CHILE		

ANEXO N° 2: FICHA INFORMACIÓN INTENTOS DE SUICIDIO⁴FICHA PERSONAL
(Intento de Suicidio)

1.-Identificación Individual (completar todo con letra clara, imprenta) :

Nombre:.....
 Femenina Masculino Fecha de nacimiento: Edad
 Rut:.....N° de hijos :
 Educación: Básica Media Técnico Universitario sin instrucción
 Actividad: estudiante otra actividad.....
 Domicilio:.....Comuna.....
 Ficha Clínica:..... Centro de Salud de su Domicilio:.....

2.-RELATIVOS A INTENTO DE SUICIDIO:

Fecha Intento de suicidio:.....
 Causa :.....
 Método utilizado en el intento.....
 Fue derivada/o a Psiquiatra después del intento: SI NO
 Fue derivado a Equipo de Salud Mental del Centro de Salud u Hospital correspondiente SI
 NO A OTRO ¿Cuál?.....
 Establecimiento de Salud donde se realiza la atención de urgencia:.....
 ¿Que Funcionario/s realiza la atención de urgencia?.....
 En caso que no recibió atención en un Establecimiento de Salud ¿Quién realizó la atención?
 Profesor SI NO Carabinero SI NO
 OTRO.....

3.-ANTECEDENTES DE SALUD DE LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO :

Padece de Enfermedad física : SI NO
 Padece de Enfermedad mental : SI NO
 Está en tratamiento por la enfermedad mental: SI NO
 En que Establecimiento está en tratamiento por la enfermedad mental:

 Consume drogas: SI NO Maltrato infantil: SI NO
 VIF: SI NO

⁴ Instrumento elaborado por Raquel Opazo, referente de Salud Mental, SEREMI de Coquimbo.

4.-RELATIVOS A LA PERSONA CON INTENTO DE SUICIDIO Y A SU FAMILIA :

La persona individualizada ha realizado con anterioridad a este intento otros:

Intentos de suicidios SI NO ¿Cuántos?.....

Hay Intentos de suicidio en la familia: SI NO

Hay suicidios en la familia SI NO

GRUPO FAMILIAR : (Con el que vive la persona)

Nombre	Relación	Edad	Estudios	Antecedentes de Salud Física y Mental
--------	----------	------	----------	---------------------------------------

5.- FAMILIAR QUE ESTARIA DISPUESTA/O A ENTREGAR MAYOR INFORMACIÓN

NOMBRE:.....TELEFONO:.....

DIRECCION:

6.-FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN:

NOMBRE COMPLETO:.....

RUT.....CARGO.....

ESTABLECIMIENTO.....COMUNA.....

FIRMA.....FECHA.....

TIMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria- Programa Salud Mental –
Seremi de Salud- Región de Coquimbo, San Joaquín 1801 La Serena/ Fonos : 51-331416 331418

ANEXO N° 3:

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Orientaciones para profesionales de los medios de comunicación ¹

Los medios de comunicación ejercen una fuerte influencia sobre las actitudes, creencias y comportamientos de la comunidad y juegan un importante rol en la política, la economía y la práctica social. **Debido a esa influencia, los medios de comunicación también pueden jugar un rol activo en la prevención del suicidio.**

Uno de los muchos factores que pueden llevar a una persona vulnerable al suicidio es la publicidad sobre este tema en los medios de comunicación. **La forma como los medios informan acerca de casos de suicidio puede influir en otros suicidios.**

Efecto Werther: efecto de “imitación” producto de la difusión de información sobre casos de suicidios en los medios de comunicación. Dependiendo de cómo se informe, hay un aumento de los suicidios hasta 10 días después de los informes sobre casos de suicidios en las noticias, y en la mayoría de estos nuevos casos se tiende a repetir el mecanismo utilizado para la autoagresión.

