

4. Abordaje del suicidio en urgencias: Evaluación y prevención

APPROACH TO SUICIDE IN EMERGENCIES: EVALUATION AND PREVENTION

Alicia Rascón López

Graduada en Enfermería por la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona).

RESUMEN

El suicidio es un problema grave de salud pública, especialmente en urgencias, donde se requiere una respuesta rápida y empática. El texto aborda la evaluación del riesgo suicida, los factores de riesgo y protección, e intervenciones inmediatas. También analiza aspectos éticos y legales del ingreso involuntario. Se resalta la importancia de una atención centrada en el paciente y coordinada con redes de apoyo. Además, se propone un enfoque multidisciplinar con protocolos, formación y continuidad asistencial.

Palabras clave: Suicidio, urgencias, evaluación del riesgo, prevención secundaria, ingreso involuntario, salud mental.

ABSTRACT

Suicide is a serious public health issue, especially in emergency settings where a rapid and empathetic response is required. The text addresses the assessment of suicide risk, risk and protective factors, and immediate interventions. It also analyzes the ethical and legal aspects of involuntary admission. The importance of patient-centered care coordinated with support networks is emphasized. Additionally, a multidisciplinary approach is proposed, including protocols, staff training, and continuity of care.

Keywords: Suicide, emergency care, risk assessment, secondary prevention, involuntary admission, mental health.

1. INTRODUCCIÓN

En "El suicidio constituye uno de los problemas de salud pública más graves a nivel global, con repercusiones tanto

clínicas como sociales y éticas". De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, más de 700.000 personas pierden la vida por suicidio cada año, convirtiéndolo en la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. La conducta suicida es un fenómeno complejo², multifactorial y prevenible, influido por una interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Esta complejidad requiere enfoques integrales que consideren tanto las condiciones individuales como las características del entorno.

En el ámbito de los servicios de urgencias, lidiar con el suicidio plantea desafíos importantes para los profesionales de la salud, quienes deben actuar con rapidez y precisión en situaciones de gran vulnerabilidad. Es fundamental realizar una evaluación adecuada del riesgo suicida, identificar de manera temprana los factores de riesgo y llevar a cabo intervenciones efectivas para prevenir desenlaces fatales. Además, el entorno de urgencias requiere que, más allá de las intervenciones técnicas, se considere la dimensión ética y emocional de la atención, siempre respetando la dignidad del paciente.

Este trabajo tiene como objetivo examinar el manejo del suicidio en el contexto de los servicios de urgencias, abordando los principales factores de riesgo, los métodos para evaluar el riesgo suicida, las intervenciones clínicas inmediatas, las estrategias de prevención secundaria y los aspectos éticos y legales involucrados, especialmente en lo relativo al ingreso involuntario de pacientes en situación de riesgo. Analizar estos elementos es fundamental para fortalecer la respuesta clínica y humanitaria frente al suicidio, asegurando una atención individualizada, centrada en el paciente, y orientada a la prevención.

2. EPIDEMIOLOGÍA GLOBAL DEL SUICIDIO Y FACTORES DE RIESGO

2.1. Datos epidemiológicos globales

El suicidio es un grave problema de salud pública y una de las principales causas de muerte a nivel global. Según el *Informe Mundial sobre el Suicidio* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021)³, se aproxima que una persona se quita la vida cada 40 segundos en el mundo; esto equivale a aproximadamente 700.000 muertes anuales, una realidad que nos llama la urgencia a actuar.

A nivel mundial, la tasa promedio de suicidio es de 9,0 muertes por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, esta cifra varía considerablemente según la región, lo que refleja diversas influencias socioculturales, económicas y de acceso a servicios de salud mental. Más del 77%⁴ de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde muchas personas no reciben la ayuda que necesitan a tiempo. En estos contextos, la falta de recursos, el estigma y la escasa infraestructura en salud mental dificultan los esfuerzos de prevención.

En Europa, algunos países han logrado reducir sus tasas de suicidio, especialmente en naciones de Europa Occiden-

tal. Sin embargo, las tasas siguen siendo elevadas en ciertas regiones del este y centro del continente. En países como Rusia o algunas "ex-repúblicas soviéticas", factores como las crisis económicas, el consumo de alcohol, el desempleo y el aislamiento social siguen alimentando el problema. En contraste países como Suecia o Noruega muestran que invertir en prevención, acceso a tratamiento temprano y apoyo comunitario puede marcar una diferencia real.

En América Latina, las tasas de suicidio suelen ser inferiores al promedio mundial, pero no por ello dejan de ser preocupantes. Países como Guyana, Surinam y Uruguay presentan tasas significativamente más altas dentro de la región. Allí, la violencia, la pobreza, las tensiones sociales y las limitaciones en el acceso a servicios sanitarios adecuados contribuyen a la vulnerabilidad de muchas personas. Esto muestra que, incluso en regiones con promedios bajos, hay realidades locales que requieren atención urgente.

A nivel global, un dato relevante es que por cada suicidio, se estima⁵ que existen al menos 20 intentos de suicidio. Este suceso pone de manifiesto la prevalencia del comportamiento suicida en muchas personas que, a pesar de intentar acabar con su vida, no lo logran. Estos intentos siguen siendo un indicador importante de sufrimiento psicológico y abren la puerta a posibles intervenciones preventivas, especialmente en contextos como los servicios de urgencias.

La evidencia epidemiológica demuestra que el suicidio no responde a una causa única, sino que es un fenómeno multifactorial influido por factores culturales, sociales, económicos y de acceso a la atención sanitaria. Por ello es fundamental diseñar e implementar estrategias de prevención eficaces, sobre todo en contextos donde los servicios de salud mental son limitados o inexistentes. Las políticas públicas deben enfocarse en la detección de factores de riesgo específicos, la mejora de la atención primaria, la lucha contra el estigma asociado a los trastornos mentales y el aseguramiento de cuidados adecuados para toda la población, sin importar su origen o condición socioeconómica.

En definitiva, el suicidio es un fenómeno global que refleja múltiples realidades, dependiendo del contexto regional, económico y cultural. Abordarlo de manera efectiva requiere una mirada humana, políticas inclusivas, inversión sostenida y un compromiso colectivo. Solo así será posible fomentar una cultura de prevención, promover el bienestar emocional y acompañar con dignidad a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad.

2.2. Factores de riesgo

El suicidio es un fenómeno complejo que surge de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Reconocer estos factores a tiempo es fundamental para evaluar el riesgo y diseñar intervenciones preventivas, especialmente en contextos críticos como los servicios de urgencias, donde una acción rápida puede salvar vidas.

Factores individuales⁶

Entre los factores personales, los trastornos mentales son los que más se asocian con el riesgo suicida. Condiciones como la depresión, el consumo problemático de sustancias, los trastornos de ansiedad, la esquizofrenia y ciertos trastornos de personalidad aumentan significativamente la probabilidad de conductas suicidas. Cuando estos trastornos no se diagnostican o no se tratan adecuadamente, el riesgo se incrementa. En particular, la depresión mayor es común en quienes intentan suicidarse o consuman el acto. Además, trastornos psicóticos como la esquizofrenia pueden generar síntomas como aislamiento o alucinaciones, que facilitan pensamientos suicidas.

Factores psicosociales⁶

En el ámbito psicosocial, existen situaciones que pueden aumentar el riesgo suicida. El aislamiento social, la falta de redes de apoyo emocional, y las dificultades en las relaciones personales son factores frecuentes. También el conflicto familiar, las rupturas de pareja, la pérdida de empleo o los problemas económicos pueden incrementar la vulnerabilidad de personas que presentan dificultades emocionales. Entre los jóvenes, factores como el acoso escolar, la discriminación por orientación sexual o identidad de género, y los conflictos con figuras de autoridad son detonantes importantes, sobre todo cuando se combina con baja autoestima o entornos sociales poco tolerantes.

Antecedentes de intentos de suicidio

Las personas que han intentado suicidarse antes tienen más probabilidades de intentarlo nuevamente o de consumar el suicidio. Esto refleja un sufrimiento emocional profundo y una sensación persistente de desesperanza. Asimismo, el haber estado expuesto al suicidio de familiares, amigos o incluso figuras públicas puede aumentar la probabilidad de que una persona desarrolle ideas o comportamientos suicidas.

Acceso a medios letales⁷

Tener fácil acceso a métodos letales como armas de fuego, pesticidas o medicamentos incrementa la gravedad y letalidad de los intentos de suicidio. La disponibilidad de estos medios facilita decisiones impulsivas y reduce las posibilidades de intervención. Por ello, en varios países se han implementado políticas para restringir el acceso a estos elementos, logrando disminuir las tasas de suicidio.

Eventos estresantes y crisis agudas

Ciertos acontecimientos vitales, como la ruptura de una relación, la muerte de un ser querido, un diagnóstico médico grave o problemas legales, pueden desencadenar una crisis emocional que lleve a pensamientos suicidas. En personas con vulnerabilidad emocional o antecedentes psiquiátricos, estas situaciones pueden ser el detonante que precipite el acto suicida. A menudo, la acumulación de estrés o un evento inesperado generan una sensación de desesperanza que parece insuperable.

Importancia de la identificación temprana

Conocer y comprender estos factores de riesgo es clave para prevenir el suicidio. Detectarlos a tiempo, especialmente en servicios de urgencias, permite intervenir de forma adecuada y oportuna. Los profesionales de salud deben estar preparados para evaluar tanto los aspectos personales como las circunstancias sociales y ambientales que afectan al paciente, y así brindar una atención integral y sensible.

Los factores de riesgo del suicidio son variados y se relacionan entre sí de maneras complejas. Sin embargo, su identificación temprana abre la puerta a intervenciones específicas que pueden salvar vidas y mejorar la calidad del cuidado en salud mental.

2.3. Grupos de mayor vulnerabilidad

Algunos grupos de la población presentan un mayor riesgo de suicidio debido a factores relacionados con la edad, el estado de salud mental o situaciones sociales particulares. Identificar estos grupos es clave para orientar las acciones de prevención, especialmente en entornos como los servicios de urgencias, donde una intervención oportuna puede marcar una gran diferencia.

El suicidio es una de las principales causas⁸ de muerte entre personas de 15 a 29 años, siendo la segunda causa a nivel global (OMS, 2021). En esta etapa de la vida, es frecuente que se enfrenten a presiones sociales, conflictos de identidad, problemas familiares, acoso escolar o consumo de sustancias. Estos factores, sumados a trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad, pueden aumentar el riesgo suicida.

En muchos casos, los jóvenes no buscan ayuda por temor al estigma o por no reconocer la necesidad de apoyo, lo que dificulta la detección temprana y el tratamiento adecuado.

