

Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción

Passive and active suicidal ideation: a brief description

Baños-Chaparro Jonatan ^{1,a}

¹ Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

^a Psicólogo clínico. Magister en Educación con mención en Docencia e Investigación Universitaria

Información del artículo

Citar como: Baños-Chaparro J. Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. *Health Care & Global Health*. 2022;6(1):42-45.

DOI: 10.22258/hgh.2022.61.111

Autor corresponsal

Jonatan Baños-Chaparro
Email: banos.jhc@gmail.com
Dirección: Av. Tomás Marsano 242,
Surquillo. Lima, Perú.
Teléfono: (511) 513 - 6300

Historial del artículo

Recibido: 17/03/2022
Aprobado: 03/06/2022
En línea: 30/06/2022

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Declara no tener conflictos de interés.

Resumen

En el proceso de evaluación, los profesionales de salud frecuentemente evalúan la presencia de ideación suicida para descartar cualquier riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, es necesario comprender que la ideación suicida no es constructo estático. Por el contrario, es ambivalente y difiere en su gravedad desde la ideación suicida pasiva hasta la ideación suicida activa. Dado que la probabilidad de una conducta suicida puede suceder debido a la gravedad de la ideación suicida, se ha destacado principalmente la evaluación de ideación suicida activa. No obstante, las investigaciones recientes indican una alta prevalencia de ideación suicida pasiva en muestras clínicas y población general. Por ello, el objetivo del manuscrito es realizar una breve descripción de la ideación suicida pasiva y activa, como también su comorbilidad con otros desórdenes emocionales. En ese sentido, se aborda de manera conceptual ambos tipos de ideación suicida y su importancia de evaluación en la práctica profesional. Aunque la detección de ideación suicida pasiva puede brindar un espacio de estrategias de prevención, no debe subestimarse para un seguimiento y evaluación más exhaustiva, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse rápidamente en activas. Por ello, se recomienda a los profesionales de la salud que evalúen en conjunto la ideación suicida pasiva y activa, para una adecuada exploración del riesgo de suicidio.

Palabras clave: Ideación Suicida; Salud Mental; Suicidio; Evaluación de Resultados y Procesos, Atención Sanitaria (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

In the assessment process, health professionals often evaluate for the presence of suicidal ideation to rule out any risk of suicide attempt. However, it is necessary to understand that suicidal ideation is not a static construct. On the contrary, it is ambivalent and differs in severity from passive suicidal ideation to active suicidal ideation. Because the likelihood of suicidal behavior may occur due to the severity of suicidal ideation, the assessment of active suicidal ideation has been primarily emphasized. However, recent research indicates a high prevalence of passive suicidal ideation in clinical samples and in the general population. Therefore, the aim of the manuscript is to provide a brief description of passive and active suicidal ideation, as well as its comorbidity with other emotional disorders. In that sense, both types of suicidal ideation and their importance of assessment in professional practice are conceptually addressed. While the detection of passive suicidal ideation may provide a venue for prevention strategies, it should not be underestimated for more comprehensive follow-up and assessment, as such passive ideation can quickly become active. Therefore, it is recommended that health care professionals assess passive and active suicidal ideation together for adequate suicide risk exploration.

Keywords: Suicidal Ideation; Mental Health; Suicide; Outcome and Process Assessment, Health Care (Source: MeSH, NLM).



Introducción

Las muertes por suicidio son el resultado de una interacción de factores de riesgo psicológicos, clínicos (enfermedades crónicas), sociales y culturales, demostrando que un solo factor no es suficiente para explicar o causar el suicidio ⁽¹⁾. Aunque predecir una muerte por suicidio es un desafío en la población general y grupos vulnerables, los investigadores del campo de la suicidología (disciplina científica que estudia el suicidio y su prevención) han realizado varios esfuerzos para comprender el fenómeno complejo y heterogéneo de las conductas suicidas, no solamente en relación con los métodos utilizados, sino también en el proceso que conduce a la emisión de aquella conducta ⁽²⁾. Shneidman indicaba que previamente a una muerte por suicidio, el individuo durante las primeras fases explora diversas opciones. En este proceso, el suicidio es una opción y se rechaza varias veces. Sin embargo, cuando la angustia y el dolor psicológico se vuelven intolerable y, no se encuentra una respuesta a este sufrimiento, el suicidio se contempla como una solución ⁽³⁾.