Algunos conceptos relacionados con el efecto Werther son:

- **Imitación** es el proceso por el cual un suicidio ejerce un efecto de modelo imitable sobre suicidios posteriores.
- **Enjambre** es un número de suicidios que ocurren en estrecha proximidad temporal y/o geográfica, con o sin vínculo directo.
- **Contagio** es el proceso por el cual un suicidio dado facilita la ocurrencia de otro suicidio, independientemente del conocimiento directo o indirecto del suicidio anterior.

INFORMAR DEL SUICIDIO DE MANERA APROPIADA, EXACTA Y POTENCIALMENTE ÚTIL PUEDE PREVENIR UNA TRÁGICA PÉRDIDA DE VIDAS.

¹ Extracto del documento “Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Profesionales de los Medios de Comunicación”, Organización Mundial de la Salud, 2000

ORIENTACIONES GENERALES:

1. Precauciones en el uso de datos sobre el suicidio:

- Utilizar sólo cifras oficiales
- Evitar comparaciones de cifras (registros de datos son muy variables, el número de suicidio se expresa en tasas por 100.00 habitantes lo que afecta el panorama en poblaciones pequeñas, etc., la composición de la población no es considerada en las tasas generales).

2. Temas específicos que deben estar presentes al informar sobre el suicidio en general:

- Al momento de informar cifras, alertar siempre sobre la necesidad de una interpretación cuidadosa de las estadísticas.
- Aclarar que sólo se utilizan fuentes oficiales.
- Evitar comentarios espontáneos e incluir supuestos o relaciones de variables no corroboradas
- Evitar generalizaciones basadas en cifras pequeñas
- Evitar expresiones tales como “epidemia de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios en el mundo”

- No asociar el comportamiento suicida a una respuesta entendible o comprensible

3. Al informar sobre un suicidio en particular se debe tener presente:

- Jamás utilizar el cubrimiento sensacionalista, particularmente cuando involucra a una celebridad.
- Siempre reconocer e informar si persona suicida tenía algún problema mental.
- Evitar exageraciones.
- No presentar fotografías de la víctima, del método empleado ni de la escena del suicidio.
- Nunca utilizar titulares en primera página
- Evitar las descripciones detalladas del método usado y cómo lo obtuvo la víctima.
- No deberá informarse acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista.
- Explicitar que el suicidio nunca es el resultado de un solo factor o hecho sino más bien de una compleja interacción de muchos factores tales como enfermedad mental y física, abuso de sustancias, conflictos familiares e interpersonales y acontecimientos estresantes.

- Nunca presentar el suicidio como un método para enfrentar problemas personales tales como bancarrota, incapacidad de aprobar un examen, o abuso sexual.
- Los informes deberán tener en cuenta el impacto sobre las familias y otros sobrevivientes en términos del estigma y el sufrimiento psicológico.
- Nunca glorificar a las víctimas de suicidio como mártires y objetos de adulación pública. En vez de eso, deberá hacerse énfasis en lamentar la muerte de la persona.
- Incluir siempre datos relacionados con las consecuencias físicas de intentos de suicidio (daño cerebral, parálisis, etc.) ya ello puede actuar como elemento de disuasión.

4. Suministrar información sobre ayuda disponible

Siempre que se informa sobre el suicidio, sea en general o sobre algún caso en particular se debe informar además sobre:

- Los servicios de salud mental y líneas telefónicas de ayuda disponibles con sus números telefónicos y direcciones actualizados
- Publicitar las señales de advertencia del comportamiento suicida
- Transmitir mensajes sobre la frecuente asociación entre la depresión y el comportamiento suicida, siendo la depresión una condición tratable
- Ofrecer un mensaje de solidaridad a los sobrevivientes en momentos de profundo dolor, proporcionando números de teléfono de los grupos de apoyo para sobrevivientes, si los hay. Esto aumenta la probabilidad de que profesionales en salud mental, amigos y familiares intervengan en las crisis suicidas.

En resumen:

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos. - Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso. - Presentar sólo datos relevantes y en las páginas interiores. - Resaltar las alternativas al suicidio. - Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios. - Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia	- No publicar fotografías o notas suicidas. - No informar detalles específicos del método usado. - No dar razones simplistas. - No glorificar ni sensacionalizar el suicidio. - No usar estereotipos religiosos o culturales. - No aportar culpas.