Las personas mayores de 65 años tienen tasas más altas de suicidio consumado, aunque realizan menos intentos en comparación con otros grupos (WHO, 2019). Factores como la soledad, el duelo, enfermedades crónicas o la pérdida de independencia funcional pueden afectar su bienestar emocional. Además, los métodos utilizados en este grupo suelen ser más letales, lo que reduce las posibilidades de intervención efectiva. La vejez también puede implicar una disminución en las redes sociales y en la participación activa en la comunidad, lo que contribuye al sentimiento de desconexión y desesperanza.

Por otro lado, las personas con trastornos mentales están fuertemente relacionadas con un mayor riesgo de suicidio. Condiciones como la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y algunos trastornos de personalidad son factores de riesgo reconocidos (Oquendo & Baca-García, 2014). Este riesgo puede aumentar cuando hay consumo de alcohol u otras sustancias, ya que esto puede reducir la capacidad de autocontrol e intensificar la impulsividad. El acceso limitado a servicios de salud mental, el estigma social y la falta de seguimiento clínico adecuado dificultan la prevención y el tratamiento en este grupo.

Existen poblaciones adicionales que también enfrentan riesgos elevados debido a sus contextos sociales o experiencias de vida:

- Personas privadas de libertad: Las tasas de suicidio en centros penitenciarios son más altas debido al aislamiento, el estrés del encierro, la falta de apoyo emocional y el acceso limitado a atención especializada.
- Población LGBTQ+: Las personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas pueden enfrentar discriminación, rechazo o violencia. Estas experiencias afectan su salud mental y pueden aumentar el riesgo de suicidio, especialmente cuando existe escaso apoyo familiar o social.
- Migrantes y refugiados: El desarraigamiento, las barreras culturales, la inseguridad y las dificultades para acceder a servicios básicos pueden generar altos niveles de estrés y vulnerabilidad emocional.
- Víctimas de abuso: Las personas que han vivido situaciones de violencia o abuso físico, emocional o sexual—especialmente en etapas tempranas de la vida—presentan un mayor riesgo de pensamientos suicidas. Los efectos del trauma no tratado pueden mantenerse a lo largo del tiempo (UNICEF, 2021)⁹.

3. EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN URGENCIAS

La evaluación del riesgo suicida en los servicios de urgencias es un proceso clave para tomar decisiones clínicas adecuadas frente a personas que presentan ideas suicidas, intentos recientes o conductas de riesgo. Esta valoración debe realizarse de forma rápida, clara y empática, ya que suele darse en momentos de crisis emocional o médica, cuando el paciente puede estar muy afectado y con recursos personales limitados para afrontar la situación.

El objetivo principal de esta evaluación es identificar el nivel de riesgo inmediato, teniendo en cuenta que diversos factores pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que el paciente intente suicidarse. Es importante observar si existen ideas suicidas activas, si hay intención de llevarlas a cabo, si el paciente tiene acceso a medios letales, antecedentes de intentos previos y también factores protectores, como el apoyo familiar, las creencias personales o el acceso a tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Entre las herramientas que pueden utilizarse en este proceso se encuentran la *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* y la escala *SAD PERSONS*, las cuales ayudan a organizar la información y respaldar el juicio clínico. Sin embargo, estas herramientas deben emplearse únicamente como complemento, ya que la base de la evaluación es la entrevista clínica, la observación del comportamiento del paciente y, cuando sea posible, la información proporcionada por familiares o acompañantes.

Es fundamental clasificar el riesgo en niveles: bajo, moderado o alto, ya que esto permite tomar decisiones más precisas. Por ejemplo, un riesgo alto puede requerir hospitalización inmediata para garantizar la seguridad del paciente, mientras que un riesgo bajo o moderado puede

manejarse de forma ambulatoria, con un plan de seguimiento adecuado y contención emocional.

La actitud del profesional durante la evaluación también es crucial. Se recomienda mantener una postura calmada, respetuosa y libre de juicios, lo cual favorece la confianza del paciente y facilita la comunicación. La entrevista debe realizarse en un entorno seguro, libre de objetos peligrosos y, de ser necesario, con la colaboración de otros profesionales para diseñar un plan de atención integral.

Finalmente, es indispensable contar con protocolos institucionales claros y con personal capacitado en la atención de crisis suicidas, especialmente en el ámbito de urgencias, donde con frecuencia se deben tomar decisiones críticas en poco tiempo.

3.1. **Objetivos de la evaluación**

La evaluación del riesgo suicida en el área de urgencias tiene como objetivo principal conocer de forma completa la situación del paciente, con el fin de tomar decisiones seguras y adecuadas sobre su atención. Dado que este tipo de evaluación suele realizarse en momentos de gran malestar emocional o crisis aguda, es fundamental que se lleve a cabo de manera clara, rápida y estructurada, lo que permite al profesional actuar con eficacia.

El objetivo principal es identificar la presencia de pensamientos suicidas. Estos pueden ser de tipo pasivo, como el deseo de no seguir viviendo, o activo, cuando hay intención concreta de quitarse la vida. Además de saber si esos pensamientos existen, es clave conocer con qué frecuencia aparecen, cuánto duran y qué tan intensos son. Esta información ayuda a estimar el nivel de riesgo que tiene la persona en ese momento.

También se debe explorar la existencia de un plan suicida concreto. Esto implica investigar aspectos específicos, tales como el método elegido, el acceso a medios letales (por ejemplo, armas de fuego, medicamentos o pesticidas), la planificación previa (cómo, cuándo y dónde se planea realizar el acto) y el momento estimado en que el paciente tiene la intención de actuar. Estos elementos son esenciales para determinar no solo la intensidad del riesgo, sino también su immediatez y la letalidad potencial de la conducta suicida.

Es igualmente importante indagar si el paciente ha realizado preparativos para llevar a cabo el acto. Preguntar si ha pensado en cómo hacerlo, si tiene acceso a medios peligrosos, si ha considerado un lugar o momento específico y si ha tomado alguna medida concreta permite comprender la urgencia de la situación y valorar la posibilidad de un peligro inminente.

Además, se deben identificar factores personales que puedan aumentar el riesgo, como antecedentes de intentos previos, trastornos mentales (depresión, trastorno bipolar u otros), consumo de alcohol o drogas, y eventos recientes que generen alto nivel de estrés, como pérdidas familiares o problemas laborales o escolares.

De forma paralela, es necesario reconocer factores protectores, tales como el apoyo familiar o social, creencias per-

sonales que valoran la vida, el contacto con servicios de salud mental o la existencia de motivos significativos para seguir viviendo por ejemplo, el cuidado de un ser querido. Conocer estos aspectos permite brindar un acompañamiento más positivo y fortalecer los recursos de afrontamiento del paciente.

Con toda la información obtenida, se debe tomar una decisión clínica sobre el siguiente paso. Si el riesgo es alto, puede ser necesaria la hospitalización inmediata para proteger la vida del paciente. Si el riesgo es moderado o bajo y existen condiciones de seguridad, puede optarse por una atención ambulatoria, siempre que se cuente con un plan claro de seguimiento.

Por último, la evaluación debe concluir con un plan de atención y acompañamiento, que puede incluir:

- Apoyo emocional inmediato para estabilizar al paciente.
- Derivación a un equipo de salud mental para iniciar tratamiento.
- Seguimiento cercano durante los días posteriores.
- Orientación a la familia para favorecer el apoyo en el hogar.
- Conexión con redes de ayuda, como grupos de apoyo o recursos comunitarios.

La evaluación del riesgo suicida no tiene únicamente como finalidad identificar la probabilidad de una conducta suicida, sino también iniciar un proceso de atención integral y continuo. El objetivo final es prevenir el suicidio y ayudar a la persona a recuperar la estabilidad emocional en un entorno de cuidado y contención.

3.2. **Componentes clave de la evaluación clínica**

La evaluación del riesgo suicida en los servicios de urgencias debe ser integral y estructurada, abordando distintos aspectos esenciales para identificar y manejar adecuadamente el riesgo. Estos componentes permiten determinar el nivel de peligro del paciente y guiar la toma de decisiones clínicas informadas. A continuación, se describen los principales elementos a considerar durante la evaluación:

El primer paso es realizar una entrevista directa con el paciente, formulando preguntas claras sobre la presencia de pensamientos suicidas. Es importante preguntar de manera directa, por ejemplo: “*¿Ha pensado en hacerse daño o quitarse la vida?*”, de modo que el paciente pueda expresar sus pensamientos sin ambigüedades. Además, es fundamental profundizar en la naturaleza de estas ideas, considerando aspectos como:

- La intención suicida: si el paciente tiene un deseo activo de acabar con su vida.
- La existencia de un plan concreto: detalles sobre el método contemplado, el acceso a medios letales y cualquier preparación para llevarlo a cabo.
- La motivación detrás de los pensamientos suicidas: comprender las razones emocionales o cognitivas que impulsan al paciente a pensar en el suicidio.

Este enfoque permite obtener información clave sobre el riesgo inmediato y sienta las bases para una intervención adecuada.

También es esencial revisar la historia psiquiátrica y médica del paciente. Esto incluye antecedentes de trastornos mentales diagnosticados, como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, los cuales incrementan significativamente el riesgo suicida. Asimismo, los intentos previos de suicidio constituyen un importante factor predictivo, por lo que su identificación es fundamental.

Deben considerarse además otros factores de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol o drogas), que puede afectar el juicio e incrementar la impulsividad. La historia familiar de suicidio también es relevante, ya que puede indicar una predisposición genética o un patrón familiar de riesgo.

La evaluación del estado mental actual es otro componente esencial. Es necesario observar síntomas como depresión, ansiedad y signos de desesperanza, que elevan el riesgo, especialmente si se acompañan de alucinaciones o delirios con contenido negativo o persecutorio.

Por último, es importante valorar el nivel de impulsividad del paciente, ya que la dificultad para controlar los impulsos puede aumentar la probabilidad de un intento suicida mediante acciones precipitadas y poco reflexionadas.

3.3. Escalas de evaluación del riesgo suicida

Aunque las escalas de evaluación no reemplazan el juicio clínico profesional, son herramientas complementarias muy útiles para valorar el riesgo suicida, especialmente en urgencias, donde el tiempo y la precisión son fundamentales. A continuación, se describen dos de las escalas más utilizadas y reconocidas:

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)¹²

Esta escala evalúa de manera estructurada la ideación suicida, la conducta suicida y la intención letal asociada. Está diseñada para aplicarse de forma rápida y cuenta con validación internacional, lo que la hace especialmente útil en servicios de urgencias para identificar niveles de riesgo y guiar la intervención inmediata (Poster et al., 2011).

