

IX Curso de actualización

# Psiquiatría

## 2025



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

## Conducta suicida

**Carlos Palacio Acosta**

MD. Psiquiatra  
MSc. Epidemiólogo



## Contexto y epidemiología

La conducta suicida abarca desde la ideación hasta el acto fatal. Es un fenómeno que, a pesar de su gravedad, a menudo se subestima debido al estigma persistente que lo rodea, especialmente en culturas como la nuestra. Sin embargo, las cifras globales son alarmantes: se estima que cada año alrededor de un millón de personas mueren por suicidio en el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos.

## Definiciones claves:

Para que hablemos el mismo idioma, revisemos algunas definiciones básicas:

- **Conducta suicida:** Todo comportamiento de autoagresión con intencionalidad autodestructiva.
- **Suicidio:** Cualquier acto mortal de autolesión con intención autodestructiva.
- **Intento de suicidio:** Un acto de autolesión con intención autodestructiva que no resulta en la muerte.
- **Riesgo suicida:** Los factores personales (biológicos), familiares y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio para una persona en un momento específico.
- **Ideación suicida:** Pensamientos persistentes y más o menos organizados sobre cómo, cuándo y dónde quitarse la vida.

## Cifras y tendencias

Aunque las tasas reportadas son a menudo poco confiables, sabemos que son un problema serio.

- En Colombia: Los mecanismos más comunes de muerte por suicidio son el ahorcamiento, seguido por el uso de tóxicos y armas de fuego.
- La relación de suicidios entre hombres y mujeres es de aproximadamente 3 a 1, y es más alta en hombres. Sin embargo, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres (4 a 1).
- La ideación suicida es el evento más frecuente dentro de la conducta suicida, con una frecuencia de 6,6 %, seguida por el intento de suicidio (2,6 %) y el plan suicida (1,8 %).
- Las tasas de incidencia han aumentado en los últimos 20 años, con un incremento del 20 % al 30 % a nivel mundial, y un 22,8 % en Colombia entre 2015 y 2022. Esto se

debe a factores como el aumento del trastorno depresivo mayor, el consumo de sustancias psicoactivas, el impacto de la pandemia de COVID-19 y los estilos de vida posmodernos.

## Factores de riesgo y perfiles

Comprender los factores de riesgo es crucial. La mayor parte de la información que tenemos proviene de la **autopsia psicológica**, un método para reconstruir la biografía de la persona a través de entrevistas y documentos para entender las causas de su muerte. Aunque tiene limitaciones, sigue siendo el método más adecuado para identificar estos factores.

## Factores más frecuentes:

- **Biológicos:** Existe una herencia del comportamiento suicida, con varios loci genéticos identificados.
- **Sociodemográficos y Psicológicos:**
  - **Sexo:** Los hombres tienen una incidencia de suicidio 4 veces mayor que las mujeres en Colombia y utilizan métodos más violentos como armas de fuego.
  - **Edad:** En países desarrollados, las tasas aumentan con la edad, pero en países en desarrollo, son mayores en jóvenes, lo que podría reflejar la desesperanza por la falta de oportunidades. En los últimos años, el riesgo se ha desplazado hacia edades más tempranas, especialmente entre los 15 y 34 años.
  - **Desempleo:** El trabajo es un factor protector. La incidencia de suicidio aumenta durante las recesiones económicas y el aumento del desempleo.
  - **Trastornos físicos:** Una enfermedad grave está presente en el 25 % al 75 % de las víctimas de suicidio. Un alto porcentaje de quienes se suicidan lo hacen en el primer año después de ser diagnosticados con una enfermedad grave como cáncer o SIDA.
  - **Otros factores sociales:** Vivir solo, antecedentes familiares de enfermedad mental o suicidio, y eventos vitales adversos como la separación de la pareja o dificultades económicas. En Colombia, predomina en personas solteras.
- **Trastornos mentales:** Más del 90 % de las víctimas de suicidio tienen un trastorno psiquiátrico en el momento de la muerte.
  - **Trastornos del estado de ánimo:** Son los más comunes asociados con el suicidio.

- **Esquizofrenia:** Aproximadamente el 10 % de los suicidas tienen esquizofrenia, y tienden a suicidarse en los primeros años de su enfermedad.
- **Trastornos por uso de sustancias:** El riesgo aumenta especialmente en personas con alcoholismo y trastornos depresivos. La impulsividad y la disponibilidad de fármacos letales también son factores de riesgo.
- **Trastornos de personalidad:** Los trastornos límite y antisocial aumentan el riesgo, a menudo en asociación con depresión, impulsividad y antecedentes de abuso infantil.