ANEXO N° 4: INSTRUMENTOS DE DETECCIÓN DEL RIESGO SUICIDA

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

A.T. Beck, A. Weissman, D. Lester, L. Trexler. The measurement of pesimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol 1974; 42:861-865

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

N° de Ítems: 20

Administración: Auto aplicada

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F

DESCRIPCIÓN

Es una escala diseñada para evaluar, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida.

Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de posible suicidio.

Consta de 20 ítems a los que el individuo ha de responder verdadero o falso.

Las respuestas señaladas como Verdadero en los ítems 2,4,9,11,12,14,16,17,18, y 20 valen un punto y las señaladas como falso en esos ítems 0 puntos.

Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1,3,5,6,8,10,13,15, y 19 valen un punto y las señaladas como verdadero en esos ítems, 0 puntos.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

Proporciona una puntuación total, y puntuaciones en tres factores diferentes:

Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro): La puntuación en el factor afectivo se obtiene sumando los ítems 1,6,13,15 y 19. Puede oscilar entre 0 y 5.

Factor motivacional (pérdida de motivación): La puntuación en el factor motivacional se obtiene sumando los ítems 2,3,9,11,12,16,17 y 20. Puede oscilar entre 0 y 8.

Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro): La Puntuación en el factor cognitivo se obtiene sumando los ítems, 4,7,8,14 y 18. Puede oscilar entre 0 y 5.

La puntuación total se obtiene sumando todos los ítems. Esta puntuación puede oscilar entre 9 y 20.

En función de la puntuación total se recomiendan los siguiente puntos de corte:

0-3 puntos: Ningún o mínimo riesgo

4-8 puntos: Riesgo bajo (leve) de cometer suicidio

9-14 puntos: Riesgo moderado.

15-20 puntos: Riesgo alto.

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (SSI)

Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology (1979) 47(2):343-352.

CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA / MUERTE			
1	Deseo de vivir	Moderado a intenso	0
		Débil	1
		Ninguno	2
2	Deseo de morir	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
3	Razones para vivir / morir	Las razones para vivir son superiores a las de morir	0
		Iguales	1
		Las razones para morir son superiores a las de vivir	2
4	Deseo de realizar un intento activo de suicidio	Moderado a intenso	2
		Débil	1
		Ninguno	0
5	Intento pasivo de suicidio	Tomaría precauciones para salvar su vida	0
		Dejaría su vida / muerte en manos del azar (ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada)	1
		Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (ej. un diabético que deja de tomar la insulina)	2
CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS / DESEOS SUICIDAS			
6	Dimensión temporal: duración	Breve, periodos pasajeros	0
		Periodos más largos	1
		Continuo (crónico), o casi continuo	2
7	Dimensión temporal: frecuencia	Rara, ocasional	0
		Intermitente	1
		Persistente o continuo	2
8	Actitud hacia el pensamiento / deseo	Rechazo	0
		Ambivalencia, indiferencia	1
		Aceptación	2
9	Control sobre la acción de suicidio o el deseo de llevarlo a cabo	Tiene sensación de control	0
		No tiene seguridad de control	1
		No tiene sensación de control	2
10	Factores disuasorios del intento activo. (Si existen, indicarlos)	No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio	0
		Los factores disuasorios tienen cierta influencia	1
		Influencia mínima o nula de los factores disuasorios	2
11	Razones del proyecto de intento	Manipular el medio, atraer atención, venganza	0
		Combinación de ambos	1
		Escapar, acabar, resolver problemas	2
12	Método: especificación / planes	No los ha considerado	0
		Los ha considerado, pero sin detalles específicos	1
		Los detalles están especificados / bien formulados	2
13	Método: accesibilidad / oportunidad	Método no disponible; no hay oportunidad	0
		El método llevaría tiempo / esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente	1
		Método y oportunidad accesible / Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado	2
CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO.			
14	Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento	No tiene valor, demasiado débil, temeroso, incompetente	0
		Inseguro de su coraje, competencia	1
		Seguro de su competencia, coraje	2
15	Expectativas / anticipación de un intento real	No	0
		Incierto, no seguro	1
		Sí	2
REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO			
16	Preparación real	Ninguna	0
		Parcial (ej.: empezar a recoger píldoras)	1
		Completa (ej. tener las píldoras, cuchillo, la pistola cargada)	2
17	Notas acerca del suicidio	No escribió ninguna nota	0
		Empezada pero no completada; solamente pensó en dejarla	1
		Completada	2
18	Preparativos finales ante la anticipación de la muerte	Ninguno	0
		Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados	1
		Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado	2
19	Engaño/encubrimiento del intento proyectado (comunicación de su idea al terapeuta).	Reveló estas ideas abiertamente	0
		Fue reacio a revelarlas	1
		Intentó engañar, encubrir, mentir	2
FACTORES DE FONDO			
20	Intentos previos de suicidio	Ninguno	0
		Uno	1
		Más de uno	2
21	Intención de morir asociada al último intento	Baja	0
		Moderada; ambivalente, insegura	1
		Alta	2