Escala SAS PERSONS

Esta herramienta sencilla asigna una puntuación a diez factores de riesgo relacionados con el suicidio: sexo masculino, edad menor de 19 o mayor de 45 años, depresión, intento previo de suicidio, consumo de alcohol o drogas, razonamiento irracional, falta de apoyo social, plan suicida definido, enfermedad orgánica grave y problemas legales o pérdidas recientes. La suma de los puntos clasifica el riesgo en bajo (0-2), moderado (3-6) o alto (7-10) (Patterson et al., 1983). Aunque no es un diagnóstico definitivo, es útil para orientar la necesidad de una intervención clínica rápida.

Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)

Este cuestionario autoadministrado es útil en pacientes colaborativos, ya que evalúa la intensidad, duración y planificación de la ideación suicida. Permite obtener una medida más detallada de los pensamientos suicidas, facilitando un abordaje más preciso en el seguimiento y la intervención clínica (Beck et al., 1979). Estas escalas apoyan la toma de decisiones clínicas en situaciones de urgencia, siempre complementando el análisis integral realizado por el profesional de salud mental.

3.4. Clasificación del riesgo suicida

La clasificación del riesgo suicida es una herramienta esencial que orienta las decisiones clínicas sobre la intervención necesaria y la posible hospitalización del paciente. Esta clasificación se basa en la evaluación de la intensidad y características de la ideación suicida, la existencia o ausencia de un plan específico, el acceso a medios letales y los factores de apoyo disponibles para el paciente.

A continuación, se presentan los diferentes niveles de riesgo y las recomendaciones correspondientes para cada uno:

- **Nivel de riesgo bajo:** Se caracteriza por pensamientos suicidas ocasionales, sin un plan definido ni acceso a medios letales. Además, suelen estar presentes factores protectores, como el apoyo familiar o creencias personales que disuaden del suicidio. La recomendación para estos casos es el manejo ambulatorio con intervención psicológica y seguimiento clínico periódico.
- **Nivel de riesgo moderado:** Se caracteriza por ideación suicida persistente, sin un plan inminente, con acceso limitado a medios letales y con pocos apoyos sociales o personales. La recomendación es evaluar la necesidad de observación en el servicio de urgencias o ingreso breve para monitoreo.
- **Nivel de riesgo alto:** Se caracteriza por la presencia de un plan suicida concreto y detallado, acceso efectivo a medios letales, intento reciente de suicidio o conducta suicida, y ausencia de redes de apoyo. La recomendación es la indicación de ingreso urgente, ya sea voluntario o involuntario, para garantizar la seguridad y atención inmediata.

Esta clasificación facilita la priorización de recursos y la planificación de intervenciones, con el fin de prevenir eventos fatales y mejorar la continuidad del cuidado en pacientes con riesgo suicida.

No obstante, la evaluación del riesgo suicida en los servicios de urgencias enfrenta diversas barreras que dificultan una valoración precisa y efectiva, afectando la detección temprana y la implementación de intervenciones adecuadas, lo que incrementa el riesgo para el paciente.

Una barrera común es la negación de la intencionalidad suicida por parte del paciente. Muchos pacientes con pensamientos suicidas o que han intentado suicidarse ocultan su verdadera intención debido al miedo a la hospitaliza-

ción involuntaria o a las posibles consecuencias legales y sociales derivadas de revelar estos pensamientos. Esta negación dificulta la obtención de información precisa durante la entrevista clínica, lo que puede llevar a una evaluación errónea del nivel de riesgo y, por ende, a decisiones clínicas inadecuadas.

Otro impedimento importante es la falta de formación específica en evaluación del riesgo suicida entre el personal de salud no especializado, como médicos generales y enfermeros. Aunque los servicios de urgencias enfrentan un alto volumen de pacientes, la carencia de conocimientos y habilidades adecuadas para identificar el riesgo suicida puede conducir a su subestimación o a la aplicación incorrecta de herramientas de valoración. La ausencia de formación continua en salud mental entre estos profesionales es una de las principales causas del manejo inadecuado de pacientes con riesgo suicida, lo que resalta la necesidad de capacitaciones especializadas en este ámbito.

Además, los servicios de urgencias suelen caracterizarse por tiempos limitados de atención y ambientes que no siempre garantizan la privacidad necesaria. El espacio reducido y las condiciones del entorno dificultan la comunicación efectiva entre paciente y profesional. Los pacientes en crisis emocional o médica con frecuencia requieren más tiempo para expresarse, lo cual se ve restringido por la naturaleza acelerada del servicio de urgencias. La falta de un entorno tranquilo y privado limita la posibilidad de abordar temas tan sensibles como los pensamientos suicidas, lo que puede afectar la calidad de la evaluación.

Por último, la estigmatización social¹³ y cultural del suicidio representa una barrera significativa. En muchas sociedades, el suicidio continúa siendo un tema estigmatizado, generando un clima de desconfianza en los pacientes. El temor al juicio social o al rechazo familiar o comunitario puede llevar a que los pacientes minimicen o no revelen completamente sus pensamientos suicidas. Esta falta de apertura, junto con el miedo al estigma, dificulta la labor de los profesionales para obtener información crucial para una evaluación adecuada. La reticencia a hablar sobre el suicidio también puede impedir que los pacientes busquen ayuda a tiempo o confíen en los servicios de salud.

Para superar estas barreras, es fundamental implementar estrategias de intervención y prevención efectivas. Entre ellas, destaca la capacitación continua del personal en la identificación y manejo del riesgo suicida, la mejora de las condiciones físicas en los servicios de urgencias para garantizar la privacidad durante la evaluación, y la implementación de campañas de sensibilización y desestigmatización del suicidio tanto en la comunidad como entre el personal de salud. Además, es necesario adecuar los tiempos de atención para brindar un espacio suficiente que permita al paciente expresarse libremente y de forma segura. De este modo, se podrá ofrecer una atención de mayor calidad, mejorando la prevención y el manejo del suicidio en contextos de urgencias.

3.5. Recomendaciones clínicas

Para mejorar la evaluación y el manejo del riesgo suicida en los servicios de urgencias, es fundamental seguir ciertas prácticas clínicas que aseguren una atención segura, efectiva y centrada en la protección del paciente, especialmente en un entorno de alta presión.

En primer lugar, es imprescindible establecer una relación empática y libre de juicios con el paciente. Esta actitud facilita una comunicación abierta y sincera, permitiendo que el paciente exprese sus pensamientos y emociones con confianza. Un enfoque empático ayuda a que el paciente se sienta comprendido y apoyado, lo que disminuye la ansiedad y la desconfianza, factores que suelen dificultar la revelación de ideas suicidas.

Además, se debe documentar con detalle todo el proceso de evaluación. Esto incluye registrar la ideación suicida, los factores de riesgo y los factores protectores identificados, así como las decisiones clínicas tomadas. Una documentación precisa y rigurosa es clave para garantizar la continuidad y coherencia en el seguimiento del paciente y para ajustar los planes de intervención según su evolución.

Se recomienda el uso, siempre que sea posible, de herramientas estandarizadas como la *Columbia Suicide Severity Rating Scale*¹⁴ (C-SSRS) o la *Escala SAD PERSONS*. Estas herramientas ayudan a estructurar la evaluación de forma objetiva, mejorando la calidad del diagnóstico y facilitando el registro del nivel de riesgo. Aunque no reemplazan el juicio clínico, son un complemento valioso que aporta un marco sistemático para la toma de decisiones.

Cuando la situación lo permita, es importante involucrar a familiares o redes de apoyo en la evaluación y manejo del paciente, respetando siempre la confidencialidad y contando con el consentimiento explícito del paciente para compartir información. La participación de estos grupos puede fortalecer los factores protectores, ofreciendo una red de contención y apoyo emocional durante y después de la intervención.

La decisión de derivar a servicios especializados o de indicar ingreso hospitalario debe basarse en el criterio clínico profesional, considerando el nivel de riesgo suicida y las características particulares del paciente. Este proceso debe garantizar la seguridad del paciente y facilitar el acceso oportuno a atención especializada para una intervención eficaz. La decisión de hospitalizar o derivar debe tomarse tras una evaluación exhaustiva, valorando también el contexto social, familiar y la disponibilidad de apoyo.

Estas recomendaciones promueven una atención integral, enfocada en la prevención del suicidio, la protección de la vida y la implementación de intervenciones efectivas para reducir el riesgo en situaciones de urgencias.

4. INTERVENCIONES INMEDIATAS EN URGENCIAS

Las intervenciones en los servicios de urgencias para pacientes con riesgo suicida constituyen un componen-

te fundamental y prioritario dentro del proceso global de atención clínica. La naturaleza crítica de estas situaciones exige que la respuesta del equipo de salud sea rápida, precisa y efectiva, ya que las decisiones tomadas en este momento pueden ser determinantes para la supervivencia y el bienestar inmediato del paciente. La urgencia y complejidad de estos casos requieren que el personal clínico actúe con diligencia, pero también con una sensibilidad emocional adecuada, dado que los pacientes suelen encontrarse en un estado de alta vulnerabilidad, atravesando momentos de intenso sufrimiento psicológico y emocional.

Este estado de vulnerabilidad demanda una atención integral que no solo aborde las necesidades médicas inmediatas, como la estabilización física en casos de intentos de autolesión o intoxicación, sino que también considere los aspectos psicológicos y emocionales inherentes al riesgo suicida. Es necesario crear un entorno de contención y apoyo que permita al paciente expresar sus emociones y pensamientos sin temor a ser juzgado, facilitando así una comunicación abierta y sincera. Esta combinación de cuidados médicos y psicológicos es esencial para garantizar una evaluación precisa del riesgo y diseñar un plan de intervención adecuado y personalizado.

El objetivo primordial de las intervenciones iniciales en urgencias es, en primer lugar, preservar la vida del paciente, minimizando cualquier riesgo inmediato asociado a conductas suicidas. Esto incluye tanto la atención de emergencias médicas derivadas de intentos de suicidio como la evaluación y mitigación del riesgo de que el paciente lleve a cabo un acto autolesivo en un futuro cercano. Además, es fundamental estabilizar el estado emocional del paciente, ayudándolo a reducir la angustia, el estrés y la desesperanza que suelen acompañar estos episodios. Esta estabilización emocional no solo contribuye a la seguridad del paciente, sino que también sienta las bases para un proceso terapéutico posterior más efectivo.

Más allá de la atención inmediata, estas intervenciones buscan establecer un punto de partida sólido para una atención más profunda y prolongada, que puede incluir hospitalización, seguimiento ambulatorio y derivación a servicios especializados de salud mental. La continuidad del cuidado es esencial para abordar las causas subyacentes del riesgo suicida, promover la recuperación emocional y prevenir futuros intentos. Por ello, la intervención en urgencias debe ser vista no solo como una acción aislada, sino como parte de un proceso integral de atención que acompañe al paciente a lo largo del tiempo, garantizando su protección y apoyo continuo.