Por tanto, el individuo comienza a presentar ideas acerca de la muerte de manera pasiva o activa, planificar el escenario para tal acontecimiento y posteriormente pretender un intento de suicidio (Figura 1).

En ese sentido, el individuo desea escapar del sufrimiento, no de la vida. Si tal sufrimiento se disminuye, entonces el individuo desearía continuar con su vida. Por ello, el tratamiento terapéutico de la ideación suicida se enfoca en mantener a la persona segura mientras se resuelven los problemas subyacentes. Para cumplir este propósito, el psicólogo debe establecer una relación respetuosa y compasiva, tener presente las particularidades de sufrimiento del individuo y buscar cualquier solución viable para aliviar tal sufrimiento ⁽⁴⁾. En esta etapa, también es recomendable preguntar sobre conductas suicidas de manera directa, con el propósito de indagar si existen conductas de riesgo presentes o a través de las puntuaciones de autoinformes, para obtener información adicional a la entrevista ⁽⁵⁾.

En el proceso de evaluación, frecuentemente los profesionales de la salud evalúan la presencia de ideación suicida para descartar cualquier riesgo de intento de suicidio. Sin embargo, es necesario comprender que la ideación suicida no es constructo estático. Por el contrario, es ambivalente y difiere en su gravedad desde la ideación suicida pasiva (deseos generales de estar muerto) hasta la ideación suicida activa (pensamientos específicos de quitarse la vida o planificación) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Dado que la probabilidad de una conducta suicida puede suceder debido a la gravedad de la ideación suicida, se ha destacado principalmente la evaluación de ideación suicida activa. No obstante, un reciente metanálisis indica que la prevalencia de por vida de ideación suicida pasiva en muestras clínicas (47,3%) y población general (10,6%) fueron altas. Además, se evidenció que entre ambos tipos de ideación (pasiva y activa), existen similitudes de comorbilidad psiquiátrica, factores psicológicos e intentos de suicidio ⁽⁷⁾.

Por lo tanto, para evaluar adecuadamente el riesgo de suicidio. Las investigaciones sugieren incluir la evaluación de ideación suicida pasiva en la práctica profesional ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Explorar en conjunto la ideación suicida pasiva y activa es recomendable para avanzar en la detección e intervención terapéutica, pero es fundamental que los profesionales de la salud comprendan conceptualmente cada tipo de ideación suicida. Por ello, el objetivo del manuscrito es realizar una descripción de la ideación suicida pasiva y activa, como también su comorbilidad con otros desórdenes emocionales.

Ideación suicida pasiva

La literatura científica generalmente conceptualiza la ideación suicida pasiva como los deseos de morir ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Este tipo de deseos no involucra un plan o intención de suicidio, sino más bien, una ambivalencia de pensamientos acerca de la propia muerte. De manera específica, el individuo puede declarar el deseo de morir mientras duerme, en algún tipo de accidente o de desarrollar alguna enfermedad terminal ⁽⁹⁾. También puede indicar que no vale la pena vivir, no despertar nunca más y otras declaraciones similares.



Figura 1. Proceso exploratorio de ideación suicida.

Aunque estos tipos de deseos pueden ser subestimados por los profesionales de la salud al considerar que carece de un plan o intento de suicidio, tales deseos pueden ser tan importantes como los pensamientos específicos de ahorcarse o utilizar algún arma de fuego⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾. La ideación suicida pasiva ha sido considerada como una conducta de menor riesgo y, por lo tanto, ha recibido poca atención en la investigación clínica. Sin embargo, la ideación suicida pasiva puede considerarse una equivalencia psicológica de la ideación suicida activa, dado que el propósito es el mismo: acabar con la vida⁽⁷⁾⁽⁹⁾.