Descripción:

Escala hetero aplicada para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse

Contiene 19 ítems que deben ser completados por el entrevistador en el transcurso de una entrevista semi-estructurada.

Incluye preguntas relativas a:

- Actitud hacia la vida / muerte
- Pensamientos o deseos suicidas
- Proyecto de intento de suicidio
- Realización del intento proyectado

Se agregan dos ítems, en los que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos. Estas dos últimas preguntas tienen un valor meramente descriptivo, ya que no se contabilizan en la puntuación global de la escala.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad o seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida.

En los casos de que las puntuaciones de las preguntas 4 y 5 sea de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada pregunta se puntúa de 0-2. La puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a las 19 primeras preguntas, ya que las preguntas 20 y 21 no se toman en cuenta para la puntuación total.

El rango de la puntuación total es de 0 a 38.

Se considera que una puntuación igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio.

Una mayor puntuación se relaciona con un más elevado riesgo de suicidio.

ESCALA DE INTENCIÓN SUICIDA DE PIERCE

Pierce, D.W. 1977 British Journal of Psychiatry, 130,377-385

Para ser completada después de un intento suicida

CIRCUNSTANCIAS		
1. De Aislamiento	Alguien Presente	0
	Alguien cerca o al teléfono.	1
	Nadie cerca.	2
2. Momento elegido	Elegido con posibilidades de intervención	0
	Intervención improbable	1
	Intervención altamente improbable	2
3. Precauciones contra rescate	Precauciones activas	0
	Pasivas (Ej. Dejar puerta abierta).	1
	Ninguna	2
4. Actuación para obtener ayuda.	Notifica del intento.	0
	Contacta a otros, no cuenta.	1
	No contacta a nadie.	2
5. Actos finales en anticipación	Nada	0
	Preparación parcial	1
	Planes precisos (testamentos, seguros, regalos.)	2
6. Carta suicida	No deja	0
	Carta retirada	1
	Presencia de carta	2
AUTOREPORTE		
7. Letalidad	Pensó que no mataría.	0
	Inseguridad de la acción letal.	1
	Creyó que era letal.	2
8. Intención declarada	No quería morir.	0
	Inseguridad.	1
	Quería morir.	2
9. Premeditación	Impulsivo.	0
	Considerado por menos de 1 hora.	1
	Considerado por menos de 1 día.	2
	Considerado por más de 1 día.	3
10. Reacción frente al intento	Felicidad por recuperación.	0
	Ambivalencia	1
	Decepción por haber fallado.	2
RIESGO		
11. Resultado predecible	Supervivencia cierta.	0
	Muerte improbable.	1
	Muerte probable o cierta.	2
12. Muerte si no recibiera tratamiento médico.	No	
	Incierto	
	Si	

Items 11 y 12 = Puntaje de riesgo médico

Puntaje total: 0 – 3 puntos = Intención baja
 4 – 10 puntos = Intención mediana
 Más de 10 = Intención alta

ESCALA DE SUICIDALIDAD

Okasha A, Lotaif F, Sadek A. Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. Acta Psychiatr Scand 1981; 63: 409-15.