4.1. Prioridades en urgencias

Cuando se atiende a un paciente con ideación suicida o que ha intentado suicidarse, el personal de urgencias debe enfocarse en las siguientes prioridades para garantizar su seguridad y estabilidad:

Estabilización física: en casos de intento suicida, el primer paso es asegurar la estabilidad física del paciente. Esto incluye la monitorización constante de signos vitales, el control de heridas o daños físicos y la intervención médica ne-

cesaria para mitigar cualquier riesgo inmediato derivado de la autolesión.

En situaciones de intoxicación por sustancias tóxicas (medicamentos, pesticidas, etc.), es crucial realizar un lavado gástrico y administrar carbón activado para minimizar los efectos nocivos. Si se presentan lesiones graves, el equipo de urgencias debe intervenir quirúrgicamente de forma inmediata para prevenir complicaciones fatales. La monitorización cardíaca y neurológica también es fundamental para detectar signos de arritmias, alteraciones de la conciencia o daños orgánicos asociados a la intoxicación o trauma.

Valoración psiquiátrica urgente¹⁵: una vez estabilizado el estado físico, se debe realizar una valoración psiquiátrica urgente. Esta evaluación busca determinar el nivel de riesgo suicida, considerando factores como la ideación activa, la existencia de un plan concreto, el acceso a medios letales y antecedentes de intentos previos.

Según estos factores, el riesgo se clasifica en bajo, moderado o alto, lo que orienta la intervención clínica. Un riesgo alto puede justificar la hospitalización urgente para garantizar la seguridad del paciente y un entorno controlado. Por otro lado, en riesgos bajos o moderados, se puede optar por manejo ambulatorio con seguimiento cercano y derivación a servicios especializados para asegurar una atención continua.

Estas intervenciones inmediatas no solo son vitales para preservar la vida, sino también para iniciar un proceso de recuperación emocional y mental. Una respuesta rápida y eficaz en urgencias puede reducir significativamente el riesgo de suicidio y mejorar el pronóstico a largo plazo del paciente.

4.2. Contención Emocional y Verbal

La contención emocional y verbal en pacientes con riesgo suicida atendidos en los servicios de urgencias es una pieza clave dentro del proceso de intervención clínica. Este primer contacto entre el profesional de salud y el paciente debe manejarse con gran cuidado y respeto, ya que establece la base para una relación terapéutica empática y confiable. La finalidad principal de esta aproximación es reducir la angustia y crear un entorno seguro y acogedor, en el que el paciente pueda expresar sus pensamientos y emociones de manera libre y sincera, sin temor a ser juzgado, rechazado o confrontado. Este ambiente es esencial para que la intervención tenga la efectividad necesaria para ayudar a la persona en crisis.

Para proporcionar una contención emocional eficaz, es fundamental aplicar diversas estrategias centradas en aspectos específicos de la comunicación y la interacción humana:

Escucha activa: Esta habilidad consiste en prestar atención completa y sincera al paciente, no solo escuchando sus palabras, sino también observando su lenguaje corporal, tono de voz y expresiones faciales. La escucha activa requiere evitar interrupciones y no apresurar las respuestas, permitiendo que el paciente se sienta verdaderamente escuchado.

te escuchado y valorado. Este reconocimiento contribuye significativamente a disminuir la sensación de desesperanza y aislamiento, sentimientos comunes en personas con ideación suicida.

Validación emocional: Validar las emociones del paciente significa aceptar y reconocer su sufrimiento tal como lo experimenta, sin minimizarlo ni cuestionar su legitimidad. Esta práctica ayuda a que la persona se sienta comprendida y menos sola en su dolor, fortaleciendo su confianza y facilitando que se abra con mayor facilidad. La validación no implica necesariamente estar de acuerdo con todos los pensamientos del paciente, sino respetar y aceptar sus emociones como válidas y reales.

Uso de un lenguaje claro y tranquilo: El profesional debe emplear un lenguaje sencillo, accesible y calmado, evitando el uso de términos complejos o un tono que pueda generar tensión o ansiedad. Un discurso claro y pausado contribuye a crear un ambiente relajado y seguro, lo cual favorece la comunicación abierta y promueve la colaboración del paciente en su propio proceso de evaluación y tratamiento.

Contención verbal: Esta estrategia consiste en utilizar expresiones verbales que transmitan apoyo, comprensión y seguridad, sin necesidad de recurrir a intervenciones físicas. Frases como "Estoy aquí para ayudarte" o "Vamos a encontrar juntos la mejor forma de manejar esta situación" son ejemplos que pueden generar un efecto tranquilizador, reduciendo el miedo, la incertidumbre y la sensación de abandono que a menudo acompañan a las crisis suicidas. La contención verbal, por tanto, es un recurso fundamental para establecer una atmósfera de confianza desde el primer momento.

Sin embargo, existen situaciones en las que el paciente puede presentar agitación severa, episodios psicóticos o comportamientos que representen un peligro inminente para sí mismo o para otros. En estos casos excepcionales, puede ser necesario recurrir a la contención física o farmacológica para garantizar la seguridad. No obstante, estas medidas deben considerarse siempre como último recurso y aplicarse estrictamente bajo los criterios éticos y legales vigentes, respetando los derechos y la dignidad del paciente. La contención física, aunque a veces indispensable, puede aumentar el malestar emocional y generar desconfianza hacia el equipo sanitario, por lo que debe emplearse con extrema precaución.

Se puede afirmar que la contención emocional y verbal constituye un pilar fundamental en la atención de pacientes con riesgo suicida en el ámbito de urgencias. Cuando se implementa de manera adecuada, no solo mejora el pronóstico inmediato, sino que también establece una base sólida de confianza entre el paciente y el equipo de salud. Esto contribuye a reducir la escalada emocional y aumenta significativamente las posibilidades de éxito en la intervención, favoreciendo una mejor continuidad en el tratamiento a largo plazo.

4.3. Abordaje farmacológico

El tratamiento farmacológico en el manejo de pacientes con riesgo suicida en servicios de urgencias tiene como

objetivo principal reducir la ansiedad, la agitación y los síntomas psicóticos inmediatos, así como estabilizar emocionalmente al paciente para facilitar su participación activa en la evaluación y tratamiento. Sin embargo, es fundamental que este tratamiento se utilice de manera cuidadosa y adaptada a las necesidades individuales, siempre empleando la mínima dosis efectiva y evitando la sobredosificación.

En primer lugar, los ansiolíticos, especialmente las benzodiacepinas, son medicamentos de acción rápida utilizados para controlar la ansiedad intensa o la agitación grave que pueden acompañar a los trastornos suicidas. Fármacos como lorazepam o diazepam ayudan a calmar al paciente mediante un efecto sedante, facilitando así la intervención clínica. No obstante, su uso debe ser cauteloso, ya que la administración prolongada o el abuso pueden generar dependencia, lo que requiere una monitorización estricta.

En segundo lugar, para pacientes que presentan síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones o agitación severa, los antipsicóticos de acción rápida pueden ser necesarios para estabilizar el estado mental. Medicamentos como haloperidol, risperidona u olanzapina son opciones comúnmente empleadas para reducir los síntomas psicóticos y controlar la agitación, permitiendo una valoración clínica más eficaz. Es importante ajustar la dosis y vigilar posibles efectos secundarios, como somnolencia excesiva o movimientos involuntarios.

En cuanto a los antidepresivos, su uso en urgencias generalmente no está indicado, dado que pueden tardar varias semanas en hacer efecto y no tienen un impacto inmediato sobre la ansiedad o el riesgo suicida agudo. Sin embargo, en casos específicos donde se identifique un trastorno depresivo grave que requiera tratamiento urgente, se pueden considerar antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), siempre bajo supervisión psiquiátrica y con una evaluación continua durante el ingreso hospitalario. Es esencial no iniciar estos tratamientos sin una valoración adecuada de riesgos y beneficios.

El tratamiento farmacológico en servicios de urgencias debe ajustarse a las necesidades inmediatas del paciente, utilizando siempre la menor dosis efectiva para evitar sobredosificación y minimizar efectos secundarios. Además, este tratamiento suele complementarse con otras intervenciones, como la psicoterapia o el apoyo social, para lograr un manejo integral del paciente en riesgo suicida.

Finalmente, al momento del alta o la transferencia a otro nivel de atención, el equipo de salud debe revisar cuidadosamente la medicación prescrita, proporcionando pautas claras sobre el seguimiento para evitar el uso inapropiado o la discontinuación abrupta de los fármacos. La colaboración estrecha con psiquiatras y otros profesionales de salud mental es esencial para garantizar que el tratamiento farmacológico se mantenga en el contexto adecuado, protegiendo tanto la salud mental como la seguridad del paciente.

4.4. Derivación e ingreso

La decisión de derivar o ingresar a un paciente con riesgo suicida debe basarse en una evaluación clínica exhaustiva, que incluya la estimación del nivel de riesgo y la consideración de factores tanto médicos como psicosociales. Esta valoración permite determinar si el paciente puede recibir atención ambulatoria o si requiere un entorno hospitalario más controlado para garantizar su seguridad.

El ingreso voluntario es apropiado cuando el paciente acepta recibir tratamiento y comprende la necesidad de supervisión. En estos casos, su disposición a colaborar con el equipo de salud favorece un enfoque terapéutico más flexible y participativo. No obstante, incluso en un ingreso voluntario, es fundamental asegurar que el paciente reciba una atención integral y adaptada a su situación clínica, así como realizar un seguimiento continuo de su evolución.

Por otro lado, el ingreso involuntario se indica cuando existe un riesgo inminente de suicidio y el paciente no está dispuesto a aceptar tratamiento. Este tipo de ingreso está reservado para situaciones en las que el riesgo de daño es elevado y el paciente no puede tomar decisiones informadas o se muestra no colaborador con el equipo médico. El ingreso involuntario debe realizarse conforme a la legislación vigente y a los protocolos institucionales, garantizando siempre los derechos y la dignidad del paciente. En estos casos, la supervisión continua resulta esencial para prevenir cualquier intento de autolesión, por lo que el ingreso debe llevarse a cabo en unidades especializadas con monitoreo constante.

Tanto en los ingresos voluntarios como involuntarios, el entorno hospitalario debe ser seguro, con restricciones temporales al acceso de objetos potencialmente peligrosos, como herramientas cortantes, cuerdas, medicamentos u otros medios letales. Estas medidas buscan reducir el riesgo de suicidio durante la estancia hospitalaria. Asimismo, el ambiente debe estar orientado a ofrecer una atención integral que incluya intervenciones psiquiátricas, apoyo emocional y seguimiento continuo del estado clínico del paciente.

4.5. Comunicación con familiares o red de apoyo

La comunicación con la familia¹⁶ o la red de apoyo del paciente es un componente fundamental en la atención de personas en riesgo suicida. Siempre que sea posible, y respetando el consentimiento explícito del paciente, es recomendable informar a los familiares sobre el estado clínico del paciente y las medidas de seguridad que se están implementando. Este diálogo es clave para comprender mejor el contexto del paciente, incluyendo factores estresantes recientes, cambios en su comportamiento o antecedentes familiares relacionados con la salud mental, lo que puede ayudar a identificar posibles desencadenantes del riesgo suicida.