## Perfiles de riesgo:

No existe un único perfil de suicida, por lo que es vital ir más allá de los factores de riesgo tradicionales. Se han identificado cinco perfiles principales:

1. **Trastornos mentales y de uso de sustancias:** A menudo mueren por intoxicación, ya que la comorbilidad del consumo no se aborda adecuadamente.
2. **Trastornos mentales:** Aquellos que reciben tratamiento para su trastorno muestran las tasas más bajas de suicidio.
3. **Situaciones de crisis:** Relacionadas con el alcohol o problemas de pareja. Frecuente en hombres jóvenes y solteros.
4. **Problemas de salud física:** El suicidio aquí a menudo es "invisible" porque los especialistas se concentran en la enfermedad física, y el paciente no revela su ideación suicida.
5. **Consumo de sustancias psicoactivas:** El grupo que ha mostrado el mayor crecimiento en las tasas de suicidio.

## Manejo clínico y prevención

Como médicos generales, ustedes tienen un rol fundamental en la prevención. Esto se debe a que un 40 % de las personas que fallecen por suicidio acudieron a servicios de medicina general, mientras que solo un 20 % lo hizo a salud mental. Esto subraya la necesidad de que la prevención comience fuera de los entornos especializados.

## Atención médica del paciente con conducta suicida:

Sigan este proceso sistemático y ordenado:

- **Determinar el riesgo:** No se trata de sumar factores, sino de utilizar la habilidad clínica para valorar el riesgo. Consideren los pensamientos de suicidio, intentos previos, trastornos psiquiátricos, enfermedades físicas, eventos estresantes, historia familiar de suicidio y traumas infantiles.
- **Establecer una alianza terapéutica:** La confianza, la empatía y la seguridad son clave. Pregunten de forma gradual y cálida, explorando desde ideas de minusvalía hasta la estructuración de un plan suicida.
- **Romper mitos:**
  - **Mito:** Hablar de suicidio lo fomenta / **Realidad:** Darle a la persona la oportunidad de hablar sobre el tema es crucial.
  - **Mito:** Quienes avisan o lo intentan no lo hacen / **Realidad:** Por el contrario, un intento previo es un factor de alto riesgo.
- **Manejo del riesgo:**
  - **Riesgo alto:** Si hay una enfermedad mental grave, un plan estructurado, un intento reciente o falta de red de apoyo, el paciente necesita **atención psiquiátrica y hospitalización inmediata**. La remisión debe garantizar la seguridad del paciente hasta su llegada al destino. Si no es posible el traslado inmediato, el paciente debe ser hospitalizado con supervisión constante y sin acceso a medios letales.
  - **Riesgo medio:** Si el paciente muestra alivio tras la intervención y tiene una red de apoyo efectiva, remítalo a una evaluación psiquiátrica, aunque no necesariamente para hospitalización inmediata. Si el traslado no es posible, manténgalo hospitalizado por al menos 24 horas bajo observación.
  - **Riesgo bajo:** Remítalo a consulta psiquiátrica ambulatoria y eduque a la familia sobre la importancia del seguimiento y la remoción de medios letales del hogar.
  - **Educación a la familia:** Educar a la familia es vital. Deben entender el riesgo, los posibles trastornos de base y los cuidados necesarios. En todos los casos, se debe insistir en la evaluación por un especialista.

## Estrategias de prevención comunitarias:

La prevención debe ser un esfuerzo más amplio. Algunas acciones que pueden promover son:

- Incrementar las acciones de salud mental.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Formar a profesionales de atención primaria para la de-

# Psiquiatría

## 2025



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

tección y tratamiento de pacientes en riesgo.

- Tratar trastornos mentales como la depresión, el alcoholismo o la esquizofrenia.
- Reducir el acceso a medios para suicidarse, como armas de fuego o plaguicidas.

La naturaleza multifacética del suicidio exige una atención integrada entre la salud física y mental. Para aquellos con comorbilidad de enfermedad mental y abuso de sustancias, un tratamiento holístico es fundamental. Y para todos los casos, la psicoeducación a familiares y las redes de apoyo es crucial.