Escala auto administrada

Formada por 4 preguntas, donde las tres primeras exploran ideación suicida y la cuarta consulta sobre intento de suicidio:

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	ningún intento	0
	un intento	1
	dos intentos	2
	tres o más intentos	3

La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.

La puntuación total de la escala de suicidalidad se obtiene sumando el subpuntaje de ideación suicida más el puntaje de la pregunta sobre intento de suicidio.

La suma total puede oscilar entre 0 y 12 puntos.

A mayor puntuación mayor gravedad.

ESCALA SAD DE PERSONS

William M. Patterson M.D., Henry H. Dohn M.D., Julian Bird M.A., M.R.C.P., M.R.C. Psych., and Gary A. Patterson M.S. Psychosomatics 24: 343-349, 1983. Academy of Psychosomatic Medicine

Valora la necesidad de ingreso hospitalario en aquellas personas con un riesgo elevado de llevar a cabo un intento de suicidio

El nombre de la escala es un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio:

Sex (Sexo)

Age (Edad)

Depresión (Depresión)

Previous attempt (Intentos previos)

Etanol abuse (Abuso de alcohol)

Rational thinking loss (Pérdida del pensamiento racional)

Social supports lacking (Carencia de soporte social)

Organized plan (Plan organizado)

No spouse (Sin pareja)

Sickness (Enfermedad)

La presencia de cada uno de estos ítems se valora con un punto. La puntuación total es la suma de todos ellos.

Tres o más puntos deben hacer pensar en la posibilidad de ingreso hospitalario.

Sobre 6 puntos debería llevarse a cabo la hospitalización, incluso sin el consentimiento del paciente.

ANEXO 5: RECOMENDACIONES GENERALES A LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LA PESQUISA Y MANEJO DEL RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Se recomienda a los equipos de salud que atienden adolescentes, para enfrentar la pesquisa de la ideación suicida o el intento de suicidio:

- **Realizar capacitaciones en el tema**, por tratarse de un problema complejo del que es necesario contar con herramientas para su manejo.
- **Confeccionar su propio Catastro** de profesionales o Instituciones de la Comuna y su entorno, que brindan atención de Salud Mental y donde pueden ser derivados los adolescentes para su tratamiento. Con el fin de facilitar esta labor se han diseñado fichas para ser rellenas, que se adjuntan en el Anexo n° 2. Se puede encontrar también información del Ministerio de Salud, acerca de los Centros de Salud Mental correspondientes a su Comuna.
- A todo adolescente es recomendable preguntar en el control o en la consulta, por su deseo de vivir y pensamiento acerca del deseo de muerte. Preguntarle por ejemplo, por lo que ellos frecuentemente llaman “malos pensamientos” o “pensamientos negativos”, es decir se debe indagar sobre la ideación suicida.

Los objetivos de la evaluación del/la adolescente con sospecha de ideación suicida son:

- Determinar la existencia de factores de riesgo de la conducta suicida, descartando psicopatología, por tratarse del factor de riesgo más importante.
- Determinar la existencia e intensidad de la ideación suicida.
- Identificar los probables factores que contribuyeron a la aparición de la ideación suicida.
- Conocer la historia de desarrollo y funcionamiento global actual del paciente; Identificar factores potenciales individuales, familiares, o ambientales que puedan influir aminorando o acentuando la ideación.
- Evaluar y determinar si existe el riesgo de un intento a corto plazo.
- Solicitar la colaboración del grupo familiar y derivar.

ÁREAS A EXPLORAR

1. Presencia de factores de riesgo, especialmente pesquisar trastorno psiquiátrico.
2. Presencia de eventos estresantes actuales y posibilidad de resolución de las situaciones conflictivas.
3. Características sobre la actitud hacia vivir/morir:
 - deseo de vivir
 - deseo de morir
 - razones para vivir/morir
 - deseo de cometer un intento activo para suicidarse
 - deseo de cometer un intento pasivo para suicidarse (ej. cruzar descuidadamente una avenida con tráfico, un diabético deja de ponerse la insulina).