En pacientes menores de edad, la comunicación con los tutores legales es obligatoria. Los padres o tutores aportan información valiosa sobre el entorno familiar, las dinámicas sociales y el bienestar emocional del menor, facilitando así una intervención más específica y ajustada a sus necesi-

dades. Además, la colaboración con ellos permite diseñar un plan de seguimiento post-hospitalización que garantice la continuidad del tratamiento y el apoyo necesario en el hogar.

También es fundamental orientar a los familiares sobre las medidas de seguridad que deben implementarse en el hogar. Esto incluye la eliminación o restricción del acceso a objetos potencialmente peligrosos, como armas de fuego, cuchillos, medicamentos o cualquier otro elemento que el paciente pudiera usar para autolesionarse. Asimismo, se debe capacitar a la familia para identificar signos de alerta que indiquen un posible deterioro en la salud mental del paciente, tales como cambios arriscado en el comportamiento, aumento del aislamiento, expresiones de desesperanza o ideas suicidas. Reconocer estas señales a tiempo puede permitir una respuesta rápida y evitar crisis mayores.

La implicación activa de la familia o red de apoyo en el proceso de tratamiento y prevención del suicidio es crucial, ya que contribuye significativamente a mejorar la seguridad del paciente y a prevenir futuros intentos autolíticos, además de fomentar un entorno de cuidado y comprensión.

4.6. Documentación clínica

La documentación clínica es un componente fundamental y indispensable para garantizar la continuidad y la calidad de la atención en pacientes con riesgo suicida. Un registro completo y detallado permite que los distintos profesionales de la salud involucrados en el proceso terapéutico tengan acceso a información precisa y actualizada sobre la evolución del paciente, facilitando así la toma de decisiones clínicas acertadas y oportunas. Por ello, es imprescindible que toda evaluación, diagnóstico y las intervenciones realizadas queden registradas de manera clara, ordenada y precisa en la historia clínica.

Este registro debe incluir información detallada sobre el nivel de riesgo suicida evaluado, considerando factores como la ideación, los intentos previos, el plan suicida y el acceso a medios letales, además de reflejar el estado mental y emocional del paciente en cada momento de la atención. Asimismo, deben constar las decisiones clínicas adoptadas, incluyendo el tipo de intervención médica o psicológica aplicada, los medicamentos prescritos, y cualquier cambio o ajuste en el tratamiento a lo largo del proceso.

Además, es fundamental que la documentación contemple aspectos adicionales relevantes para la seguridad y el manejo integral del paciente, tales como el nivel de conciencia, la cooperación del paciente, y las interacciones con su familia o red de apoyo social. Registrar estas comunicaciones es clave para entender el contexto psicosocial que rodea al paciente, lo que puede influir significativamente en su pronóstico y en las estrategias de intervención. También es imprescindible dejar constancia clara de la conducta a seguir, ya sea la indicación de alta, la derivación a servicios especializados o el ingreso hospitalario, junto con los motivos que justifican cada decisión.

El consentimiento informado debe estar debidamente registrado, confirmando que el paciente ha sido adecuadamente informado sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, y que ha aceptado voluntariamente las intervenciones. En situaciones donde se requiere ingreso involuntario debido al alto riesgo de suicidio y la negativa del paciente a colaborar, es igualmente esencial documentar la justificación legal que respalda esta medida, respetando siempre la normativa vigente y los derechos del paciente.

Más allá de ser un simple archivo, la documentación clínica cumple un papel clave como herramienta de comunicación entre profesionales, asegurando una atención coordinada y coherente en todas las etapas del tratamiento. Además, representa un soporte legal y ético que protege tanto al paciente como al equipo sanitario, demostrando que se han seguido los protocolos establecidos y que las acciones tomadas se basan en criterios clínicos sólidos. Un registro riguroso contribuye a minimizar errores, facilitar revisiones posteriores y mejorar la calidad asistencial, promoviendo la seguridad del paciente y el cumplimiento de las normativas sanitarias y legales.

Una documentación clínica exhaustiva y bien organizada no solo es una obligación profesional, sino también una garantía para la atención segura, efectiva y ética de los pacientes en riesgo suicida, apoyando la mejora continua de los servicios de salud mental.

4.7. Criterios de alta en urgencias

El alta de un paciente con riesgo suicida es una decisión clínica de gran responsabilidad que debe abordarse con extremo cuidado y planificación meticulosa. Tomar una decisión prematura o inadecuada puede poner en riesgo la vida del paciente, dado que el período inmediatamente posterior al alta es uno de los momentos más vulnerables para quienes han presentado conductas suicidas. Por esta razón, no se debe otorgar el alta a un paciente que aún mantenga ideación suicida activa o pensamientos persistentes de autolesión, sobre todo si existen factores precipitantes relevantes que no hayan sido adecuadamente abordados o resueltos durante la hospitalización o la intervención inicial.

Además, la presencia o ausencia de una red de apoyo sólida juega un papel crucial en la seguridad del paciente tras el alta. La falta de familiares, amigos o apoyos sociales disponibles para brindar acompañamiento y supervisión representa un riesgo significativo que generalmente contraindica la salida del paciente del entorno hospitalario o controlado. La red de apoyo no solo ofrece soporte emocional, sino que también actúa como un sistema de alerta y contención en caso de que el paciente presente signos de empeoramiento o recaída.

Es igualmente fundamental que antes de otorgar el alta se haya realizado una evaluación psiquiátrica completa y exhaustiva, que permita entender con precisión el estado mental del paciente y el nivel real de riesgo suicida. Esta evaluación debe incluir no solo la exploración clínica, sino también la consideración de antecedentes personales y familiares, la identificación de posibles comorbilidades psiquiátricas o médicas y la evaluación de factores psicoso-

ciales que puedan influir en la evolución del paciente. Si el riesgo suicida sigue presente o existe incertidumbre sobre la estabilidad emocional del paciente, el alta no debería ser considerada.

Para que el alta sea segura y efectiva, es imprescindible contar con un plan de seguimiento¹⁷ claro y estructurado. Este plan debe garantizar la continuidad del cuidado mediante citas programadas con profesionales de salud mental, apoyo psicológico y, cuando sea necesario, intervenciones sociales. Lo ideal es que el paciente tenga acceso a una primera consulta ambulatoria en un plazo breve, usualmente dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta, dado que este período es crítico para identificar signos de empeoramiento y proporcionar una respuesta rápida. Además, se deben definir canales de comunicación abiertos y accesibles para que el paciente pueda buscar ayuda en caso de crisis.

Cuando se decide dar el alta, es fundamental proporcionar al paciente y a su red de apoyo un plan de intervención detallado que incluya recomendaciones prácticas y medidas de seguridad. Una de las acciones más importantes es la restricción o eliminación del acceso a medios letales, como armas de fuego, medicamentos en grandes cantidades, cuchillos u otros objetos que podrían ser utilizados para autolesionarse. Asimismo, el plan debe incluir instrucciones claras sobre la programación de citas con profesionales de salud mental, la importancia de mantener la adherencia al tratamiento y la activación de redes de apoyo familiares o comunitarias que puedan acompañar al paciente en su proceso de recuperación.

El seguimiento posterior al alta no debe limitarse a la mera supervisión clínica; debe incluir una evaluación continua del estado emocional y psicológico del paciente para detectar precozmente cualquier signo de deterioro o la reaparición de síntomas suicidas. Este monitoreo puede adaptarse a los recursos disponibles y las características del paciente, incluyendo visitas presenciales, llamadas telefónicas, consultas por telemedicina o la colaboración con servicios comunitarios y de apoyo social.

Un enfoque integral y riguroso en la planificación y ejecución del alta para pacientes con riesgo suicida es crucial para garantizar su seguridad y bienestar. Este proceso no solo busca evitar que el paciente quede desprotegido o sin recursos para enfrentar futuras crisis emocionales, sino también favorecer la prevención de recaídas o nuevos intentos suicidas, contribuyendo a su recuperación y estabilidad a largo plazo. La responsabilidad compartida entre el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo es la clave para lograr un proceso de alta exitoso y una reintegración segura al entorno comunitario.

5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria del suicidio tiene como principal objetivo la detección temprana y la intervención oportuna en personas que presentan un riesgo elevado de suicidio. Este grupo incluye a individuos que han intentado suicidarse previamente, quienes padecen trastornos mentales graves como depresión mayor, trastorno bipolar,

esquizofrenia, trastornos por abuso de sustancias, o que se encuentran atravesando crisis vitales agudas, como la pérdida de un ser querido, problemas económicos severos o situaciones de violencia. A diferencia de la prevención primaria, que se enfoca en la población general para reducir la incidencia global del suicidio mediante campañas de concientización y educación, la prevención secundaria se orienta a identificar y atender a aquellas personas que ya manifiestan señales claras de vulnerabilidad o conductas suicidas, con el fin de intervenir antes de que el acto suicida se lleve a cabo.

Este enfoque es crucial porque la evidencia indica que los individuos con antecedentes de intentos previos de suicidio tienen un riesgo significativamente mayor de reincidir, y que muchos de estos casos podrían prevenirse con un manejo clínico adecuado y seguimiento constante. Además, las personas con trastornos mentales crónicos suelen enfrentar desafíos adicionales, como el estigma social, dificultades en el acceso a servicios de salud y problemas en la adherencia al tratamiento, que aumentan su vulnerabilidad.

Las intervenciones en el marco de la prevención secundaria incluyen la evaluación sistemática del riesgo suicida en entornos clínicos, la implementación de planes de seguridad personalizados, el seguimiento estrecho mediante citas regulares y el apoyo psicosocial. Es fundamental que los profesionales de salud mental utilicen herramientas validadas para identificar señales de alerta, tales como cambios abruptos en el estado de ánimo, desesperanza, aislamiento social y expresiones verbales de intención suicida. Estas acciones permiten actuar rápidamente para ofrecer apoyo terapéutico, modificar factores de riesgo y fortalecer factores protectores.

Además, la prevención secundaria integra el trabajo interdisciplinario, involucrando no solo a psiquiatras y psicólogos, sino también a trabajadores sociales, enfermeros, y la red de apoyo del paciente, incluidos familiares y amigos, para asegurar un entorno seguro y estable. La coordinación con servicios comunitarios y programas de rehabilitación también es clave para mantener la continuidad del cuidado y facilitar la reinserción social.

La prevención secundaria del suicidio representa un pilar esencial en la reducción de las tasas de suicidio, ya que al identificar y atender de forma temprana a las personas con mayor vulnerabilidad, se interrumpe la progresión hacia el acto suicida, se disminuye la recurrencia y se mejora significativamente la calidad de vida de los afectados y sus familias.