La comorbilidad de la ideación suicida pasiva ha sido documentada y mayormente está relacionada con los síntomas depresivos, ansiedad, estrés, psicosis y problemas de consumo de alcohol⁽⁷⁾⁽¹¹⁾. La literatura también indica que la desesperanza, soledad y riesgo de intento de suicidio son factores potenciales. Igualmente, el bajo apoyo social, dolores físicos, reportar un malestar de salud general, carga percibida, pertenencia frustrada e ingresos económicos muy bajos⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Con relación a los factores protectores, la evidencia empírica señala que los individuos tienen menor probabilidad de informar sobre ideas suicidas pasivas cuando presentan una adecuada satisfacción con la vida, participación en actividades físicas, actividad laboral, estar casado o vivir como casado, tener varios hijos y poder disfrutar del tiempo libre⁽¹¹⁾⁽¹²⁾.

Por lo tanto, la ideación suicida pasiva debe ser minuciosamente evaluada y considerada en la entrevista e informe clínico. Su identificación invitará a un seguimiento y evaluación más exhaustiva del riesgo de suicidio, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse repentinamente en activas⁽⁹⁾.

Ideación suicida activa

La ideación suicida activa se define como los pensamientos específicos que involucran la propia muerte, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo⁽⁷⁾⁽¹³⁾. Estos tipos de pensamientos pueden ser desde la intención de quitarse la vida hasta la planificación y recursos necesarios sobre cómo lo llevaría a cabo, siendo la expectativa central que la muerte ocurra como consecuencia⁽¹⁴⁾.

Referencias bibliográficas

1. Steele IH, Thrower N, Noroian P, Saleh FM. Understanding Suicide Across the Lifespan: A United States Perspective of Suicide Risk Factors, Assessment & Management. *J Forensic Sci.* 2017;63(1):162-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13519>
2. O'Connor RC, Portzky G. Looking to the Future: A Synthesis of New Developments and Challenges in Suicide Research and Prevention. *Front Psychol.* 2018;9:2139. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02139>

La literatura ha enfatizado la evaluación e investigación sobre la ideación suicida activa debido a la probabilidad de riesgo de suicidio a corto o largo plazo⁽⁷⁾⁽¹⁴⁾. La naturaleza de la ideación suicida activa puede fluctuar rápidamente entre seguir viviendo y querer morir. En ocasiones, estas fluctuaciones incorporan planes para su desarrollo. Por estas razones, la comunidad científica recomienda registrar las características de las ideas suicidas actuales en términos de frecuencia (varias veces a la semana, todos los días, etcétera), duración (horas, minutos, etcétera), factores desencadenantes (después de discusiones, consumo de alcohol o drogas, etcétera), capacidad de control (por ejemplo, controlable cuando no consume alcohol o drogas, cuando está acompañado, etcétera), acceso a medios letales (armas de fuego, medicamentos, etcétera) y si existe una planificación actual o planes anteriores asociados con un intento de suicidio⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁴⁾.

La prevalencia de ideación suicida activa asociada a desórdenes emocionales y físicos ha sido descrita por la literatura. La evidencia sugiere que los síntomas de ansiedad, depresión, consumo de sustancias o alcohol, psicosis, inestabilidad emocional (irritabilidad, ira y agresión), desesperanza, carga percibida, pertenencia frustrada, intentos de suicidio, insomnio, dificultades financieras, estrés, problemas de salud física y bajo apoyo social, son algunos factores vinculados a este tipo de ideación⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Por el contrario, los factores protectores están relacionados con el bienestar de uno mismo, entre los cuales se puede destacar la autoestima, actitud positiva, satisfacción de las necesidades básicas, cuidado personal, trabajo a tiempo completo o parcial, acceso a servicios de salud mental, satisfacción del sueño, autodeterminación, vivir con una o más personas, espiritualidad, apoyo social y resiliencia⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾.