4. Características de la ideación /deseo suicida

- duración (períodos breves, largos o casi continuo)
- frecuencia (infrecuentes, intermitentes o persistentes)
- actitud hacia la ideación (rechazo, ambivalente, indiferente o acepta)
- control sobre la acción suicida (tiene sentido de control, inseguro o no posee sentido de control)
- disuasión para un intento activo (ej. familia, religión, posibilidad de una herida seria si no es exitoso, irreversibilidad)
- razones para considerar un intento (manipular el ambiente, obtener atención, venganza, escapar, resolver problemas)

5. Características de la ideación/planificación de un intento

- método: especificidad, planeamiento, oportunidad
- sentido de capacidad para ejecutar el intento (coraje, miedoso, inseguro)

6. Acciones destinadas a concretar el intento planificado

- preparación actual (ej. empezó a recolectar pastillas, arma con munición)
- determinación de la fecha u oportunidad
- nota suicida - actos finales respecto a la anticipación de muerte (ej. herencias, regalar sus objetos más significativos)
- engaña u oculta la ideación al médico que lo entrevista

7. Antecedentes: frente a una ideación suicida

- intento suicida previo
- intención de morir asociada con el último intento
- persistencia de la situación que llevó a tomar la decisión.

8. Síntomas de un trastorno psiquiátrico:

- alteración del ánimo,
- alteración de la percepción,
- ideas delirantes,
- trastornos de somatización.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN IDEACIÓN SUICIDA

Toda/o adolescente en quien se pesquise deseos de morir o ideación suicida, ya sea en el control de salud integral (Control Joven Sano), realizado en establecimientos de salud, escolares u otras consultas, debe ser referida/o a los profesionales del equipo de salud de atención primaria, para su evaluación.

- La ideación suicida es frecuentemente un hallazgo de la entrevista y no un motivo de consulta. En este caso debe primar este aspecto en el diagnóstico, así como en los controles y evolución del cuadro.
- Evaluar la intensidad de la ideación en términos de preguntar sobre la existencia de un plan específico, si ha pensado en algún método, fecha, grado de desesperanza, lo que determinará la urgencia de la derivación (ver pág. 31).
- Comunicar al adolescente que la confidencialidad ofrecida en la consulta no podrá ser aplicada en estas circunstancias, ya que es necesario involucrar a la familia o a algún adulto significativo en sus cuidados, debido al riesgo en el que se encuentra.

- Entrevistarse con los padres, otros adultos significativos, o acompañante. Indagar si están al tanto de su desinterés por la vida, si han notado algún cambio en su conducta, por ejemplo que ya no realice actividades que antes disfrutaba, que se sienta aburrido, que nada lo motive. No es infrecuente que sospechen o tengan temor que el/la adolescente esté con ideas de quitarse la vida, pero temen enfrentarlo ya que sienten que no cuentan con herramientas para ello y en ocasiones prefieren negarse a esa posibilidad.
- Educar a los padres o adultos a cargo en el tema. No deben creer que aunque el adolescente se encuentra consultando un profesional de salud, ellos pueden desentenderse de su participación o responsabilidad. La presencia del apoyo familiar en estos casos es vital.
- Con el objetivo que el adolescente no se sienta abandonado por el profesional que lo atiende en forma regular, se le debe explicar que la derivación solicitada es para evaluación por especialista con el fin de continuar con el tratamiento más apropiado, pero que no dejará de atenderlo. Se debe mantener toda la red de apoyo necesaria, ya que esto es fundamental para el manejo del caso.