5.1. Seguimiento post-urgencias

El seguimiento después de una atención en urgencias es clave para prevenir el suicidio. Su objetivo es asegurar que el paciente reciba el cuidado necesario en los días posteriores al alta, ya que en este período el riesgo de recaída o de un nuevo intento suicida es mayor. Se recomienda que las revisiones se hagan dentro de las primeras 48 a 72 horas después del alta, ya que es cuando el riesgo de suicidio es más alto.

Además de las revisiones médicas, es importante activar los servicios de salud mental comunitaria o atención domicilia-

ria para ofrecer apoyo continuo. Estos servicios deben trabajar juntos para asegurarse de que el paciente reciba ayuda emocional, así como tratamiento médico y psicológico.

El contacto entre el equipo de salud y la familia también es fundamental. La participación de la familia ayuda a que el seguimiento sea más efectivo, mejora la adherencia al tratamiento y refuerza el apoyo emocional. También se debe crear un plan de tratamiento personalizado que incluya psicoterapia, medicación y, si es necesario, apoyo social, como acompañamiento en crisis o ayuda con problemas familiares o económicos, y acceso a redes de apoyo comunitarias.

Es esencial que el seguimiento sea coordinado e integral. Un alta sin un plan de seguimiento aumenta el riesgo de recaída o un nuevo intento suicida. Si no hay un plan claro, el paciente puede quedar vulnerable, ya que su capacidad para manejar el estrés y las emociones aún puede estar afectada.

Una intervención eficaz de prevención debe abordar la crisis inmediata, pero también establecer un plan claro para el seguimiento y apoyo a largo plazo. La cooperación entre los servicios de urgencias, salud mental y la familia es fundamental para prevenir futuros intentos de suicidio y mejorar la salud mental del paciente.

5.2. Intervenciones psicoterapéuticas efectivas

Diversos enfoques terapéuticos han demostrado eficacia para reducir el riesgo suicida. Uno de los más comunes es la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) centrada en el suicidio, que ayuda a identificar pensamientos automáticos negativos y distorsiones cognitivas, enseña habilidades de afrontamiento y resolución de problemas, y reduce significativamente la recurrencia de intentos suicidas en pacientes de alto riesgo. También está la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), desarrollada especialmente para pacientes con trastorno límite de la personalidad, que incluye entrenamiento en regulación emocional, tolerancia al malestar y habilidades interpersonales. La Intervención Motivacional Breve es otra opción, especialmente útil en urgencias o crisis, que se enfoca en fomentar el compromiso con el tratamiento y explorar las ambivalencias respecto al deseo de vivir, especialmente en pacientes resistentes o con baja motivación para recibir ayuda.

5.3. Seguimiento telefónico y cartas de contacto

El seguimiento post-crisis ha demostrado ser una estrategia eficaz para prevenir el suicidio en pacientes dados de alta tras una intervención urgente. Según estudios como el de Motto y Bostrom (2001)¹⁸, la intervención mediante seguimiento telefónico o cartas personalizadas puede disminuir la tasa de suicidio, proporcionando apoyo emocional y reforzando el vínculo con los servicios de salud mental. Mensajes breves como: "Estamos pensando en ti, si necesitas ayuda, estamos aquí" han demostrado tener un impacto protector significativo, ofreciendo consuelo y recordando al paciente que no está solo en su proceso de recuperación.

Este tipo de seguimiento no solo fortalece la adhesión al tratamiento, sino que también aumenta la motivación del paciente para seguir adelante, disminuyendo la sensación de desesperanza. Es importante que estas intervenciones sean proactivas, regulares y continúen durante al menos los primeros 12 meses después de la crisis, un período crítico en el que el riesgo de recaída es más alto. Además, la intervención regular asegura que el paciente reciba apoyo continuo, lo cual es clave para evitar que se sienta abandonado y para fomentar su bienestar a largo plazo.

Este enfoque puede marcar una diferencia significativa en la prevención del suicidio, ya que refuerza el sentimiento de conexión con el sistema de salud, ofreciendo una red de seguridad emocional cuando más lo necesita.

5.4. Intervenciones farmacológicas a largo plazo

El tratamiento con medicamentos es muy importante para prevenir el suicidio, especialmente cuando el paciente ya está estable y recibe tratamiento para una enfermedad que pueda estar aumentando el riesgo. Algunos de los medicamentos más comunes serían los antidepresivos: medicamentos como la fluoxetina y la sertralina ayudan a tratar la depresión grave o moderada, una de las principales causas de suicidio. Estos medicamentos ayudan a mejorar el estado de ánimo al equilibrar los químicos del cerebro; los estabilizadores del ánimo: en personas con trastorno bipolar, medicamentos como el litio y el valproato son esenciales. Ayudan a controlar los altibajos extremos entre la manía (fase de ánimo elevado) y la depresión, reduciendo el riesgo de suicidio; antipsicóticos: Para personas con esquizofrenia, la clozapina es eficaz para tratar los síntomas y reducir el riesgo de suicidio.

Es importante tener cuidado al prescribir grandes cantidades de medicamentos que podrían ser peligrosos si el paciente intentara hacer una sobredosis. La seguridad del paciente debe ser siempre la prioridad.

Todos los medicamentos deben combinarse con terapia psicológica para que el tratamiento sea más efectivo en la prevención del suicidio.

5.5 Estrategias familiares y comunitarias

Las estrategias para prevenir el suicidio no deben centrarse solo en la atención médica, sino que también deben involucrar activamente a la familia y la comunidad. Es muy importante que los familiares aprendan a reconocer los signos de recaída, como los cambios en el comportamiento o el estado de ánimo del paciente, y las señales de alerta que indican un mayor riesgo de suicidio. También es necesario educarles sobre medidas de seguridad en el hogar, como quitar objetos peligrosos que puedan ser usados para hacer daño.

Además, enseñar a los familiares a cómo comunicarse con el paciente de forma comprensiva y sin juzgar es fundamental para crear un ambiente de apoyo y confianza. Un entorno familiar que brinde apoyo emocional puede ser clave en el proceso de recuperación.

Es igualmente importante promover el acceso a redes de apoyo comunitarias, como grupos de apoyo y servicios sociales, que ofrezcan un espacio seguro donde el paciente pueda compartir sus experiencias y sentirse respaldado. Estos recursos ayudan a crear un entorno que proteja y apoye al paciente en su proceso de sanación.

En cuanto a la coordinación entre los servicios de atención primaria, urgencias y salud mental es esencial para asegurar que el paciente reciba un seguimiento adecuado. Esto garantiza que haya un enfoque integral en el cuidado, proporcionando el apoyo necesario en cada etapa del proceso de recuperación.

5.6. Programas de prevención centrados en personas con intento previo

Las personas que han intentado suicidarse anteriormente tienen un mayor riesgo de hacerlo nuevamente. Por eso, existen programas de prevención especialmente diseñados para este grupo. Estos programas incluyen estrategias concretas para ayudar a las personas a manejar sus pensamientos suicidas y a recibir el apoyo necesario cuando más lo necesitan.

Algunas de las principales iniciativas son: los planes de seguridad personalizados: Son documentos diseñados para ser utilizados por el paciente en momentos de crisis. En estos planes, se establecen pasos claros sobre qué hacer cuando el paciente tenga pensamientos suicidas, como contactar a un profesional o acudir a un centro de salud. Estos planes ayudan a la persona a sentirse más segura al tener un conjunto de acciones concretas para seguir en momentos difíciles.

El contrato de no suicidio: este es un acuerdo, ya sea verbal o escrito, en el que el paciente se compromete a no hacerse daño y a buscar ayuda profesional si sus pensamientos suicidas empeoran. Aunque no es una solución definitiva y su efectividad depende de una buena relación con el terapeuta, puede ser útil como parte de un plan más amplio de prevención. El contrato actúa como un recordatorio de la importancia de pedir ayuda antes de llegar a un punto crítico.

Y finalmente la reducción del estigma y eliminación de barreras de acceso: Muchas personas que han intentado suicidarse se sienten avergonzadas o temen ser juzgadas, lo que puede dificultar que busquen ayuda. Para combatir esto, es clave reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y suicidio, y facilitar el acceso a servicios de salud mental. Hacer que los servicios psiquiátricos sean más accesibles y aceptados por la sociedad contribuye a que las personas en riesgo reciban la atención que necesitan a tiempo.

5.7. Indicadores de éxito de la prevención secundaria

El éxito de las estrategias de prevención secundaria del suicidio se puede medir observando algunos cambios importantes en la salud y bienestar del paciente. Estas estrategias están diseñadas para reducir el riesgo de suicidio después de una crisis, y su efectividad puede verse reflejada en cambios positivos en la salud mental y emocional del paciente.

jada en varios aspectos. A continuación, se detallan algunos de los indicadores más comunes¹⁹:

Disminución de los intentos de suicidio y las rehospitalizaciones: Uno de los indicadores más claros de que una estrategia de prevención está funcionando es una reducción en la cantidad de intentos suicidas y en el número de veces que el paciente necesita ser ingresado nuevamente en el hospital. Si un paciente tiene menos crisis graves y no necesita rehospitalizaciones, es una señal de que la intervención está ayudando a manejar la situación.

Mejoría en el funcionamiento social y familiar: Cuando el paciente se siente más apoyado por su familia y puede participar de manera más activa en la sociedad, eso indica que las estrategias de prevención están ayudando. Mejorar las relaciones familiares y la participación en actividades sociales reduce el riesgo de aislamiento, lo cual es fundamental para la salud mental.

Mayor adherencia al tratamiento: El seguimiento adecuado y la motivación para seguir un tratamiento son clave en la prevención del suicidio. Si el paciente sigue tomando su medicación correctamente y asiste regularmente a las sesiones de psicoterapia, es una señal de que está recibiendo el apoyo necesario y está comprometido con su recuperación.

Reducción del aislamiento social y los sentimientos de desesperanza: El aislamiento social y la desesperanza son dos de los mayores factores de riesgo para el suicidio. Si el paciente comienza a sentir que tiene apoyo de otras personas y una visión más positiva de su futuro, es un indicio de que está avanzando en su recuperación y que la prevención está funcionando. Sentirse acompañado y con propósito es esencial para disminuir el riesgo.

Detección temprana de nuevas crisis: Las intervenciones rápidas son clave para prevenir nuevos intentos suicidas. Si el equipo de salud mental es capaz de identificar de manera temprana los signos de una nueva crisis suicida, se pueden tomar medidas rápidas para evitar que la situación empeore. La intervención temprana mejora las probabilidades de evitar un nuevo intento y ayuda a mantener la estabilidad del paciente.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DEL INGRESO INVOLUNTARIO

El ingreso involuntario en el ámbito de la salud mental constituye una medida excepcional que implica la restricción temporal de ciertos derechos individuales, con el objetivo de proteger la vida del paciente y la de terceros. Esta intervención plantea importantes desafíos éticos y legales para los profesionales de la salud, quienes deben actuar dentro de un marco normativo claro y basado en los principios fundamentales de la bioética.