Conclusiones

La ideación suicida pasiva o activa no es una enfermedad mental, es una conducta inadaptada que amenaza la vida del individuo y que, por lo tanto, debe ser evaluada y abordada clínicamente con suma responsabilidad. Aunque la detección de ideación suicida pasiva puede brindar un espacio de estrategias de prevención, no debe subestimarse para un seguimiento y evaluación más exhaustiva, dado que aquellas ideas pasivas pueden convertirse rápidamente en activas. Por ello, se recomienda a los profesionales de la salud que evalúen en conjunto la ideación suicida pasiva y activa, para una adecuada exploración del riesgo de suicidio.

3. Shneidman ES. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press; 1996.
4. Pompili M. *Reflections of a Committed Suicidologist*. En: Pompili M. *Phenomenology of Suicide*. Springer; 2018. p. 13-30.
5. Baños-Chaparro J. ¿Preguntar sobre conductas suicidas tiene efectos negativos?: una revisión narrativa basada en evidencia. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2021 [citado 02 Mar 2022]; 25(6):e5166. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5166>
6. Baños-Chaparro J, Ynquillay-Lima P, Lamas Delgado F, Fuster Guillen FG. Análisis de redes de las conductas suicidas en adultos peruanos. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2021 [citado 02 Mar 2022]; 50(3):e02101450. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/1450/1004>
7. Liu RT, Bettis AH, Burke TA. Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: A meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychol Med*. 2020;50(3):367-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
8. Baca-García E, Perez-Rodríguez MM, Oquendo MA, Keyes KM, Hasin DS, Grant BF, *et al*. Estimating Risk for Suicide Attempt: Are we Asking the Right Questions? *Passive Suicidal Ideation as a Marker for Suicidal Behavior*. *J Affect Disord*. 2011;134(3):327-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
9. Simon RI. Passive suicidal ideation: Still a high-risk clinical scenario. *Curr Psychiatr*. 2014;13(3):13-5. Disponible en: <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/80610/depression/passive-suicidal-ideation-still-high-risk-clinical-scenario>
10. Baños-Chaparro J. Suicidio por arma de fuego: un problema de salud pública. *Medisur* [Internet]. 2021 [citado 07 Mar 2022]; 19(2):342-45. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4973>
11. Sáiz PA, de la Fuente-Tomas L, García-Alvarez L, Bobes-Bascarán MT, Moya-Lacasa C, García-Portilla MP, *et al*. Prevalence of Passive Suicidal Ideation in the Early Stage of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic and Lockdown in a Large Spanish Sample. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(6):20113421. Disponible en: <https://doi.org/10.4088/JCP.20113421>
12. Lee S. Passive Suicidal Ideation in Older Adults from 12 European Countries. *J Popul Ageing*. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12062-021-09350-6>
13. Baños-Chaparro J. Análisis bayesiano de la ideación suicida en adultos peruanos. *Medisan* [Internet]. 2021 [citado 09 Mar 2022]; 25(5):1158. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/san/article/view/3787>
14. Harmer B, Lee S, Duong TV, Saadabadi A. *Suicidal ideation*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
15. Baños-Chaparro J. Síntomas depresivos en adultos peruanos: un análisis de redes. *Rev virtual Soc Parag Med Int*. 2021;8(2):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.02.11>
16. Salceda S, Pérez Suárez L, Rodríguez-Revuelta J, Moya-Lacasa C, Jiménez-Treviño L, Paniagua G, *et al*. Active suicidal ideation one year after the beginning of COVID-19 pandemic in a large spanish sample: risk and protective factors. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;53(S1):S414-S415. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.10.533>
17. Elbogen EB, Molloy K, Wagner HR, Kimbrel N, Beckham JC, Van Male L, *et al*. Psychosocial Protective Factors and Suicidal Ideation: Results from a National Longitudinal Study of Veterans. *J Affect Disord*. 2020;260:703-09. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.062>
18. Holman MS, Williams MN. Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Arch Suicide Res*. 2022;26(1):137-54. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1774454>