REFERENCIAS

- 1 Vijayakumar, Lakshmi; Nagaraj, K.; Sujit Jhon. Suicide and suicide prevention in developing countries, Disease Control Priorities Project. Working Paper N° 27, June 2004
- 2 IASP; OMS. Día Mundial de Prevención del Suicidio "Más conocimiento, más esperanza". Septiembre 2006. En www.iasp.info
- 3 International Association for Suicide Prevention; World Health Organization. Suicide Prevention across the Life Span. September 2007. En www.iasp.info
- 4 MINSAL 2010, Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020
- 5 Martínez, Carlos. Aportes para la elaboración de un programa nacional de prevención del suicidio. En <http://www.suicidologia.org.ar/?aportes-para-la-elaboracion-de-un-programa-nacional-de-prevencion-del-suicidio>
- 6 OMS. SUPRE, iniciativa mundial de la OMS para la prevención del suicidio, año 2000.
- 7 Vicuña, Alberto; Sepúlveda Rafael. "Elementos para el manejo de la Conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud". Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental para la Atención Primaria de Salud. Universidad de Santiago de Chile Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Internado Optativo de Psiquiatría. En <http://www>.
- 8 Molto, J.; Tremine, T.; Martinez. M.; Martinez, G. El homicidio de sí mismo. R.A.E.N. Vol. X. N. 033. /990
- 9 Chávez-Hernández, Ana-María; Leenaars, Antoon A. "Edwin S Shneidman y la suicidología moderna". Salud Mental Vol. 33: 355-360 , No. 4, julio-agosto 2010.
- 10 Martínez, Carlos El Abordaje Comunitario de la Crisis Suicida en sus Diferentes Ámbitos de Intervención. Artículo publicado en la Revista N°4, Mayo 2008, de la Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad. <http://www.alai-tp.com/alai/revistas/revistaColabora.html>
- 11 Durkheim, E. (1982). El Suicidio. Primera Edición. Madrid: Ediciones Akal. (Trabajo publicado en 1897)
- 12 Stengel E. Selbstmord und Selbstmordversuche. Psychiatrieder Genwart, III, 51. Berlin: Springer, 1961.
- 13 Baechler, Jean. Les suicides. Preface by Raymond Aron. Paris: Calmann-Lévy, 1975. 650p. 2nd ed., 1981, 662p.
- 14 Shneidman E. Definition of suicide. New York: John Wiley & Sons; 1985.
- 15 Bobes García, J; González Seijo, J.; Saíz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
- 16 García de Jalón, E.; Peralta, V. Suidicio y riesgo de suicidio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol.25, Suplemento 3, 2002
- 17 Cardona1, Gloria del Pilar; Ladino, Francy Milena. Conducta Suicida en la Localidad de Kennedy: Análisis y Estrategias de Prevención desde el Modelo de Sobreposición De Blumenthal. 2009, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 10 N°1, 23-38
- 18 OMS. Información mundial sobre violencia y salud. OMS 2000. Ginebra
- 19 OMS (2005) Suicide prevention.
- 20 OMS (2009) SUPRE (suicide prevention). En: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
- 21 Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS. 2010. MINSAL
- 22 Isometsä, E. T. Estudios de autopsia psicológica: una revisión. Eur Psychiatry Ed. Esp. (2002); 9: 11-18