6.1. Fundamentos éticos del ingreso involuntario

La decisión de llevar a cabo un ingreso involuntario debe fundamentarse en los principios de la bioética²¹, los cuales orientan la toma de decisiones clínicas en contextos complejos:

- **Autonomía:** Aunque la capacidad de decisión del paciente puede verse limitada temporalmente, debe preservarse en la mayor medida posible. Es esencial garantizar que el paciente sea tratado con respeto y dignidad, incluso en situaciones de restricción.
- **Beneficencia:** El ingreso involuntario debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente, actuando en su favor para proteger su vida, integridad y salud mental.
- **No maleficencia:** Las decisiones deben orientarse a evitar causar daño, tanto al paciente como a terceros. Es crucial que las intervenciones tengan más beneficios que perjuicios y que se minimicen las consecuencias negativas.
- **Justicia:** El procedimiento debe aplicarse de manera equitativa, utilizando criterios objetivos y no discriminatorios. Todos los pacientes deben tener igual acceso a los cuidados necesarios, sin importar su origen, condición social o cultural.

El principal desafío ético radica en encontrar un equilibrio entre la protección de la vida y la salud del paciente y el respeto a sus derechos y libertades. Este dilema es recurrente en el campo de la salud mental, donde se enfrentan constantemente la necesidad de intervenir y el respeto por la autonomía individual.

6.2. Indicaciones clínicas del ingreso involuntario

El ingreso involuntario en salud mental es una medida excepcional que se justifica en situaciones donde el riesgo para la vida del paciente o de otras personas es elevado, o cuando la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas se encuentra gravemente afectada. En estos casos, el ingreso hospitalario puede ser necesario para garantizar la seguridad del paciente y proporcionar un tratamiento adecuado. Las principales indicaciones clínicas para proceder con un ingreso involuntario son las siguientes:

Cuando un paciente presenta un riesgo inmediato y significativo para su propia vida o para la de otras personas, el ingreso involuntario se convierte en una medida fundamental para proteger la integridad física de todos los involucrados. Este riesgo puede manifestarse de diversas formas, como la ideación suicida activa, amenazas de autolesiones graves, o conductas violentas hacia otros. En tales situaciones, el ingreso en una unidad especializada permite una intervención rápida y eficaz, así como una supervisión constante que minimiza la probabilidad de que el daño ocurra.

Cuando un paciente sufre alteraciones psicopatológicas severas, como delirios, psicosis o una depresión grave, su capacidad para valorar la realidad y tomar decisiones informadas sobre su tratamiento se ve seriamente comprometida. En estos casos, la persona no puede comprender adecuadamente los riesgos que corre ni la necesidad de recibir tratamiento, lo que dificulta su participación activa en las decisiones terapéuticas. El ingreso involuntario en un entorno hospitalario permite estabilizar al paciente

mediante tratamiento médico y psicológico, proporcionando un espacio controlado para que pueda recibir la atención necesaria mientras se preserva su seguridad.

El rechazo explícito de un paciente a recibir tratamiento médico o psicológico necesario para evitar un daño grave es otra indicación para el ingreso involuntario. En muchos casos, los pacientes que rechazan el tratamiento pueden estar experimentando una alteración en su juicio o bien no ser plenamente conscientes de la gravedad de su situación. El ingreso involuntario garantiza que el paciente reciba la atención adecuada, incluso cuando se oponga a ello, lo que puede ser crucial para evitar complicaciones graves, como un intento de suicidio o un agravamiento de su estado mental. En estos casos, la intervención debe centrarse en el beneficio del paciente y la protección de su bienestar a largo plazo.

En algunas situaciones, el seguimiento ambulatorio no es una opción viable debido a la falta de recursos adecuados o a un entorno familiar o social que no pueda ofrecer las condiciones necesarias para la seguridad del paciente. La falta de apoyo o de supervisión adecuada puede incrementar el riesgo de recaídas o nuevos episodios de crisis, lo que hace necesario un ingreso hospitalario para garantizar un control y seguimiento adecuado. Además, en situaciones de alto riesgo, el ingreso involuntario facilita un monitoreo constante del paciente, permitiendo ajustar el tratamiento en función de su evolución clínica. Esta medida no debe usarse como castigo ni por razones sociales o familiares.

6.3. Procedimiento legal en el ingreso involuntario

El ingreso involuntario de un paciente en salud mental es una medida que, aunque necesaria en ciertos casos, debe seguir un procedimiento legal riguroso para garantizar la protección de los derechos del paciente. Aunque los detalles pueden variar según la legislación de cada país o región, existen algunos pasos generales que deben cumplirse durante este proceso para asegurar que la intervención sea ética, legal y adecuada.

La Valoración clínica exhaustiva con diagnóstico y evaluación del riesgo documentados: El primer paso en el procedimiento es la realización de una evaluación clínica exhaustiva por parte de un equipo médico especializado. Este paso es fundamental, ya que permite determinar si el paciente presenta un riesgo real e inminente para su vida o para la de otros, y si su capacidad de juicio se encuentra seriamente afectada debido a una enfermedad mental. El diagnóstico debe claramente documentado, y el riesgo debe ser evaluado de manera objetiva y detallada. Esta evaluación constituye la base para justificar la necesidad del ingreso involuntario, y debe ser realizada de forma profesional y sin prejuicios.

Emisión de informe médico o psiquiátrico que justifique el ingreso: Una vez realizada la valoración clínica, el siguiente paso es la emisión de un informe médico o psiquiátrico que justifique la necesidad del ingreso involuntario. Este informe debe contener una descripción detallada de la situación clínica del paciente, el diagnóstico y la evaluación del riesgo, así como las razones por las que se considera que

el ingreso es la medida más adecuada para su protección y tratamiento. Este documento es clave para respaldar la decisión ante las autoridades judiciales y debe ser elaborado con precisión, cumpliendo con todos los requisitos legales establecidos.

Notificación inmediata al órgano judicial competente, que debe ratificar la decisión en un plazo legal establecido: Una vez emitido el informe médico o psiquiátrico, el siguiente paso es la notificación inmediata al órgano judicial competente. Según la legislación local, esta notificación debe realizarse en un plazo determinado, generalmente entre 24 y 72 horas. El órgano judicial es responsable de revisar la decisión tomada por los profesionales de salud y de ratificarla si considera que está justificada. En algunos sistemas legales, también puede ser necesario que un juez u otro funcionario judicial examine al paciente en persona para asegurarse de que el ingreso involuntario sea una medida apropiada. El objetivo es garantizar que la decisión se tome con el debido respeto a los derechos del paciente y en conformidad con la ley.

Control legal periódico en caso de prolongación del ingreso: Si el ingreso involuntario se extiende por un periodo más largo del inicialmente previsto, se debe realizar un control legal periódico para revisar si sigue siendo necesario. Este control tiene como fin asegurar que el paciente no esté siendo retenido de manera innecesaria o abusiva. En algunos sistemas, se requiere que un juez revise el caso de manera periódica y determine si el ingreso debe continuar, ajustarse o finalizar. Este proceso de revisión continua busca equilibrar la protección del paciente con el respeto a sus derechos, garantizando que no se mantenga a una persona en confinamiento involuntario más allá de lo estrictamente necesario.

Derechos del paciente durante el procedimiento

Es fundamental recordar que, durante todo el proceso de ingreso involuntario, el paciente mantiene ciertos derechos fundamentales que deben ser respetados. Es importante que estos derechos se respeten en todo momento:

- Derecho a ser informado:** El paciente debe ser informado de manera clara y comprensible sobre su situación, el motivo del ingreso involuntario, y las opciones de tratamiento disponibles. Esta información debe ser proporcionada por el equipo médico y, siempre que sea posible, se debe permitir que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones.
- Acceso a representación legal:** El paciente tiene derecho a acceder a representación legal durante todo el proceso. Esto le permite defender sus intereses y asegurarse de que sus derechos sean respetados.
- Derecho a apelar la decisión:** El paciente tiene derecho a apelar la decisión de ingreso involuntario ante las autoridades competentes si considera que no está justificado. Este derecho es esencial para proteger a los pacientes de posibles abusos o decisiones erróneas.
- Derecho a comunicarse con familiares o redes de apoyo:** El paciente también tiene derecho a comunicarse

con sus familiares o redes de apoyo, lo cual es fundamental para su bienestar emocional y psicológico. Esta comunicación debe facilitarse en la medida de lo posible, siempre respetando las normativas de cada institución.

6.4. Protección de derechos humanos

El ingreso involuntario de un paciente en un contexto de salud mental debe llevarse a cabo de acuerdo con los principios fundamentales de los derechos humanos. Esto es crucial para garantizar que, a pesar de las restricciones a la libertad personal que puede implicar este tipo de medida, se respeten los derechos y la dignidad del paciente. A nivel internacional, existen varias normativas y recomendaciones que orientan y protegen a las personas que enfrentan situaciones de ingreso involuntario, entre las cuales destacan:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006)²²

La Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada en 2006, establece principios clave para garantizar la igualdad y la autonomía de las personas con discapacidad, incluidas las personas con trastornos mentales. Este instrumento reconoce que todas las personas, independientemente de su condición, deben ser tratadas con dignidad y tener la capacidad de tomar decisiones sobre su vida. En el contexto del ingreso involuntario, la convención subraya que, aunque se puedan restringir temporalmente algunos derechos, siempre debe respetarse la autonomía del paciente en la mayor medida posible, y las decisiones deben tomarse de acuerdo con su voluntad y preferencias, siempre que sea posible.

Este documento también establece que las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a todos los servicios de salud mental de manera igualitaria y sin discriminación. De esta manera, se promueve una atención inclusiva y respetuosa que garantice la participación activa de las personas en la toma de decisiones sobre su tratamiento, así como el derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente en la sociedad.

Las recomendaciones del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura

El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) ha establecido varias directrices sobre el trato a las personas privadas de libertad, entre ellas aquellas que están internadas en instituciones de salud mental. Este comité ha enfatizado que las medidas de contención (ya sean físicas o farmacológicas) utilizadas durante el ingreso involuntario deben ser proporcionadas, excepcionales y debidamente registradas.

Esto implica que cualquier restricción a la libertad del paciente debe ser utilizada solo cuando sea absolutamente necesario para su seguridad o la de otros, y nunca debe emplearse de manera punitiva. Además, las medidas de contención deben ser lo menos invasivas posible y, en todo momento, deben ser supervisadas y documentadas adecuadamente para evitar abusos y garantizar que se respe-

ten los derechos del paciente. Las recomendaciones del CPT buscan prevenir el maltrato y las condiciones inhumanas o degradantes, promoviendo un enfoque ético en el tratamiento de personas con trastornos mentales.

Los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales (1991)

Los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales, adoptados en 1991, establecen normas mínimas para el trato de las personas con trastornos mentales, especialmente en situaciones de internamiento involuntario. Estos principios subrayan que el tratamiento involuntario debe basarse en la necesidad de atención médica y no en el castigo o el control social. Además, aseguran que todas las personas tienen derecho a recibir un trato humano, sin discriminación ni estigmatización, y a ser tratadas con respeto a su dignidad y derechos fundamentales.

Entre los principios más relevantes, se destaca la obligación de garantizar que el ingreso involuntario se realice solo en situaciones de riesgo grave, y que se respeten las condiciones mínimas de higiene, salud y bienestar durante la estancia en los centros de salud mental. También se enfatiza la importancia de proporcionar al paciente información clara sobre su situación y su tratamiento, así como el acceso a recursos legales para que pueda impugnar el internamiento si lo considera necesario.

6.5. Ingreso involuntario y consentimiento informado

El principio del consentimiento informado es fundamental en la práctica médica²³, incluso en el contexto del ingreso involuntario. A pesar de que este tipo de intervención restringe temporalmente la autonomía del paciente, siempre que sea posible, el profesional de la salud debe procurar que el paciente sea informado sobre su diagnóstico y las opciones terapéuticas disponibles. Además, debe fomentarse la participación del paciente en la toma de decisiones, respetando en la medida de lo posible su capacidad para decidir sobre su tratamiento.

Es crucial que los profesionales informen al paciente acerca de las alternativas de tratamiento, las posibles consecuencias de no recibir atención y las opciones disponibles en el proceso de tratamiento. Esto ayuda a reducir la sensación de coerción y promueve una mayor colaboración con el tratamiento. Todo intento de obtener el consentimiento debe ser documentado de manera detallada, para asegurar que el proceso ha sido claro, transparente y respetuoso con los derechos del paciente.

En los casos en los que el paciente no tenga la capacidad de tomar decisiones debido a su condición mental, el tratamiento puede autorizarse sin su consentimiento, siempre bajo la indicación médica y judicial, asegurando que la restricción a su libertad sea lo más mínima posible y esté justificada. La intervención debe ser de carácter urgente y excepcional, priorizando la seguridad del paciente y de las demás personas involucradas.

6.6. Dilemas éticos frecuentes

El ingreso involuntario plantea una serie de dilemas éticos complejos que los profesionales deben manejar con cautela. Algunos de los dilemas más comunes son los siguientes:

El respeto a la decisión de un paciente con ideación suicida que rechaza ayuda: Uno de los casos más desafiantes es cuando un paciente con ideación suicida se niega a recibir ayuda. En este caso, el profesional debe evaluar cuidadosamente el nivel de riesgo y considerar si el respeto a la autonomía del paciente o la intervención inmediata para salvar su vida es la mejor opción. Esta situación implica un conflicto entre la autonomía del paciente y el deber de proteger su vida.

La continuidad del ingreso cuando el riesgo disminuye rápidamente: Si durante el ingreso involuntario, el riesgo de daño disminuye de manera significativa, el dilema se presenta en torno a si el paciente debe continuar bajo vigilancia involuntaria o si debería recuperarse su libertad. Los profesionales deben balancear la seguridad con el respeto a los derechos del paciente, asegurándose de que la decisión se base en criterios clínicos y no en una prolongación innecesaria de la intervención.

Garantizar que las medidas de contención física o farmacológica sean éticas y no abusivas: La utilización de medidas de contención física o farmacológicas debe ser estrictamente regulada y controlada. El uso indebido de estas medidas puede generar abuso y dañar la integridad física y psicológica del paciente. Es esencial que se utilicen únicamente cuando sea estrictamente necesario para prevenir daños y que siempre se documenten adecuadamente.

Los comités de ética clínica son una herramienta importante en la toma de decisiones complejas. Estos comités pueden ayudar a los profesionales a considerar todos los aspectos éticos involucrados en una situación de ingreso involuntario, pero nunca deben sustituir el juicio clínico. La decisión final debe basarse en un análisis exhaustivo de los riesgos, los beneficios y los derechos del paciente.

6.7. Recomendaciones prácticas

Para manejar adecuadamente los aspectos éticos y legales en situaciones de ingreso involuntario, se recomienda:

Evitar medicalizar conflictos sociales innecesarios: El ingreso involuntario no debe ser utilizado como una respuesta a conflictos sociales que no están directamente relacionados con la salud mental. Los problemas sociales, como disputas familiares o económicas, no deben ser considerados como razones válidas para una intervención involuntaria, a menos que exista un riesgo real para la seguridad del paciente o de otros.

Priorizar el consentimiento voluntario siempre que sea posible: Aunque el ingreso involuntario es una medida extrema, se debe priorizar el consentimiento voluntario del paciente en la medida de lo posible. La autonomía debe ser respetada, y el tratamiento debe basarse en la cooperación activa del paciente. El ingreso involuntario solo debe ser considerado cuando no haya otra alternativa viable.

Documentar exhaustivamente todas las decisiones clínicas, éticas y legales: Toda decisión tomada en el proceso de ingreso involuntario debe ser documentada de manera detallada y exhaustiva. Esta documentación no solo sirve como respaldo legal, sino también como una herramienta para garantizar que las decisiones se basan en una evaluación cuidadosa y transparente de la situación.

Capacitar al personal sanitario en legislación vigente y derechos del paciente: Es fundamental que el personal sanitario esté adecuadamente capacitado sobre las leyes y normativas que rigen el ingreso involuntario. Además, deben ser conscientes de los derechos del paciente, especialmente en lo que respecta al trato ético, la toma de decisiones informadas y la protección de su dignidad.

Promover modelos de atención centrados en la dignidad y autonomía del paciente: El objetivo debe ser siempre ofrecer un tratamiento que respete la dignidad y los derechos del paciente. Las intervenciones deben orientarse a recuperar la autonomía del paciente y a promover su bienestar a largo plazo. Además, es esencial que los pacientes se sientan apoyados y comprendidos durante todo el proceso, no solo en cuanto a la intervención médica, sino también en cuanto a su experiencia emocional y psicológica.

Con estas recomendaciones, se busca que el manejo del ingreso involuntario se haga de manera ética, respetuosa y legal, favoreciendo siempre el bienestar y la protección de los derechos del paciente.

7. CONCLUSIONES

El abordaje del suicidio en los servicios de urgencias representa uno de los retos más complejos en el ámbito de la salud mental, no solo por la urgencia del cuadro clínico, sino también por la carga emocional, social y ética que conlleva. Detectar de forma temprana los factores de riesgo, brindar un acompañamiento emocional adecuado y aplicar estrategias de prevención efectivas son pasos clave para reducir el sufrimiento y salvar vidas.

Para que la intervención sea realmente eficaz, los profesionales de la salud deben contar no solo con habilidades clínicas sólidas, sino también con una comprensión profunda de los aspectos éticos y legales que rodean estas situaciones. Atender a una persona en crisis requiere sensibilidad, criterio profesional y un compromiso genuino con el respeto a su dignidad y derechos.

Asimismo, la atención en urgencias no debe ser vista como un punto final, sino como el inicio de un proceso terapéutico que incluya seguimiento, redes de apoyo, tratamiento individualizado y acompañamiento continuo. El suicidio, como fenómeno multifactorial, exige una respuesta integral que considere al individuo, su entorno familiar, su contexto social y las múltiples dimensiones que influyen en su estado de salud mental.

Este trabajo destaca la importancia de una atención centrada en la persona, basada en la evidencia, pero también en la empatía y en el respeto. En los momentos más difíciles y vulnerables, como lo son las crisis suicidas, el trato

que se le brinde a la persona puede marcar una diferencia fundamental. Escuchar, contener, comprender y actuar con humanidad no solo es parte del rol profesional, sino también del compromiso ético de quienes acompañan en el cuidado de la salud mental.

BIBLIOGRAFÍA/WEBGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019*. Informe que indica que en 2019 se suicidaron más de 700 000 personas, siendo la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años. Recuperado de OPS/OMS Organización Panamericana de la SaludNoticias de la ONU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024, 29 de agosto). *Suicidio*. Hoja informativa donde se destaca la naturaleza multidimensional del suicidio y el enfoque preventible.
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. <https://iris.who.int/handle/10665/381495> Organización Mundial de la Salud+6lris de la OMS+6Organización Mundial de la Salud+6
- World Health Organization. (2024, 29 de agosto). *Suicide*. <https://www.who.int/health-topics/suicide>
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Informe mundial sobre el suicidio: Prevenir el suicidio: Un imperativo global*. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>
- McCourt, A. D. (2021). Firearm access and suicide: Lethal means counseling and safe storage education in a comprehensive prevention strategy. *American Journal of Public Health*, 111(2), 309-311.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el suicidio: Suicidio, una prioridad mundial de salud pública*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-infancia-2021>
- Salvi, J. (2019). *ColumbiaSuicide Severity Rating Scale (CSSRS)*. *Emergency Medicine Practice*, 21(5), CD3-CD4. Recuperado de PubMed Central.
- Doupnik, S., Lee, L., Gaspard, K., Leder, L., Zima, B. T., Horowitz, L. M., & Boudreaux, E. D. (2022). *The impact of emergency department safety planning on 30day mental health service use*. *Journal of Emergency Medicine*.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266-1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- Equilibrio Emocional. (2022). ¿Cuál es la relación entre estigmatización y suicidio? <https://equilibrioemocional.org/cual-es-la-relacion-entre-estigmatizacion-y-suicidio/>
- Posner, K., et al. (2011). "The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults." *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Frey, L. M., & Cerel, J. (2015). Frey, L. M., & Cerel, J. (2015). Risk for suicide and the role of family: A narrative review. *Journal of Family Social Work*, 18(3), 199–214. <https://doi.org/10.1080/10522158.2015.1039782>
- Schuster, H., Jones, N., & Qadri, S. F. (2021). Safety planning: Why it is essential on the day of discharge from in-patient psychiatric hospitalization in reducing future risks of suicide.
- Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). "A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention." *The American Journal of Psychiatry*, 158(5), 763-768.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., et al. (2005). "Suicide prevention strategies: a systematic review." *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Cureus, 13(12), e20648. <https://doi.org/10.7759/cureus.20648>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Calidad de los derechos humanos en la atención de salud mental: Guía de evaluación y mejora*. OMS.
- Naciones Unidas. (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Resolución 46/119 de la Asamblea General. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Calidad y derechos en salud mental: Kit de herramientas*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548410>