- 23 Huarcaya B., Rossana. La Estrategia de Salud Publica en la Prevencion del Suicidio. En <http://www.123people.es/s/rossana+huarcaya>
- 24 OMS, 2000. Prevención del Suicidio. Un instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud
- 25 OMS, 2001. Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Docentes y demás Personal Institucional
- 26 OMS, 2000. Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Profesionales de los Medios de Comunicación
- 27 Pérez Barrero, Sergio Andrés El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):196-217
- 28 Canessa, C. & Nykiel, C.: "Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente". Organización Panamericana de la Salud, p. 124-128, 1996.
- 29 Daniel Matusevich, Sergio Perez Barrero, "Suicidio en la Vejez", Polemos, Bs. Ars., 2009
- 30 Ajdacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; Hepp, U.; Bopp, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. (2007). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489-ab/es/>
- 31 Morales, M.L.; Jiménez, I.A. (1996). El suicidio desde la perspectiva forense. Revista Colombiana de Psiquiatría, 25, 29-37.
- 32 Maris, R.; Berman, A.; Silverman, M. (2000). Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press. New York
- 33 Isometsa, E.T.; Henriksson, M.M.; Aro, H.M.; Heikkinen, M.E.; Kuoppasalmi, K.I.; Lonnqvist, J.K. (1994). Suicide in major depression. American Journal of Psychiatry, 151, 530-536
- 34 Pérez Barrero, Sergio (2005) Los Mitos sobre el Suicidio. La importancia de conocerlos. Revista colombiana de psiquiatría, julio-septiembre, año/vol. XXXIV, número 003, pp. 386-394
- 35 New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health, 2003. The Assessment and Management of People at Risk of Suicide. Best Practice Evidence-Based Guideline
- 36 Ancinas Ancinas, M.P.; Muñoz Prieto, F.A. Gestión de emergencias por intento de suicidio. En Enrique Parada Torres (Ed.). Psicología y emergencias: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Bilbao, 2008.
- 37 Gobierno de Canarias. Abordaje del Suicidio en Atención Primaria. En: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/.../S_MENTAL10.pdf
- 38 Iráizoz Alonso, Ignacio; Pérez Fernández de Landa, Estitxu. Libro electrónico de Temas de Urgencia CONDUCTA SUICIDA, Servicio de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. En: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/libro%20electronico%20de%20temas%20de%20URGENCIA/>
- 39 Baader M., Tomas; Urrea P., Edmundo; Millán A., Rocío; Yáñez M. , Lisette. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. Rev. Med. Clin. Condes - 2011; 22(3) 303-309.
- 40 Jacobsson, L.; Renberg, E.S. On suicide and suicide prevention as a public health. 1999. Issue. Med Arh, 53, 3, 175-177.
- 41 Sáiz Martínez, P. Prevención de comportamientos suicidas en esquemas. Barcelona. Grupo Ars XXI de Comunicación, 2005.



APRUEBA NORMA GENERAL
ADMINISTRATIVA N° 027, SOBRE
PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN
DEL SUICIDIO.-

EXENTA N° 750 /

SANTIAGO, 29 OCT. 2013

VISTO: lo solicitado mediante el Memo B2/548 de fecha 23 de Septiembre de 2013, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo señalado en los artículos 6° y 25° del Decreto Supremo N° 136 de 2004, también del Ministerio de Salud y que aprobó su Reglamento Orgánico; y las disposiciones de la Resolución N° 1.600 de 2008, de la Contraloría General de la Republica.

CONSIDERANDO:

- La necesidad de establecer una estrategia sanitaria respecto de la prevención del suicidio,
- Que en mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- FIJESE, a contar de la fecha de la presente resolución, el nuevo texto de la **NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 027, SOBRE PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.**

2°.- El programa, que se aprueba como Norma General Administrativa en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 83 páginas. El documento original se encuentra visado por el Subsecretario de Salud Pública y se mantendrá en poder de la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades, entidad que por intermedio de sus equipos técnicos deberá velar por su oportuna publicación en la página web del Ministerio de Salud, para su adecuado conocimiento y difusión, debiendo además asegurar que las copias y reproducciones que se requieran...

3º.- **REMÍTASE** un ejemplar del **PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**, aprobado por esta resolución como Norma General Administrativa, al Departamento de Salud Mental de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, e instrúyase a todos los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud del país y los Directores de los Servicios de Salud del país, a tomar conocimiento del mismo a través de la página web ministerial indicada en el numeral anterior y a distribuirlo entre los municipios y establecimientos o entidades de salud municipal de sus respectivas redes locales.

ANOTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Secretarios Regionales Ministeriales de Salud del país (Resolución)
- Servicios de Salud del país (Resolución)
- Gabinete del Sr. Ministro de Salud (Resolución)
- Subsecretario de Redes Asistenciales (Resolución)
- Subsecretario de Salud Pública (Resolución)
- División Jurídica (Resolución con copia de Programa)
- División de Atención Primaria de Salud (Resolución con copia de Programa)
- Dpto. Salud Mental (Resolución con copia del Programa)
- Oficina de Partes (Resolución Programa y antecedentes)